Regeringens proposition 1990/91:14

om ansvaret för service och vård till äldre och handikappade m. m.

Prop. 1990/91:14

Regeringen förelägger riksdagen vad som har tagits upp i bifogade utdrag ur regeringsprotokollet den 4 oktober 1990 för de åtgärder och de ändamål som framgår av föredragandens hemställan.

På regeringens vägnar

Ingvar Carlsson

Bengt Lindqvist

Propositionens huvudsakliga innehåll

I propositionen föreslås att kommunerna ges ett samlat ansvar för långvarig service och vård till äldre och handikappade.

Syftet med förändringen är att skapa klara ansvarsförhållanden och ändamålsenliga organisatoriska förutsättningar för att utveckla samhällsinsatserna efter de målsättningar som riksdagen lagt fast i fråga om samhällets äldreomsorg.

Kommunerna föreslås få ett utvidgat ansvar för långvarig vård till äldre och handikappade.

Kommunerna skall den 1 januari 1992 överta de sjukhem och andra somatiska långvårdsinrättningar i landstingen som har ett lokalt upptagningsområde eller vårdinrättningar som ett landsting och en kommun kommer överens om skall föras över till kommunen. En särskild lag föreslås om övertagandet.

Det kommunala ansvaret för äldres och handikappades boende, service och vård förtydligas i socialtjänstlagen (1980:620).

Kommunerna föreslås få en skyldighet att inrätta särskilda boendeformer för service och omvårdnad för äldre. Till sådana boendeformer räknas bl. a. ålderdomshem, servicehus, gruppboende och de sjukhem m. m. som kommunen skall överta. Ansvaret omfattar även gruppboende för människor med åldersdemens och olika former av servicebostäder, som idag drivs av landsting eller av landsting och kommuner gemensamt.

Vidare föreslås en skyldighet för kommunerna att inrätta bostäder med särskild service för handikappade. Detta innebär dock ingen förändring av nuvarande ansvarsförhållanden när det gäller gruppbostäder för utveck-

lingsstörda m. fl. enligt omsorgslagen. Ansvaret för boende och stöd till människor med psykiska handikapp följer riktlinjerna i Landstingsförbundets och Svenska kommunförbundets gemensamma cirkulär från år 1984.

Kommunernas ansvar för dagverksamheter förtydligas. Det innebär att bl. a. dagverksamheter för åldersdementa och psykiskt handikappade samt dagsjukvård knuten till sjukhem m. m. som förs över till kommunen blir en kommunal uppgift.

Ett sjukhem eller motsvarande som övertagits av en kommun blir en särskild boendeform för service och omvårdnad inom socialtjänsten.

Vid de sjukhem och motsvarande som kommunerna övertar liksom vid övriga särskilda boendeformer för service och omvårdnad, vid bostäder med särskild service och vid kommunala dagverksamheter skall kommunerna ha skyldighet att erbjuda den hälso- och sjukvård som de enskilda behöver. Kommunernas skyldighet skall dock inte omfatta läkarinsatser.

För att ge möjlighet till lokala lösningar föreslås även att kommunerna ges befogenhet att erbjuda hemsjukvård också i ordinärt boende. Om landstinget och en kommun är överens om det och regeringen lämnar sitt medgivande till det, skall kommunen kunna överta landstingets skyldighet att erbjuda hemsjukvård. Landstingets ansvar för läkarinsatser i hemmen skall dock inte kunna överlåtas till kommunerna.

Den kommunala hälso- och sjukvården skall regleras i hälso- och sjukvårdslagen (1982: 763).

Ledningen av den kommunala hälso- och sjukvården skall utövas av socialnämnden. Socialtjänstlagens bestämmelser om sociala distriktsnämnder, lokalorganslagen och lagen om försöksverksamhet med en friare kommunal nämndorganisation kan tillämpas även för den kommunala hälso- och sjukvården. I kommunen skall för varje av kommunen beslutat verksamhetsområde finnas en sjuksköterska – eller i vissa fall annan yrkesutövare – med ett särskilt medicinskt ansvar.

Kommunerna föreslås få ett ekonomiskt ansvar – betalningsansvar – för sådan somatisk långtidssjukvård som man inte har verksamhetsansvar för. Dessutom skall kommuner och landsting kunna komma överens om att införa betalningsansvar för psykiatrisk långtidssjukvård, för medicinskt färdigbehandlade inom annan sjukvård och för sjukhusanknuten hemsjukvård. En särskild lag om kommunalt betalningsansvar föreslås.

Principerna för den ekonomiska reglering som reformen förutsätter redovisas i propositionen. Förslag till de lagändringar som behövs i detta hänseende beräknas bli framlagda under våren 1991.

Försöksverksamhet med kommunalt huvudmannaskap för primärvården bör genomföras för att vinna erfarenheter av en sådan ansvarsfördelning. Ett förslag om hur de närmare förutsättningarna för en sådan försöksverksamhet skall utformas kommer senare att föreläggas riksdagen.

Den föreslagna reformen avses bli genomförd den 1 januari 1992. En kommun och ett landsting skall dock kunna komma överens om att överföra visst verksamhetsansvar till kommunen samt införa betalningsansvar redan under år 1991.

I propositionen aviseras ett utökat statligt stöd uppgående till totalt 5,5 miljader under en femårsperiod. Medlen skall användas till informations-

och utbildningsverksamhet inför kommande förändringar, för att underlätta den föreslagna omstruktureringen inom service och vård, till ett ökat antal gruppbostäder för dementa och psykiskt utvecklingsstörda samt till uppföljning och utvärdering av reformen.

I propositionen föreslås även ett förtydligande i lagen (1985:569) om införande av lagen (1985:568) om särskilda omsorger om psykiskt utvecklingsstörda m. fl. Den ändringen förslås träda i kraft den 1 januari 1991.

Lag om ändring i socialtjänstlagen (1980:620)

Härigenom föreskrivs att 10, 20, 21, 35 och 54 §§ socialtjänstlagen (1980:620)[1] skall ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
10 §	
Socialnämnden bör genom hjälp i hemmet, färdtjänst eller annan service underlätta för den enskilde att bo hemma och ha kontakter med andra.	Socialnämnden bör genom hjälp i hemmet, färdtjänst eller annan service *samt dagverksamheter* underlätta för den enskilde att bo hemma och ha kontakter med andra.

Nämnden bör även i övrigt tillhandahålla sociala tjänster genom rådgivningsbyråer, socialcentraler och liknande, social jour eller annan därmed jämförlig verksamhet.

Nämnden kan utse en särskild person (kontaktperson) eller en familj med uppgift att hjälpa den enskilde och hans närmaste i personliga angelägenheter, om den enskilde begär eller samtycker till det.

20 §

Socialnämnden skall verka för att äldre människor får goda bostäder och ge dem som behöver det stöd och hjälp i hemmet och annan lättåtkomlig service.

För äldre människor med behov av särskilt stöd skall kommunen inrätta bostäder med gemensam service (servicehus).	*Kommunen skall inrätta särskilda boendeformer för service och omvårdnad för äldre människor med behov av särskilt stöd.*

Övergången från ett yrkesverksamt liv skall underlättas genom information och annat stöd.

21 §

Socialnämnden skall verka för att människor som av fysiska, psykiska eller andra skäl möter betydande svårigheter i sin livsföring får möjlighet att delta i samhällets gemenskap och att leva som andra.

Socialnämnden skall medverka till att den enskilde får en meningsfull sysselsättning och att han får bo på ett sätt som är anpassat efter hans behov av särskilt stöd.

Kommunen skall inrätta bostäder med särskild service för dem som till följd av sådana svårigheter som avses i första stycket behöver ett sådant boende.

35 §

För plats i förskola eller i fritidshem, färdtjänst, social hemhjälp, *boende i servicehus* eller annan lik-	För plats i förskola eller i fritidshem, färdtjänst, social hemhjälp, *sådant boende som avses i 20 § and-*

[1] Lagen omtryckt 1988:871.

nande social tjänst får kommunen ta ut skäliga avgifter enligt grunder som kommunen bestämmer. Avgifterna får dock inte överstiga kommunens självkostnader.

ra stycket eller 21 § tredje stycket eller annan liknande social tjänst får kommunen ta ut skäliga avgifter enligt grunder som kommunen bestämmer. Avgifterna får dock inte överstiga kommunens självkostnader.

För sådana platser i förskola som avses i 14 och 15 §§ får avgift tas ut endast i den mån verksamheten överstiger 15 timmar i veckan eller 525 timmar om året.

Avgifter som avser helinackordering i *servicehus för äldre människor* skall bestämmas så att de boende förbehålls tillräckliga medel för sina personliga behov. Regeringen meddelar ytterligare föreskrifter om sådana avgifter.

Avgifter som avser helinackordering i *en särskild boendeform för service och omvårdnad* skall bestämmas så att de boende förbehålls tillräckliga medel för sina personliga behov. Regeringen meddelar ytterligare föreskrifter om sådana avgifter.

Regeringen meddelar föreskrifter om avgifter vid de inrättningar som enligt lagen (1990:000) om övertagande av vissa sjukhem och andra vårdinrättningar övertagits av kommunerna.

54 §

I ärenden hos socialnämnden som avser myndighetsutövning mot någon enskild skall nämnden tillämpa följande bestämmelser i förvaltningslagen (1986:223):

14 § första stycket om en parts rätt att meddela sig muntligen,
16 och 17 §§ om en parts rätt att få del av uppgifter,
20 § om motivering av beslut,
26 § om rättelse av skrivfel och liknande.

Bestämmelserna i 16 och 17 §§ förvaltningslagen gäller dock inte uppgifter som rör någon annan sökande i ett ärende om plats i förskola eller fritidshem *eller i servicehus* eller om någon annan liknande social tjänst.

Bestämmelserna i 16 och 17 §§ förvaltningslagen gäller dock inte uppgifter som rör någon annan sökande i ett ärende om plats i förskola eller fritidshem, *om ett sådant boende som avses i 20 § andra stycket eller 21 § tredje stycket* eller om någon annan liknande social tjänst.

Vad som sägs i första stycket gäller också när det är fråga om en ansökan eller ett yttrande till en annan myndighet i ett mål eller ärende som rör myndighetsutövning mot enskild hos denna.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 1992.

Lag om övertagande av vissa sjukhem och andra vårdinrättningar

Härigenom föreskrivs följande

1 § Kommunerna skall den 1 januari 1992 från landstingen överta ansvaret för och driften av de sjukhem och andra vårdinrättningar i kommunen som inrättats för somatisk långtidssjukvård och som huvudsakligen har kommunen eller en del av kommunen som upptagningsområde.

Övertagande enligt första stycket skall dock inte ske om det finns särskilda skäl mot det.

2 § En kommun får den 1 januari 1992 även överta ansvaret för och driften av en annan vårdinrättning för långtidssjukvård än som avses i 1 §, om landstinget och kommunen kommer överens om det.

3 § Sjukhem och andra vårdinrättningar, som övertagits av kommunerna med stöd av denna lag, skall anses som sådana boendeformer som anges i 20 § andra stycket socialtjänstlagen (1980:620).

---

1. Denna lag träder i kraft den 1 januari 1992.

2. En kommun och ett landsting kan komma överens om att kommunen redan under år 1991 får överta en sådan inrättning som avses i denna lag. Har övertagande skett skall inrättningen under året anses som ett servicehus enligt 20 § andra stycket socialtjänstlagen (1980:620). Om en överenskommelse som här avses har träffats får landstinget under år 1991 lämna sådant ekonomiskt bidrag till kommunen som motiveras av överenskommelsen.

Lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982: 763)

Härigenom föreskrivs i fråga om hälso- och sjukvårdslagen (1982: 763)
dels att nuvarande 17–20 §§ skall betecknas 27–30 §§,
dels att 3, 7 och 11 §§ samt de nya 27–29 §§ skall ha följande lydelse,
dels att rubrikerna närmast före nuvarande 17, 18, 19 och 20 §§ skall sättas närmast före nya 27, 28, 29 respektive 30 §,
dels att det skall införas tio nya paragrafer, 17–26 §§, samt närmast före de nya 17, 18, 22 och 24 §§ och närmast efter nya 26 § nya rubriker av följande lydelse.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
3 §[1]	
Varje landstingskommun skall erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som är bosatta inom landstingskommunen. Även i övrigt skall landstingskommunen verka för en god hälsa hos hela befolkningen. Vad som i denna lag sägs om landstingskommuner gäller också kommuner som inte ingår i en landstingskommun. Bestämmelser om förvaltningsutskott skall därvid avse kommunstyrelsen. Vad här sagts utgör inte hinder för annan att bedriva hälso- och sjukvård.	Varje landstingskommun skall erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som är bosatta inom landstingskommunen. Även i övrigt skall landstingskommunen verka för en god hälsa hos hela befolkningen. Vad som i denna lag sägs om landstingskommuner gäller också kommuner som inte ingår i en landstingskommun, *i den mån inte annat följer av 17 §*. Bestämmelser om förvaltningsutskott skall därvid avse kommunstyrelsen. Vad här sagts utgör inte hinder för annan att bedriva hälso- och sjukvård *Landstingskommunens ansvar omfattar dock inte sådan hälso- och sjukvård som en kommun har ansvar för enligt 18 § första och tredje styckena.*
7 §	
Landstingskommunen skall planera *hälso- och sjukvården* med utgångspunkt i befolkningens behov av hälso- och sjukvård. Planeringen skall avse även den hälso- och sjukvård som erbjuds av annan än landstingskommunen.	Landstingskommunen skall planera *sin hälso- och sjukvård* med utgångspunkt i befolkningens behov av *sådan vård*. Planeringen skall avse även den hälso- och sjukvård som erbjuds av annan än landstingskommunen *och kommunerna inom landstingskommunen*.

[1] Senaste lydelse 1985: 560.

11 §[2]

Av lagen (1985: 127) om särskilda organ i landstingskommunerna framgår att särskilda organ får tillsättas för att under hälso- och sjukvårdsnämnden leda hälso- och sjukvården.

Utöver vad som sägs i första stycket framgår av 2 a § lagen (1979: 408) om vissa lokala organ i kommunerna att i en kommun som inte ingår i en landstingskommun ett lokalt organ får sköta också sådan förvaltning och verkställighet som skall fullgöras av hälso- och sjukvårdsnämnden.

Den kommunala hälso- och sjukvården

17 §

Bestämmelserna i 18–26 §§ gäller kommuner som ingår i en landstingskommun samt, i de fall det är särskilt föreskrivet, de kommuner som inte ingår i en landstingskommun.

Kommunens ansvar

18 §

Varje kommun skall erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som bor i en sådan boendeform eller bostad som avses i 20 § andra stycket och 21 § tredje stycket socialtjänstlagen (1980: 620). Varje kommun skall även i samband med dagverksamhet, som omfattas av 10 § socialtjänstlagen, erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som vistas där.

En kommun får även i övrigt erbjuda dem som vistas i kommunen hälso- och sjukvård i hemmet (hemsjukvård).

Landstingskommunen får till en kommun inom landstingskommunen överlåta skyldigheten att erbjuda sådan vård, som sägs i andra stycket, om landstingskommunen och kommunen kommer överens om det samt regeringen medger det.

Kommunens ansvar enligt första och tredje styckena och kommunens

[2] Senaste lydelse 1985: 129.

befogenhet enligt andra stycket omfattar inte sådan hälso- och sjukvård som meddelas av läkare.

19 §

Om en överlåtelse har skett enligt 18 § tredje stycket får landstingskommunen lämna sådant ekonomiskt bidrag till kommunen som motiveras av överlåtelsen.

20 §

Kommunen skall planera sin hälso- och sjukvård med utgångspunkt i befolkningens behov av sådan vård.

Planeringen skall även avse den hälso- och sjukvård som erbjuds av annan än kommunen och landstingskommunen.

21 §

I planeringen och utvecklingen av hälso- och sjukvården skall kommunen samverka med samhällsorgan, organisationer och enskilda.

Nämnder

22 §

Ledningen av den kommunala hälso- och sjukvården utövas av socialnämnden, i den mån inte annat följer av sådant beslut som avses i 3 kap. 14 § kommunallagen (1977: 179).

I kommuner som inrättat sociala distriktsnämnder med stöd av 41 § socialtjänstlagen (1980: 620) utövas ledningen av hälso- och sjukvården i distriktet av distriktsnämnderna, om inte kommunfullmäktige beslutar att ledningen alltjämt skall utövas av socialnämnden.

I fråga om nämndorganisationen gäller i övrigt bestämmelserna i 38—46 §§ socialtjänstlagen i tillämpliga delar.

I en kommun som inte ingår i en landstingskommun skall ledningen av den hälso- och sjukvård som avses i 18 § första stycket utövas av socialnämnden eller i förekommande fall av social distriktsnämnd, om

kommunen inte med stöd av 2 a § lagen (1979:408) om vissa lokala organ i kommunerna beslutat att ett lokalt organ också skall sköta förvaltning och verkställighet som skall fullgöras av hälso- och sjukvårdsnämnden.

23 §

Av 1 § och 2 § 2. lagen (1979:408) om vissa lokala organ i kommunerna framgår att lokala organ får tillsättas med uppgift att för en del av kommunen handha förvaltning och verkställighet som ankommer på socialnämnden.

Personal

24 §

I den kommunala hälso- och sjukvården skall det finnas den personal som behövs för att meddela god vård.

Om åligganden för hälso- och sjukvårdspersonalen och om tillsynen över denna personal finns särskilda bestämmelser.

25 §

Inom det verksamhetsområde som kommunen bestämmer skall det finnas en sjuksköterska som svarar för

1. att det finns sådana rutiner att kontakt tas med läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal när en patients tillstånd fordrar det,

2. att beslut om att delegera ansvar för vårduppgifter är förenliga med säkerheten för patienterna,

3. att anmälan görs till socialnämnden om en patient i samband med vård eller behandling inom den kommunala hälso- och sjukvården drabbats av eller utsatts för risk att drabbas av allvarlig skada eller sjukdom.

Om ett verksamhetsområde inte omfattar något annat än rehabilitering får en sjukgymnast eller en arbetsterapeut fullgöra uppgifter som sägs i första stycket.

Bestämmelserna i första och and-

ra styckena gäller även en kommun, som inte ingår i en landstingskommun, om det i en sådan hälso- och sjukvårdsverksamhet som sägs i 18 § första eller andra stycket inte finns någon läkare.

26 §

Regeringen bemyndigas att meddela föreskrifter om behörighet till tjänster inom den kommunala hälso- och sjukvården och om tillsättning. Regeringen får överlåta åt socialstyrelsen att meddela sådana föreskrifter.

Gemensamma bestämmelser om landstingskommunal och kommunal hälso- och sjukvård

Vårdavgifter

17 §[3]

Av patienterna får tas ut vårdavgifter enligt grunder som landstingskommunen bestämmer, i den mån inte annat är särskilt föreskrivet. Patienter som är bosatta inom landstingskommunen skall därvid behandlas lika.

27 §

Av patienterna får tas ut vårdavgifter enligt grunder som landstingskommunen *eller kommunen* bestämmer, i den mån inte annat är särskilt föreskrivet. Patienter som är bosatta inom landstingskommunen *respektive kommunen* skall därvid behandlas lika.

En fordran på vårdavgift preskriberas tre år efter tillkomsten. I övrigt gäller preskriptionslagen (1981: 130) i fråga om sådana fordringar.

Tillsyn

18 §

Socialstyrelsen har tillsynen över landstingskommunernas hälso- och sjukvård. Styrelsen skall därvid följa och stödja verksamheten. Vid utövandet av sin tillsyn har styrelsen rätt att företa inspektioner.

28 §

Socialstyrelsen har tillsynen över landstingskommunernas *och kommunernas* hälso- och sjukvård. Styrelsen skall därvid följa och stödja verksamheten. Vid utövandet av sin tillsyn har styrelsen rätt att företa inspektioner.

Ytterligare föreskrifter

19 §

Regeringen bemyndigas att i fråga om landstingskommunernas hälso- och sjukvård meddela ytterligare föreskrifter till skydd för enskil-

29 §

Regeringen bemyndigas att i fråga om landstingskommunernas *och kommunernas* hälso- och sjukvård meddela ytterligare föreskrifter till

[3] Senaste lydelse 1988: 1544.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
da eller beträffande verksamhetens bedrivande i övrigt.	skydd för enskilda eller beträffande verksamhetens bedrivande i övrigt.

Regeringen får överlåta åt socialstyrelsen att meddela föreskrifter till skydd för enskilda.

---

1. Denna lag träder i kraft den 1 januari 1992.

2. En kommun och en landstingskommun kan komma överens om att redan under år 1991 föra över ansvaret till kommunen för sådan hälso- och sjukvård som avses i 18 §. I sådant fall tillämpas de nya bestämmelserna från och med den dag då ansvaret överförs. Om en överenskommelse som här avses har träffats, får landstingskommunen under år 1991 lämna sådant ekonomiskt bidrag till kommunen som motiveras av överenskommelsen.

Lag om ändring i lagen (1962: 381) om allmän försäkring

Härigenom föreskrivs i fråga om lagen (1962: 381) om allmän försäkring[1]

dels att 10 kap. 3 § skall ha följande lydelse,

dels att det i 2 kap. skall införas en ny paragraf, 12 b §, och i 3 kap. en ny paragraf, 4 a §, av följande lydelse.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
	2 kap.
	12 b §
	Från pensionsberättigad som under en hel dag vistas vid en sådan boendeform för service och omvårdnad, som avses i lagen (1990: 000) om övertagande av vissa sjukhem och andra vårdinrättningar, skall avgift tas ut enligt vad som sägs i 12 §. Försäkringskassan får besluta om befrielse från avgift enligt vad som sägs i 12 a §.
	3 kap.
	4 a §
	Vad som sägs i 4 § andra och tredje styckena gäller också en försäkrad som under hel dag vistas vid en sådan boendeform för service och omvårdnad som avses i lagen (1990: 000) om övertagande av vissa sjukhem och andra vårdinrättningar.
	10 kap.
	3 §[2]
Därest pensionsberättigad i annat fall än som avses i 2 § under hel månad är intagen i annan anstalt än sjukhus eller ock tillfälligt vistas utom anstalten, äger den som driver anstalten att, i den mån regeringen så förordnar, uppbära så stor del av den pensionsberättigades å månaden belöpande folkpension, som svarar mot kostnaderna för vården eller försörjningen på anstalten, varvid den pensionsberättigade dock skall äga erhålla visst belopp för sina personliga behov. Vad nu sagts skall äga motsvarande tillämpning för det fall att den pensionsberättigade åtnjuter vård eller försörjning mot avgift, som erlägges av kommun eller landstingskommun.	

[1] Lagen omtryckt 1982: 120.
[2] Senaste lydelse 1988: 881.

Första stycket gäller inte i fråga om pensionsberättigad som

1. *åtnjuter helinackordering i servicehus för äldre människor,*	1. *är helinackorderad i en sådan boendeform som avses i 20 § andra stycket socialtjänstlagen (1980: 620),*

2. bor i gruppbostad eller elevhem som avses i lagen (1985:568) om särskilda omsorger om psykiskt utvecklingsstörda m. fl., eller

3. skall betala ersättning enligt 34 § första stycket socialtjänstlagen *(1980:620).*	3. skall betala ersättning enligt 34 § första stycket socialtjänstlagen.

---

1. Denna lag träder i kraft den 1 januari 1992.

2. Har en kommun och en landstingskommun kommit överens om att redan under år 1991 föra över ansvaret för en inrättning till kommunen med stöd av övergångsbestämmelsen till lagen (1990:000) om övertagande av av vissa sjukhem och andra vårdinrättningar tillämpas bestämmelserna i 2 kap. 12 a § och 3 kap. 4 a § för dem som vistas vid inrättningen från och med den dag då övertagandet skedde.

Lag om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård

Härigenom föreskrivs följande

1 § En kommun skall betala ersättning till ett landsting för kostnader för hälso- och sjukvård åt personer som är kyrkobokförda i kommunen enligt vad som sägs i denna lag.

Med landsting avses i lagen även en kommun som inte ingår i ett landsting.

Långtidssjukvård

2 § Kommunens betalningsansvar avser somatisk långtidssjukvård som bedrivs av landsting eller enskild vårdgivare.

Betalningsansvaret gäller dock inte vård som ingår i en geriatrisk klinikfunktion.

3 § Om landstinget och kommunen inte kommer överens om annat inträder betalningsansvaret fem dagar, lördagar, allmänna helgdagar samt midsommarafton, julafton och nyårsafton oräknade, efter det att landstinget hos kommunen anmält att personen är inskriven eller skall skrivas in vid vårdinrättningen. Betalningsansvaret inträder dock tidigast den dag personen skrivs in vid inrättningen.

4 § Ersättning för vård vid en inrättning som tillhör ett landsting lämnas antingen med ett belopp som motsvarar landstingets genomsnittliga årliga självkostnad för den aktuella vårdformen eller, om landstinget och samtliga kommuner i landstinget kommer överens om det, med belopp som svarar mot olika vårdplatsers kvalitet. Beloppen omräknas årligen med hänsyn till skatteunderlagets utveckling i landstinget.

Regeringen fastställer de belopp som avses i första stycket.

5 § Ersättning för vård vid enskild vårdinrättning lämnas med det belopp som motsvarar landstingets kostnader för vården.

Annan sjukvård

6 § Ett landsting och en kommun kan gemensamt bestämma att kommunen skall ha betalningsansvar för annan hälso- och sjukvård än som avses i 2 § första stycket.

Betalningsansvar enligt första stycket får avse sjukhusvård av personer som är medicinskt färdigbehandlade, sjukhusanknuten hemsjukvård och psykiatrisk långtidssjukvård med huvudsaklig omvårdnadsinriktning. Landstinget och kommunen bestämmer gemensamt de förutsättningar som skall gälla för sådant betalningsansvar.

7 § Om ett landsting och en kommun har träffat en överenskommelse som avses i 6 §, får landstinget lämna sådant ekonomiskt bidrag till kommunen som motiveras av överenskommelsen.

8 § Ett landsting skall utan hinder av sekretess lämna uppgift till en kommun om namn och folkbokföringsadress beträffande patienter för vilka kommunen har betalningsansvar.

---

1. Denna lag träder i kraft den 1 januari 1992.

2. En kommun och ett landsting får, om de kommer överens om det, tillämpa bestämmelserna i lagen redan under år 1991. Om en sådan överenskommelse träffas får landstinget under år 1991 lämna sådant ekonomiskt bidrag till kommunen som motiveras av överenskommelsen.

Lag om ändring i sekretesslagen (1980:100)

Härigenom föreskrivs att 7 kap. 4 § sekretesslagen (1980:100)[1] skall ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse *Föreslagen lydelse*

7 kap.

4 §

Sekretess gäller inom socialtjänsten för uppgift om enskilds personliga förhållanden, om det inte står klart att uppgiften kan röjas utan att den enskilde eller någon honom närstående lider men. Sekretessen gäller dock inte beslut om omhändertagande eller beslut om vård utan samtycke.

Inom kommunal familjerådgivning gäller sekretess för uppgift som enskild har lämnat i förtroende eller som har inhämtats i samband med rådgivningen.

Med socialtjänst förstås verksamhet enligt lagstiftningen om socialtjänst och den särskilda lagstiftningen om vård av unga och av missbrukare utan samtycke samt verksamhet som i annat fall enligt lag handhas av socialnämnd. Till socialtjänst räknas också verksamhet hos annan myndighet som innefattar omprövning av socialnämnds beslut eller särskild tillsyn över nämndens verksamhet samt verksamhet hos kommunal invandrarbyrå. Med socialtjänst jämställs ärenden om bistånd åt asylsökande och andra utlänningar samt ärenden om tillstånd till riksfärdtjänst.

I fråga om uppgift i allmän handling gäller sekretessen i högst sjuttio år.

Sekretess enligt första stycket gäller inte anmälan eller beslut i ärenden om ansvar eller behörighet för personal inom kommunal hälso- och sjukvård.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 1992.

[1] Lagen omtryckt 1989:713.

Lag om ändring i lagen (1981:49) om begränsning av läkemedelskostnader, m. m.

Härigenom föreskrivs i fråga om lagen (1981:49) om begränsning av läkemedelskostnader, m. m.

dels att 10 § skall ha följande lydelse,

dels att det skall införas en ny paragraf, 2 a §, av följande lydelse.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
	2 a §
	Den som vistas vid en sådan särskild boendeform för service och omvårdnad, som övergått till en kommun enligt lagen (1990:000) om övertagande av vissa sjukhem och andra vårdinrättningar, har rätt att utan kostnad erhålla läkemedel.
	10 §
Kostnaden för förmåner enligt denna lag ersätts av den allmänna försäkringen.	Kostnaden för förmåner enligt denna lag, *frånsett dem som avses i 2 a §*, ersätts av den allmänna försäkringen.
	Kostnaden för förmåner som avses i 2 a § ersätts av landstinget

1. Denna lag träder i kraft den 1 januari 1992.

2. Om en kommun och ett landsting har kommit överens om att redan före den 1 januari 1992 överföra ett sjukhem eller en annan vårdinrättning till kommunen, tillämpas de nya bestämmelserna från och med dagen för övertagandet vad gäller dem som vistas vid vårdinrättningen.

Lag om ändring i lagen (1985:569) om införande av lagen (1985:568) om särskilda omsorger om psykiskt utvecklingsstörda m. fl.

Härigenom föreskrivs att 7 § lagen (1985:569) om införande av lagen (1985:568) om särskilda omsorger om psykiskt utvecklingsstörda m. fl. skall ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
7 §	
Uppgifter som enligt den upphävda lagen har ålegat överläkaren och vårdchefen hos omsorgsstyrelsen skall utföras av tjänstemän som landstingskommunen utser.	Uppgifter som enligt den upphävda lagen har ålegat överläkaren och vårdchefen hos omsorgsstyrelsen skall utföras av tjänstemän som landstingskommunen *eller kommunen* utser.

Beslut som enligt den upphävda lagen skulle ha fattats av beslutsnämnden skall i stället fattas av utskrivningsnämnd enligt lagen (1966:293) om beredande av sluten psykiatrisk vård i vissa fall.

Vid handläggning inför utskrivningsnämnden tillämpas 29, 30 och 32–34 §§ lagen om beredande av sluten psykiatrisk vård i vissa fall. Därjämte skall 23 § i den upphävda lagen tillämpas.

Regeringen meddelar föreskrifter om ärendenas fördelning mellan utskrivningsnämnderna.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 1991.

Utdrag ur protokoll vid regeringssammanträde den 4 oktober 1990

Närvarande: statministern Carlsson, ordförande, och statsråden Engström, Hjelm-Wallén, Göransson, Gradin, Dahl, R. Carlsson, Hellström, Johansson, Lindqvist, G. Andersson, Lönnqvist, Thalén, Freivalds, Wallström, Lööw, Persson, Molin, Sahlin, Larsson, Åsbrink

Föredragande: statsrådet Lindqvist

Ansvaret för service och vård till äldre och handikappade

1 Inledning

1.1 Äldreberedningen

Efter bemyndigande av regeringen år 1980 tillkallades en utredning för att behandla bl. a. frågor om övergripande prioritering och samordning av samhällets insatser för äldre (dir. 1980: 93). Utredningen antog namnet äldreberedningen. Beredningen överlämnade i juni 1987 sitt slutbetänkande (SOU 1987: 21) Äldreomsorg i utveckling. Slutbetänkandet handlar om äldre människors levnadsförhållanden och om hur service och vård till äldre bör utvecklas.

Äldreberedningen föreslog bl. a. att kommunerna skulle svara för social service och omvårdnad inkl. enklare uppgifter av sjukvårdskaraktär i ordinärt boende och i servicebostäder m. m., medan sjukvårdshuvudmännen skulle svara för hälso- och sjukvården i övrigt. Beredningen förordade vidare att försöksverksamhet med ändrat huvudmannaskap, där primärkommunerna tar ett vidgat ansvar för service och vård, skulle genomföras.

Flertalet remissinstanser tillstyrkte beredningens förslag i dessa delar, men flera remissinstanser förordade att ett enhetligt huvudmannaskap för äldreomsorgen borde genomföras snarast.

Efter remissbehandling lades betänkandet till grund för ställningstaganden i propositionen (1987/88: 176) Äldreomsorgen inför 90-talet.

1.2 Propositionen (1987/88: 176) Äldreomsorgen inför 90-talet

I propositionen Äldreomsorgen inför 90-talet redovisades regeringens mål och riktlinjer för samt förslag till utveckling av äldreomsorgen.

I propositionen angav jag att ansvaret för service och vård till äldre borde fördelas på ett entydigt och ändamålsenligt sätt mellan kommuner och landsting. Vidare anförde jag följande (s. 45).

Inriktningen bör vara att primärkommunerna ges ett samlat ansvar för äldreomsorgen och att ett mera enhetligt politiskt och ekonomiskt ansvar hos primärkommunerna för insatser som är likartade och kompletterar varandra utvecklas. Härigenom skapas goda förutsättningar för samordning av service- och vårdresurserna och risken minskar för att en huvudman skjuter över uppgifter till den andre. Dessutom reduceras de oklarheter som finns om vilken huvudman som skall svara för verksamheter som i dag uppfattas ligga i gränslandet mellan huvudmännens ansvarsområden.

Äldreberedningens förslag om att kommunerna skall svara för all social service, omvårdnad och enklare uppgifter av sjukvårdskaraktär vilka i dag utförs bl.a. av undersköterskor inom primärvården, är ett steg i rätt riktning. Det skapar förutsättningar för en sammanhållen service och vård i hemmet. Samtidigt finns det anledning erinra om att sjukvården i hemmet förutsätter insatser även från andra yrkesgrupper än undersköterskor. Jag tänker på sjuksköterskor, arbetsterapeuter, sjukgymnaster och läkare. Även om insatser av dessa yrkesgrupper i allmänhet tidsmässigt är av mindre omfattning, så är de av stor betydelse för vårdens kvalitet.

I propositionen konstaterade jag att kommunerna redan i dag har ansvaret för bostadsförsörjningen. I detta ansvar ingår att tillskapa särskilda boendeformer i tillräcklig omfattning. Jag framhöll också att det med den inriktning, som de särskilda boende- och vårdformerna har, är förenat med nackdelar att avgränsa huvudmannaskapet så att lokala sjukhem, ålderdomshem, gruppboende och servicebostäder ansvarsmässigt delas mellan sjukvårdshuvudmännen och huvudmännen för socialtjänsten.

De förändringar som sålunda aktualiserades i propositionen 1987/88: 176 ansågs emellertid kräva ett omfattande förberedelsearbete. Jag aviserade i propositionen att en särskild delegation skulle tillsättas för att bl.a. analysera de organisatoriska, rättsliga och ekonomiska konsekvenserna av de avsedda förändringarna.

1.3 Socialutskottet

Socialutskottet behandlade propositionen i betänkandet 1988/89:SoU6. Utskottet tillstyrkte regeringens förslag till riktlinjer för äldreomsorgen inför 90-talet.

Beträffande ansvarsfördelningen mellan kommuner och landsting i fråga om samhällets äldreomsorg anförde utskottet följande (s. 8).

Ansvaret för samhällets service och vård till bl.a. äldre människor är i dag uppdelat mellan landstingskommuner och primärkommuner. Inom äldreomsorgen finns en rad olika service- och vårdinsatser som behöver samordnas för att verksamheten skall fungera ändamålsenligt. I propositionen framhålls också vikten av en bättre samordning av samhällets insatser. En särskild delegation har numera tillsatts för att bereda frågan om ändringar i huvudmannaskapet framför allt när det gäller hemsjukvård, dagverksamheter, servicebostäder, gruppboende och lokala sjukhem. Utskottet vill i detta sammanhang framhålla att samordningsfrågorna, oavsett hur huvudmannaskapsfrågan löses, alltjämt kommer att vara av utomordentligt stor betydelse. Kommuner och landsting måste dimensionera sjukvård och sociala insatser så att de äldres faktiska behov kan tillgodoses. Det har i

olika sammanhang visats hur s.k. klinikfärdiga patienter inom akutsjukvården måste stanna kvar i en alltför resurskrävande vårdform därför att platser saknas i andra vårdformer ävensom det omvända förhållandet med långa väntetider i hemmet innan boende i servicehus, ålderdomshem eller gruppboende kunnat ordnas. Vid en planering i samverkan mellan kommun och landsting finns det anledning att noga överväga vilken fördelning av resurserna som skall göras mellan å ena sidan korttidssjukvården och å den andra den långvariga vården och stödet i eget boende. Det skall anmärkas att man på många platser i landet arbetat aktivt för att förbättra samarbetet mellan t.ex. långvårdsklinik, primärvård och socialtjänst. Utskottet vill framhålla betydelsen av att detta arbete fortsätter.

Utskottet hemställde att riksdagen skulle anta de lagförslag som upptagits i propositionen och godkänna vissa angivna riktlinjer (avsnitt 6 om organisation och ansvarsfördelning inom äldreomsorgen, 7.1 om den fortsatta utvecklingen av stödet i det egna boendet, 8.1 om den fortsatta utvecklingen av särskilda boende- och vårdformer samt 10.1 om stödet till närstående vårdare) för utvecklingen av socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens insatser för äldre. Riksdagen biföll utskottets hemställan (rskr.55).

1.4 Äldredelegationens rapport

Regeringen beslutade den 11 maj 1988 att inrätta en delegation för beredning av frågan om förändring av huvudmannaskap m.m. inom samhällets äldreomsorg (äldredelegationen). Jag utsågs till ordförande i delegationen. Till övriga ledamöter utsågs Lars Eric Ericsson (s), ordförande i Svenska kommunförbundet, Anita Estberger (m), landstingsledamot i Kopparbergs läns landsting, Gunnar Hofring (s), ordförande i Landstingsförbundet, Bo Könberg (fp), landstingsråd i Stockholms läns landsting, Gun-Britt Mårtensson (s), kommunalråd i Östersunds kommun, samt Ingrid Zetterström (c), vice ordförande i Svenska kommunförbundet.

Äldredelegationen fick i uppdrag att analysera konsekvenserna av de ändringar i huvudmannaskapet samt de förändringar i nuvarande ansvarsfördelning, som aktualiserades i propositionen 1987/88:176 i syfte att uppnå ett mera enhetligt politiskt och ekonomiskt ansvar för samhällets äldreomsorg.

Äldredelegationen överlämnade i maj 1989 rapporten (Ds 1989:27) Ansvaret för äldreomsorgen. Delegationen lade där fram vittgående förslag i syfte att ge kommunerna ett mera samlat ansvar för service och vård. Delegationens förslag begränsas inte till äldre utan har som utgångspunkt alla dem som, oavsett ålder, har behov av stöd och hjälp.

Delegationen berörde även frågan om möjligheterna för enskilda att kunna flytta till långvårdsplats i annat landsting än det egna och till serviceboende i annan kommun än den egna.

Till protokollet i detta ärende bör som **bilaga 1** fogas sammanfattningen av äldredelegationens rapport.

Äldredelegationens rapport har remissbehandlats. En förteckning över remissinstanserna och en sammanställning av remissyttrandena bör fogas

till protokollet i detta ärende som **bilagorna 2 och 3**. En förteckning med vissa begreppsförklaringar tillfogas som **bilaga 4**.

Jag tar i det följande upp flertalet av de frågor som behandlats i äldredelegationens rapport. Frågan om möjlighet för enskilda att kunna flytta till långvårdsplats i annat landsting eller servicebostad i annan kommun, som behandlades i äldredelegationens rapport, togs emellertid upp i regeringens proposition 1989/90:81 om ledningsansvaret inom den offentliga hälso- och sjukvården. Riksdagen har därefter beslutat i frågan (1989/90:SoU24, rskr.313 – lag 1990:601).

I frågor som gäller hälso- och sjukvårdsområdet och den allmänna försäkringen har jag särskilt samrått med chefen för socialdepartementet.

Jag tar även upp en fråga om viss ändring av lagen (1985:569) om införande av lagen (1985:568) om särskilda omsorger om psykiskt utvecklingsstörda m. fl.

2 Allmänna utgångspunkter och överväganden

2.1 Den offentliga sektorns förnyelse

Under efterkrigstiden har den offentliga sektorn byggts ut i snabb takt och den utgör i dag en väsentlig del av det svenska välfärdssamhället. Jämfört med andra länder har Sverige en mycket stor offentlig sektor. Välfärden är också högre och jämnare fördelad än i de flesta andra länder, något som den offentliga verksamheten i hög grad har bidragit till.

Socialpolitiken är grundläggande för den svenska välfärden. Den är ett uttryck för en fördelningspolitik som bygger på solidaritet och rättvisa. En stabil social välfärd är också ett viktigt inslag i regeringens arbete för att skapa balans i den svenska ekonomin.

Insatserna inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten har stor betydelse för befolkningens hälsa och välbefinnande. Merparten av de behov som befolkningen har av hälso- och sjukvård och socialtjänst kan tillgodoses idag. Men verksamheten är inte alltid så utformad att den motsvarar människors behov och önskemål. Det finns köer och bristsituationer. Förändringar i befolkningens sammansättning kommer också framdeles att ställa stora krav på samhällets hälso- och sjukvård och socialtjänst. Antalet personer i de högsta åldrarna fortsätter att öka.

För att tillgodose dessa behov är det nödvändigt att utbytet av insatta resurser ökas. Genom omprioriteringar bör utrymme kunna skapas för att kunna tillgodose nya och angelägna behov. Arbetet bör inriktas på att höja effektiviteten inom den offentliga sektorn.

För närvarande pågår ett arbete med att utveckla och förnya den offentliga verksamheten, inte minst inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten. En strävan är att stärka den enskilde medborgarens möjligheter att påverka utformningen av samhällets service och vård. Inriktningen är vidare att erbjuda ett mer varierat utbud av tjänster så att den enskilde kan välja mellan dessa.

Inom den offentliga sektorn behövs en större flexibilitet i fråga om

verksamhetsformer och arbetssätt. Styrning, ledning och organisation av den offentliga verksamheten behöver i vissa fall ses över. Verksamheter bör decentraliseras och ansvar delegeras i större utsträckning än i dag. Större frihet bör lämnas till ledning och anställda när det gäller hur målen för verksamheten skall kunna förverkligas. Kraven på resultatuppföljning och omprövning av resursanvändningen måste ställas högt.

Ett annat viktigt inslag i förändringsarbetet är att ta bort de sektorsgränser som inverkar negativt på resursanvändningen och försvårar en anpassning av den offentliga sektorns resurser till medborgarnas behov. Inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten är det viktigt att verksamheten utformas så att en helhetssyn på medborgarens situation främjas och att tillgängligheten till tjänsterna förbättras.

Ansvarsförhållandena mellan stat, kommun och landsting bör bli tydligare. Härigenom underlättas medborgarnas möjligheter att påverka den offentliga verksamheten och förutsättningarna för samordning och samverkan mellan olika organ och samhällsnivåer förbättras.

Som en följd av decentraliseringssträvandena har kommunerna fått utökade uppgifter, vilket inneburit att en allt större del av samhällets välfärdsresurser knutits till den samhällsnivå som ligger närmast medborgarna. Primärkommunerna har också numera en sådan storlek och en sådan administrativ kapacitet att de kan svara för merparten av den service som medborgarna behöver.

Samhällets hälso- och sjukvård och socialtjänst har stor omfattning, kostnadsmässigt och personellt. Stödet till människor som behöver långvarig service och vård utgör en väsentlig del. Många människor, äldre och handikappade, är i sitt dagliga liv beroende av dessa insatser. De kvantitativa och kvalitativa krav som kommer att riktas mot socialsektorn under 1990-talet förutsätter att förnyelsearbetet inom denna del av den offentliga sektorn ges hög prioritet.

2.2 Resurser och samverkan inom socialsektorn

Långtidssjukvårdens utveckling

Vården av obotligt eller kroniskt sjuka var ursprungligen en uppgift för familjen. Endast för fattiga och ensamstående sjuka hade samhället en skyldighet att träda in med vård och för dessa inrättades fattigvårdsanstalter och senare ålderdomshem. Krav restes emellertid på att vården av de kroniskt sjuka skulle avskiljas från kommunens fattigvård och tillhöra den allmänna kroppssjukvården.

Ansvaret för de långvarigt eller kroniskt sjuka delades fram till år 1951 mellan kommuner och landsting. Sistnämnda år fick landstingen ansvaret för den somatiska långtidssjukvården.

Vid mitten av 50-talet fanns drygt 9 000 vårdplatser för långvarigt kroppssjuka varav drygt en tredjedel fortfarande drevs av kommunerna. Vid denna tidpunkt vistades knappt 33 000 människor på ålderdomshem varav 4 700 på godkända sjukavdelningar. Bland de övriga bedömdes 60 % vara "sinnessjuka", "sinnesslöa", "kronisk sjuka" eller "lytesbehäftade".

Många av de tidigare specialsjukhusen i form av sanatorier och epidemisjukhus har omvandlats till det som i dag kallas långvårdssjukhus. Så småningom kom sjukhem med ett geografiskt mindre upptagningsområde att benämnas perifera sjukhem och först i slutet av 70-talet började begreppet lokala sjukhem att användas.

Långtidssjukvården byggdes ut kraftigt under 1960- och 70-talen. År 1975 fanns 38 500 vårdplatser inom somatisk långtidssjukvård varav en tredjedel vid lokala sjukhem. Oklarheten om ansvaret för att tillgodose olika gruppers behov av boende resp. institutionsvård blev under samma tidsperiod allt mer framträdande. År 1973 enades Svenska kommunförbundet och Landstingsförbundet om enhetliga regler för ekonomisk ersättning från landstingen till kommunerna för de boende på ålderdomshemmen, som av läkare bedömdes vara långtidssjuka. Dessa s. k. ELÅ-ersättningar hade drygt tio år senare ersatts av schablonersättningar från landstingen till kommunerna.

Ansvaret för att ge de åldersdementa vård ansågs länge höra till psykiatrins kompetensområde, men från slutet av 1970-talet har en förskjutning skett mot den somatiska långtidssjukvården. Socialutredningen uttalade "att sjukvårdshuvudmannen skall ansvara för att de senildementa bereds en i förhållande till deras behov anpassad vård". Fortfarande vistas ett stort antal människor med åldersdemens inom den psykiatriska och somatiska slutenvården, samtidigt som allt fler får möjlighet att bo i gruppboende.

Den somatiska långtidssjukvården byggdes ut främst i syfte att skilja vården av de långvarigt sjuka från kommunala boendeformer som ålderdomshem och serviceboende. Beteckningen långvarigt sjuk är dock ett relativt begrepp vars innebörd har förändrats över tiden.

Samlade riktlinjer beträffande omsorgen om de äldre utformades av statsmakterna år 1957 på grundval av 1952 års åldringsvårdsutrednings betänkande. Det fastslogs att sjukhemsvården skulle erbjuda sådan vård som inte ansågs vara möjlig att utföra i det egna hemmet eller på ålderdomshem. Vid denna tid var bostadsförhållandena avsevärt sämre än idag och stödet i det egna boendet inte utbyggt. Förväntningarna på äldre människors möjligheter att kunna återfå funktionsförmågan efter t. ex. en hjärnblödning var också lågt ställda långt in på 1970-talet. När vårdbehoven översteg en viss omfattning var ofta en placering inom den somatiska långtidssjukvården självklar.

Vid slutet av 1970-talet gjordes på uppdrag av Sjukvårdens och socialvårdens planerings- och rationaliseringsinstitut (Spri) undersökningar om äldre människors flyttningar från det egna hemmet och till särskilda boende- och vårdformer. Det visade sig att stora grupper inte skulle behövt flytta om mer hjälp kunnat erbjudas i det egna hemmet. Många var också placerade på en alltför hög vårdnivå i förhållande till vårdbehovet och andra visste inte själva varför de kommit till ett ålderdomshem eller ett sjukhem. Studierna visade också att bedömningen av lämplig placering på en kommunal eller en landstingskommunal boende- eller vårdform ofta skedde slumpartat och mer var beroende på tillgång till olika vårdresurser än på den enskildes eget val.

Under 1980-talet har en kvantitativ och kvalitativ utveckling skett av sjukvården i hemmen och den sociala hemtjänsten, så att kvalificerade medicinska insatser i dag kan erbjudas i ordinärt boende och i särskilda boendeformer. En ökad kunskap och en mer positiv syn på möjligheterna att rehabilitera äldre människor efter kroppsliga sjukdomar har medfört att dessa i ökad utsträckning numera bor och får stöd i eget boende.

En följd av nämnda utveckling är att andelen äldre människor med demenssjukdomar inom långtidssjukvården ökat. Dessa människor vårdas dock i stor utsträckning också på ålderdomshem och i ordinärt boende. Utvecklingen av nya alternativa boendeformer framför allt under 1980-talet har visat att långvarig vård också kan ges i andra former än vid de traditionella institutionerna. Huvudmännen har i ett flertal gemensamma projekt ersatt sjukhemsvård med gruppbostäder, s.k. lägenhetssjukhem eller servicebostäder med förstärkt hemsjukvård. I dessa nya boendeformer kan den enskilde erbjudas samma service, omvårdnad och sjukvårdsinsatser som tidigare enbart fanns inom långtidssjukvården. Det har alltså visat sig att en god boendestandard inte lägger hinder i vägen för att också ge en kvalificerad och trygg vård.

Nuvarande vårdresurser

Inom den somatiska långtidssjukvården pågår en uppdelning av verksamheten mellan aktiv rehabilitering, huvudsakligen vid geriatriska kliniker, och omvårdnad, främst vid sjukhem. Omvårdnadsresurserna används på en del håll dels till avlastning för personer som får hemtjänst och hemsjukvård, dels till varaktig vård. Den fysiska miljön förbättras genom upprustning och ombyggnad av nuvarande anläggningar. Genom nybyggnad ersätts äldre otidsenliga sjukhem.

För närvarande finns ca 49 000 vårdplatser inom den somatiska långtidssjukvården. Fram till mitten av 1980-talet ökade antalet vårdplatser, men därefter har antalet platser minskat något. I förhållande till ökningen av antalet äldre människor under 1980-talet har däremot de institutionsbundna vårdresurserna minskat något. Av en inventering som Landstingsförbundet gjorde i september 1988 inom den somatiska långtidssjukvården framgår att 18 % av de då inneliggande eller 8 500 personer skulle ha kunnat skrivas ut till annan boende- eller vårdform om tillräckliga resurser funnits i eget boende, ålderdomshem, gruppboende för åldersdementa m.m.

Den nuvarande avgränsningen mellan olika verksamhetsformer inom den somatiska långtidssjukvården är inte tydlig eller självklar. Geriatriska kliniker finns idag vid nästan alla länssjukhus och i några fall också vid länsdelssjukhusen. Antalet fullt utvecklade geriatriska klinikplatser bedöms för närvarande vara ca 7 000. Antalet vårdplatser vid långvårdssjukhus, centrala sjukhem och omvårdnadsavdelningar inom länssjukvården uppgår till ca 21 000. Två tredjedelar av dessa är sammanbyggda med sjukhus för somatisk korttidssjukvård eller med anläggningar för andra vårdverksamheter eller finns inom ett sjukhusområde. De hör organisatoriskt till länssjukvården. Det har blivit allt vanligare att långvårdsinrätt-

ningar med omvårdnadsinriktning även inom länssjukvården ges ett lokalt upptagningsområde.

Vid lokala sjukhem finns nu ca 20 000 vårdplatser och endast ett fåtal kommuner saknar inom sina geografiska gränser över huvud taget resurser för somatisk långtidssjukvård. Merparten av de lokala sjukhemmen hör organisatoriskt till primärvården. Nästan tre fjärdedelar av samtliga lokala sjukhem är sammanbyggda med andra vårdinrättningar. Vanligast är samlokalisering med en vårdcentral men samförläggning med ett ålderdomshem eller servicehus förekommer också.

Inom den somatiska korttidssjukvården finns ca 37 000 vårdplatser. Av dessa utgörs ca 16 000 platser av medicinsk korttidsvård, drygt 18 000 av kirurgisk korttidsvård och ca 4 000 av övrig vård. Den somatiska korttidssjukvården präglas av allt kortare vårdtider. De aktiva behandlingsinslagen i vården ökar härigenom. Inriktningen är att genom tidig utskrivning, kanske efter en period av vård vid en geriatrisk klinik, med stöd från primärvård och socialtjänst, ge förutsättningar för den enskilde att anpassa sig till hemmiljön.

Landstingsförbundet genomförde i mars 1990 en riksomfattande inventering över förekomsten av medicinskt färdigbehandlade inom den somatiska korttidssjukvården. Av resultaten framgår att ca 4 000, dvs 15 % av de inneliggande, bedömdes såsom medicinskt färdigbehandlade, varav drygt 800 patienter inom Stockholms läns landsting.

Av de färdigbehandlade patienterna fanns drygt hälften på kliniker för allmän internmedicin, en femtedel på allmänkirurgiska och 14 % på ortopediska kliniker. Detta innebär att 22 % av patienterna var utskrivningsklara inom allmän internmedicin och ortopedisk kirurgi samt 12 % inom allmän kirurgi. Variationerna är stora i fråga om andelen medicinskt färdigbehandlade vid olika kliniker i landet. Vid några kliniker rör det sig endast om en handfull personer, medan det vid ett par kliniker handlar om hälften av de inneliggande patienterna. 60 % av de färdigbehandlade patienterna har fyllt 80 år. Tre fjärdedelar väntar på plats inom den somatiska långtidssjukvården, medan resterande fjärdedel väntar på plats vid ålderdomshem eller stöd i eget boende m. m.

Inom den psykiatriska vården finns drygt 16 000 vårdplatser, varav flertalet vid psykiatriska kliniker. Mellan åren 1980 och 1988 reducerades antalet vårdplatser från 27 000 till 16 800 platser eller med 38 %. Det är främst inom diagnosgrupperna schizofreni samt olika former av psykos och personlighetsstörning som minskningen av antalet vårdade inom psykiatrin har skett de senaste åren. Flertalet patienter som får vård inom den psykiatriska slutenvården har korta vårdtider.

De psykiatriska klinikernas resurser förbehålls de patienter som behöver kvalificerad och i tiden avgränsad behandling, medan långvariga stöd- och vårdinsatser som inte kräver psykiatrisk kompetens i allt högre grad överlåts till den somatiska långtidssjukvården och till socialtjänsten. På en del håll i landet finns särskilda resurser för psykogeriatrik inom den psykiatriska vården, medan motsvarande resurser inom andra landsting tillhör den somatiska långtidssjukvården.

Fortfarande finns personer som vårdas mycket länge, vilket framgår av

att drygt hälften av vårddagarna tas i anspråk av personer som vårdats mer än ett års tid. Vid slutet av år 1988 hade 16% av de inneliggande inom sluten psykiatrisk vård demensdiagnoser. För närvarande finns inte någon riksomfattande bedömning av förekomsten av personer som är medicinskt färdigbehandlade inom den psykiatriska sjukvården. Mot bakgrund av de stora variationerna i antal slutenvårdsplatser per invånare i länen finns det emellertid anledning förmoda att vårdresursernas utformning inte fullt ut motsvarar de vårdades behov.

Under 1980-talet har socialtjänstens stöd byggts ut. Antalet arbetstimmar inom den sociala hemtjänsten har ökat med nästan 90% mellan åren 1980 och 1988 från ca 50000 till ca 94000 timmar. Under samma period har antalet servicebostäder, med eller utan helinackordering, ökat med 8000 från 82000 till 90000 bostäder.

Utveckling av samverkan

1960 års socialpolitiska kommitté föreslog en utbyggnad av sjukhem, bostäder för äldre och hemhjälp. Kommittén utgick från ett oförändrat huvudmannaskap trots att den konstaterade att samordnings- och samverkanskrav kunde tala för en gemensam nämnd.

I propositionen (1979/80: 1) Om socialtjänsten uttalades att ett enhetligt huvudmannaskap för långtidssjukvård och äldreomsorg inte borde komma i fråga. Däremot framhölls nödvändigheten av praktisk samverkan mellan kommun och landsting och en samordnad planering.

Behovet av konkret samarbete i det dagliga service och vårdarbetet och samplanering av verksamheten har betonats allt mer under de senaste årtiondena. I socialstyrelsens principprogram för öppen hälso- och sjukvård, SoS redovisar 1969, förespråkades en lokalmässig samordning av socialvårdens verksamheter med landstingens vårdcentraler.

I de båda kommunförbundens utredning "Samordnad åldringsvård – långtidssjukvård" (1969) diskuterades formerna för en organiserad samverkan. I utredningen rekommenderades dels fasta samarbets- och samrådsorgan på länsplanet och på det lokala planet, dels samlokalisering av sjukhem och ålderdomshem och gemensamt utnyttjande av vårdpersonal.

Under 1970-talet sammanbyggdes socialbyråer och vårdcentraler i många kommuner, och till vårdcentralerna knöts ofta även sjukhem och dagverksamheter. Länsvisa planeringsorgan för socialtjänst och primärvård växte fram och samverkansprojekt utvecklades, bl. a. SOSAM-projekten initierade av socialutredningen och SAMSS-projektet igångsatt av de båda kommunförbunden.

Under slutet av 1970-talet genomförde de båda kommunförbunden, Spri och socialstyrelsen ett gemensamt utvecklingsarbete kring primärvård och äldreomsorger. För äldreomsorgens olika funktioner föreslogs riktlinjer för verksamhetsutveckling och former för samarbete och samordning.

En ny princip för ansvars- och arbetsfördelningen mellan sjukvård i hemmet och hemtjänst – kompetensprincipen – förordades. Ansvarsfördelningen hade tidigare utgått från en bedömning av om hjälpbehovet

förorsakats av sjukdom eller allmän ålderssköplighet. Grunden för kompetensprincipen var att de båda huvudmännen var och en skulle tillhandahålla de resurser som ligger inom respektive huvudmans kompetensområde. Kommunen skulle svara för insatser som kräver socialt utbildad personal, medan landstinget skulle svara för medicinskt utbildad personal. Kompetensprincipen skall också ses mot bakgrund av konstruktionen med ersättningar för tjänsteköp från landsting till kommun, samt sjukvårdshuvudmännens strävan att ersätta från kommunen köpta hemsamarittimmar med mer medicinskt inriktade sjukvårdsinsatser i enskilda hem.

Det nämnda utredningsarbetet kom att ligga till grund för ekonomiska överenskommelser mellan huvudmännen; främst när det gällde området hemtjänst och hemsjukvård. Ansvaret för personalinsatser i särskilda boendeformer och för andra grupper som t. ex. yngre handikappade liksom vårdinsatser för åldersdementa reglerades också på en del håll, medan ansvarsfördelningen i andra län förblev mer otydlig. Tolkningen av kompetensprincipen blev ofta föremål för diskussioner och förhandlingar, både hos enskilda vårdtagare och i gemensamma samrådsorgan. Tolkningsproblem och konflikter kring en växande "gråzon" av arbetsuppgifter hänsköts i centrala utredningar och rekommendationer från kommunförbunden till lokala avgöranden. Man förutsatte att samarbete och samordning i de nu framväxande vårdplaneringsgrupperna skulle lösa eventuella konflikter.

Omstruktureringen av vården medförde framför allt under 1980-talet en förskjutning av ansvaret och en fördelning av arbetsuppgifterna mellan huvudmännen, så att kommunerna fick ta ett större ansvar. De ekonomiska konsekvenserna av omstruktureringen i vårdsektorn analyserades i kommunförbundens gemensamma konsekvensstudie, som publicerades år 1986.

2.3 Framtida krav på service och vård för äldre och handikappade

Befolkningsförändringar

Sedan 1950-talets början har antalet personer i åldrarna 65 år och däröver mer än fördubblats och uppgår nu till ca 1,5 milj. människor. Under 1990-talet förväntas ingen större förändring, men efter sekelskiftet sker åter en ökning av antalet äldre. År 1950 var andelen personer 65 år och äldre i befolkningen drygt 10 %, och för närvarande utgör andelen nästan 18 %. År 2025 förväntas personer 65 år och däröver utgöra 21 % av befolkningen.

Ökningen av de allra äldsta i samhället har under de senaste tre decennierna varit dramatisk och ställt stora krav på samhällets utbyggnad av service och vård. Sedan år 1950 har antalet personer 80 år och däröver ökat från 107 000 till 369 000 personer år 1990. Antalet personer 80 år och däröver förväntas fortsätta att öka fram till sekelskiftet med nästan 80 000, för att därefter stabiliseras på denna nivå under ett par decennier.

De flesta äldre förblir friska högt upp i åren. Generellt sett anses t. ex. 70-åringar i dag mer vitala än 70-åringar var för tio år sedan. Åldrandeprocessens olika yttringar tycks kunna förskjutas högre upp i åldrarna.

Olika undersökningar visar att 5–6 % av befolkningen 65 år och däröver har demenssjukdomar med påtagliga symtom. Förekomsten av demenssjukdomar ökar med stigande ålder. Ca 20 % av 80-åringarna bedöms vara åldersdementa, och nästan varannan 95-åring.

Beräknat vid ett visst tillfälle bor ca 80 % av samtliga personer över 80 år i eget boende och nästan 60 % klarar sig utan hemtjänst. Risken för sjukdomar ökar dock med stigande ålder och det tar också längre tid för mycket gamla människor att återhämta sig efter en sjukdom.

Den förändrade ålderssammansättningen har stor inverkan på behoven av service och vård. Behovet ökar kraftigt med stigande ålder. I åldrarna 85–89 år bor var tredje kvinna och var fjärde man på institution och i åldrarna 90 år och däröver är motsvarande andel drygt varannan kvinna och 45 % av männen.

En av de vanligaste huvuddiagnoserna inom långtidssjukvården är åldersbetingade psykiska sjukdomar, vilka har ökat från 27 % år 1980 till närmare 35 % år 1989. Äldres andel av den totala sjukvårdkonsumtionen har blivit allt större, vilket framgår av att den andel av landstingens sjukvårdskostnader som avser gruppen 65 år och däröver har ökat från 40 % år 1970 till ca 60 % år 1990.

Nya krav och behov

Allt fler människor kan i dag välja att bo i eget boende där de kan erbjudas omfattande hjälp och kvalificerade sjukvårdsinsatser. I allt mindre utsträckning flyttar människor mellan olika boende- och vårdformer, vilket har medfört att vårdtyngden ökat både på ålderdomshem och inom den somatiska långtidssjukvården, men framför allt inom den sociala hemtjänsten och sjukvården i hemmet. Medelvårdtiderna inom den somatiska korttidsjukvården har minskat under senare år och allt fler operativa ingrepp sker vilket medför att en patient tillbringar en förhållandevis större andel av konvalescenstiden i hemmet. Gränsen mellan länssjukvårdens och primärvårdens efterbehandlande ansvar blir allt mer flytande.

Även yngre människor med stora funktionsnedsättningar har i större utsträckning än förr möjligheter att bo i en egen bostad eller i servicebostäder. Detta ställer stora krav både på omfattning och organisation av service och vård. Reduceringen av vårdplatserna inom den psykiatriska slutenvården har varit betydande de senaste decennierna. Detta har skärpt kraven på kompetens bland personalen i de öppna service- och vårdformerna.

Vård hemma i livets slutskede har blivit praktiskt möjligt genom en utbyggnad av primärvården och den sociala hemtjänsten samt medicinska möjligheter till t. ex. smärtlindring. Detta medför dock stora krav på medicinskteknisk säkerhet och på ökad kompetens bland personal som utför service- och vårduppgifter i hemmet.

Den medicinska teknikens utveckling i kombination med en mer positiv inställning till rehabilitering har gjort att allt fler kan återfå vissa funktioner efter t. ex. en genomgången hjärnblödning. Höftledsoperationer utförs i allt högre utsträckning hos människor i höga åldrar och stora grupper äldre kan i dag återvända till den egna bostaden efter en period av aktiv behandling i stället för att hänvisas till sluten långtidssjukvård.

Det finns en växande grupp mycket gamla människor med sammansatta vårdbehov där gränsen mellan huvudmännens ansvarsområden i praktiken är utomordentligt svår att dra. Det handlar om äldre personer som är allmänt ålderssvaga och besväras av yrsel, dålig blodcirkulation och hjärtsvikt. De har i många fall en rad andra funktionsnedsättningar. En sådan sammansatt sjukdomsbild i kombination med avsaknad av närstående ligger ofta bakom förhållandet att dessa människor ofta besöker den somatiska korttidssjukvårdens akutmottagningar. De återfinns också ofta som medicinskt färdigbehandlade inom korttidssjukvården i väntan på andra vårdalternativ. Vid en inventering av medicinskt färdigbehandlade inom den somatiska korttidsvården år 1989 visade det sig att 32% inte klarade av att äta själv, att 72% inte klarade av att förflytta sig och att 71% behövde hjälp med toalettbesök eller var inkontinenta. Endast 21% av de medicinskt färdigbehandlade klarade av att sköta sig helt själv. Motsvarande siffra för långtidssjukvården var 13%.

Problemet för dessa människor är det ofta labila tillståndet och den oro detta medför. En mindre komplikation kan snabbt stjälpa hela vårdsituationen i hemmet och den gamle förs till akutsjukhus, dock ofta utan att behöva länssjukvårdens kvalificerade medicinska resurser. Den efterföljande placeringen sker ofta mer efter tillgången på plats i olika boende- och vårdformer än efter den enskildes egna önskemål och faktiska vårdbehov. Med tanke på det ökande antalet personer i de högsta åldrarna och att andelen ensamboende i befolkningen väntas öka finns det skäl att förvänta sig ett växande antal personer med sammansatta behov av stöd.

2.4 Förnyelse inom socialsektorn

Välfärdspolitiken

I ett internationellt perspektiv har vi i vårt land ett väl fungerande socialt välfärdssystem. Fortfarande finns dock brister. Alla människor får inte den service och vård de behöver. Det finns köer till vård och behandling. Stödet i människors egna hem behöver förbättras och byggas ut ytterligare. Våra inrättningar för långvarig vård svarar inte alltid mot moderna krav.

Det finns mycket som tyder på att den svenska folkhälsan förbättras. De mest utsatta får emellertid inte tillräcklig del av denna utveckling. Skillnaderna i hälsa mellan olika sociala grupper i befolkningen tenderar att öka. Detta måste, enligt min mening, motverkas bl. a. genom en offensiv utveckling av hälso- och sjukvården samt socialtjänsten.

Människor som har långvariga sjukdomar och funktionsnedsättningar är beroende av att samhällets service och vård fungerar väl. Dessa människors rätt till självbestämmande, trygghet och valfrihet måste värnas.

Pågående samhällsförändringar under 1990-talet kommer att skärpa kraven på samhällets service och vård. För att uppnå en rättvis fördelning av socialsektorns tjänster och öka tillgängligheten krävs en omställning av resursanvändningen.

Det ökande antalet äldre i de högsta åldrarna – ett resultat av en i huvudsak mycket framgångsrik välfärds- och folkhälsopolitik – är ingen ny företeelse, utan en fortsättning på utvecklingen under 1980-talet. Utvecklingen innebär att behoven av samhällsinsatser växer. Vidare utökas successivt möjligheterna att behandla sjukdomar, inte minst äldre människors sjukdomar.

Genom en aktiv folkhälsopolitik bör emellertid behoven av hälso- och sjukvård samt socialtjänst kunna begränsas. Hälsoutvecklingen, inte minst bland äldre människor är också positiv. Utvecklingen i detta avseende under 1990-talet kommer att få stor betydelse för människors levnadsförhållanden och för omfattningen av samhällets åtagande.

Människors förväntningar på den offentliga sektorns tjänster växer, något som i sig är positivt. Tjänsterna måste anpassas till befolkningens krav på tillgänglighet, kvalitet och kontinuitet. För de människor som behöver långvarig service och vård är möjligheterna att påverka insatsernas utformning särskilt betydelsefulla. För dem som inte vill eller kan bo i eget boende behövs moderna särskilda boendeformer/bostäder, där den enskildes rätt till integritet kan tillgodoses och där service och vård kan ges i trygga former.

Enligt min bedömning kommer de samlade behoven av service och vård i vårt land att växa under 1990-talet. Kvalitetskraven på de tjänster som samhället erbjuder kommer att öka.

Målen för samhällets socialtjänst och hälso- och sjukvård har lagts fast i socialtjänstlagen resp. hälso- och sjukvårdslagen. Vid olika tillfällen har riksdagen även antagit riktlinjer för utvecklingen inom socialsektorn. Senast antog riksdagen riktlinjer för äldreomsorgens utveckling under 1990-talet (prop. 1987/88:176, SoU6, rskr.55).

En viktig grund i vårt samhälle är den generella välfärdspolitiken. Socialtjänsten och hälso- och sjukvården är till för alla som behöver den. Samhällets åtaganden är långtgående och ställer stora krav på solidaritet mellan befolkningsgrupper och generationer. Det gäller dock att vara uppmärksam på hur resurserna används. Utsatta grupper, där ohälsa och sociala problem är vanligt förekommande, måste lyftas fram vid fördelning av resurserna.

Jag har i avsnitt 2.1 redovisat inriktningen för förnyelsen av den offentliga sektorn. Möjligheterna att tillföra resurser blir till stor del beroende av omprioritering inom den offentliga sektorn. Inriktningen bör vara att se över bl.a. organisation, uppgiftsfördelning och styrning av verksamheten för att öka utbytet av insatta resurser. En effektiv hushållning med givna resurser är en nödvändighet för socialsektorn under 1990-talet.

Jag vill i det följande redovisa de allmänna motiv jag har för de förslag som jag nu lägger fram.

Socialtjänsten och hälso- och sjukvården är funktionellt nära knutna till varandra. I särskilt hög grad har primärvården och långtidssjukvården ett nära samband med socialtjänsten.

Människor får ofta hjälp från såväl hälso- och sjukvården som socialtjänsten. När det gäller långvarig service och vård är tjänster från de båda verksamheterna många gånger utbytbara. Utvecklingen av service och vård i hemmen, förändrade behandlingsmetoder samt nya synsätt förändrar förutsättningarna för gränsdragningen mellan socialtjänsten och hälso- och sjukvården. Inom vissa områden råder oklarhet om vilken huvudman som skall ansvara för insatserna.

Härutöver kompletterar ofta insatserna varandra så att en insats från den ene förutsätter en insats från den andre huvudmannen.

Orsakerna till människors behov av service och vård är sammansatta. För att tillgodose dessa behövs ofta personal med olika kompetens. Uppdelningen av huvudmännens ansvarsområden, efter behovet av social eller medicinskt kompetens för att fullgöra uppgiften, försvårar tillämpningen av en helhetssyn i det praktiska arbetet. Möjligheterna att samordna resurserna minskar också genom en sådan fördelning av uppgifterna.

Jag har i avsnitt 2.3 redovisat att frågan om samordning och samverkan mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten varit aktuell under lång tid. Stora ansträngningar har gjorts lokalt och centralt i denna fråga. Det finns också flera exempel på att huvudmännen praktiskt lyckats utveckla sitt samarbete. Det har emellertid visat sig svårt att med nuvarande förutsättningar få till stånd en generell utveckling i detta avseende. Skälen kan vara flera. Enligt min bedömning står en stor del av orsakerna att finna i den ansvars- och uppgiftsfördelning som gäller mellan kommuner och landsting. Jag anser det därför nödvändigt att nu genomföra en betydande förändring av uppgiftsfördelning och styrformer inom socialsektorn. Den reform jag förordar är långtgående och skapar, enligt min mening, goda förutsättningar för huvudmännen att genomföra den förnyelse av socialsektorn som behövs.

Föreliggande reform gäller i huvudsak den service och vård som riktar sig till människor som behöver långvariga insatser från socialtjänsten och hälso- och sjukvården. Det är på detta område som samordningsproblemen är mest framträdande.

En omstrukturering av resursanvändningen från institutionsvård till stöd i eget boende har pågått under flera år. Landstingen svarar för merparten av institutionsvården och kommunerna för merparten av stödet i eget boende. Omställningen innebär därför att kommunernas ekonomiska åtagande vidgas, medan landstingens reduceras. Då de ekonomiska resurserna är knappa uppstår lätt konflikter i samband med omstruktureringen, eftersom många av huvudmännens insatser är utbytbara eller kompletterar varandra.

Merparten bland remissinstanserna har godtagit de allmänna utgångs-

punkter för en reform som äldredelegationen har valt. Mot denna bakgrund föreslår jag att kommunerna ges ett samlat ekonomiskt ansvar för den långvariga somatiska vården. Detta sker genom att kommunerna tar över verksamhetsansvaret för sådana sjukhem och andra vårdinrättningar som har ett lokalt upptagningsområde. Kommunernas ansvar för särskilda boendeformer/bostäder med särskild service och dagverksamheter preciseras. Kommunerna föreslås även få ett ekonomiskt ansvar, betalningsansvar, för somatisk långtidssjukvård som lämnas av landsting eller av enskild vårdgivare.

Genom dessa förändringar ges kommunerna ett samlat ekonomiskt ansvar för långvarig service och vård med omvårdnadsinriktning till somatiskt sjuka patienter i särskilda boendeformer och inom hälso- och sjukvården.

Kommuner och landsting kan därutöver lokalt komma överens om att en kommun skall överta ansvar, ekonomiskt eller verksamhetsmässigt, för ytterligare delar av hemsjukvården och långtidssjukvården.

Förändringarna kommer enligt min mening att ge goda förutsättningar för en stegvis och samordnad förnyelse av inrättningarna för service och vård. Förändringarna stimulerar även en god resursanvändning genom att kommunen får göra avvägningar mellan olika sätt att tillgodose befolkningens behov – stöd i ordinärt boende eller i särskilda boendeformer/bostäder.

Ett mer samlat ansvar är även viktigt från demokratisk utgångspunkt. Medborgarnas möjligheter att komma i kontakt med de förtroendevalda ökar när ansvaret för service och vård samlas på den lokala nivån. Möjligheterna till inflytande för den enskilde och till lokal anpassning ökar.

Mitt förslag innebär att ekonomiska resurser, som motsvarar förändringen av verksamhets- och betalningsansvar, förs över från landstingen till kommunerna. De konflikter mellan huvudmännen som den nuvarande uppgiftsfördelningen förorsakat ersätts av en samlad prioritering hos en huvudman av vilka förändringar som skall göras i verksamheten.

Det är kommunen som har ansvaret för bostadsförsörjningen och för de sociala stödinsatserna. Även omfattande behov av omvårdnad och kvalificerade sjukvårdsinsatser ges i den enskildes bostad. Utvecklingen av service och vård innebär att den enskildes rätt till ett eget boende och en flexibel service och vård i hemmet sätts i förgrunden. Mot denna bakgrund framstår det som naturligt att det är kommunen som skall ges ett samlat ansvar. De ekonomiska resurserna och huvuddelen av verksamhetsansvaret bör förläggas till den samhällsnivå där merparten av de framtida åtagandena ändå kommer att behöva göras.

Betalningsansvaret är ett nytt inslag i förhållandet mellan två offentliga vårdgivare, kommuner och landsting. Avsikten med detta är att stimulera utvecklingen mot moderna boende- och vårdformer samt att främja en effektiv resursanvändning. Viss vård inom landstingens länssjukvård överensstämmer till sin karaktär med den som ges inom kommunens nuvarande och i ännu högre grad kommunens föreslagna ansvarsområde. Länssjukvården har i allmänhet flera kommuner som upptagningsområde, varför det kan vara motiverat att landstingen även framdeles är huvudmän

för långtidssjukvård som bedrivs på denna vårdnivå. Betalningsansvarets syfte är därför också att förhindra att en ny olycklig huvudmannaskapsgräns skall uppstå mellan kommunens och landstingets verksamheter.

Den av mig föreslagna reformen lägger ett samlat ansvar på kommunerna för service och vård till äldre och handikappade. Kommunerna får bedöma i vilken takt de av riksdagen antagna riktlinjerna för utveckling av samhällets äldre- och handikappomsorg kan förverkligas. Genom att kommunerna får ett samlat ekonomiskt ansvar för den långvariga somatiska vården förbättras möjligheterna att ta ställning till om standarden i en viss boende- och vårdform skall förbättras eller om den skall ersättas av nya bostäder eller av ytterligare andra alternativ.

Det finns enligt min bedömning goda skäl att förutsätta att de resurser som nu finns inom de aktuella verksamheterna kan användas bättre. Reformen bör därför kunna bidra till att förbättra effektiviteten inom den offentliga sektorn. Detta är till nytta för de människor som behöver samhällets service och vård. Jag vill lyfta fram några exempel på detta.

De människor som i dag väntar inom långtidssjukvården, den somatiska korttidssjukvården eller inom den psykiatriska slutenvården på att få komma till en lämplig boende- eller vårdform far inte sällan illa av detta. För samhället är det också en onödigt dyr vård som tas i anspråk, samtidigt som sjukvårdens resurser i hög grad behövs för aktiv behandling. Mycket tyder på att användningen av samhällsresurserna skulle kunna förbättras avsevärt om människor fick rätt boende- och vårdform. Den föreslagna reformen skapar goda förutsättningar för detta.

Genom ett delat ansvar har samhällets vård och service kommit att byggas upp i två skilda organisationer. Det gäller såväl det vardagliga arbetet som försörjningsorganisationen och den administrativa och politiska ledningen. Enligt min bedömning bör det finnas väsentliga fördelar med att samordna de verksamheter som bedrivs inom landstingens somatiska långtidssjukvård med kommunernas ålderdomshem, servicehus m. m.

Även samordningen mellan kommunernas insatser i det vanliga boendet och i de särskilda boendeformerna är väsentlig i detta avseende. Exempel på områden där samordning bör kunna ske är jour- och beredskapsorganisation, upphandling, kostförsörjning, ledning och administration. I det direkta service- och vårdarbetet bör också finnas samordningsfördelar genom att frångå den uppdelning på medicinsk och social kompetens som nu utgör grund för uppgiftsfördelningen mellan huvudmännen och för utformningen av yrkesrollerna.

3 Särskilda boendeformer för service och omvårdnad, bostäder med särskild service och dagverksamheter.

Mitt förslag: En skyldighet införs för kommunerna att inrätta särskilda boendeformer för service och omvårdnad. Detta ersätter den nuvarande skyldigheten för kommunerna att inrätta servicehus. Det nya begreppet omfattar förutom ålderdomshem och andra servicehus också gruppboende. Även de sjukhem m. m. som överförs till kommunerna skall utgöra särskilda boendeformer för service och omvårdnad.

Även yngre personer som av fysiska, psykiska eller andra skäl möter betydande svårigheter i sin livsföring kan ha behov av en bostad med särskild service för att kunna delta i samhällets gemenskap och leva som andra. Kommunerna ges därför en skyldighet att inrätta sådana bostäder.

Kommunernas ansvar för att inrätta dagverksamheter för dem som behöver sådant stöd markeras genom en ändring i socialtjänstlagen.

Äldredelegationens förslag: Genom ett tillägg i socialtjänstlagen ges kommunerna en skyldighet att inrätta särskilda boendeformer för service och omvårdnad åt var och en som behöver sådant stöd. Sådana särskilda boendeformer avser bl. a. ålderdomshem och servicehus för äldre, gruppboenden för åldersdementa, lokala sjukhem och servicebostäder för handikappade.

Äldredelegationen lämnar inte något förslag beträffande ansvaret för dagverksamheter, förutom när det gäller den hälso- och sjukvård som bedrivs vid dessa.

Remissinstanserna: Förslaget om att i socialtjänstlagen klargöra kommunernas ansvar för att inrätta särskilda boendeformer för service och omvårdnad har i princip mottagits positivt av remissinstanserna. 292 remissinstanser har tagit ställning till delegationens förslag. Med något enstaka undantag är de positiva till att förtydliga kommunernas ansvar för boendet och göra en ändring i socialtjänstlagen.

Av de kommuner som inkommit med yttranden har endast en kommun avstyrkt förslaget. De kommuner som tillstyrkt godtar delegationens analyser och argument. Många kommuner har emellertid visat tveksamhet vad gäller de ekonomiska möjligheterna för dem att kunna genomföra förslaget. 55 kommuner anser det således nödvändigt med ökade bidrag från staten för att klara åtagandena enligt förslaget eller med kraftfulla åtgärder för att lösa finansieringsfrågorna. 14 kommuner anser att reglerna för bidrag och finansiering måste ses över, förenklas, göras mer generella och lika för alla boendeformer.

Flertalet landsting tillstyrker förslaget om ett lagstadgat ansvar för kommunerna att inrätta särskilda boendeformer för service och omvårdnad.

Några landsting, bl. a. landstingen i Södermanlands och Jämtlands län, pekar på de problem som kan uppstå när det gäller finansiering av nyinvesteringar.

Socialstyrelsen framhåller betydelsen av en väl fungerande bostadsförsörjning för äldre och andra grupper och vikten av att man i det ordinarie bostadsbeståndet i högre grad än som nu är fallet planerar och bygger för kvarboende även när omvårdnadsbehovet ökar.

Svenska kommunförbundet tillstyrker att det läggs fast ett preciserat ansvar för planering och inrättande av särskilda boendeformer för service och omvårdnad åt människor som behöver sådant stöd.

Landstingsförbundet ställer sig bakom förslaget om att lägga fast ett tydligt ansvar för kommunerna när det gäller olika boendealternativ för människor och därmed också ansvaret för de åldersdementas boende.

Handikappförbundens Centralkommittè (HCK), De Handikappades Riksförbund (DHR) och Synskadades Riksförbund (SRF) föreslår i ett gemensamt yttrande att man i lagtexten behåller "distinktionen mellan stöd *till* äldre människor och stöd *till* människor med handikapp". Förbunden avstyrker därför det föreslagna tillägget och förordar i stället ändringar i såväl 20 § som 21 § socialtjänstlagen. Även statens handikappråd anför liknande synpunkter.

Flera remissinstanser, såväl kommuner som landsting och andra har uttalat osäkerhet om vad som avses med delegationens förslag. Det framgår enligt dessa remissinstanser inte klart om förslaget enbart avser inrättandet av nya boendeformer eller om avsikten är att även redan befintliga service- och gruppbostäder i landstingskommunernas regi skall övergå till kommunerna.

Ett mindre antal remissinstanser har berört frågan om dagverksamheter. Några landsting menar att dagsjukvård är en viktig resurs i rehabiliteringen och att denna även framdeles bör tillhöra en samlad hälso- och sjukvårdsorganisation. Beträffande dagverksamheter för åldersdementa och för människor som tidigare vårdats inom den psykiatriska vården menar några remissinstanser att denna verksamhet bör tillhöra kommunens ansvarsområde.

Skälen för mitt förslag:

3.1 Allmänna utgångspunkter

Alla människors rätt till en god bostad utgör en av hörnstenarna i välfärdspolitiken. Målet för bostadspolitiken är att hela befolkningen skall beredas bostäder av god kvalitet till skäliga kostnader. Även den som är gammal eller handikappad har rätt till en bostad där friheten och integriteten är skyddad och där han kan få sina behov av stöd och hjälp i den dagliga livsföringen tillgodosedda.

Olika former av social och medicinsk service skall i första hand kunna tillgodoses i den enskildes hem. Den enskilde skall emellertid kunna välja att flytta till en särskild boendeform för service och omvårdnad.

Enligt 20 § andra stycket socialtjänstlagen är det en uppgift för kommu-

nen att för äldre människor med behov av särskilt stöd inrätta bostäder med gemensam service (servicehus). Servicehus är det samlade begreppet för olika former av boende med gemensam service. I begreppet servicehus ingår såväl bostäder med eget hyreskontrakt som servicehus med helinackordering.

I propositionen (1979/80: 1) Om socialtjänsten föreslogs enbart en skyldighet för kommunerna att inrätta bostäder med gemensam service för äldre människor (servicehus). Någon motsvarande skyldighet för kommunerna vad gäller handikappade eller andra grupper än äldre föreslogs således inte. I propositionen konstaterades dock att "ansvaret gentemot de handikappade kommer till uttryck i 42 a § byggnadsstadgan, som föreskriver att bostäder skall vara tillgängliga även för dem" (del A s.301).

Riksdagen godtog det i propositionen framlagda förslaget om skyldighet för kommunerna att för äldre människor inrätta bostäder med gemensam service (servicehus) – SoU 1979/80:44, rskr.385.

Kommunerna har ansvaret för bostadsförsörjningen. Enligt 3 § första stycket lagen (1947:523) om kommunala åtgärder till bostadsförsörjningens främjande (bostadsförsörjningslagen) skall en kommun fortlöpande bedriva bostadsförsörjningsplanering i syfte att främja att alla i kommunen får en egen bostad av god kvalitet samt att ändamålsenliga åtgärder för bostadsförsörjningen inom kommunen förbereds och genomförs. Bestämmelsen fick sin nuvarande lydelse genom en lagändring som trädde i kraft den 1 juli 1985 (SFS 1985:466).

Till grund för ändringen låg propositionen (1984/85: 142) Om förbättrade boendeförhållanden för gamla, handikappade och långvarigt sjuka. Syftet med förslagen i propositionen var bl. a. att förena strävandena inom socialpolitiken och bostadspolitiken och att vidareutveckla den sociala bostadspolitiken. Fler människor borde ges möjlighet att, trots funktionsnedsättningar eller sjukdom, bo och leva ett aktivt liv i vanliga bostadsområden.

3.2 Ett tydligare kommunalt ansvar

I många kommuner pågår en utbyggnad av olika särskilda boendeformer för att tillgodose människors rätt till ett eget boende. Ett stort antal äldre är dock fortfarande hänvisade till institutions- eller institutionsliknande boende för att kunna få sina behov av trygghet, omvårdnad samt medicinsk och social service tillgodosedda. Det gäller bl. a. i hög grad människor med åldersdemens. Detsamma gäller även i viss mån yngre människor med svåra handikapp.

Den pågående omstrukturering mot ett mer varierat utbud av olika boendeformer för service och omvårdnad försvåras emellertid av oklarheter i ansvarsfördelningen mellan kommuner och landsting. Det är inte rimligt att enskilda som behöver långvarig service och omvårdnad skall vara hänvisade till sjukhus för att kunna få sina behov tillgodosedda. En huvudman bör ha ett klart och tydligt ansvar för att tillgodose enskildas behov av boende, service och vård. Detta är en uppgift som bör ligga på kommunerna. Det är vidare nödvändigt att fördela ansvaret mellan kom-

muner och landsting så att tvister om var ansvarsgränsen går kan undvikas.

Av skäl som jag anfört bör därför kommunernas ansvar för olika boendeformer/bostäder samt den service och vård som lämnas där förtydligas. Ansvaret bör preciseras så att det omfattar var och en som behöver den trygghet och närhet till service och vård dygnet runt som skall erbjudas i de särskilda boendeformerna och bostäderna. I ett sådant boende skall kommunen ha ansvar för såväl sociala som medicinska insatser (förutom sådana som meddelas av läkare).

En del remissinstanser har menat att äldredelegationens förslag är otydligt. Det framgår enligt dessa remissinstanser inte om förslaget enbart avser inrättandet av nya boendeformer eller om avsikten är att redan befintliga service- och gruppboenden skall övergå till kommunerna. Jag får med anledning härav påpeka att mitt förslag syftar till ett totalt ansvar för kommunerna vad gäller såväl befintliga som nya särskilda boendeformer och bostäder med särskild service, dock med undantag för det ansvar landstingen har enligt lagen om särskilda omsorger om psykiskt utvecklingsstörda m. fl.

På många håll i landet svarar kommuner och landsting gemensamt för olika typer av särskilda boendeformer. Efter förebild från de danska plejehjemmen och den s. k. Kågemodellen i Västerbottens läns landsting och Skellefteå kommun byggs servicehus med social och medicinsk personal dimensionerad för att kunna tillgodose omfattande vårdbehov. Dessa mellanformer benämns bl. a. bostadssjukhem, servicelägenheter med förstärkt eller inbyggd hemsjukvård, lägenhetssjukhem, kombihus, bostadsgrupper, vårdboende m. m. I allmänhet svarar kommunen för social personal och landstinget för medicinsk personal men formen för anställning och principerna för dimensionering av personal liksom den ekonomiska fördelningen mellan huvudmännen följer inga enhetliga principer.

Jag vill i detta sammanhang förtydliga att det avsedda kommunala ansvaret innebär att kommunerna i förekommande fall skall överta driften av och det ekonomiska ansvaret i sin helhet för dessa boendeformer/bostäder. De gruppboenden och mellanformer samt andra liknande inrättningar, som i dag drivs eller finansieras av landstingen eller av landsting och kommun gemensamt, bör övergå till kommunerna.

I kommunens ansvar ingår också att ta reda på behoven av särskilda boendeformer och bostäder med särskild service och att planera för den fortsatta utvecklingen. Av 20 a § socialtjänstlagen framgår att kommunerna skall planera sina insatser för äldre och att de i den planeringen skall samverka med landstingskommunen.

3.3 Utformningen

HCK, DHR och SRF samt statens handikappråd har avstyrkt äldredelegationens förslag att man i en gemensam bestämmelse i socialtjänstlagen inför skyldighet för kommunerna att inrätta särskilda boendeformer för service och omvårdnad avseende såväl äldre som handikappade. Jag kan instämma i de synpunkter som framförts av dessa remissinstanser.

Visserligen har det inte varit äldredelegationens avsikt att den föreslagna bestämmelsen skulle kunna få den innebörden att funktionshindrade skulle kunna hänvisas till institutions- eller institutionsliknande boende. Det har gjorts mycket klart i äldredelegationens rapport att den föreslagna bestämmelsen har den innebörden att kommunerna för olika grupper skall planera för och inrätta sådana former för särskilt boende som står i överensstämmelse med de krav på en egen bostad av god kvalitet som formulerats i förarbetena till bostadsförsörjningslagen. Jag ser också detta som en självklarhet.

För att undvika missförstånd om innebörden anser jag emellertid att skyldigheten för kommunerna i socialtjänstlagen bör anges såsom dels en omsorg om äldre människor, dels en omsorg om människor med funktionshinder. Det kan då göras helt klart att när det gäller funktionshindrade det skall vara fråga om sådana bostäder som har andra kvaliteter vad gäller bostadsfunktionen än som i dag finns på ålderdomshem och sjukhem.

Jag föreslår således att bestämmelsen i 20 § andra stycket socialtjänstlagen får den lydelsen att kommunen för äldre människor med behov av särskilt stöd skall inrätta särskilda boendeformer för service och omvårdnad. Härmed avses bl.a. de nuvarande servicehusen (ålderdomshem och servicehus utan helinackordering), gruppboenden samt de sjukhem och andra vårdinrättningar som, enligt vad jag föreslår i avsnitt 4, skall föras över till kommunerna den 1 januari 1992.

Genom att använda begreppet särskilda boendeformer för service och omvårdnad som ett samlande begrepp för kommunens ansvar vad gäller äldre, vill jag markera att kommunen har stor frihet i fråga om hur äldres behov av sådant boende, service och vård skall tillgodoses. Bestämmelsen binder inte kommunen till att anordna en viss form av boende, t.ex. ålderdomshem eller sjukhem, utan kommunen kan anordna de boendeformer som är mest ändamålsenliga med utgångspunkt i de lokala förhållandena.

Jag föreslår vidare att 21 § socialtjänstlagen kompletteras med en bestämmelse med innebörd att kommunen skall inrätta bostäder med särskild service för personer med funktionshinder, om de efterfrågar ett sådant boende för att kunna delta i samhällets gemenskap och leva som andra. De bostäder det är fråga om skall vara väl integrerade i bebyggelsen, rymma samtliga boendefunktioner och upplåtas på för bostadsmarknaden sedvanligt sätt.

3.4 Olika boendeformer/bostäder med särskild service

Gruppboende för åldersdementa

Äldredelegationen har i sin rapport (Ds 1989:27) Ansvaret för äldreomsorgen bl.a. anfört följande beträffande boendeformer för åldersdementa (s.52).

I gränslandet mellan huvudmännens ansvarsområden har olika boende- och vårdformer utvecklats under senare år. Det är i allmänhet fråga om

bostäder förlagda i grupp eller på annat sätt, där även omfattande vårdbehov kan tillgodoses. Oklarhet om vem som skall svara för dessa, kommun eller landsting, försvårar och försenar utvecklingen. Detta är till skada inte minst för utvecklingen av servicen och vården till personer med åldersdemens.

Oklarheten vad gäller omvårdnaden av de åldersdementa torde delvis ha sin grund i de ställningstaganden som gjordes i samband med tillkomsten av socialtjänstlagen. I propositionen 1979/80: 1 sägs nämligen bl. a. följande (del A s.293).

Socialutredningen bedömer att gruppen senildementa pensionärer kommer att öka i antal. Omvårdnaden och tillsynen av denna grupp bör kunna ordnas i lugna och hemlika miljöer i mindre institutioner utan alltför stora kostnadsanspråk. För pensionärer med vårdbehov av annat slag kan det vara störande att bo tillsammans med senildementa. Med hänsyn till dessa patienter och till andra skall sjukvårdshuvudmannen ansvara för att de senildementa bereds en i förhållande till deras behov anpassad vård.

Föredragande departementschefen anslöt sig till socialutredningens förslag att huvudansvaret för vården av de senildementa (åldersdementa) skall falla på sjukvårdshuvudmannen (del A s.294). Någon annan uppfattning om ansvarsfördelningen mellan kommuner och landsting vad gäller gruppen åldersdementa framkom inte under riksdagsbehandlingen av socialtjänstpropositionen. Huvudansvaret för att åldersdementa får den vård de behöver ligger således enligt nuvarande regler på sjukvårdshuvudmännen.

I enlighet med vad tidigare sagts om mål och synsätt inom bostadspolitiken, som de framgår av uttalanden i propositionen 1984/85: 142 och bostadsutskottets betänkande BoU 1984/85: 24, bör emellertid alla människor, oberoende av behovet av stöd, hjälp och vård, ha rätt till en bostad med god tillgänglighet och god utrymmes- och utrustningsstandard i en miljö som ger förutsättningar för ett aktivt deltagande i samhällslivet. Detta är således ett mål även för personer med ålderdemens.

Enligt min mening är tiden nu mogen att ompröva de uttalanden som gjorts i förarbetena till socialtjänstlagen vad gäller ansvaret för service och vård till personer med åldersdemens. Omvårdnaden av dessa personer bör således så långt möjligt tillgodoses i eget boende och i särskilda boendeformer och inte – som förutsattes i propositionen 1979/80: 1 – inom sjukvårdshuvudmännens institutioner.

Personer med åldersdemens har ofta inte möjlighet att bo i ordinärt boende, eftersom tillsyns- och omvårdnadsbehoven kan vara mycket omfattande. En särskild boendeform, i synnerhet gruppboende, har för vissa personer med åldersdemens visat sig vara en mer adekvat boendeform. Då kommunerna har ansvaret för bostadsförsörjningen är det enligt min mening naturligt att de också skall ha ansvaret för gruppboende för åldersdementa samt för den service, omvårdnad och tillsyn som skall ges i sådant boende. I avsnitt 5 föreslår jag att kommunen skall ha ett visst hälso- och sjukvårdsansvar i de särskilda boendeformerna och bostäderna med särskild service.

Som äldredelegationen konstaterar i sin rapport görs på många håll

betydande insatser för att tillgodose de åldersdementas behov av omvårdnad och tillsyn i bl. a. gruppboende. Genom att kommunens ansvar vad gäller boende och stöd för människor med åldersdemens nu klargörs räknar jag med att satsningen på gruppboende för denna grupp kommer att intensifieras. Det är viktigt att understryka att det skall vara fråga om ett självständigt boende, där den enskilde kan få den kvalificerade tillsyn och omvårdnad som krävs.

Jag har här särskilt behandlat frågan om gruppboende för åldersdementa. Jag vill emellertid påminna om att även andra människor kan efterfråga gruppboende. Kommunen bör i sin planering beakta detta.

Bostäder med särskild service för yngre personer med funktionsnedsättningar

På många håll i landet har kommuner och landsting inrättat särskilda boendeformer för bl. a. människor med svåra rörelsehinder inte sällan i kombination med andra funktionsnedsättningar (flerhandikappade). Dessa människor behöver ofta ett omfattande stöd för att kunna leva i eget boende. Det kan även behövas rehabiliterande insatser knutna till detta boende.

Ansvarsförhållandena mellan kommuner och landsting för detta boende varierar. Det är emellertid vanligt att huvudmännen delar ansvaret med den s. k. kompetensprincipen som utgångspunkt.

Kommunernas ansvar för personer med funktionsnedsättningar är långtgående. Bestämmelsen om rätt till bistånd i 6 § socialtjänstlagen gäller dessa människor lika väl som andra. De vägledande principerna om integration och normalisering är angivna i de särskilda bestämmelser som finns i 21 § socialtjänstlagen.

Som konstaterats i socialtjänstpropositionen (1979/80: 1) är en bra bostad en förutsättning för att människor med funktionshinder skall kunna delta i samhällets gemenskap och leva som andra (del A s.300). Målet för bostadspolitiken är, som jag tidigare anfört, att alla människor oberoende av behovet av stöd, hjälp och vård har rätt till en egen bostad av god kvalitet i tillgänglig miljö där friheten och integriteten är skyddad. Detta gäller självfallet även dem, som på grund av olika funktionsnedsättningar möter betydande svårigheter i sin livsföring.

Personer med funktionsnedsättningar efterfrågar ibland bostäder med särskild service för att kunna få sina behov tillgodosedda. I ett sådant boende skall den enskildes rätt till frihet och integritet vara skyddad. Serviceboendet skall vara ordnat så att den enskilde kan få service och vård efter behov och oberoende av tidpunkt på dygnet.

Jag får i anledning av vad bl. a. handikapporganisationerna, socialstyrelsen och statens handikappråd anfört påpeka att handikappades behov av stöd och hjälp — liksom andra gruppers — självfallet i första hand skall tillgodoses i det ordinarie bostadsbeståndet. Endast om den enskilde efterfrågar det bör stödet tillgodoses i en särskild bostad.

De bostäder det här är fråga om kan lämpligen sammanföras under beteckningen "bostäder med särskild service".

Enligt min mening bör kommunerna, liksom beträffande särskilda boendeformer för service och omvårdnad, ges ett totalt ansvar på detta område. Det betyder att kommunerna bör ta över huvudmannaskapet och det ekonomiska ansvaret för befintliga bostäder med särskild service, som har landstingen som huvudmän samt ansvara för inrättandet av nya sådana bostäder.

Kommunens ansvar begränsas till boende med särskild service. Sådana inrättningar som är avsedda för korttidssjukvård (sjukhus) och kvalificerad rehabilitering skall kommunerna inte ha något ansvar för. Däremot skall principen gälla att inrättningar för somatisk långtidssjukvård som har ett lokalt upptagningsområde begränsat till en kommun eller del av en kommun skall övergå till kommunerna med stöd av den lag jag i det följande föreslår om övertagande av vissa sjukhem och andra vårdinrättningar. I annat fall skall kommunen ha betalningsansvar för den vård som meddelas där.

Boendeformer för människor med psykiska handikapp

Målsättningen när det gäller boendet för människor med psykiska handikapp är densamma som för andra människors boende.

Inom den landstingskommunala hälso- och sjukvården har på en del håll byggts upp olika öppna boende- och vårdformer för psykiskt sjuka. Det rör sig ibland om verksamheter där vistelsen är tidsbegränsad och där vården har ett inslag av psykiatrisk kompetens men det kan också röra sig om boende som är mer långvarigt och där stödet huvudsakligen är socialt.

Svenska kommunförbundet och Landstingsförbundet har i ett gemensamt cirkulär till kommuner och landsting (1984: 18 resp. 1984: 4) rekommenderat huvudmännen att tillsammans planera sina insatser i gränsområdet mellan socialtjänst och psykiatrisk vård. Därvid förordar de båda förbunden att "den typ av kompetens, medicinsk eller social, som dominerar i en verksamhet, bör vara vägledande för huvudmannaskapstillhörigheten. Mycket talar t. ex. för att inackorderingshem, gruppboende eller motsvarande som huvudsakligen är ett boende med socialt stöd bör ha ett kommunalt huvudmannaskap. Däremot bör landstinget ha huvudmannaskapet då det psykiatriska behandlingsinslaget dominerar och således den psykiatriska kompetensen överväger."

Jag finner inte anledning att i detta sammanhang förorda någon annan gränsdragning vad gäller ansvaret för boende- och vårdformer för människor med psykiska handikapp än den som kommit till uttryck i förbundens gemensamma cirkulär. Dominerar inslaget av socialt stöd är det därför en sådan boendeform som avses i de föreslagna bestämmelserna i 20 § andra stycket eller 21 § tredje stycket socialtjänstlagen.

Boendeformer för psykiskt utvecklingsstörda

Den som är psykiskt utvecklingsstörd har samma rätt som alla andra till bistånd med stöd av 6 § socialtjänstlagen för sin försörjning och sin livsfö-

ring i övrigt, om hans behov inte kan tillgodoses på annat sätt. Biståndet skall tillförsäkra den enskilde en skälig levnadsnivå. Det skall utformas så att det stärker hans resurser att leva ett självständigt liv.

Vuxna psykiskt utvecklingsstörda skall liksom andra vuxna i första hand ges möjlighet att skapa sig ett eget hem. I den mån en vuxen utvecklingsstörd kan bo i det ordinarie bostadsbeståndet har den kommunala socialtjänsten skyldighet att lämna honom det bistånd som han behöver för att kunna tillförsäkras en skälig levnadsnivå. Utvecklingsstördas behov av boende i förening med service och omvårdnad kan också många gånger tillgodoses på samma sätt som för andra människor.

Utöver de sociala insatser som kan lämnas med stöd av bestämmelsen om rätt till bistånd i socialtjänstlagen kan situationen emellertid vara den att den enskilde behöver en omsorg som kräver särskilt kunnande eller särskilda resurser. I sådant fall träder lagen (1985: 568) om särskilda omsorger om psykiskt utvecklingsstörda m. fl. (omsorgslagen) in (prop. 1984/85: 176 s. 58). Omsorgslagen är således till sin karaktär en "pluslag". Om den enskilde inte kan klara av att bo i egen bostad med stöd av social hemtjänst eller i servicehus inträder en rätt till särskilda omsorger enligt 5 § omsorgslagen. Till de särskilda omsorgerna hör bl. a. boende i gruppbostad för vuxna (4 §).

Vad i lagen sägs om psykiskt utvecklingsstörda gäller även personer som på grund av hjärnskada, föranledd av yttre våld eller kroppslig sjukdom, har fått ett betydande och bestående begåvningshandikapp samt personer med barndomspsykos (1 §).

Den skyldighet som huvudmannen för omsorgerna om de psykiskt utvecklingsstörda m. fl. har att tillgodose den enskildes rätt till särskilda omsorger inskränks inte av det föreliggande förslaget till ändring i socialtjänstlagen. Huvudmän för omsorgerna är landstingen och de landstingsfria kommunerna. Enligt 12 § omsorgslagen får dock landstinget till kommun i landstinget överlåta uppgift enligt lagen, om landstinget och kommunen kommer överens om det samt regeringen medger det.

3.5 Dagverksamheter

Enligt min mening finns det skäl att i detta sammanhang precisera kommunernas och landstingens ansvar för dagverksamheter. Nuvarande ansvarsförhållanden är otydliga, vilket kan inverka negativt på utvecklingen. Riksdagen har på regeringens förslag i prop 1987/88: 176 anslutit sig till riktlinjer för bl. a. dagverksamheternas utveckling. Där framgår att det behövs ett varierat utbud av dagverksamheter för äldre för att ge behandling, rehabilitering, sysselsättning och gemenskap. Mycket talar för att det är kommunerna som skall svara för dagverksamheterna.

Äldredelegationen har endast berört dessa verksamheter i den del som rör ansvaret för hälso- och sjukvårdsinsatser.

Kommunerna har inrättat dagcentraler för att förmedla service, men också för att erbjuda fritidsverksamhet och träffpunkter för människor. Att inrätta dagcentraler eller motsvarande är ett sätt för kommunen att fullgöra sitt ansvar att ge stöd och hjälp till människor som behöver detta.

Syftet är också att underlätta för den enskilde att bo hemma och ha kontakter med andra.

Under senare år har kommuner och landsting även inrättat särskilda dagverksamheter för människor med åldersdemens samt för personer som tidigare vårdats under lång tid inom den psykiatriska slutenvården. Inom detta område råder viss osäkerhet beträffande ansvarsförhållandena. Detta förhållande har i vissa fall inverkat menligt på utbyggnaden av dessa verksamheter.

Enligt min mening är det av utomordentligt stor betydelse att dagverksamheter inrättas, som komplement till annat stöd i eget boende, såväl för människor med åldersdemens som för människor med psykiska handikapp.

Dagverksamhet för åldersdementa har visat sig vara ett framgångsrikt sätt att erbjuda människor med begynnande demens en daglig aktivitet som kan bidra till att uppskjuta demensutvecklingen. Verksamheten innehåller huvudsakligen dagliga aktiviteter som matlagning, skötsel av hem och andra praktiska aktiviteter i anslutning härtill. Där finns också sådana inslag som minnesträning, utflykter samt socialt stöd och gemenskap i allmänhet.

För människor som under lång tid vårdats inom den psykiatriska slutenvården och som flyttat till eget boende behövs ofta sådant stöd och gemenskap som kan knytas till en dagverksamhet. Sådan verksamhet behövs för att undvika att dessa människor blir isolerade och riskerar att fara illa. Inte sällan drivs denna form av dagverksamhet i samarbete med föreningar och organisationer.

Dagsjukvård är en verksamhet inom hälso- och sjukvården där rehabiliteringsinslagen är dominerande, men där även viss service och vård kan ges. Verksamhetsformen finns såväl inom den psykiatriska vården som inom primärvården och inom länssjukvårdens somatiska vård.

Den dagsjukvård som bedrivs inom ramen för primärvården är ofta lokalmässigt och funktionellt integrerad med lokala sjukhem. Personalen arbetar i allmänhet både inom dagsjukvården och på sjukhemmet. Dagsjukvården är en viktig resurs i det lokala arbetet med att stärka funktionsförmågan hos människor med funktionshinder.

Enligt min mening bör det vara en kommunal uppgift att svara för dagverksamheter för åldersdementa och för personer som vårdats under lång tid inom den psykiatriska slutenvården samt sådan dagsjukvård inom den somatiska långtidssjukvården som organisatoriskt är knuten till de vårdinrättningar som förs över till kommunerna.

Det bör därför införas en skyldighet i socialtjänstlagen för kommunerna att svara för dagverksamheter. I detta begrepp innefattar jag då dagcentraler och andra verksamheter för sysselsättning, gemenskap och rehabilitering samt sådana verksamheter som bedriver somatisk dagsjukvård med ett lokalt upptagningsområde och som är knutna till verksamheter som förs över.

Detta tydliggörande av kommunens ansvar för dagverksamheter föreslår jag sker genom ett tillägg i 10 § socialtjänstlagen med innebörden att socialtjänsten genom dagverksamheter bör underlätta för den enskilde att bo hemma och ha kontakter med andra människor.

Kommunernas ansvar innebär att man bör ta över huvudmannaskapet

och det ekonomiska ansvaret för huvuddelen av de dagverksamheter som nu finns och som helt eller delvis drivs eller finansieras av landstinget. Kommunerna skall även ha ansvaret för planering, utveckling och drift av tillkommande verksamheter. Det är då också lämpligt att kommunerna får ansvaret för de hälso- och sjukvårdsinsatser som är knutna till dagverksamheter, men som inte kräver läkares medverkan.

Dagsjukvård inom den psykiatriska hälso- och sjukvården, som har ett aktivt psykiatriskt behandlingsinnehåll, berörs inte av denna reform. En statlig utredning, den s. k. mentalservicekommittén, utreder för närvarande bl. a. frågan om hur ansvars- och uppgiftsfördelningen skall se ut i framtiden när det gäller stöd och vård till människor med psykiska sjukdomar. Det finns därför inte anledning att nu överväga någon förändring i denna del.

Dagsjukvård som bedrivs i anslutning till sjukhus inom den somatiska korttidssjukvården eller motsvarande dagsjukvård liksom den dagsjukvård som är en del av en geriatrisk klinikfunktion inom länssjukvården skall självfallet även framdeles vara en uppgift för landstingen och omfattas alltså inte av det kommunala ansvaret.

Den skyldighet som huvudmannen för omsorgerna om psykiskt utvecklingsstörda m. fl. har att erbjuda särskilda omsorger påverkas inte av det föreliggande förslaget. Uppgiftsfördelningen mellan huvudmännen beträffande dagcenter och annan daglig verksamhet för utvecklingsstörda m. fl. förändras således inte i detta sammanhang.

Sådan dagsjukvård som bedrivs i anslutning till ett sjukhus som bedriver somatisk långtidssjukvård bör omfattas av kommunens betalningsansvar på samma sätt som den slutenvård som erbjuds där. I avsnitt 6 utvecklar jag hur jag ser på kommunens betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård.

4 Överföring av vissa sjukhem och andra vårdinrättningar

Mitt förslag: Landstingens sjukhem och andra inrättningar för somatisk långtidssjukvård, som har eller avses få en kommun eller del av en kommun som upptagningsområde, skall överföras till kommunerna den 1 januari 1992. Övertagande skall dock inte ske om särskilda skäl talar mot det. Landstingen och kommunerna skall dessutom kunna komma överens om att föra över andra sjukhem och motsvarande till kommunerna.

Kommunerna ges möjlighet att få bostadslån och räntebidrag för ombyggnad av kommunala sjukhem på samma villkor som i dag gäller för bostadslån och räntebidrag för ombyggnad av ålderdomshem.

Om ett nytt bostadsfinansieringssystem fr. o. m. den 1 juli 1992 antas av riksdagen kommer det som då gäller för ombyggnad av ålderdomshem även att gälla för ombyggnad av lokala sjukhem.

Äldredelegationens förslag: De lokala sjukhemmen överförs till kommunerna. Om kommun och landsting är överens härom och det finns särskilda skäl bör dock landstinget även fortsättningsvis kunna driva ett lokalt sjukhem. En långvårdsresurs på länsnivå, som fyller samma funktion som ett lokalt sjukhem kan överföras till en kommun om landstinget och kommunen är överens om det.

Remissinstanserna: 292 remissinstanser har tagit ställning till äldredelegationens förslag. Av dessa tillstyrker 271 i princip förslaget, varav 15 landsting och 236 kommuner. 21 instanser avstyrker förslaget, varav sju landsting och åtta kommuner. 144 remissinstanser, varav 135 kommuner, påpekar att all personal skall inräknas vid ett överförande. Åtta instanser anser att endast viss personal skall överföras. 24 instanser anser att även läkarna bör överföras.

Socialstyrelsen anser det viktigt att de lokala sjukhemmen förs över till kommunerna och gradvis omvandlas till en särskild boendeform för service och omvårdnad. Genom att kommunerna får ansvaret menar styrelsen att en nödvändig omstrukturering kan ske, förutsatt att kommunerna ges ekonomiska möjligheter att t. ex. bygga om gamla sjukhem och/eller utveckla alternativ.

Svenska kommunförbundet tillstyrker delegationens förslag och påpekar att kommunerna på så sätt får ett kraftfullt resurstillskott samt bättre möjligheter att erbjuda vård och omsorg utifrån den enskilda människans behov och önskemål. I ökad utsträckning kan platser användas för insatser av typen korttidsvård, avlastning, dagverksamhet och enklare rehabilitering.

Landstingsförbundet understryker att de sjukhemsplatser som har en övervägande omvårdnadsfunktion skall föras över till kommunerna för

samordning med den lokala serviceen och omvårdnaden. Förbundet betonar särskilt möjligheterna att lokalt träffa överenskommelser om vilka sjukhem eller delar därav som skall föras över till kommunerna.

Av de landsting, som tillstyrker förslaget, vill de flesta att överförandet av de lokala sjukhemmen skall ske genom lokala överenskommelser. De landsting, som avstyrker att de lokala sjukhemmen förs över till kommunerna, menar att det på dessa vårdas svårt sjuka patienter och att det därför inte är rimligt att föra över dem till kommunerna.

De kommuner, som tillstyrker, delar i huvudsak äldredelegationens argument. 31 kommuner förordar dock lokala lösningar, där kommuner och landsting kan fördela ansvaret efter vad som är bäst för verksamheten. Fem kommuner anser att all långvård skall överföras till kommunalt huvudmannaskap och några menar att även korttidsvården skall ingå i överförandet. 22 kommuner påpekar nödvändigheten av centrala riktlinjer för överförandet av fastigheterna. Elva kommuner menar att kommunerna måste få avgöra om de skall ta över fastigheterna. Några kommuner anser att överförandet inte skall lagregleras.

LO, TCO, SKAF, SHSTF, SKTF, Föreningen Sveriges socialchefer och Föreningen landstingsdirektörer anser att de lokala sjukhemmen bör föras över för att samordna verksamheten lokalt och för att ge kommunerna möjlighet att utveckla olika service- och gruppbostäder. LO pekar på behovet av lokala lösningar. TCO och SHSTF menar att all långvård bör föras över till kommunerna.

HCK, DHR och SRF anser att endast de lokala sjukhem där de boende har tillgång till eget rum och hygienutrymme skall föras över till kommunerna. Övriga brukarorganisationer delar i huvudsak delegationens synpunkter.

Skälen för mitt förslag:

4.1 Allmänna överväganden

Äldredelegationens förslag i fråga om ansvars- och uppgiftsfördelningen inom den somatiska långtidssjukvården har fått ett positivt bemötande från remissinstanserna. Det är en stor majoritet bland dessa som stöder delegationens förslag om att föra över viss långtidssjukvård till kommunerna.

Enligt min bedömning finns det starka skäl för att nu genomföra en förändring av huvudmannaskapet i denna del. Genom de utökade möjligheterna att ge omfattande service och vård även i ordinärt boende och i särskilda boendeformer, som utvecklats under senare år, framträder allt mer nackdelarna med att ha ett mellan kommuner och landsting delat ansvar för den långvariga somatiska vården. Gränsdragningen mellan huvudmännens ansvarsområden blir svårare att göra, varför tvister lätt uppstår om vem som skall svara för de resurser som behövs.

Jag delar Svenska kommunförbundets bedömning att kommunerna genom ett utvidgat ansvar för den långvariga vården får ett kraftfullt resurstillskott samt bättre möjligheter att erbjuda vård och omsorg utifrån den

enskilda människans behov och önskemål. Ett samlat ekonomiskt ansvar för den långvariga vården samt ett verksamhetsansvar för betydande delar av denna ger kommunerna goda möjligheter att dels avväga olika särskilda boendeformer mot varandra när det gäller dimensionering och utveckling av verksamheten, dels avväga dessa boendeformer mot stödet i eget boende.

Genom att kommunen svarar för insatser som är likartade eller kompletterar varandra kan goda förutsättningar skapas för samordning. Risken för att den ene huvudmannen skjuter över ansvaret på den andre bör minska. Dessutom bör de oklarheter som finns om vilken huvudman som skall svara för verksamhet som i dag uppfattas ligga i gränslandet mellan huvudmännens ansvarsområde reduceras.

Kommunerna får genom en reform av angivet innehåll också personal som har ett stort kunnande och erfarenhet av att vårda människor med omfattande vårdbehov. Jag ser det som angeläget att kommunerna på detta sätt ytterligare kan stärka och utveckla sin förmåga att ge god service och vård även i andra former än inom de inrättningar som man övertar från landstingen. I avsnitt 5 tar jag upp kommunernas hälso- och sjukvårdsansvar vid de sjukhem och andra vårdinrättningar som tas över från landstingen.

Från den enskildes synpunkt är det viktigt att kunna välja mellan olika boende- och vårdformer. Det är också viktigt att man inte skall behöva flytta från en särskild boendeform till en annan enbart för att vårdbehovet ökar. Vidare måste samhällsinsatserna utformas så att de är flexibla och snabbt kan anpassas till människors skiftande behov. Det är viktigt att kontinuiteten i personkontakterna kan upprätthållas och att man får möta en kunnig och engagerad personal.

Enligt min mening ökar förutsättningarna att uppfylla dessa berättigade krav på samhällets service och vård genom den reform jag nu föreslår. Genom att det är en och samma politiska och administrativa nivå, kommunerna, som ansvarar för samtliga lokala boende- och vårdalternativ kan dess personal i sina kontakter med den enskilde erbjuda ett större utbud än idag. När kommunen har ett samlat ansvar kan man lättare flytta resurser mellan olika anläggningar till de människor som bäst behöver ett visst stöd. Genom ett samlat ansvar ökar också möjligheterna till personkontinuitet.

4.2 Ett vidgat kommunalt verksamhetsansvar

Jag föreslår att kommunerna från landstingen skall överta de sjukhem eller motsvarande som bedriver somatisk långtidssjukvård och som har eller avses få kommunen eller del av kommunen som upptagningsområde. Jag vill inte begränsa kommunernas övertagande till de inrättningar som idag betecknas som lokala sjukhem inom den somatiska långtidssjukvården. Den somatiska långtidssjukvård som organisatoriskt tillhör länssjukvården går inte, med undantag för den geriatriska klinikfunktionen, att funk-

tionellt avgränsa från sjukhemmen, som organisatoriskt tillhör primärvården. Den geriatriska klinikfunktionen skall även i fortsättningen omfattas av landstingens ansvar.

De sjukhem och motsvarande som förs över till kommunerna bör efter överförandet inte längre anses som sjukhus i rättslig mening. De bör i stället ses som en särskild boendeform för service och omvårdnad enligt 20 § andra stycket socialtjänstlagen (se avsnitt 3). Den sjukvård som skall erbjudas vid sjukhemmen skall därmed ses som öppen sjukvård. Det bör vara kommunens skyldighet att svara för sådan vård, förutom insatser av läkare. Frågan behandlas närmare i avsnitt 5.

Några landsting har i sina remissvar uttryckt farhågor för att ett överförande av sjukhemmen till kommunerna skulle innebära att den medicinska kompetensen vid dessa skulle försämras. Ett skäl för detta skulle vara att kommunen inte tidigare haft ansvar för medicinska insatser och att verksamheten skall bedrivas vid en särskild boendeform enligt socialtjänstlagen. Jag vill understryka att avsikten med reformen är att stärka kommunens möjligheter att lämna en integrerad och kvalificerad social och medicinsk service och vård. Den typ av vård som nu bedrivs vid sjukhem kommer att behövas även framöver. Det blir ett ansvar för kommunen att avgöra i vilka former den skall erbjudas. I avsnitt 5 utvecklar jag hur kommunens hälso- och sjukvårdsansvar föreslås bli utformat.

Jag har valt att inrymma den del av långtidssjukvården som kommunerna övertar i begreppet särskilda boendeformer för service och omvårdnad. Jag är dock medveten om att ett stort antal av de sjukhem och motsvarande som skall övertas inte är eller har möjlighet att omvandlas till bostäder med det bostadsbegrepp vi har idag. Gruppbostäder och andra alternativ kommer stegvis att ersätta sjukhemsvård, men även inom en institutionsmiljö bör finnas möjlighet att ändra vårdinnehåll samt avskärma mindre grupper så att en liknande funktion kan uppnås som i ett gruppboende.

Sjukhem som kommunerna enligt mitt förslag skall ta över kan behöva byggas om eller rustas upp. Jag anser att kommunerna bör ges möjligheter att göra detta med stöd av bostadslån och räntebidrag för ombyggnad. Enligt min mening bör därvid lån och bidrag lämnas på samma villkor som gäller för ombyggnad av ålderdomshem. Efter samråd med bostadsministern förordar jag att samma avstegsmöjligheter från kravet på fullvärdig bostad, som i dag får göras i fråga om bostadslån för ny- eller ombyggnad av ålderdomshem, får göras när det gäller bostadslån för ombyggnad av sjukhem och andra vårdinrättningar som förs över till kommunen. Mitt förslag innebär således att det i lånesammanhang är tillräckligt att bostäderna i färdigt skick består av ett rum med kokskåp, toalett och dusch samt entréutrymme och att de är av en storlek så att de kan användas av en rullstolsbunden person. I övrigt bör det åligga kommunerna att bedöma om de lokala förutsättningarna är sådana att det är motiverat från socialpolitiska och samhällsekonomiska utgångspunkter att bygga om en vårdinrättning och till vilken standard en eventuell ombyggnad skall ske.

Chefen för bostadsdepartementet kommer senare denna dag att föreslå regeringen en proposition om ny bostadsfinansiering m. m. Avsikten är att

ett nytt bostadsfinansieringssystem skall införas fr. o. m. den 1 juli 1992. Om riksdagen antar propositionen kommer det som då gäller för ombyggnad av ålderdomshem även att gälla för ombyggnad av kommunala sjukhem.

Som jag tidigare beskrivit är en väsentlig del av länssjukvårdens somatiska långtidssjukvård samlokaliserad med sjukhus som bedriver annan hälso- och sjukvård eller belägen inom sjukhusområden. För dessa inrättningar kan det i vissa fall innebära praktiska och ekonomiska svårigheter att överföra ett verksamhetsansvar till kommunerna. I vissa fall kan det även gälla när integrationen avser annan verksamhet som blir kvar i landstinget. Ytterligare ett skäl kan vara att det rör verksamhet som ett landsting planerat att avveckla.

Mitt förslag i avsnitt 6 innebär att ett betalningsansvar kommer att gälla för denna typ av vård i de fall landstinget även fortsättningsvis blir verksamhetsanvarig för vården. Detta innebär att möjligheter öppnas för kommuner och landsting att tillsammans föreslå vilka verksamheter för långtidssjukvård som skall överföras till kommunerna och vilka som skall omfattas av betalningsansvar.

Som jag tidigare beskrivit har många centrala sjukhem, långvårdssjukhus och omvårdnadsavdelningar liksom lokala sjukhem ett upptagningsområde, som utgörs av en kommun eller del av kommun. Mitt förslag innebär därför att såväl lokala sjukhem som verksamheter som organisatoriskt hör till den somatiska långtidssjukvården inom länssjukvården – centrala sjukhem, långvårdssjukhus, omvårdnadsavdelningar vid kliniker och motsvarande – skall överföras till kommunerna. Förutsättningen är dock att de har eller avses få ett upptagningsområde som huvudsakligen utgörs av kommunen eller del av kommunen.

Det är i många fall endast organisatoriska skillnader, som avgör var långtidssjukvård bedrivs. Den organisatoriska tillhörigheten skall emellertid inte vara avgörande för vilka inrättningar som skall gå över till kommunerna. Reformens syfte är att samla ansvaret för den långvariga somatiska vården på bästa möjliga sätt. Därför bör det vara den typ av vård som bedrivs vid inrättningen som blir avgörande för frågan om denna skall gå över till kommunen eller inte.

Vid sidan av de inrättningar jag nu nämnt kan det finnas ytterligare typer av verksamheter där kommuner och landsting kan komma överens om att verksamheten skall föras över till kommunen. Jag tänker på sådana anläggningar inom den psykiatriska vården som betecknas som psykiatriska sjukhem eller sjukhem för vård av psykiskt lättskötta och liknande. Vid dessa bedrivs i allmänhet vård med huvudsaklig omvårdnadsinriktning som liknar den som bedrivs vid sjukhem inom den somatiska långtidssjukvården.

Utöver de inrättningar med huvudsaklig omvårdnadsinriktning som tillhör den psykiatriska vården kan även konvalescenthem och motsvarande där viss eftervård bedrivs vara aktuella för överförande till kommunerna.

I princip bör alla inrättningar som bedriver somatisk långtidssjukvård och som har eller avses få kommunen eller del av kommunen som upptagningsområde föras över till kommunen. Det finns emellertid skäl att i vissa

fall göra undantag. Jag har nyss berört de situationer då en inrättning är integrerad fysiskt och organisatoriskt med ett sjukhus eller annan verksamhet som bedriver sådan vård som landstinget även framdeles skall ha ansvaret för. Det kan då vara olämpligt att bryta ut den del av verksamheten som utgörs av långtidssjukvård och föra över denna till kommunen, även om upptagningsområdet är lokalt.

Situationen kan också vara den att en inrättning för långtidssjukvård skall avvecklas i en nära framtid. I ett sådant fall kan det vara lämpligare att landstinget behåller huvudmannaskapet för hemmet under avvecklingstiden. Men även i andra fall kan det finnas särskilda skäl för att en vårdinrättning som bedriver somatisk långtidssjukvård med lokalt upptagningsområde skall finnas kvar hos landstinget.

4.3 Sjukhem och andra vårdinrättningar som skall föras över

Några landsting menar att kommunernas ansvar för sjukhemmen bör begränsas till den del som är inriktad mot långvarigt boende. Den del av sjukhemmen som inrymmer resurser för rehabilitering, växelvård och avlastning, där vårdtiderna är korta, bör enligt dessa landsting inte föras över till kommunerna, utan vara en del av landstingens hälso- och sjukvård.

Flertalet remissinstanser förordar dock att resurserna för såväl långvarig vård och boende som de mer kortvariga insatserna skall gå över till kommunerna. Enligt min mening skall båda dessa funktioner föras över till kommunerna. Skälet härtill är att kommunerna bör förfoga över såväl samtliga resurser för långvarig vård som resurser för kortvarigt stöd. Dessa senare insatser är mycket viktiga för att öka flexibiliteten i kommunens samlade äldre- och handikappomsorg. Genom att förfoga över resurser för rehabilitering, växelvård och avlastning förbättras stödet i det egna boendet. Kommunen bör med kort varsel kunna erbjuda sådana korta vistelser vid en särskild boendeform.

Det förekommer att resurser för somatisk korttidssjukvård är samförlagda eller integrerade med anläggningar för långtidsjukvård. Detta är exempelvis fallet på några orter i de nordliga landstingen. Resurser för somatisk korttidssjukvård skall inte föras över till kommunerna. Även om dessa är förlagda till en anläggning, som skall bli kommunal, skall ansvaret för den del av verksamheten som är en länssjukvårdsspecialitet även fortsättningsvis vara landstingets.

De fastigheter som inrymmer verksamhet som jag föreslår skall gå över till kommunerna, ägs i allmänhet av landstingen. Andra förhållanden kan dock förekomma. De bestämmelser, som jag föreslår skall införas, innebär att ansvaret för verksamheten skall föras över till kommunen. I de fall de byggnader där vården bedrivs är friliggande och inte rymmer andra funktioner utgår jag från att äganderätten normalt överförs till kommunen.

I flera fall är emellertid sjukhemmen samförlagda med andra funktioner såsom vårdcentral eller annan serviceverksamhet. Det finns enligt min mening inte anledning att i detta sammanhang ta ställning till om en överföring av äganderätten till hela eller delar av anläggningarna skall ske i

dessa fall. De lokala förutsättningarna bör bli avgörande för vilken form som är mest lämplig. Det kan exempelvis ibland vara mest ändamålsenligt att en kommun av landstinget köper en anläggning som inrymmer såväl ett sjukhem som en vårdcentral och att landstinget hyr in sin verksamhet i kommunens fastighet. I andra fall kan det vara bättre att kommunen hyr av landstinget. Även andra upplåtelseförhållanden kan bli aktuella, t. ex. att kommunen hyr av ett bostadsföretag. Jag förutsätter att erforderliga överenskommelser på detta område kan träffas utan statsmakternas direkta medverkan. Jag återkommer i avsnitt 8 till de ekonomiska villkoren för överförande av fast och lös egendom.

Landstingsförbundet samt flera landsting och kommuner understryker i sina remissvar vikten av att det ges möjligheter att lokalt påverka vilka sjukhem och andra vårdinrättningar som skall föras över till kommunerna. Jag delar denna synpunkt såtillvida att det är på lokal nivå som det kan avgöras vilka verksamheter som är sådana som jag föreslår skall överföras till kommunerna. Det är på den nivån man kan avgöra vilka sjukhem m. m. som faller inom ramen för begreppet somatisk långtidssjukvård med kommunen eller del av kommunen som upptagningsområde. Det är också på denna nivå som bedömningar bör göras om det finns sådana särskilda skäl som jag nyss anfört för att verksamheten vid en viss inrättning inte skall föras över till kommunen.

Kommuner och landsting bör beredas tillfälle att lämna förslag till vilka verksamheter vid sjukhem m. m. som man vill föra över till kommunerna. Jag har för avsikt att till den 1 januari 1991 inhämta uppgifter från huvudmännen i denna del.

Jag utgår från att kommuner och landsting i allmänhet är överens om vilka inrättningar det gäller. Emellertid kan man inte utgå ifrån att kommunerna och landstingen i alla delar är överens om vilka sjukhem eller motsvarande som skall föras över till kommunerna. Överförandet kan därför behöva regleras i särskild ordning. Regeringen får med stöd av 8 kap. 13 § regeringsformen genom förordning meddela föreskrifter om verkställigheten av lag som skall gälla för kommunernas del. För att lämna underlag till regeringens beslut bl. a. i denna del kommer jag att föreslå regeringen att tillsätta en särskild delegation.

Sedan uppgifter inhämtats från kommuner och landsting om vilka sjukhem m. m. som enligt deras mening skall överföras till kommunerna, avser jag att föreslå regeringen att i en verkställighetsförordning ge föreskrifter om vilka sjukhem m. m. som skall övertas av respektive kommun. Förordningen kommer att ha engångskaraktär i den meningen att den enbart skall reglera vilka sjukhem m. m. som skall överföras den 1 januari 1992.

5 Kommunal hälso- och sjukvård

5.1 Kommunens ansvar

Mitt förslag: Kommunerna skall ha skyldighet att erbjuda hälso- och sjukvård vid särskilda boendeformer för service och omvårdnad, vid bostäder med särskild service och i kommunala dagverksamheter.

Kommunerna ges befogenhet att erbjuda hälso- och sjukvård i enskildas hem. Efter överenskommelse med landstinget kan en kommun överta skyldigheten att erbjuda sådan vård i hemmen.

Kommunernas ansvar skall dock inte i något fall omfatta sådan hälso- och sjukvård som meddelas av läkare.

Äldredelegationens förslag: Kommunen ges ansvaret för att erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som vistas i kommunen och som inte enbart behöver tillfällig vård och behandling, om vården och behandlingen kan tillgodoses i ett enskilt hem, i en särskild boendeform för service och omvårdnad eller i en dagverksamhet.

Remissinstanserna: Av de 327 remissinstanser som yttrat sig om delegationens förslag i denna del tillstyrker 245 förslaget principiellt, varav 40 med tveksamhet. 227 av dessa är kommuner. Av resterande remissinstanser avstyrker 67 däribland 22 landsting, nio tar inte slutlig ställning och fyra instanser har egna förslag om ett mer begränsat hälso- och sjukvårdsansvar för primärkommunerna. Två instanser har förslag om ett mer omfattande kommunalt hälso- och sjukvårdsansvar.

Sju myndigheter ställer sig principiellt bakom förslaget. Dessa är riksförsäkringsverket, arbetarskyddsstyrelsen, statskontoret, riksrevisionsverket, konsumentverket samt länsstyrelserna i Malmöhus och Norrbottens län.

Socialstyrelsen, länsrätten i Stockholms län samt länsstyrelsen i Jönköpings län avstyrker delegationens förslag. Socialstyrelsen och länsstyrelsen i Jönköpings län förordar en begränsning av hälso- och sjukvårdsansvaret till de särskilda boendeformerna, medan länsrätten i Stockholms län anser att den omvårdnad som utförs av undersköterskor kan föras över till kommunerna.

Av landstingen avstyrker 22 äldredelegations förslag, men elva av dessa anser att viss omvårdnad och sådan enklare sjukvård som utförs av undersköterskor kan föras över till kommunerna. Norrbottens läns landsting tillstyrker äldredelegations förslag.

Av de 266 kommuner som i sina remissvar tagit upp frågan tillstyrker 227 förslaget i princip, varav 37 med viss tvekan. Av dessa 37 anför 20 som skäl till tveksamheten att förslaget borde ha gällt hela primärvården. De resterande 17 har anfört distriktssköterskefunktionens delning som huvudorsak till tveksamheten. De förespråkar tjänsteköp och lokala lösningar i stället för delegationens förslag.

35 kommuner avstyrker förslaget. Av dessa förordar 24 att hela primärvården förs över till primärkommunalt huvudmannaskap, medan elva

kommuner avstyrker av andra skäl. Fyra kommuner som avstyrker förordar att sådan omvårdnad och enklare sjukvårdsuppgifter som utförs av undersköterskor bör föras över till kommunerna.

Bland organisationerna tillstyrker följande delegationens förslag: Svenska kommunförbundet, LO, TCO, SKAF, SHSTF, SKTF, Föreningen Sveriges socialchefer, PRO, Riksförbundet Pensionärernas Gemenskapsgrupper och Riksförbundet för dementas rättigheter. SPF har ett eget förslag där kommunerna ges ansvar även för vissa läkarinsatser och Statspensionärernas Riksförbund tar inte klar ställning.

Följande organisationer avstyrker delegations förslag beträffande hälso- och sjukvårdsansvaret: Landstingsförbundet, Spri, SACO, Föreningen landstingsdirektörer, Sveriges läkarförbund, Svenska Läkaresällskapet, Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter och Legitimerade sjukgymnasters riksförbund. Av dessa tillstyrker emellertid Landstingsförbundet och Föreningen landstingsdirektörer att sådan omvårdad och enklare sjukvårdsuppgifter som undersköterskor utför förs över till kommunerna.

Skälen för mitt förslag:

Allmänna utgångspunkter

Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) ger landstingskommunerna ansvaret för att erbjuda befolkningen inom sitt område en god hälso- och sjukvård. Detta gäller även en kommun som inte ingår i någon landstingskommun.

Kommunerna svarar enligt socialtjänstlagen (1980:620) för socialtjänsten inom sitt område. Kommunen har det yttersta ansvaret för att de som vistas i kommunen får det stöd och den hjälp de behöver. Detta innebär dock ingen inskränkning i det ansvar som åvilar andra huvudmän.

Äldredelegationen har föreslagit att delar av primärvården skall föras över till kommunerna. Det gällde sjuksköterskor, sjukgymnaster, arbetsterapeuter och undersköterskor inom hemsjukvården. Förslaget har som framgår av vad tidigare sagts emellertid fått ett mycket blandat mottagande av remissinstanserna. Från framför allt landstingshåll pekar man på de nackdelar som ett mellan kommuner och landsting delat ansvar för primärvården skulle föra med sig. Många remissinstanser, särskilt primärkommuner, har i sina remissvar hävdat att huvudmannaskapet för hela primärvården borde utredas eller direkt föras över till kommunerna.

Jag har i avsnitt 2.4 redogjort för de övergripande motiven för den reform som jag nu förordar. Inriktningen är att skapa en ansvars- och uppgiftsfördelning som ger goda förutsättningar för att utveckla äldre- och handikappomsorgen enligt de riktlinjer som riksdagen anslutit sig till (prop. 1987/88:176, SoU6, rskr.55).

En utgångspunkt är att den uppgiftsfördelning mellan sociala och medicinska insatser som nu tillämpas inte är ändamålsenlig. Människors behov av service och vård är sammansatta och skiftar över tiden. Hjälpbehoven låter sig inte enkelt delas in i medicinska och sociala insatser. Enligt min mening bör social och medicinsk kompetens integreras genom att yrkesrol-

ler och arbetsorganisation inom socialtjänsten och delar av hälso- och sjukvården samordnas.

Jag har i avsnitt 2 redovisat de ansträngningar som gjorts under lång tid för att söka samordna sociala och medicinska insatser. Trots detta kvarstår en rad problem i detta avseende. Den uppgiftsfördelning vi idag har mellan kommuner och landsting har också försvårat en gemensam prioritering och utveckling av samhällets service och vård.

Enligt min mening måste kommunerna ges ett visst hälso- och sjukvårdsansvar för att syftet med denna reform skall kunna förverkligas. Det är just gränszonen mellan sociala och medicinska insatser som har förorsakat olägenhet såväl i det dagliga arbetet som i ledning och utveckling av verksamheten. Utvecklingen av en kompetent och kraftfull lokal arbetsorganisation, som förmår tillgodose de skiftande behov som människor med funktionshinder har, bör underlättas påtagligt om en huvudman får ansvaret härför.

Sjukvård vid de särskilda boendeformerna för service och omvårdnad, vid bostäderna med särskild service samt vid kommunala dagverksamheter

De särskilda boendeformerna/bostäderna skall kunna ge omfattande service och vård till människor som inte längre vill eller kan bo kvar i det vanliga bostadsbeståndet. Under senare år har funktionsnedsättningarna och därmed behoven av hjälp bland de boende på ålderdomshem, i servicehus utan helinackordering och i gruppboendet ökat. Detta är en följd av det utbyggda stödet i eget boende och strävan att göra det möjligt för många att bo kvar i sin bostad.

Enligt min mening är detta en riktig utveckling. Men den kräver att personalinsatserna vid samtliga särskilda boendeformer och bostäder med särskild service anpassas till de boendes behov av service och vård. Människor skall inte regelmässigt behöva flytta till ett sjukhem eller till ett sjukhus inom länssjukvården när vårdbehoven tilltar. Det är endast när specialiserade resurser inom hälso- och sjukvården behövs som länssjukvårdens resurser skall behöva utnyttjas.

För att denna utveckling skall kunna fullföljas är det särskilt viktigt att den sociala och den medicinska kompetensen integreras inom de särskilda boendeformerna och bostäderna med särskild service. Kommunerna måste här få ett samlat ansvar för de i det löpande arbetet vanligt förekommande arbetsuppgifterna. Jag ser detta som en viktig förutsättning för att vårdkvaliteten skall förbättras och för att vi skall kunna ge äldre och handikappade en trygg och säker service och vård.

Enligt min mening är det angeläget att undersköterskor, sjuksköterskor, arbetsterapeuter och sjukgymnaster samt övrig biträdespersonal integreras i den kommunala organisationen. Det är dessa personalgrupper som, vid sidan av de personalkategorier som kommunen har i sin organisation idag, gör de mest omfattande insatserna i de särskilda boendeformerna/bostäderna. Det är samtidigt viktigt att insatserna från läkare görs tillgängliga och dimensioneras så att människor som bor i de särskilda boendeformerna/bostäderna kan få den läkarhjälp som de behöver.

Även om läkarmedverkan har stor betydelse i vårdarbetet så är dessa insatser tidsmässigt i allmänhet en liten del av det samlade service- och vårdarbetet. Med utgångspunkt i de motiv som ligger till grund för denna reform ser jag inte skäl att ge kommunerna ett ansvar för sådan hälso- och sjukvård som meddelas av läkare. Jag ser det som naturligt att läkarinsatserna hålls samman inom primärvården.

Dagverksamheter har i allmänhet ett mer eller mindre uttalat rehabiliterande syfte. I sådant arbete är det inte ändamålsenligt att göra åtskillnad mellan sociala och medicinska insatser, utan en helhetssyn på den enskildes situation bör tillämpas. Jag ser det därför som naturligt att kommunerna även får ett sjukvårdsansvar vid dagverksamheter. Kommunerna bör därför enligt min mening vid de kommunala dagverksamheterna ha samma ansvar för hälso- och sjukvårdsinsatser som gäller för de särskilda boendeformerna och bostäderna med särskild service.

Hemsjukvård i ordinärt boende

Flera remissinstanser, särskilt landstingen, framhåller betydelsen av att primärvårdens resurser hålls samman i en arbetsorganisation. Den vårdlagsorganisation som många primärvårdsområden nu tillämpar anser man vara en förutsättning för att uppfylla de mål som är uppställda för primärvårdens utveckling. Kritiken mot äldredelegationens förslag gäller i synnerhet förslaget att kommunena skulle få ansvar för hemsjukvården i ordinärt boende. Många har vänt sig emot att en arbetsorganisation som bedöms fungera väl skulle förändras. Distriktssköterskornas centrala roll i den nuvarande organisationen har lyfts fram i detta sammanhang. Jag har förståelse för de skäl som remissinstanserna fört fram mot äldredelegationens förslag i denna del.

Samtidigt vill jag understryka att äldredelegationens förslag om ett samlat ansvar för all hemsjukvård och social hemtjänst under en och samma huvudman har klara fördelar. Genom att kunna disponera över de samlade resurser som står till buds för vård i enskildas hem skulle kommunerna få goda möjligheter att åstadkomma ett smidigt och väl fungerande samspel mellan sociala och medicinska insatser.

Kritiken mot äldredelegationens förslag bottnar i en del fall i principiella invändningar mot att man gör förändringar i den s. k. kompetensprincipen eller att man splittrar primärvården. I andra fall riktas kritiken mot att delegationens förslag inte ger tillräckligt utrymme för lokala lösningar.

Det finns anledning att ta fasta på den kritik som från vissa håll har riktats mot äldredelegationens förslag. Framför allt gäller det kritiken att förslaget inte ger tillräckligt utrymme för lokala lösningar.

Enligt min mening talar övervägande skäl för att landstingen även framöver skall vara ansvariga för hemsjukvården. Dock kan huvudmännen lokalt göra den bedömningen att enskildas behov av god service och vård i hemmen bäst tillgodoses genom att ansvaret för hemsjukvården och socialtjänsten samordnas under en huvudman. Jag föreslår därför att kommuner och landsting skall kunna komma överens om att till kommu-

nen föra över ansvaret för den del av primärvården som utför hälso- och sjukvård i enskildas hem i det vanliga bostadsbeståndet.

Det kan emellertid, även i det fall att någon överenskommelse inte träffats med landstinget om att överta ansvaret för hemsjukvården, finnas skäl för en kommun att meddela hemsjukvård. Det kan t. ex. vara mer ändamålsenligt att en kommun fortsätter att meddela vård åt en person, som bor i en sådan boendeform/bostad som sägs i 20 eller 21 §§ socialtjänstlagen, i de fall denne tillfälligt vistas i sin egen eller i en familjemedlems bostad i kommunen. Kommunerna bör därför ges befogenhet att även i andra fall än då någon överenskommelse träffats med landstinget svara för hemsjukvårdsinsatser i ordinärt boende.

En sådan befogenhet som nu sagts innebär dock inte att kommunen till någon del skall överta den skyldighet som landstinget har att ansvara för hemsjukvården. Skyldigheten ligger odelat kvar på landstinget. Först om landstinget och kommunen kommer överens om det och regeringen godkänner övertagandet skall kommunen således kunna överta landstingets skyldighet.

Särskilda bestämmelser i hälso- och sjukvårdslagen

Den hälso- och sjukvård som kommunerna skall ha ansvar för vid de särskilda boendeformerna för service och omvårdnad, vid bostäderna med särskild service och vid de kommunala dagverksamheterna skiljer sig inte från annan hälso- och sjukvård som meddelas av sjuksköterskor, sjukgymnaster, arbetsterapeuter och undersköterskor. Kommunernas ansvar skall vara av samma art som landstingens motsvarande ansvar, med den begränsningen att det inte omfattar läkarinsatser. Det får heller inte råda någon tvekan om att den hälso- och sjukvård som kommunerna skall meddela skall vara av samma kvalitet som motsvarande vård genom landstingens försorg.

Jag anser därför att det kommunala ansvaret skall regleras i hälso- och sjukvårdslagen och inte som några remissinstanser föreslagit i en särskild lag eller i socialtjänstlagen. Flertalet remissinstanser förordar också att det kommunala ansvaret regleras i hälso- och sjukvårdslagen.

Ansvaret bör utformas i överensstämmelse med landstingens ansvar i 3 § hälso- och sjukvårdslagen. Landstingen har således fortfarande skyldighet att erbjuda den hälso- och sjukvård som skall lämnas vid vårdcentraler och andra öppenvårdsmottagningar samt i enskildas hem inom det ordinarie boendet. Dessutom har landstingen ansvar för alla läkarinsatser även vid de särskilda boendeformerna, vid bostäderna med särskild service och vid de kommunala dagverksamheterna.

Den befogenhet att meddela hälso- och sjukvård i enskildas hem (hemsjukvård), som kommunerna föreslås få, bör också regleras i hälso- och sjukvårdslagen. Någon anledning att ha en annan ordning finns inte. Detsamma gäller den möjlighet en kommun skall ha att efter överenskommelse med landstinget överta skyldigheten att bedriva hemsjukvård. För att en sådan överenskommelse skall bli giltig bör det kravet ställas upp att regeringen har lämnat sitt medgivande.

De landstingsfria kommunerna (Gotland, Göteborg och Malmö) har enligt 3 § hälso- och sjukvårdslagen ansvaret för hälso- och sjukvården i kommunen. Dessa kommuner behöver alltså inte omfattas av det nya ansvaret i hälso- och sjukvårdslagen, eftersom de redan har ett sådant ansvar som skall läggas på kommuner som ingår i ett landsting.

Även i de landstingsfria kommunerna finns emellertid vissa problem vad gäller samordningen mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Dessa kommuner kan dock redan i dag utan nya lagbestämmelser samordna dessa verksamhetsgrenar. Det kan ske antingen genom att socialnämnden i kommunen med stöd av 10 § andra stycket hälso- och sjukvårdslagen utses att vara hälso- och sjukvårdsnämnd eller genom att ett lokalt organ med stöd av 2 a § lagen (1979:408) om vissa lokala organ i kommunerna också får sköta sådan förvaltning och verkställighet som skall fullgöras av hälso- och sjukvårdsnämnden.

De landstingsfria kommunerna har i sina remissvar i huvudsak ställt sig bakom de principer och riktlinjer för äldreomsorgen inför 90-talet som redovisats i äldredelegationens rapport. Det finns då inte anledning att göra något principellt undantag för de landstingsfria kommunerna vad gäller de bestämmelser som avser ledning och särskilt medicinskt ansvar, som jag föreslår i det följande, i den mån dessa kommuner inte beslutat om en sådan samordning som kan ske med stöd av nuvarande bestämmelser.

5.2 Verksamhetsplanering

Mitt förslag: Kommunen skall planera sin hälso- och sjukvård. Kommunens planering skall, liksom landstingets, avse även den hälso- och sjukvård som erbjuds av enskilda. Planeringen och utvecklingen skall ske i samverkan framför allt med landstinget men även med andra samhällsorgan, enskilda och organisationer. Bestämmelser härom förs in i hälso- och sjukvårdslagen.

Äldredelegationens förslag: Överensstämmer med mitt.

Remissinstanserna: De remissinstanser som kommenterar planeringsfrågorna ansluter sig i allmänhet till delegationens förslag. Landstingsförbundet menar dock att landstingens övergripande planeringsansvar för hälso- och sjukvården måste kvarstå oberoende av om kommunerna ges ett visst hälso- och sjukvårdsansvar.

Skälen för mitt förslag: Landstingskommunen skall enligt 7 § första stycket hälso- och sjukvårdslagen planera hälso- och sjukvården med utgångspunkt i befolkningens behov av hälso- och sjukvård. Enligt andra stycket samma paragraf skall planeringen även avse den hälso- och sjukvård som erbjuds av annan än landstingskommunen. Enligt 8 § hälso- och sjukvårdslagen skall landstingskommunen i planeringen och utvecklingen av hälso- och sjukvården samverka med samhällsorgan, organisationer och enskilda.

Kommunen skall enligt 20 a § socialtjänstlagen planera sina insatser för äldre. I planeringen skall kommunen samverka med landstingskommunen samt andra samhällsorgan och organisationer.

Landsting och kommuner får även med den nya uppgiftsfördelning som jag föreslår betydande behov av samordning i sin verksamhetsutveckling. Det gäller mellan kommunens ansvarsområde enligt socialtjänstlagen och landstingets hälso- och sjukvård, där jag anser att nuvarande regler är tillräckliga, men framför allt mellan landstingets hälso- och sjukvård och den hälso- och sjukvård som kommunen skall ha ansvar för eller befogenhet att bedriva.

Äldredelegationen har föreslagit att kommunerna ges ett i förhållande till landstingskommunerna parallellt planeringsansvar för den hälso- och sjukvård som åläggs dem. Även om det hälso- och sjukvårdsansvar som jag föreslagit för primärkommunerna är begränsat ser jag det som principiellt riktigt att kommunerna får en i förhållande till landstingen självständig planeringsskyldighet för denna del av kommunens service och vård. Ett viktigt inslag i utvecklingen av lokal service och vård är att stärka den medicinska kompetensen och rehabiliteringsinriktningen. Detta bör beaktas i kommunens planering av sin hälso- och sjukvård.

Landstingsförbundet har i sitt remissvar framhållit att landstingens övergripande ansvar för folkhälsan i länet och det därmed sammanhängande totalplaneringsansvaret bör kvarstå orubbat. Landstingen kommer även efter den förändring jag här föreslår att vara den dominerande sjukvårdsproducenten. Deras utvecklingsarbete och planering får självfallet stor betydelse för andra sjukvårdshuvudmän. Enligt min mening finns det emellertid skäl att inte betrakta landstingens planeringsansvar som överordnat kommunernas. Kommunernas ansvar är inte att jämställa med enskilda vårdgivares, eftersom kommunen enligt mitt förslag får ett i hälso- och sjukvårdslagen angivet självständigt ansvar för viss del av samhällets hälso- och sjukvård.

Den verksamhet som bedrivs inom ramen för kommunernas ansvar inom hälso- och sjukvården får betydande anknytning till landstingets hälso- och sjukvård, inte minst den sjukhusvård som bedrivs inom länssjukvården. Detta gäller exempelvis de geriatriska klinikerna inom länssjukvården som bör samverka nära med bl. a. de kommunala sjukhemmen och andra verksamheter inom kommunens ansvarsområde. Det finns också skäl att nämna den psykiatriska vården som bör arbeta i nära samspel med kommunens service och vård.

I hälso- och sjukvårdslagen bör anges att huvudmännen skall planera sin hälso- och sjukvård med utgångspunkt i befolkningens behov av sådan hälso- och sjukvård som resp. huvudman har ansvar för och att planeringen även skall avse den hälso- och sjukvård som erbjuds av annan än landstinget eller kommunen. Att landstingen i planeringen skall samverka med kommunerna framgår av 8 §. En likalydande bestämmelse föreslås för kommunerna.

I planeringen och utvecklingen av sin hälso- och sjukvård skall kommunerna, på samma sätt som landstingen, även samverka med andra samhällsorgan än landstingen samt med organisationer och enskilda. Jag förut-

sätter att kommuner och landsting samverkar nära med enskilda vårdgivare. Här bör särskilt nämnas de enskilda vårdhem som bedriver långtidssjukvård. Även organisationer, som företräder äldre människor och människor med funktionshinder måste ges goda förutsättningar att samverka med huvudmännen i planeringen och utvecklingen av den hälso- och sjukvård som resp. huvudman har ansvar för.

Förslaget behöver inte avse de landstingsfria kommunerna eftersom dessa redan omfattas av de nuvarande bestämmelserna om verksamhetsplanering i hälso- och sjukvårdslagen.

5.3 Ledningen av den kommunala hälso- och sjukvården

Mitt förslag: Ledningen av den kommunala hälso- och sjukvården skall utövas av socialnämnden eller i förekommande fall av social distriktsnämnd eller lokalt organ enligt lagen (1979:408) om vissa lokala organ i kommunerna.

Äldredelegationens förslag: Överensstämmer med mitt förslag.

Remissinstanserna: De flesta remissinstanser som uttalat sig i frågan tillstyrker en gemensam förtroendemannaorganisation för socialtjänsten och den kommunala hälso- och sjukvården. 17 kommuner avstyrker delegationens förslag med motiveringen att det bör vara en lokal fråga för kommunen hur den vill organisera sin verksamhet.

Skälen för mitt förslag: För att fullgöra kommunens uppgifter inom socialtjänsten skall det enligt 4 § socialtjänstlagen i varje kommun finnas en socialnämnd. Enligt 39 § andra stycket samma lag skall socialnämnden ha hand om förvaltning och verkställighet inom sitt verksamhetsområde. Som framgår av den paragrafen kan dock kommunfullmäktige med stöd av 3 kap. 14 § kommunallagen (1977:179) besluta att kommunstyrelsen eller annan nämnd skall handha förvaltning och verkställighet i fråga om egendom som annars förvaltas av socialnämnden samt handlägga frågor beträffande personal som är underställd socialnämnden.

Av 2 § 2. lagen (1979:408) om vissa lokala organ i kommunerna (lokalorganslagen) framgår vidare att lokalt organ får tillsättas för del av kommunen. Sådant lokalt organ skall handha förvaltning och verkställighet som enligt lag eller annan författning eller enligt en statlig förvaltningsmyndighets beslut ankommer på socialnämnden, miljö- och hälsoskyddsnämnden, byggnadsnämnden, trafiknämnden eller skolstyrelsen. En förutsättning är vidare att uppgifterna på grund av sin anknytning till kommundelen och beskaffenheten i övrigt lämpar sig för handläggning i ett lokalt organ.

Har kommunen beslutat inrätta sociala distriktsnämnder gäller bestämmelserna härom i 41–46 §§ socialtjänstlagen. De sociala distriktsnämnderna avgör ärenden som enligt socialtjänstlagen eller annan författning ankommer på socialnämnden och som avser vård eller annan åtgärd beträffande enskild person. Kommunfullmäktige kan dock besluta annor-

lunda beträffande viss grupp av ärenden. När det gäller förvaltning och verkställighet i fråga om egendom kan fullmäktige med stöd av 44 § 2. socialtjänstlagen besluta att socialnämnden får uppdra åt distriktsnämnden att handha den uppgiften.

Ett sjukhem eller motsvarande som överförts till en kommun blir en särskild boendeform för service och omvårdnad inom socialtjänsten. Det ankommer således på socialnämnden eller på lokalt organ att leda verksamheten där. Undantag härifrån kan enbart göras inom ramen för det s.k. frikommunförsöket. Socialnämnden kan dock uppdra åt distriktsnämnd att leda verksamheten vid en sådan boendeform för service och omvårdnad.

När det gäller ledningen av den hälso- och sjukvård som kommunen skall ha skyldighet eller befogenhet att meddela får jag anföra följande.

Ledningen av landstingets hälso- och sjukvård regleras i 10 § hälso- och sjukvårdslagen. Enligt den bestämmelsen får landstinget tillsätta en särskild hälso- och sjukvårdsnämnd eller uppdra åt annan nämnd att vara sådan nämnd. Landstinget kan även välja att inte tillsätta någon särskild nämnd. I så fall är förvaltningsutskottet hälso- och sjukvårdsnämnd.

Landstingets hälso- och sjukvårdsnämnd är således inte någon obligatorisk nämnd utan endast en fakultativ nämnd som är bärare av en obligatorisk landstingsfunktion. För den kommunala hälso- och sjukvården föreslår äldredelegationen en annan ordning. Förslaget har godtagits av flertalet remissinstanser.

Syftet med mitt förslag om kommunal hälso- och sjukvård är bl.a. att kunna samordna sociala och medicinska insatser. För att denna samordning skall kunna genomföras krävs enligt min mening att en och samma nämnd har det samlade ansvaret för insatserna. Jag anser således att ledningen av den kommunala hälso- och sjukvården skall handhas av socialnämnden eller i förekommande fall av social distriktsnämnd eller lokalt organ enligt lokalorganslagen.

Inom ramen för frikommunförsöket får undantag göras från bestämmelserna om socialnämnd. Med stöd av lagen (1984:382) om försöksverksamhet med en friare kommunal nämndorganisation får nämligen kommuner och landsting i enlighet med föreskrifterna i lagen bedriva försöksverksamhet med en annan nämndorganisation än som föreskrivs i lag eller annan författning. Föreskrifter om vilka kommuner och landsting (försökskommuner) som försöksverksamheten skall avse meddelas av regeringen. Sådana föreskrifter har senast meddelats i förordningen 1990:482. Försöksverksamheten pågår till utgången av år 1991.

1988 års kommunallagskommitté har i betänkandet Ny kommunallag (SOU 1990:24) lagt fram förslag till lag om kommuner och landsting som skall ersätta kommunallagen (1977:179). I direktiven för kommittén angavs bl.a. att en ny kommunallag borde präglas av stor frihet för kommuner och landsting att själva organisera sin verksamhet. Lagstiftningen borde utformas mot bakgrund av den helhetssyn som alltmer styr den kommunala verksamheten och som medför att gränserna mellan olika sektorer blir mindre skarpa.

Med hänsyn till att frågan om en friare nämndorganisation prövas i

försöksverksamhet t. o. m. år 1991 har dock kommittén ansett sig förhindrad att nu lägga fram förslag om detta (se betänkandet s.78). Ansvaret för att försöksverksamheten följs upp och utvärderas åvilar stat-kommunberedningen (C 1983:02).

För egen del anser jag mot denna bakgrund att det för närvarande saknas anledning att föreslå någon annan ordning än att den samlade sociala och medicinska verksamhet, som kommunerna skall ha ansvar för, leds av socialnämnden eller i förekommande fall av distriktsnämnden i ett socialdistrikt eller av ett lokalt organ i en kommundel. De kommuner som anser att en annan nämndorganisation är bättre för kommunen har möjlighet att ansöka om att få tillämpa lagen om försöksverksamhet med en friare kommunal nämndorganisation. En frikommun kan t. ex. inrätta särskilda äldre- och handikappnämnder, något som en del kommuner har uttryckt önskemål om. En vidgad tillämpning av frikommunlagen kan därmed ge erfarenheter om det ändamålsenliga i att bryta ut vissa delar av socialtjänsten från socialnämndens ansvarsområde och föra över dessa till en eller flera specialnämnder.

Som framgår av vad jag anfört tidigare kan de landstingsfria kommunerna redan i dag med stöd av 10 § andra stycket hälso- och sjukvårdslagen uppdra åt annan nämnd än särskild hälso- och sjukvårdsnämnd att leda sjukvården i kommunen. Det är således i dag redan möjligt för dessa kommuner att samordna sin socialtjänst och hela eller delar av hälso- och sjukvården under gemensam ledning. Dessutom har de möjlighet att med stöd av 2 a § lokalorganslagen låta ett lokalt organ sköta också sådan förvaltning och verkställighet som skall fullgöras av hälso- och sjukvårdsnämnden. I den mån en landstingsfri kommun inte samordnat socialtjänsten och hälso- och sjukvården i enlighet härmed bör dock den hälso- och sjukvårdsverksamhet, som i övriga kommuner skall vara ett primärkommunalt ansvar, stå under socialnämndens ledning.

Mitt förslag: Inom den hälso- och sjukvård som kommunerna skall ha ansvar för skall finnas den personal som behövs för att meddela god vård.

Kommunerna skall kunna fullgöra sitt ansvar genom tjänsteköp i vissa fall.

Min bedömning: Den personal – utom läkare – som i dag är anställd av landstingen för att fullgöra uppgifter vid de sjukhem m.m. som överförs till kommunerna samt den personal inom primärvården som utför hälso- och sjukvårdsuppgifter vid övriga särskilda boendeformer för service och omvårdnad, vid bostäderna med särskild service och i dagverksamheter bör erbjudas anställning i kommunen. Detsamma gäller den personal som arbetar med hemsjukvård i de fall kommunen kommit överens med landstinget om att överta skyldigheten att erbjuda sådan vård.

Äldredelegationens förslag: Den vårdpersonal som berörs av ansvarsfördelningen mellan huvudmännen bör erbjudas anställning i kommunen. Det bör dock finnas möjlighet för kommunerna att i vissa fall kunna köpa tjänster av landstinget för att fullgöra sitt ansvar.

Remissinstanserna: De remissinstanser som tillstyrker delegationens förslag ställer sig i princip bakom förslaget om vilka personalkategorier som skall ingå i den kommunala organisationen. Ett fåtal instanser anser dock att endast viss personal skall föras över. 24 remissinstanser anser att även läkare bör föras över till kommunerna.

Enligt socialstyrelsen bör all personal vid de lokala sjukhemmen föras över till kommunerna. Svenska kommunförbundet anser att läkare bör kunna föras över till kommunerna i de fall huvudmännen är överens om detta. Några landsting menar att sjuksköterskorna, sjukgymnasterna och arbetsterapeuterna bör vara kvar hos landstinget. Samma inställning redovisas av Föreningen landstingsdirektörer. Vissa kommuner tycker att kommunerna inte automatiskt skall ta över all personal utan måste få möjlighet att välja vilka man skall anställa. SHSTF betonar att personalen bör vara anställd av den som svarar för verksamheten.

Skälen för mitt förslag: Kommunerna skall ha ansvaret för att de enskilda kan erbjudas en god hälso- och sjukvård vid de sjukhem m.m. som övergår till kommunerna. Ansvaret skall dock inte omfatta insatser av läkare. Detta blir fortfarande ett ansvar för landstingens hälso- och sjukvård.

Vid de angivna sjukhemmen liksom vid övriga särskilda boendeformer för service och omvårdnad, vid bostäderna med särskild service och vid de kommunala dagverksamheterna skall kommunerna ha den hälso- och sjukvårdspersonal – utom läkare – som behövs för att kommunen skall kunna uppfylla sitt hälso- och sjukvårdsansvar. Detsamma gäller för det fall att kommunen utnyttjar sin befogenhet att meddela hemsjukvård i

ordinärt boende eller efter överenskommelse med landstinget övertagit skyldigheten att erbjuda hemsjukvård.

Bestämmelsen i 2 a § hälso- och sjukvårdslagen kommer att gälla för den kommunala hälso- och sjukvården likaväl som för all annan hälso- och sjukvård – offentlig som privat. Den skall alltså bedrivas så att den uppfyller kraven på god vård. Det innebär att den skall vara av god kvalitet och tillgodose patientens behov av trygghet i vården och behandlingen, vara lätt tillgänglig, bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet samt främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen. Vården och behandlingen skall så långt det är möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Patienten skall ges upplysningar om sitt hälsotillstånd och om de behandlingsmetoder som står till buds. I vissa fall kan dock sådana upplysningar få lämnas till nära anhörig till patienten i stället för till patienten själv.

För att kunna uppfylla sitt hälso- och sjukvårdsansvar måste det hos kommunen finnas hälso- och sjukvårdspersonal med de kvalifikationer som behövs för att uppfylla kraven på en god vård. I den proposition som låg till grund för hälso- och sjukvårdslagen (prop. 1981/82:97, s.74) anförde föredragande statsrådet följande.

En förutsättning för att landstingskommunen skall kunna fullgöra sitt vårdgivaransvar är givetvis att den har tillgång till den hälso- och sjukvårdspersonal som behövs. Personalen måste uppfylla de utbildnings- och andra kompetenskrav som finns uppställda. Jag vill här understryka personalens stora betydelse för vårdens kvalitet. Jag vill även understryka att den verksamhet som bedrivs inom hälso- och sjukvården intar en särställning som motiverar att det finns vissa behörighetsregler. Hänsyn måste tas till patienternas berättigade krav på en god och säker vård och jag föreslår därför att bestämmelsen behålls om att landstingskommunen skall ha den personal anställd som behövs för att kunna meddela en god hälso- och sjukvård.

Vad som sålunda anförts i propositionen 1981/82:97 har relevans även för den hälso- och sjukvård som kommunerna skall ha ansvar för. Denna personal skall normalt vara anställd hos kommunen. I vissa fall, t.ex. då kommunen gör bedömningen att det skulle vara svårt eller olämpligt att anställa personal med sådan kompetens, bör kommunen kunna köpa tjänsten från annan vårdgivare, i första hand landstinget. Jag återkommer härtill i specialmotiveringen.

Jag utgår från att kommuner och landsting tillsammans med berörda personalorganisationer kan klarlägga vilka personalgrupper som skall föras över till kommunerna. Enligt min bedömning bör den personal som idag arbetar med sådana uppgifter hos landstingen, som föreslås bli kommunala uppgifter, erbjudas anställning hos kommunen.

Mitt förslag: En särskild sjuksköterska skall ha ansvaret för vissa medicinska uppgifter inom det verksamhetsområde som kommunen bestämmer. I vissa fall kan detta ansvar läggas på en person med annan utbildning.

Äldredelegationens förslag: Överensstämmer med mitt förslag.

Remissinstanserna: Flertalet av kommunerna tillstyrker äldredelegationens förslag om att det, för det verksamhetsområde som kommunen bestämmer, skall finnas en sjuksköterska eller i vissa fall annan yrkesutövare med ett särskilt medicinskt ansvar. De instanser i övrigt som specielt har markerat sitt stöd för förslaget är statskontoret, Norrbottens läns landsting, Svenska kommunförbundet, LO, TCO, SHSTF och Föreningen Sveriges socialchefer. Några kommuner, som tillstyrkt delegationens förslag om kommunal hälso- och sjukvård, har avstyrkt eller visat viss tveksamhet till förslaget om en särskild medicinskt ansvarig sjuksköterska. De anser i allmänhet att det är tillräckligt med det medicinska yrkesansvar som hälso- och sjukvårdspersonalen har.

Skälen för mitt förslag: Sjukvårdshuvudmannen kan fritt organisera hälso- och sjukvården på det sätt han finner ändamålsenligt. Vad beträffar ledningen av sjukvårdsverksamheten gäller emellertid vissa särskilda regler i 14 § hälso- och sjukvårdslagen. Enligt paragrafen i den lydelse som gäller fr. o. m. den 1 juli 1991 (SFS 1990:601) skall det, om det behövs med hänsyn till patientsäkerheten, vid en enhet för diagnostik eller vård och behandling finnas en särskild läkare som svarar för den samlade ledningen av verksamheten. En sådan läkare skall benämnas chefsöverläkare. Chefsöverläkarens ledningsuppgifter avser både de administrativa och de medicinska uppgifterna vid enheten. I andra frågor än de som avser diagnostik eller vård och behandling skall chefsöverläkaren följa de föreskrifter som sjukvårdshuvudmannen kan meddela.

Vid andra enheter än nu sagts är huvudmannen fri att bestämma kompetensen hos den som skall leda verksamheten. Enligt uttalanden i prop. 1989/90:81 avses härmed bl. a. avdelningar för sjukhusfysik och annan teknisk verksamhet, sjukgymnastik och arbetsterapi, kuratorsverksamhet, logopedverksamhet, hemsjukvård och verksamhet vid sjukhem ävensom vissa enheter inom psykiatrin.

Inom sådana verksamhetsområden skall alltså sjukvårdshuvudmannen kunna utse annan än läkare att leda verksamheten. Vid ett sjukhem kan det t. ex. komma i fråga att utse sjuksköterska som ledningsansvarig. Fråga är om det för den kommunala sjukvårdens del – som inte skall ha några läkare i sin organisation – är godtagbart med hänsyn till patientsäkerheten, att kommunen fritt får bestämma hur ledningen skall organiseras.

Den personal som kommunerna behöver för att bedriva hälso- och sjukvård vid de särskilda boendeformerna för service och omvårdnad, bostäderna med särskild service, dagverksamheterna och i hemsjukvården utgörs till stor del av undersköterskor och biträdespersonal. Dessa omfat-

tas av bestämmelserna om yrkesansvar i lagen (1980: 11) om tillsyn över hälso- och sjukvårdspersonalen m. fl. i den mån de utför arbetsuppgifter som biträden åt legitimerad yrkesutövare. Vidare kommer det att finnas legitimerade sjuksköterskor, legitimerade sjukgymnaster och arbetsterapeuter. Legitimerade yrkesutövare tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen. Detsamma gäller enligt särskild föreskrift av socialstyrelsen även arbetsterapeuterna (SOSFS 1987: 23).

Kommunerna kommer således att förfoga över personal som vid utförandet av medicinska arbetsuppgifter har ett direkt på tillsynslagen grundat yrkesansvar. De kan då också ha ett från socialnämnden delegerat ledningsansvar för undersköterskor och biträdespersonal. Härför krävs inte något särskilt lagreglerat ledningsansvar.

Kommunerna skall på motsvarande sätt som landstingen kunna indela kommunen i olika verksamhetsområden. Ett verksamhetsområde kan vara geografiskt, t. ex. en del av kommunen eller en viss vårdinrättning. I verksamhetsområdet förekommer då såväl sociala som medicinska uppgifter. Ett verksamhetsområde kan även vara en viss uppgift, t. ex. att svara för all sjukgymnastik vid kommunens olika boendeformer för service och omvårdnad. Socialnämnden eller i förekommande fall distriktsnämnden eller lokalt organ leder verksamheten och beslutar om hur arbetsuppgifterna skall fördelas mellan personalen och vem som i olika sammanhang skall vara ledningsansvarig.

I ett väsentligt avseende skiljer sig förhållandena i de kommuner som tillhör ett landsting från förhållandena i landstingen och de landstingsfria kommunerna. I den kommunala organisationen skall det inte finnas några läkare. Det kommer emellertid även i denna att finnas uppgifter som inte lämpligen kan anförtros annan än den som besitter viss kvalificerad medicinsk kompetens. Det skulle i många fall kunna äventyra patientsäkerheten om inte vissa funktioner utövades av personal med sådan kompetens.

Bestämmelsen i 14 § hälso- och sjukvårdslagen i dess lydelse fr. o. m. den 1 juli 1991 innebär bl. a. att chefsöverläkaren skall se till att det finns sådana rutiner inom det aktuella verksamhetsområdet att de enskilda patienterna kommer i åtnjutande av den vård och behandling som deras tillstånd fordrar.

Den som har formell kompetens för en viss arbetsuppgift kan delegera sina arbetsuppgifter till den som saknar sådan kompetens men som bedöms ha reell kompetens för arbetsuppgiften. Vilka regler som bör gälla för delegering av arbetsuppgifter framgår av socialstyrelsens allmänna råd i SOSFS 1980: 100 och SOSFS 1983: 7. I dessa allmänna råd anges bl. a. att samråd skall ha skett med närmaste arbetsledare innan någon delegerar en arbetsuppgift till annan. Vidare sägs att den för vården ytterst ansvarige fortlöpande måste pröva huruvida de anställda klarar de arbetsuppgifter som delegerats till dem. I chefsöverläkarens ansvar skall också ingå att ingripa för att rätta till sådana delegeringsbeslut som enligt hans mening inte överensstämmer med patientsäkerheten.

Även i den kommunala organisationen måste någon svara för sådana uppgifter som nu sagts. Att ge direktiv och arbetsanvisningar för när läkare skall kopplas in och att delegering av vårduppgifter är förenliga med pati-

enternas säkerhet är uppgifter som inte kan läggas på annan än medicinskt sakkunnig person med sådan utbildning och erfarenhet att det finns rimliga möjligheter att fullgöra uppgiften på ett från patientsäkerhetssynpunkt tillfredsställande sätt. Med hänsyn till patientsä-kerheten är det enligt min mening nödvändigt att skapa garantier för att de nämnda uppgifterna alltid kommer att ligga på en person med erforderlig kompetens.

Enligt förordningen 1982:772 ansvarar landstinget för att anmälan omedelbart görs till socialstyrelsen om en patient i samband med vård eller behandling inom landstingets hälso- och sjukvård drabbats av eller utsatts för risk att drabbas av allvarlig skada eller sjukdom. Avsikten är att senare föreslå regeringen att denna förordning ändras så att samma anmälningsskyldighet skall åvila kommunerna vad gäller deras hälso- och sjukvård.

I chefsöverläkarens ansvar enligt 14 § hälso- och sjukvårdslagen ingår att rapportera till landstinget om det inom verksamhetsområdet inträffat något som skall föranleda anmälan till socialstyrelsen. En motsvarande rapporteringsskyldighet behövs även inom den kommunala hälso- och sjukvården. Härför bör enligt min mening också person med viss utbildning och kompetens svara.

Det nu beskrivna särskilda medicinska ansvaret är inte någon motsvarighet till det samlade ansvar som en chefsöverläkare skall ha enligt 14 § hälso- och sjukvårdslagen. Hur ledningen av verksamheten skall ordnas är en fråga som det ankommer på varje kommun att själv ta ställning till. Oberoende av hur ledningsansvaret inom den samlade kommunala hälso- och sjukvårdsverksamheten och socialtjänstverksamheten ordnas skall det emellertid finnas minst en befattningshavare med viss medicinsk kompetens som har det särskilda medicinska ansvar som jag beskrivit i det föregående.

Den person som skall ha detta ansvar skall i första hand vara en sjuksköterska. I vissa fall kan dock person med kompetens som t. ex. sjukgymnast eller arbetsterapeut komma i fråga.

Som framgår av vad jag tidigare sagt kan de landstingsfria kommunerna med stöd av bestämmelserna i hälso- och sjukvårdslagen eller lokalorganslagen organisera sin hälso- och sjukvård och sin socialtjänst under ledning av socialnämnden eller lokalt organ. I sådant fall kan även läkare föras över till sådan hälso- och sjukvårdsverksamhet, som generellt skall ankomma på kommunerna. Då gäller för kommunen de regler om ledningsansvar som framgår av 14 § hälso- och sjukvårdslagen. I den mån läkare inte ingår i ett verksamhetsområde som omfattar socialtjänst samt hälso- och sjukvård vid en särskild boendeform för service och omvårdnad, vid en bostad med särskild service, vid en dagverksamhet eller inom hemsjukvården, skall den avsedda regleringen av ett särskilt medicinskt ansvar jämväl gälla för den landstingsfria kommunen.

Eftersom läkare inte skall ingå i den kommunala hälso- och sjukvården skall här något beröras hur deras ställning blir i förhållande till de människor som får hälso- och sjukvårdsinsatser från kommunen.

Landstingets läkare kommer inte att ha något ledningsansvar inom den kommunala hälso- och sjukvården. Den särskilt medicinskt ansvariga sjuksköterskan eller motsvarande i kommunen skall ha ett primärt ansvar för att rutiner finns för när kontakt skall tas med läkare i de fall enskildas hälsotillstånd fordrar det. Vanligtvis är det distriktsläkaren som har det övergripande hälso- och sjukvårdsansvaret för patienterna. Det kan emellertid även vara fråga om en annan läkare, t. ex. långvårdsläkare.

Rent organisatoriskt får landstingets läkare emellertid ställning som konsultläkare i förhållande till kommunen. Hans ansvar gentemot den enskilde patienten förändras däremot inte. Han kommer alltjämt att ha det övergripande ansvaret för enskildas vård och behandling. Han skall utifrån sitt medicinska yrkesansvar vidta de åtgärder som patientens tillstånd fordrar. Han bestämmer med patientens medgivande vilka vård- och behandlingsinsatser som skall göras. Patientens möjligheter att få läkarvård förändras alltså inte av den föreslagna reformen.

Det ankommer därefter på kommunens hälso- och sjukvårdspersonal att utifrån sitt medicinska yrkesansvar följa de anvisningar om patientens vård och behandling, som läkaren meddelat.

Skillnaden mot nuvarande ordning är dock att läkaren inte kan disponera över de resurser som finns tillgängliga i kommunen för enskildas vård och behandling. Det ansvaret kommer att ligga på kommunen som skall se till att den enskilde får den vård och behandling som läkaren förordnat om. Det är framför allt den särskilt medicinskt ansvariga sjuksköterskan som skall se till detta.

Att kommunen får ett ansvar för hälso- och sjukvårdsinsatser innebär inte någon begränsning av landstingets ansvar för de läkarinsatser som den enskilde behöver. Är den enskilde i behov av sådan vård och behandling som ligger utanför kommunens ansvarsområde ligger således ansvaret på landstinget.

5.6 Tekniska hjälpmedel

Min bedömning: Primärkommunerna har inom det område, där kommunen har ett hälso- och sjukvårdsansvar, att svara för att den enskilde får vissa hjälpmedel. Hjälpmedelscentralernas verksamhet bör emellertid även i fortsättningen hållas samman.

Äldredelegationens förslag: Delegationen lämnar inte något förslag till förändring av hjälpmedelsverksamheten, utan förutsätter att frågan behandlas i den fortsatta beredningen av hjälpmedelsutredningens och äldredelegationens förslag.

Remissinstanserna: Av de 13 landsting som yttrar sig i frågan menar tre att hjälpmedel för det dagliga livets aktiviteter bör överföras till primärkommunerna. Något landsting menar att kommunerna bör tillhandahålla hjälpmedel och att landstingen kan sälja tjänster till kommunerna. Resterande landsting menar att deras allmänt kritiska syn på delegationens förslag beträffande kommunernas hälso- och sjukvårdsansvar även gäller i hjälpmedelsfrågan.

Merparten av kommunerna framhåller vikten av att kommunerna har god tillgång till tekniska hjälpmedel och att kommunerna bör ges ett visst ansvar för hjälpmedelsförsörjningen. Flera kommuner framhåller att det inte är lämpligt att varje kommun inrättar en hjälpmedelscentral, utan att landstingen även fortsättningsvis bör ansvara för dessa.

Svenska kommunförbundet menar att det finns betydande problem i hjälpmedelsförsörjningen och att gränsdragningen mellan huvudmännen ibland går ut över den enskilde. Förbundet menar att man i det fortsatta beredningsarbetet bör beakta konsekvenserna av en mellan kommuner och landsting samägd hjälpmedelsenhet på regional nivå.

Landstingsförbundet förutsätter att landstingens stora kompetens och utbyggda organisation utnyttjas även i framtiden, så att eventuella nackdelar av en huvudmannaskapsförändring på detta område minimeras.

HCK och DHR motsätter sig ett ändrat huvudmannaskap för hjälpmedelsverksamheten. Ett kommunalt övertagande riskerar enligt dessa instanser att försämra kvaliteten på hjälpinsatserna, då det lokala underlaget för verksamheten blir för litet.

Skälen för min bedömning: En god tillgång till tekniska hjälpmedel är en grundförutsättning för att människor med funktionshinder skall kunna leva ett så självständigt liv som möjligt. Hjälpmedlen är ofta nödvändiga för att dagliga aktiviteter skall kunna utföras och för att vård, behandling och rehabilitering skall kunna ges.

Mer än två tredjedelar av hjälpmedelsanvändarna är ålderspensionärer. Genom utbyggnaden av sjukvården i hemmet och den sociala hemtjänsten får allt fler människor med funktionshinder möjlighet att bo i eget boende. En förutsättning för denna utveckling är en väl fungerande bostadsanpassningsverksamhet och en god tillgång till tekniska hjälpmedel.

Hjälpmedelsverksamheten har expanderat kraftigt under senare år. Genom den medicinska och tekniska utvecklingen har nya behandlingsmetoder och nya hjälpmedel kunnat utvecklas. Antalet hjälpmedel har ökat och allt fler människor har fått del av dem. Antalet anställda inom hälso- och sjukvården som arbetar med hjälpmedelsfrågor har också ökat kraftigt.

Landstingens kostnader för hjälpmedelsverksamheten uppskattas till ca 2,5 miljarder kronor. Kostnadsökningen under åren 1978 till 1987 var dubbelt så stor som för hälso- och sjukvården i sin helhet.

Under våren 1989 slutförde hjälpmedelsutredningen sitt arbete. Utredningens betänkande (SOU 1989:39) Hjälpmedelsverksamhetens utveckling – kartläggning och bedömning har varit föremål för remissbehandling. För närvarande bereds frågan inom regeringskansliet.

1989 års handikapputredning har som huvuduppgift att bedöma hur personer med omfattande eller sammansatta funktionshinder i framtiden

skall kunna tillförsäkras ett väl fungerande samhällsstöd. Tyngdpunkten i utredningens arbete kommer att ligga i de insatser som utförs av kommuner och landsting inom socialtjänsten och rehabiliteringen samt habiliteringen. Det är sannolikt att utredningen i detta sammanhang kommer att behandla frågor som direkt berör hjälpmedelsverksamheten. Jag är därför inte beredd att nu lägga fram förslag till förändringar av hjälpmedelsverksamhetens inriktning och utformning i stort. Däremot finns det, enligt min mening, anledning att i detta sammanhang behandla några frågor som har anknytning till det förändrade huvudmannaskap för service och vård till äldre och handikappade som jag behandlat i det föregående.

Nuvarande ansvarsförhållanden och uppgiftsfördelning

I landstingens, och de landstingsfria kommunernas, uppgift enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) ingår åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador. Uppgiften att tillhandahålla tekniska hjälpmedel har knutits till detta sjukvårdshuvudmännens allmänna ansvar. Det finns inte någon särskild bestämmelse i hälso- och sjukvårdslagen om ansvaret för att tillhandahålla tekniska hjälpmedel.

Flertalet individuellt utprovade hjälpmedel, med undantag av hjälpmedel inom arbetsmarknadssektorn, barnomsorgen, statliga specialskolor, folkhögskolan och studiecirkelverksamheten, tillgodoses för närvarande av hälso- och sjukvårdshuvudmännen. Ansvarsförhållandet mellan sjukvårdshuvudmännen och huvudmännen för socialtjänsten är oklart beträffande förskrivning av sådana tekniska hjälpmedel som är helt eller delvis motiverade av de anställdas behov av goda hjälpmedel i sitt arbete, s. k. vårdarhjälpmedel eller arbetstekniska hjälpmedel. På en del håll i landet har överenskommelser träffats mellan kommuner och landsting om att kommunerna skall svara för dessa hjälpmedel, medan landstinget svarar även för dessa i andra landstingsområden.

Arbetsgivarens ansvar enligt arbetsmiljölagen (1977:1100) för att förebygga ohälsa och olycksfall i arbetet m. m. innebär att sådana redskap och andra tekniska hjälpmedel måste tillhandahållas vilka erfordras för att arbetsuppgifterna skall kunna utföras på ett från arbetsmiljösynpunkt tillfredsställande sätt.

Inom särskilda boendeformer/bostäder förekommer även tekniska hjälpmedel som inte är individuellt förskrivna, utan knutna till anläggningen och således används av olika människor. För dessa hjälpmedel svarar i dag huvudmannen för den aktuella anläggningen.

Hjälpmedelsbehoven inom kommunens framtida ansvarsområde.

Behoven av hjälpmedel i det dagliga livet är omfattande bland det växande antalet människor i höga åldrar. Det handlar om hjälpmedel för att tillgodose basala personliga behov som att klä sig, äta och sköta sin hygien. Hit hör även förflyttningshjälpmedel, hjälpmedel för kommunikation, orientering, skötsel av hemmets sysslor och deltagande i fritidsaktiviteter.

Vid utbyggnad av sjukvården i hemmet ökar behoven av hjälpmedel vid

vård, behandling och rehabilitering. Till detta område hör även medicintekniska produkter såsom insulinpumpar, ventilatorer och stimulatorer.

Personalen inom den sociala hemtjänsten och sjukvården i hemmet är hårt belastad av arbetsskador. Ett av huvudproblemen är tunga lyft och olämpliga arbetsställningar. Behovet av arbetstekniska hjälpmedel vid vård i hemmet har uppmärksammats under senare år. En fortsatt satsning på denna vårdform kräver ytterligare ansträngningar att utveckla och introducera arbetstekniska hjälpmedel såsom ändamålsenliga sängar, lyftar och hygienrumsutrustning m. m. Ofta är det svårt att göra en klar åtskillnad mellan om ett hjälpmedel är motiverat av den vårdades eller av vårdarens behov.

Behoven av hjälpmedel bland människor som bor och vårdas vid särskilda boendeformer/bostäder är ofta uttalade. Många har flera sjukdomar och skador som leder till en sammansatt och svår funktionsnedsättning. Det ställs stora krav på den personal som kommer i kontakt med dessa människor att uppmärksamma behov av rehabilitering och tekniska hjälpmedel. Det finns för närvarande brister i detta avseende. Alla människor, såväl i ordinärt boende som i särskilda boendeformer/bostäder, som får omfattande service och vård bör genomgå en utredning och de insatser som skall sättas in bör planeras tillsammans med den enskilde och berörd personal. I detta sammanhang bör behov av rehabilitering, bostadsanpassning och tekniska hjälpmedel klarläggas.

Jag har i avsnitt 4 föreslagit att de sjukhem som förs över till kommunerna blir en särskild boendeform bland andra. Servicen och vården vid dessa bör organiseras med utgångspunkten att det är fråga om en boendeform. Jag ser det som angeläget att ökad uppmärksamhet riktas mot behovet av tekniska hjälpmedel bland dem som vårdas vid de särskilda boendeformerna/bostäderna. Hjälpmedlen bör utprovas och förskrivas individuellt för att svara mot varje individs behov.

Många människor, främst äldre personer, har behov av enkla hjälpmedel som kan underlätta det dagliga livets aktiviteter. Dessa hjälpmedel ökar den enskildes möjligheter att leva självständigt och minskar beroendet av praktisk hjälp från närstående och från kommunen. Dessa behov tillgodoses idag inte fullt ut.

Kommunens framtida hjälpmedelsansvar

Utgångspunkten för de reformförslag som jag lägger fram i detta ärende är att så långt möjligt samla ansvaret för den långvariga servicen och vården till äldre och handikappade under en ledning och i en arbetsorganisation. Kommunen har ansvaret för bostadsförsörjningen och för bostadsanpassningsverksamheten. Genom mina förslag vidgas kommunens vårdansvar avsevärt. De tekniska hjälpmedlen är ett viktigt inslag i stödet till människor med funktionshinder. Tillgången till bra hjälpmedel är ofta en nödvändig förutsättning för att den enskilde skall kunna leva i en egen bostad. Behovet av tekniska hjälpmedel bör prövas i samband med planering av

service, vård och övrigt stöd till den enskilde. Så sker också i allmänhet i dag i den gemensamma vårdplanering som genomförs i vårdplaneringsgrupperna och på annat sätt.

I regeringens proposition 1987/88: 176 om äldreomsorgen inför 90-talet framhölls vikten av att kommunens insatser för att upprätthålla och förbättra människors funktionsnivå bör utvecklas. Genom de förslag jag har redovisat i det föregående ges kommunerna ansvaret för dagverksamheter och för sjukhem som rymmer resurser för rehabilitering, avlastning och växelvård. Den personal som idag arbetar hos landstingen vid sjukhem, dagverksamheter och särskilda boendeformer förutsätts övergå till kommunal tjänst. Härigenom får kommunerna ett tillskott av sjukvårds- och rehabiliteringskunnig personal. Genom att denna personal samordnas och integreras med kommunens personal vid de särskilda boendeformerna och inom den sociala hemtjänsten bör kunskaper och erfarenheter som denna personal besitter kunna spridas och användas på ett effektivt sätt.

Ansvaret för att uppmärksamma behov av tekniska hjälpmedel och se till att behoven tillgodoses bör ligga på den arbetsorganisation som har huvudansvaret för den enskildes service, vård och rehabilitering. Det betyder att primärkommunerna bör ha ett ansvar för att tillhandahålla tekniska hjälpmedel till personer som får service, vård och rehabilitering i särskilda boendeformer/bostäder och dagverksamheter. I den mån kommunen övertar skyldigheten att bedriva hemsjukvård i ordinärt boende bör kommunen även tillhandahålla behövliga hjälpmedel åt personer som bor i det vanliga bostadsbeståndet. Även i de fall kommunen använder sin befogenhet att erbjuda hemsjukvård i ordinärt boende bör kommunen tillhandahålla tekniska hjälpmedel. Jag utgår från att huvudmännen överenskommer om den närmare uppgiftsfördelningen i dessa fall.

Enligt min bedömning får kommunens ansvar för hjälpmedelsförsörjningen anses följa av det kommunala hälso- och sjukvårdsansvar som föreslagits i det föregående. Det behövs således inte något mer preciserat lagstöd för att kommunen skall bli ansvarig för att i vissa delar tillhandahålla tekniska hjälpmedel.

Kommunernas ansvar för tekniska hjälpmedel kommer i första hand att gälla hjälpmedel i den dagliga livsföringen. Det är denna typ av hjälpmedel som har störst omfattning bland de människor som kommer att få service och vård från kommunen. I kommunens ansvar kommer också att ingå sådana hjälpmedel vid vård och behandling som behövs för att utföra den sjukvård och den rehabilitering som blir ett primärkommunalt ansvar enligt hälso- och sjukvårdslagen.

Jag utgår vidare från att kommunerna svarar för de hjälpmedel som helt eller delvis är motiverade av de anställdas situation inom de särskilda boendeformerna/bostäderna samt inom hemtjänsten i ordinärt boende. Genom att kommunen får ansvaret såväl för arbetstekniska som individuellt förskrivna hjälpmedel i de särskilda boendeformerna/bostäderna kan de svårigheter som idag finns med gränsdragning på detta område upphöra. De hjälpmedel som sätts in kan övervägas i samråd mellan den enskilde och den personal som utför vård och rehabiliteringsarbetet utan hänsyn till

om det är kommun eller landsting som skall svara för kostnaderna för hjälpmedlen.

Det är viktigt att även vid val och utformning av hjälpmedel, som inte är arbetstekniska hjälpmedel, beakta de krav som kan ställas från arbetsmiljösynpunkt.

Enligt min mening finns det inte skäl att i detta sammanhang utesluta någon viss typ av tekniska hjälpmedel från kommunens ansvarsområde, även om tyngdpunkten kommer att ligga i de relativt enkla och i hemsjukvården vanligt förekommande hjälpmedelstyperna. Många människor som får service och vård i särskilda boendeformer/bostäder och i hemsjukvård har behov av mer avancerade hjälpmedel som kräver specialiserad kompetens för att prova ut, anpassa och förskriva. Denna kompetens och de resurser som behövs för detta bör även framdeles vara ett landstingskommunalt ansvar att tillhandahålla. Det är, enligt min mening, viktigt att den förändring som jag nu föreslår inte riskerar att försämra möjligheterna att utveckla hjälpmedelsverksamheten i dess olika delar. Inriktningen bör vara att hålla samman de funktioner som kräver en specialiserad kompetens och sprida ut ett brett kunnande till de anställda om de hjälpmedel som förskrivs ofta.

Hjälpmedelsverksamheten hos de olika landstingen är inte organisatoriskt och ansvarsmässigt någon sammanhållen och enhetlig verksamhet. Vissa verksamheter såsom syn- och hörcentraler är knutna till ögon- resp. öronklinikerna. Till de ortopediska klinikerna knyts ortopedtekniska avdelningar. Hjälpmedelscentralerna utgör i allmänhet ett särskilt verksamhetsområde hos sjukvårdshuvudmännen.

Genom utbyggnaden av primärvården med rehabiliteringspersonal och en utbyggd sjukvård i hemmet har en allt större andel av hjälpmedelsförskrivningen kommit att ske genom personal inom primärvården. Flera huvudmän lägger nu också ut det ekonomiska ansvaret på primärvården för de hjälpmedel som förskrivs där.

Beroende på vilken lösning som kommuner och landsting lokalt kommer att tillämpa beträffande ansvaret för sjukvården i hemmet i ordinärt boende kommer en större eller mindre andel av nuvarande rehabiliteringspersonal inom sjukvårdshuvudmännens primärvård att övergå till kommunalt huvudmannaskap.

Enligt min mening är det inte möjligt att förorda en viss för alla huvudmän i detalj preciserad uppgiftsfördelning mellan kommun och landsting i den framtida hjälpmedelsförsörjningen. Lokala förhållanden i fråga om organisation, utbyggnad och kompetens bör bli vägledande för lokala ställningstaganden. Allt eftersom primärvårdens/kommunens kompetens växer kan en större del av hjälpmedelsverksamheten skötas på denna nivå. Kommunens personal kommer att ha kompetens för utprovning och förskrivning av de hjälpmedel som är vanligt förekommande bland de människor som omfattas av kommunens sjukvårdsansvar. Kommunen bör därför svara för de hjälpmedel som behövs i den egna verksamheten. Landstinget bör svara för den specialiserade kompetens som behövs för hantering av mer komplicerade hjälpmedel.

De landstingskommunala hjälpmedelscentralerna fungerar redan nu främst som en serviceorganisation till de olika vårdnivåer som tillhandahåller tekniska hjälpmedel. Centralerna har en materialadministrativ funktion, man svarar för teknisk service och utprovning samt anpassning av komplicerade hjälpmedel. Dessutom fungerar personalen som informatörer och konsulter gentemot personal inom olika vårdorganisationer.

Jag delar de synpunkter som HCK, DHR och SRF framfört om risken att splittra hjälpmedelscentralernas verksamhet. För att skapa goda förutsättningar för utveckling av kompetens inom hjälpmedelsverksamheten bör centralerna hållas samman och innehålla bl. a. de funktioner jag nyss redovisat. För detta krävs ett relativt stort upptagningsområde, vilket en enskild kommun som regel inte utgör.

Enligt min mening finns det mycket som talar för att kommunerna tillgodoser sitt behov av hjälpmedel och specialiserat kunnande på området genom de befintliga hjälpmedelscentralerna. Flera kommuner har också i sina remissvar framhållit att det inte finns underlag för en egen hjälpmedelscentral inom en enskild kommun. För att öka tillgängligheten till sådana hjälpmedel som förskrivs ofta kan lokala förråd inrättas t. ex. i anslutning till kommunens särskilda boendeformer/bostäder.

Mycket talar alltså för att kommunerna tillgodoser sitt behov av hjälpmedel och specialiserad kompetens på området genom tjänsteköp i första hand från hjälpmedelscentralerna. Enligt min bedömning är det ändamålsenligt att det förskrivningsansvar som kommunens sjukvårdspersonal föreslås få förenas med ett ekonomiskt ansvar för de hjälpmedel som förskrivs. Ett av motiven för samordningen av ansvaret för service och vård till äldre och handikappade hos kommunen är att få till stånd en samlad prioritering av resursinsatserna, såväl i planeringen på sikt som i de enskilda besluten i individärenden. Jag ser det därför som naturligt att kommunerna även får ett ekonomiskt ansvar för de hjälpmedel som förskrivs av kommunens personal.

Kommunerna förutsätts i första hand fullgöra sitt hälso- och sjukvårdsansvar genom anställd personal. Om det emellertid inte är praktiskt möjligt eller att huvudmännen av andra skäl inte vill anställa viss personal med hälso- och sjukvårdsansvar kan kommunen i fråga köpa tjänster t. ex. från landstinget för att fullgöra sitt ansvar. I mycket små kommuner eller distrikt kan det t. ex. vara fråga om delar av en tjänst som kan behövas för att fullgöra vissa rehabiliteringsuppgifter. Kommunens ekonomiska ansvar för de hjälpmedel som förskrivs av den personal som arbetar inom ramen för kommunens ansvarsområde är oberoende av om personalen är anställd av kommunen eller om uppgifterna fullgörs genom köp av tjänster från landstinget eller annan vårdgivare.

Några kommuner har i sina remissvar fört fram att man vill se en för kommunerna i landstingsområdet och landstinget gemensamt anordnad hjälpmedelsorganisation. Några menar att en sådan skulle kunna drivas i stiftelseform, som ett aktiebolag eller som ett kommunalförbund.

För egen del utgår jag från att det nuvarande landstingskommunala

huvudmannaskapet för hjälpmedelscentralerna m. m. kommer att vara den vanligaste driftformen, i vart fall en tid framöver. Det finns emellertid skäl för att kommunerna, som tillsammans inom ett landstingsområde kan bli stora intressenter inom hjälpmedelsverksamheten, skall kunna påverka verksamhetens utveckling genom ett direkt förtroendemannainflytande. Detta kan ske på flera olika sätt bl. a. genom att sådana nya driftformer som jag nyss nämnt införs. Överväganden i dessa frågor bör göras lokalt mellan kommunerna och landstingen.

Ekonomiska konsekvenser

Vad jag nu har förordat i fråga om ansvaret för hjälpmedelsförsörjningen innebär att det ekonomiska ansvaret för hjälpmedelsförsörjningen delas mellan landsting och kommuner. Huvudinriktningen bör vara att så långt möjligt skapa ett enhetligt politiskt och administrativt ansvar för olika verksamheter. När det gäller hjälpmedelsförsörjningen förefaller det mindre lämpligt att ålägga en huvudman det samlade ekonomiska ansvaret. Principen bör i stället vara att knyta det ekonomiska ansvaret till den huvudman där hjälpmedlet förskrivs.

Jag utgår från att kommuner och landsting tillsammans utvecklar ett ändamålsenligt sätt att på kommunerna debitera kostnaderna för de tekniska hjälpmedel som förskrivs av kommunens personal. En strävan bör vara att utforma systemet så att tvister om vilken huvudmans personal som skall förskriva ett hjälpmedel undviks. Det kan vara svårt att helt entydigt bestämma vilken vårdorganisation som har ansvaret att förskriva hjälpmedel i olika situationer och till olika individer. Härigenom kan det finnas risk för att det ekonomiska ansvaret för hjälpmedelsförsörjningen olyckligt kan styra de båda huvudmännens personal så att man tenderar att skjuta över ansvaret på den andre huvudmannen. En sådan risk kan reduceras om huvudmännen bestämmer sig för att dela på kostnaderna för den samlade hjälpmedelsförsörjningen efter en i förväg bestämd schablon.

Fördelningen mellan huvudmännen kan således ske efter en undersökning av hur stor andel av hjälpmedelscentralens budget som nu kan hänföras till kommunens föreslagna ansvarsområde. Uppföljning kan ske successivt för att anpassa schablonfördelningen till förändring i förskrivningsmönstret. En sådan lösning kan emellertid minska båda huvudmännens intresse att använda tillgängliga resurser på ett effektivt sätt. Om t. ex. den ene huvudmannen förorsakar budgetöverskridanden får även den andre vara med och finansiera detta.

En annan möjlighet är att kommunerna till landstinget erlägger ett styckepris per hjälpmedel som förskrivs. Denna lösning har bl. a. fördelen att förskrivningsbeslut och kostnadsansvar helt knyts samman. Ett sådant system ligger även i linje med den utveckling som nu sker inom landstingen med interndebitering mellan t. ex. en hjälpmedelscentral och olika basenheter som har ett samlat kostnadsansvar, även för förskrivna tekniska hjälpmedel. Denna lösning förutsätter att huvudmännen kommer överens om ett system för prissättning som omfattar samtliga produkter och tjänster som kan komma ifråga. De risker med en ersättning per produkt

och tjänst som kan finnas bör kunna reduceras om huvudmännen i avtal klargör hur uppgiftsfördelningen i tillhandahållandet av hjälpmedel skall se ut mer i detalj.

Jag har skisserat två vägar att gå för att konstruera ett ersättningssystem för de tekniska hjälpmedel som kommunerna köper från landstinget. Dessa och andra möjligheter bör övervägas lokalt i samband med förberedelserna för huvudmannaskapsreformen. Enligt min mening är det en fördel om olika system för ersättning mellan huvudmännen i denna del kan komma att tillämpas. Då ges möjligheter att studera och jämföra erfarenheter från olika håll i landet.

Jag har för avsikt att föreslå regeringen att en särskild delegation inrättas för att följa erfarenheterna av kommunernas betalningsansvar. Jag ser det som naturligt att denna delegation även ges uppdraget att följa och analysera erfarenheter av olika system för ersättningar mellan huvudmännen inom hjälpmedelsområdet.

De ekonomiska konsekvenserna av det förändrade ansvaret för hjälpmedelsförsörjningen bör regleras på samma sätt som de ekonomiska följderna av huvudmannaskapsreformen i sin helhet. Detta förutsätter att kommuner och landsting redan under år 1990, som för reformen i övrigt, beräknar vilka kostnadsförskjutningar som väntas uppkomma mellan landsting och kommuner till följd av förändringarna på hjälpmedelsområdet. Landstingsförbundet och Svenska kommunförbundet har, i samarbete med socialdepartementet, den 14 september 1990 i cirkulär (Svenska kommunförbundet 90:115, Landstingsförbundet C 90:88) lämnat synpunkter på bl.a. denna fråga till vägledning för huvudmännen i det fortsatta förberedelsearbetet.

5.7 Förtroendenämnder inom den kommunala hälso- och sjukvården

Min bedömning: Frågan om förtroendenämnder inom den kommunala hälso- och sjukvården bör tas upp i anslutning till att ställning tas till frågan om permanentning och utbyggnad av nu gällande lagstiftning om landstingskommunala förtroendenämnder.

Äldredelegationens förslag: Inom den kommunala hälso- och sjukvården skall det finnas förtroendenämnder. Möjlighet ges för kommunerna att kunna komma överens med annan kommun eller med landstinget om att dess förtroendenämnd skall fullgöra de uppgifter som ankommer på sådan nämnd.

Remissinstanserna: 74 remissinstanser har tagit ställning till frågan om förtroendenämnder.

Kammarrätten i Sundsvall, tre landsting och 29 kommuner delar delegationens ställningstaganden och tillstyrker förslaget om förtroendenämnder. Dessa remissinstanser menar att det behövs förtroendenämnder för att stärka den enskildes ställning och för att tillgodose den enskildes

möjligheter att även inom den kommunala hälso- och sjukvården föra talan vid felaktiga insatser eller brister i bemötandet.

35 kommuner, Svenska kommunförbundet och Föreningen Sveriges socialchefer avstyrker delegationens förslag. De kommuner som avstyrker anser i allmänhet att den politiska prövning av verksamheten och enskildas insatser, som kan göras i socialnämnden, är tillräcklig.

Svenska kommunförbundet anser att det redan finns kommunala organ för samverkan och samråd mellan personalen och servicemottagarna och att detta är tillräckligt. För insatser därutöver tänker man sig kunna repliera på landstingets förtroendenämnder.

Skälen för min bedömning: Enligt lagen (1980: 12) om förtroendenämnder inom hälso- och sjukvården skall det finnas en eller flera förtroendenämnder i varje landsting och kommun som inte tillhör landsting. Landstinget eller kommunen får tillsätta en särskild förtroendenämnd eller uppdra åt någon annan nämnd att vara förtroendenämnd. Förtroendenämnderna har till uppgift att främja kontakterna mellan patienterna och hälso- och sjukvårdspersonalen och förmedla den hjälp till patienterna som förhållandena påkallar.

Lagen om förtroendenämnder infördes som ett led i en femårig försöksverksamhet med sådana nämnder. Enligt beslut av riksdagen år 1986 gäller lagen tills vidare (prop. 1985/86: 136, SoU 21, rskr.218). I samband med att lagens giltighetstid förlängdes hänvisades till att ett samlat ställningstagande skulle ske till socialberedningens förslag om insynsnämnder och till verksamheten med förtroendenämnder.

Verksamheten med förtroendenämnder omspänner all hälso- och sjukvård hos landstingen och de landstingsfria kommunerna. I en i mars 1990 beslutad lagrådsremiss om psykiatrisk tvångsvård m. m. har frågan om en permanentning av förtroendenämndernas verksamhet berörts. I lagrådsremissen uppger chefen för socialdepartementet att hon ämnar ta upp frågan om fortsatt förtroendenämndsverksamhet i ett särskilt förslag som tidsmässigt skall samordnas med förslagen rörande den psykiatriska tvångsvården. Hon förutskickar att hon senare kommer att föreslå regeringen att riksdagen föreläggs förslag om lagstiftning beträffande förtroendenämndsverksamheten och att innebörden i det avsedda förslaget är att verksamheten med sådana nämnder skall bestå.

Med hänsyn till att förslag rörande den landstingskommunala förtroendenämndsverksamheten kan väntas föreläggas riksdagen senare under detta år i samband med en proposition om den psykiatriska tvångsvården bedömer jag att frågan om förtroendenämnder inom den primärkommunala hälso- och sjukvården bör tas upp i det sammanhanget. Ett separat ställningstagande nu i linje med äldredelegationens förslag är för övrigt inte lämpligt från lagteknisk utgångspunkt, eftersom två olika förslag skulle komma att läggas fram om ändringar i lagstiftningen om förtroendenämnder med avsett ikraftträdande den 1 januari 1992.

Mitt förslag: I avvaktan på en översyn av avgiftssystemen för kommunala tjänster inom äldre- och handikappomsorgen skall för övertagna verksamheter samma regler för avgiftsuttag gälla som inom landstingens hälso- och sjukvård.

Äldredelegationens förslag: Överensstämmer med mitt.

Remissinstanserna: Av 168 remissinstanser tillstyrker 156 en samlad översyn av avgiftssystemet. Socialstyrelsen, riksförsäkringsverket, konsumentverket och 56 kommuner anser att en sådan översyn måste vara klar i samband med att reformen genomförs. Liknande synpunkter framförs av Svenska kommunförbundet, Landstingsförbundet, SKAF och SPF.

135 kommuner tillstyrker en samlad central översyn av avgiftssystemet och ser det som en nödvändighet i samband med reformen. 12 kommuner avstyrker med hänvisning till den kommunala självbestämmanderätten.

Vad gäller utformningen av ett nytt avgiftssystem har olika synpunkter tagits upp av remissinstanserna. Dessa framgår av remissammanställningen.

Skälen för mitt förslag:

Allmänt om avgifter

I 17 § hälso- och sjukvårdslagen finns bestämmelser om vårdavgifter inom landstingens hälso- och sjukvård. Bestämmelsen innebär att vårdavgifter får tas ut enligt grunder som landstinget bestämmer, i den mån inte annat är föreskrivet. Patienter som är bosatta i landstingsområdet skall därvid behandlas lika.

I de s. k. Dagmarförhandlingarna har överenskommit om ett nytt avgiftssystem i fråga om avgifter inom den öppna hälso- och sjukvården. Sjukvårdshuvudmännen (landstingen och de landstingsfria kommunerna) skall ha möjlighet att själva fastställa avgifternas storlek. Det nuvarande högkostnadsskyddet byts enligt överenskommelsen mot ett nytt sådant skydd som innebär att den enskilde under en tolvmånadersperiod inte skall behöva betala mer än sammanlagt 1 500 kronor för läkemedel (mot recept) och vårdbesök. Jag har erfarit att chefen för socialdepartementet senare kommer att föreslå en proposition med detta innehåll.

Det nu nämnda systemet bör även gälla för den kommunala hälso- och sjukvården. Det innebär att kommunerna bör ges möjlighet att själva bestämma avgifternas storlek. De enskilda bör garanteras att under en tolvmånadersperiod inte behöva betala mer än sammanlagt 1 500 kronor i avgifter för läkemedelskostnader och vårdbesök hos landstinget och kommunen. För vård vid sådana sjukhem och andra vårdinrättningar som enligt den särskilda lagen härom skall överföras till kommunerna den 1 januari 1992 skall dock kommunerna inte ta ut någon särskild avgift.

Om riksdagen godkänner det ovan nämnda systemet kommer frågan att

tas upp om hur vårdtillfällen hos kommunerna skall kunna inordnas i det föreslagna högkostnadsskyddet.

När det gällde sluten vård (sjukhusvård) debiteras den enskilde ingen särskild vårdavgift härför av sjukvårdshuvudmannen. I stället gör försäkringskassan ett avdrag på sjukpenningen enligt 3 kap. 4 § andra stycket lagen om allmän försäkring för varje dag då en person erhåller sjukhusvård. Sjukpenningen minskas med 65 kronor, dock med högst en tredjedel av sjukpenningens belopp. För den som är pensionsberättigad och bosatt här i landet tar försäkringskassan ut en avgift för varje dag som han erhåller sjukhusvård. Avgift tas ut från den som uppbär hel ålderspension. För den som uppbär hel förtidspension tas avgift ut efter 365 dagars sjukhusvård. Avgiften utgör en tredjedel av samtliga pensionsförmåner, dock högst 55 kronor per dag.

Enligt 2 kap. 4 § lagen om allmän försäkring utges ersättning för sjukhusvård enligt grunder som fastställs av regeringen. I förordningen (1979:849) om ersättning för sjukhusvård m.m. har fastställts att ersättning för sjukhusvård lämnas till landsting och landstingsfria kommuner i form av allmän sjukvårdsersättning enligt 2 § förordningen 1984:908. Dagmaröverenskommelsen om ersättning till sjukvårdshuvudmännen avser enligt 1 § andra stycket förordningen 1984:908 också den slutna vården. Det förutsätts att sjukvårdshuvudmännen därutöver inte skall ta ut någon särskild avgift för sluten sjukhusvård av den som är försäkrad.

Avgifter inom den kommunala socialtjänsten regleras i 33–37 §§ socialtjänstlagen. För social hemhjälp, boende i servicehus eller annan liknande social tjänst får kommunen enligt 35 § ta ut skäliga avgifter enligt grunder som kommunen bestämmer. Avgifterna får dock inte överstiga kommunens självkostnader.

Avgifter som avser helinackordering i servicehus för äldre människor (ålderdomshem) skall dock bestämmas så att de boende förbehålls tillräckliga medel för sina personliga behov. Regeringen har getts befogenhet att meddela ytterligare föreskrifter om sådana avgifter. Sådana föreskrifter finns i 46 – 49 §§ socialtjänstförordningen (1981:750). Bestämmelserna innebär bl.a. att avgift inte får tas ut så att den begränsar det förbehållsbelopp som den enskilde är tillförsäkrad. Förbehållsbeloppet utgör 30% av folkpensionen för ogift ålderspensionär jämte pensionstillskott. Av inkomst utöver beloppet för folkpension och pensionstillskott är förbehållsbeloppet 20% av inkomsten efter skatt.

De nu nämnda reglerna innebär för den enskildes del att det i allmänhet är väsentligt billigare att vårdas vid landstingets sjukhem än att bo på ett kommunalt ålderdomshem. Avgifterna i den öppna hälso- och sjukvården, inkl. avgifter för hemsjukvård, är också reglerade på ett annat sätt än avgifter för social hemtjänst.

Med sjukhemmens överförande till kommunerna aktualiseras frågan om det rimliga i att ha olika avgifter för olika boendeformer för service och omvårdnad i kommunen. Samma förhållande gäller mellan insatser från den sociala hemhjälpen resp. hemsjukvården. Det är enligt min mening nödvändigt att se över vilka avgifter som skall kunna tas ut för olika

boendeformer för service och omvårdnad (inkl. de kommunala sjukhemmen) samt för service och vård i eget boende.

För närvarande pågår ett översynsarbete inom regeringskansliet i fråga om avgifter inom de aktuella service- och vårdformerna. I avvaktan på att detta arbete slutförs bör nuvarande avgiftssystem för olika insatser gälla. Det betyder att avgifterna vid de sjukhem som förs över till kommunerna tills vidare bör vara desamma som hittills. Avgiften skall tas ut genom avdrag på pension resp. sjukpenning av försäkringskassan på samma sätt som nu gäller för vård vid sjukhus. Det innebär att lagen om allmän försäkring bör ändras så att det framgår att samma avdrag skall göras vid en sådan boendeform för service och omvårdnad, som kommunen övertagit med stöd av den särskilda lagen om övertagande av vissa sjukhem, som vid landstingens sjukhus. Enligt den ändring jag föreslår i 35 § socialtjänstlagen skall dock regeringen kunna meddela föreskrifter om avgifter vid de sjukhem m. m. som enligt den särskilda lagen härom skall övertas av kommunerna.

Avgifter för läkemedel

Enligt 8 § andra stycket lagen (1981:49) om begränsning av läkemedelskostnader m. m. gäller inte lagen för den som får sjukhusvård, som avses i 2 kap. 4 § lagen om allmän försäkring.

I vården och behandlingen vid landstingens sjukhus ingår även läkemedel. Det innebär för de enskilda patienterna att de inte behöver betala någon särskild läkemedelsavgift för de läkemedel som tillhandahålls vid sjukhem och andra inrättningar för långtidssjukvård. Den enskilde patienten betalar avgift enligt vad tidigare sagts genom avdrag på pension resp. sjukpenning. Kostnaderna för läkemedel vid sjukhusvård faller därmed i sin helhet på sjukvårdshuvudmännen.

När sjukhem och andra vårdinrättningar överförs till kommunerna kommer hälso- och sjukvården där inte längre att ses som sluten utan som öppen vård, i rättsligt avseende likställd med vård i den enskildes hem. I de fall den enskilde i öppen vård behöver läkemedel skriver läkaren ut dessa varefter patienten mot kostnad, som framgår av lagen om begränsning av läkemedelskostnader m. m., erhåller läkemedlet på apotek. Mellanskillnaden mellan patientavgiften och läkemedlets verkliga kostnad ersätts av den allmänna försäkringen. Landstinget står inte för någon del av kostnaden.

Om inga förändringar sker av de nuvarande reglerna om hur läkemedelskostnaderna skall fördelas mellan enskilda, landsting och den allmänna försäkringen kommer genom den föreslagna reformen en övervältring av kostnaderna att ske från landstingen till de enskilda och den allmänna försäkringen. Reformen bör emellertid tills vidare inte få innebära någon omfördelning av kostnadsansvaret för läkemedel. Det betyder att landstingen alltjämt bör svara även för de läkemedelskostnader som uppkommer vid sjukvård som meddelas vid de sjukhem m. m. som enligt den särskilda lagen om övertagande av sådana inrättningar skall övergå till kommunerna den 1 januari 1992.

I de fall då läkare anställd hos landstinget skriver ut läkemedel åt enskilda vid de kommunala sjukhemmen m. m. kan läkemedlen tillhandahållas av landstingen. I sådant fall uppkommer ingen kostnad vare sig för den enskilde, för kommunen eller för den allmänna försäkringen.

Patienten skall emellertid kunna ha möjlighet att även ta ut de förskrivna läkemedlen på apotek. För att patienten inte skall drabbas av någon särskild kostnad härför krävs att det i lagen om begränsning av läkemedelskostnader föreskrivs att sådana läkemedel skall lämnas ut utan kostnad. Ersättningen till apoteksbolaget skall emellertid i dessa fall inte utges av den allmänna försäkringen utan av vederbörande landsting. Det innebär att ett tillägg härom bör göras i lagen om begränsning av läkemedelskostnader i fråga om vem som skall ersätta kostnader för sådana läkemedel.

Tandvårdskostnader

Enskilda som vistas vid inrättningar för långtidssjukvård erhåller genom landstingets försorg den tandvård som de behöver. Landstingen har rätt att debitera tandvårdsersättning från patienter och den allmänna försäkringen enligt vad som framgår av tandvårdstaxan (1973:638). Flera landsting avstår dock från att ta ut den avgift som tandvårdstaxan medger.

I de fall den enskilde vid ett sjukhem eller motsvarande, som skall övergå till en kommun den 1 januari 1992 enligt den särskilda lagen härom, erhåller tandvård genom landstingets försorg bör han även fortsättningsvis erbjudas sådan tandvård. Jag utgår ifrån att landstinget i förekommande fall även fortsättningsvis tillgodoser den enskildes behov av tandvård och att kostnaderna härför regleras på samma sätt som hittills.

5.9 Sekretessen inom den kommunala hälso- och sjukvården

Min bedömning: Den kommunala hälso- och sjukvården tillhör i sekretesshänseende samma verksamhetsområde som den kommunala socialtjänsten.
Mitt förslag: Anmälningar och beslut i ärenden om ansvar eller behörighet för personal inom den kommunala hälso- och sjukvården skall vara offentliga även i de fall sådana uppgifter finns inom socialtjänsten.

Äldredelegationens förslag: Förslaget innebär att sekretessen inom den kommunala hälso- och sjukvården skall regleras i 7 kap. 4 § i stället för i 7 kap. 1 § sekretesslagen (1980:100).

Remissinstanserna: Endast ett fåtal remissinstanser tar upp delegationens förslag om ändring i sekretesslagen. Kammarrätten i Sundsvall har inga direkta invändningar mot de föreslagna ändringarna i 7 kap. men anser att de båda paragrafer som berörs bör utformas på ett likartat sätt. Kammarrätten är dock tveksam till det rimliga i att bestämmelsen i 7 kap. 3 § sekretesslagen bortfaller som en konsekvens av delegationens förslag.

Länsrätten i Stockholms län, som i övrigt finner delegationens förslag naturligt, har samma invändning som kammarrätten vad gäller 7 kap. 3 §.

Skälen för min bedömning och mitt förslag: Den hälso- och sjukvård, som kommunerna kommer att få ansvar för samt den kommunala socialtjänsten skall fungera som komplement till varandra i en integrerad organisation under socialnämndens ledning. Enskilda som behöver stöd och hjälp skall kunna få sådan, vare sig det rör insatser av social eller medicinsk natur, inom en samlad kommunal organisation för hälso- och sjukvård och socialtjänst. Många gånger kommer också såväl medicinska som sociala insatser att ges av samma person.

Den kommunala hälso- och sjukvården och socialtjänsten kan därför inte betraktas som självständiga i förhållande till varandra i den mening som avses i 1 kap. 3 § andra stycket sekretesslagen. Det är i detta fallet inte fråga om verksamheter av olika slag. Det följer av reformens syfte och behöver inte särskilt lagfästas. Någon ändring av uppdelningen i självständiga verksamhetsgrenar i sekretesslagens mening mellan den kommunala socialtjänsten och övriga fall då hälso- och sjukvårdsverksamhet bedrivs inom socialtjänsten avses inte, jfr. prop. 1981/82:186 s. 47.

Det förhållandet att det inom en viss myndighet eller ett visst verksamhetsområde inte finns några "sekretessgränser" innebär emellertid inte att uppgifter hur som helst får föras vidare inom myndigheten eller verksamhetsområdet. Att sekretesslagen inte uttryckligen generellt reglerar utbytet av uppgifter internt inom en myndighet innebär inte att avsikten är att ett sådant uppgiftslämnande är fritt. Det får vara förutsatt att endast befattningshavare som för sitt arbete behöver olika uppgifter får ta del av sådana om de omfattas av sekretesslagens bestämmelser. Som framgår av uttalande i prop. 1988/89:67 s.11 är det närmast en etisk fråga i vilken utsträckning befattningshavare i andra fall skall ges möjlighet att ta del av sekretessbelagda uppgifter inom den egna myndigheten.

Inom socialtjänsten samt hälso- och sjukvården gäller emellertid särskilda bestämmelser om förvaring av handlingar. Av 7 § första stycket patientjournallagen (1985:562) och 51 § socialtjänstlagen (1980:620) framgår att journaler och andra handlingar som rör enskildas personliga förhållanden skall förvaras så att inte obehöriga får tillgång till dem. Med "obehörig" menas även personal som inte har med uppgifterna att skaffa i och för sitt arbete. Det ankommer på den som leder en viss verksamhet att se till att endast de befattningshavare som behöver olika uppgifter för sitt arbete kommer åt dessa.

Sekretessen inom hälso- och sjukvården regleras i 7 kap. 1–3 §§ och 6 § sekretesslagen medan sekretessen inom socialtjänsten regleras i 7 kap. 4–6 §§ samma lag. Med socialtjänst avses enligt 4 § tredje stycket verksamhet enligt lagstiftningen om socialtjänst och den särskilda lagstiftningen om vård av unga och av missbrukare utan samtycke samt verksamhet som i annat fall enligt lag handhas av socialnämnd. Sekretessen inom den kommunala hälso- och sjukvården täcks in av de två bestämmelserna. Detta har emellertid ingen betydelse eftersom såväl skaderekvisiten som sekretesstidens längd m. m. är desamma inom såväl socialtjänsten som hälso- och sjukvården.

Enligt 7 kap. 2 § 4. sekretesslagen gäller inte sekretessen enligt 1 § samma kapitel för anmälan och beslut i ärende om ansvar eller behörighet för personal inom hälso- och sjukvården. Sådana uppgifter är offentliga även hos sjukvårdshuvudmännen. Eftersom socialnämnden skall ha ledningen av den kommunala hälso- och sjukvården kan sådana uppgifter komma att finnas också hos socialnämnden. Det förhållandet bör emellertid inte få medföra att uppgifterna kommer att omfattas av sekretessen i 7 kap. 4 §. En särskild bestämmelse härom bör därför införas i sekretesslagen.

6 Kommunalt betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård

6.1 Allmänna överväganden

Jag har tidigare föreslagit att kommunernas ansvar för de särskilda boendeformerna/bostäderna preciseras. Vissa sjukhem överförs till kommunerna och blir särskilda boendeformer för service och omvårdnad.

Jag har också föreslagit att kommunerna får ett ansvar för att erbjuda viss hälso- och sjukvård vid de särskilda boendeformerna/bostäderna till dem som bor där. Härigenom skapas ett sammanhållet primärkommunalt ansvar för samtliga lokala boende- och vårdformer, samt för huvuddelen av den personal som behövs för den lokala äldre- och handikappomsorgen. Detta ger goda förutsättningar för utveckling av en samordnad och kvalificerad service och vård. En sådan utveckling krävs för att förverkliga de riktlinjer för samhällets insatser för äldre som riksdagen anslutit sig till (prop. 1987/88:176, SoU6, rskr.55).

Det finns emellertid starka skäl för att i detta sammanhang även behandla frågan om förhållandet mellan kommunens service och vård och landstingets länssjukvård.

För det första finns ett påtagligt funktionellt samband mellan den specialiserade hälso- och sjukvården och den lokala vården, där service och omvårdnadsinslag dominerar. Människors möjligheter att vid varje tillfälle få den vård eller service som behövs är beroende av dels en väl avvägd sammansättning av resurserna, dels en väl fungerande samverkan kring den enskilda människan. För det andra finns betydande lokala variationer i vårdorganisationen. På en del håll i landet bedrivs nästan all långvarig vård inom ramen för nuvarande socialtjänstansvar och vid lokala sjukhem inom hälso- och sjukvården. På andra orter ges betydande delar av denna vård vid s.k. långvårdssjukhus, kliniker inom korttidssjukvården eller inom den psykiatriska vården.

Min bedömning: För att enskilda skall kunna erbjudas god service och vård utan att kraven på rätt till eget boende åsidosätts bör samordningen av landstingens hälso- och sjukvård samt kommunernas service och vård förbättras. Samverkan i vårdplanering och i det dagliga arbetet behöver utvecklas.

Äldredelegationens förslag och bedömning: Överensstämmer med min bedömning.

Remissinstanserna: De som berör frågan delar i huvudsak delegationens bedömning. Flera kommuner och merparten av landstingen framhåller att stora framsteg gjorts i fråga om samordning och samverkan mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst.

Skälen för min bedömning: Enligt min bedömning är det mycket otillfredsställande om människor lider välfärdsförluster på grund av att samhällets service och vård inte fungerar som den borde. De resurser som vi satsar på hälso- och sjukvård och socialtjänst utnyttjas inte alltid på bästa sätt. Människor som vårdas alltför länge inom den somatiska korttidssjukvården, där deras behov av rehabilitering och omsorg inte kan tillgodoses, skulle i stället behöva service och vård i ordinärt boende, i en särskild boende- och vårdform eller aktiv rehabilitering under en tid.

Samtidigt finns på många håll köer och väntelistor till behandling inom korttidssjukvården. Väntan på operation innebär stora välfärdsförluster bland äldre människor och förstärker behoven av andra former av service och vård. Inom ramen för den s. k. Dagmarersättningen har för år 1990 50 miljoner kronor avsatts för att stimulera landstingens utvecklingsarbete inom ögonsjukvård, urologi, ortopedi, allmän kirurgi, kvinnosjukvård och internmedicin. Syftet är att inom dessa områden förbättra tillgängligheten, höja produktiviteten och minska antalet klinikfärdiga.

Erfarenheter av senare års utvecklingsarbete visar att det ofta brister i informationsöverföring mellan länssjukvården och den lokala servicen och vården. Inte sällan har personalen olika synsätt och skilda målsättningar i sitt arbete. Dessutom brister det i planering av in- och utskrivningar vid sjukhus.

Jag delar äldredelegationens bedömning att det finns skäl att ge hög prioritet åt att förbättra samverkan i vårdplaneringen och i det dagliga arbetet mellan sjukhusen och den lokala servicen och vården. Som delegationen redovisar finns flera exempel på att ansträngningar för att utveckla vårdplaneringen givit goda resultat. Detta understryks av flera remissinstanser, t. ex. Spri. I bl. a. Skaraborgs län har en intensifierad samverkan mellan länssjukvården och den lokala servicen och vården inneburit att man avsevärt lyckats reducera antalet medicinskt färdigbehandlade inom länssjukvården. Denna samverkan innehåller bl. a. fastlagda tidpunkter för när vårdansvaret skall överlämnas från sjukhus till primärvård eller socialtjänst.

Erfarenheter från utvecklingsarbete i landet visar också att det är viktigt

att personal från olika service- och vårdformer ges möjlighet att träffas, utbyta erfarenheter och forma ett gemensamt förhållningssätt till hur man på bästa sätt kan förverkliga de mål som ställts upp för verksamheterna. Detta kan ske genom fortbildning, konsultation, gemensamt utvecklingsarbete och liknande. Vidare behövs fastlagda rutiner för information mellan vårdnivåerna, liksom riktlinjer för hur överflyttning av patienter skall gå till och hur akuta situationer i det dagliga arbetet skall hanteras.

Enligt min mening är en sådan utvecklad vårdplanering en nödvändig men inte alltid tillräcklig förutsättning för att människor skall få den service och vård de behöver. Härutöver kan behövas ett ekonomiskt styrsystem som stimulerar en omställning av vårdresurserna. Resurserna bör i högre grad följa människors behov av service och vård och inte alltför strikt vara knutna till en viss verksamhet hos en viss huvudman.

6.3 Allmänt om betalningsansvar

Mitt förslag: Primärkommunerna ges ett i lag reglerat ekonomiskt ansvar – betalningsansvar – för viss hälso- och sjukvård som utförs av en landstingskommun eller av en enskild vårdgivare.

Kommunens betalningsansvar gäller för den vård som ges en person som är kyrkobokförd i kommunen.

Äldredelegationens förslag: Överensstämmer i princip med mitt förslag.

Remissinstanserna: Av de 304 remissinstanser, som allmänt tagit ställning till äldredelegationens förslag om införande av primärkommunalt betalningsansvar, tillstyrker 278 i princip, varav 19 med viss tvekan. Delegationens förslag avstyrks av 26 remissinstanser.

Av de 20 myndigheter som yttrat sig tillstyrker nio, medan de övriga inte tar ställning till förslaget. Till dem som tillstyrker hör socialstyrelsen, riksförsäkringsverket, konsumentverket, länsrätten i Stockholms län och länsstyrelserna i Jönköpings, Malmöhus och Norrbottens län.

Av landstingen uttrycker sig 17 positivt om betalningsansvar, varav fem med tvekan. De flesta landsting som tillstyrker vill gärna se försöksverksamheter. Sex landsting avstyrker förslaget.

Införandet av ett betalningsansvar tillstyrks av 241 kommuner och avstyrks av 15 kommuner.

De brukarorganisationer och fackliga organisationer som yttrat sig är i princip positiva till förslaget.

Skälen för mitt förslag:

Bakgrund

Ett grundläggande syfte med äldredelegationens förslag är att kommunerna skall ges ett samlat ekonomiskt ansvar för all långvarig service och vård. Detta förslag vinner stort gillande bland remissinstanserna. För att uppnå ett samlat ekonomiskt ansvar är det enligt min mening nödvändigt att,

utöver förändringar av huvudmannaskapet för viss hälso- och sjukvård samt för verksamheter med vårdanläggningar för somatisk långtidssjukvård med lokalt upptagningsområde, införa ett nytt ekonomiskt instrument i samspelet mellan landsting och kommun. Detta instrument bör stimulera en effektiv hushållning med tillgängliga resurser och skapa goda förutsättningar för kommuner och landsting att förverkliga uppställda mål för samhällets boende, service och vård.

Den brist i samordning av olika verksamheter som leder till att många äldre människor ligger kvar på sjukhusen utan att behöva den vård som lämnas där är inte ny. Under hela efterkrigstiden har frågan varit aktuell om än på något olika sätt och med varierande styrka. En rad förslag och rekommendationer för att lösa problemen har genomförts. Jag har i avsnitt 2 beskrivit denna utveckling.

Betydande förbättringar i samordning och samverkan mellan landstingens hälso- och sjukvård och kommunernas service och vård kan uppnås genom en fortsatt utveckling av vårdplanering och genom en samordnad verksamhetsplanering. Det finns emellertid fortfarande problem som måste lösas för att växande förväntningar på offentliga sektorns service och vård under 1990-talet skall kunna mötas. Jag har inledningsvis redovisat de grundläggande problemen i dagens service och vård. I detta sammanhang vill jag lyfta fram det problem som följer av att två skilda huvudmän är ansvariga för vård som är helt eller delvis utbytbar och huvudsakligen finansieras av skattemedel som utdebiteras av två skilda huvudmän, kommuner och landsting. Detta förhållande riskerar att skapa en ineffektiv resursanvändning, dvs. en i förhållande till vårdresultatet onödigt kostsam verksamhet.

Strävan mot ett utvidgat stöd i eget boende innebär att en allt större del av samhällets service och vård med nuvarande uppgiftsfördelning faller inom kommunernas ansvarsområde. Med två skilda huvudmän för olika delar av den långvariga vården accentueras samordningsfrågorna. Det har t.ex. visat sig svårt att fullt ut beakta de finansiella konsekvenserna av en gemensamt överenskommen verksamhetsutveckling. Ett försök till detta har skett genom de samverkansavtal som slutits av huvudmännen och som i flertalet fall innehåller en ersättning från landsting till kommun. Förhandlingar om dessa ersättningar har ibland skapat svåra motsättningar och återkommande tvister. Sett i ett samhällsekonomiskt perspektiv har avtalen inte heller fyllt uppgiften att stimulera en effektiv resursanvändning i sektorn. Ersättningarna har i allmänhet snarare byggt på tidigare nivåer för tjänsteköp än på verkliga förskjutningar i ekonomiska åtaganden mellan kommuner och landsting.

Genom det förslag om kommunalt betalningsansvar som jag lägger fram i detta ärende kan nuvarande ersättningar inom ramen för samverkansavtalen upphöra. I den ekonomiska regleringen av reformen bör detta beaktas. I kapitel 8 återkommer jag till denna fråga.

Under senare år har stor uppmärksamhet riktats mot hur de ekonomiska resurser som kommuner och landsting förfogar över skall fördelas mellan olika geografiska områden eller mellan olika verksamhetsområden för att uppnå bästa måluppfyllelse. I detta arbete ingår att utveckla behovsmått samt mått på prestationer och kostnader. Genom en s. k. behovsrelaterad budgetering bestäms de ekonomiska resursernas storlek snarare av befolkningens storlek och sammansättning i ett visst geografiskt område än av en viss verksamhet.

Inom hälso- och sjukvården pågår också ett utvecklingsarbete för att finna system för en ändamålsenlig beskrivning av produktionen vid ett sjukhus. Systemen kan användas som instrument för att förbättra information och uppföljning och möjliggöra jämförelser mellan olika sjukhus. Den redovisade utvecklingen förenas med en decentralisering av ansvar och befogenheter och en ambition att renodla den politiska styrningen genom tydliga mål för verksamheten.

I detta sammanhang finns också anledning att beröra den diskussion som förs om att inom den offentliga sektorn skilja mellan beställar-, konsument- och producentrollen. De förtroendevalda skall företräda medborgarnas, konsumenternas, intressen, vilket kan ske genom att de uppträder som beställare av tjänster. I kommuner och landsting är emellertid de förtroendevalda även verksamhetsföreträdare och därmed producenter av tjänster. Denna kombination av olika roller kan skapa svårigheter sett ur ett demokratiskt perspektiv, men också ur effektivitetssynpunkt.

Inom bl. a. Uppsala läns landsting och Göteborgs kommun tillämpas för närvarande interna system med ekonomiska styrmedel för att minska antalet medicinskt färdigbehandlade inom främst den somatiska korttidssjukvården. Systemen innebär att den basala sjukvårdsnivån debiteras en dygnskostnad för sådan vård som lämnas personer som är medicinskt färdigbehandlade inom länssjukvården. Erfarenheterna från dessa båda sjukvårdshuvudmän visar att de medicinskt färdigbehandlade vid kliniker inom korttidssjukvården har ställts i fokus på ett nytt sätt. Antalet inneliggande som är färdigbehandlade har vid flertalet berörda kliniker reducerats kraftigt.

Betalningsansvarets syfte

Mot den bakgrund som jag redovisat föreslår jag att kommunerna ges en skyldighet att betala ersättning för den somatiska långtidssjukvård som lämnas av landstingen och enskilda vårdgivare.

Syftet med betalningsansvaret är i första hand att stimulera kommuner och landsting att använda tillgängliga resurser på bästa sätt och att främja en omställning av de gemensamma service- och vårdresurserna för att bättre överensstämma med befolkningens behov. Ett annat syfte är att reducera betydelsen av huvudmannaskapsgränser där sådana annars skulle inverka negativt på samspelet mellan huvudmännen.

Äldredelegationens förslag har fått ett omfattande stöd bland remissin-

stanserna. Flera landsting och Landstingsförbundet är emellertid tveksamma eller negativa till förslaget och förordar försöksverksamhet med olika betalningsmodeller.

Landstingsförbundet menar att det är principiellt riktigt att söka utveckla lösningar som innebär ett mer samlat ansvar för den långvariga vården. Den modell för betalningsansvar som äldredelegationen föreslår innebär, enligt förbundet, ett helt nytt system för styrning och finansiering som hittills är relativt oprövat och därmed inte heller utvärderat. Mot denna bakgrund förordar förbundet införande av stimulansbidrag från landstingen till kommunerna samtidigt som försök med olika betalningsmodeller genomförs.

Jag har viss förståelse för de synpunkter som Landstingsförbundet och flera landsting framför. Att införa ett betalningsansvar är en stor principiell förändring av den offentliga sektorns styrning. Det kan få konsekvenser som inte i alla delar är möjliga att förutse.

Jag menar emellertid att mycket starka skäl talar för att nu genomföra ett lagfäst kommunalt betalningsansvar. De ökade krav som kommer att ställas på samhället från de allt fler människorna i de högsta åldrarna under 1990-talet kommer att accentuera behovet av en effektiv användning av tillgängliga resurser.

I det föregående har jag föreslagit att kommunerna får ett kraftigt utvidgat ansvar för service och vård av äldre och handikappade. Verksamhetsansvaret för stora delar av landstingets somatiska långtidssjukvård föreslås överföras till kommunerna. Den vård som överförs, främst verksamheten vid sjukhem m. m. med lokalt upptagningsområde, är till sin karaktär lik den vård som även fortsättningsvis kommer att ges vid landstingens inrättningar för somatisk långtidssjukvård på länsnivå.

För att inte nya besvärande gränser skall uppstå mellan huvudmännen och för att kommunerna skall få ett samlat ekonomiskt ansvar för långvarig vård, oavsett var den bedrivs, anser jag att ett kommunalt betalningsansvar skall införas för all somatisk långtidssjukvård, för vilken kommunerna inte har eller kommer att få ett verksamhetsansvar.

Jag föreslår att kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård regleras i en särskild lag om kommunalt betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård.

Betalningsansvarig kommun

Betalningsansvaret bör enligt min mening åvila den kommun där den person som får vård är kyrkobokförd. I allmänhet speglar detta på ett tillfredsställande sätt personens anknytning till en viss kommun.

Mitt förslag: Kommunernas betalningsansvar omfattar sådan somatisk långtidssjukvård, för vilken kommunen inte har ett verksamhetsansvar. Sådan vård som ingår i en renodlad geriatrisk klinikfunktion undantas dock. Långtidssjukvård som ges av enskild vårdgivare på uppdrag av ett landsting skall ingå i betalningsansvaret.

Kommunens betalningsansvar skall även avse dagsjukvård som ges i anslutning till sjukhus som bedriver somatisk långtidssjukvård.

Om ett landsting och en kommun är överens om det kan ett kommunalt betalningsansvar införas för vård av medicinskt färdigbehandlade inom den somatiska korttidssjukvården, de geriatriska klinikerna, för psykiatrisk långtidssjukvård med huvudsaklig omvårdnadsinriktning och för hemsjukvård knuten till sjukhus som bedriver långtidssjukvård.

Äldredelegationens förslag: Kommunalt betalningsansvar införs för den somatiska långtidssjukvården samt för vården av medicinskt färdigbehandlade inom somatisk korttidssjukvård och psykiatrisk slutenvård. Delegationen anser att övervägande skäl talar för att rehabiliteringsverksamheten vid de geriatriska klinikerna inom länssjukvården skall ingå i kommunernas betalningsansvar. Delegationen lämnar inte några förslag till lokala avsteg från bestämmelser om betalningsansvar.

Remissinstanserna: Remissynpunkterna beträffande avgränsningen av betalningsansvaret sammanfaller med de principiella ställningstagandena till betalningsansvaret i stort, som redovisats i avsnitt 6.3. Några remissinstanser vill dock gå längre och överföra driftansvaret för denna vård till kommunerna.

Socialstyrelsen, statskontoret, riksrevisionsverket och länsstyrelserna i Jönköpings och Norrbottens län anser att de geriatriska klinikerna inte skall omfattas av betalningsansvar då den geriatriska vården bör betraktas som en länssjukvårdsspecialitet och jämställas med övrig somatisk korttidssjukvård. Av landstingen instämmer 16 i denna bedömning och bland kommunerna 68. Fyra landsting och 56 kommuner avstyrker betalningsansvar över huvud taget för de geriatriska klinikerna.

Av de 264 remissinstanser som tagit ställning till betalningsansvar inom den slutna psykiatriska vården tillstyrker 239. 25 remissinstanser avstyrker.

Beträffande betalningsansvar inom den somatiska korttidssjukvården tillstyrker 247 remissinstanser, medan 22 avstyrker.

Skälen för mitt förslag: Med utgångspunkten att kommunerna skall ha ett samlat ekonomiskt ansvar för all somatisk långtidssjukvård med huvudsaklig omvårdnadsinriktning föreslår jag att kommunen ges ett betalningsansvar för den somatiska långtidssjukvård med huvudsaklig omvårdnadsinriktning som man inte har ett verksamhetsansvar för. Enligt min mening bör avgränsningen av betalningsansvaret vara parallell med den avgränsning av sjukhem m. m. som föreslås övergå till kommunalt huvud-

mannaskap. Genom detta förslag blir driftformen underordnad det ekonomiska ansvaret. Kommunerna får genom det samlade ekonomiska ansvaret goda möjligheter att avväga olika boendeformer för service och omvårdnad samt stödet i det egna boendet mot den långvariga vård som ges av landstinget och av enskilda vårdgivare. Upprustning och modernisering av befintliga anläggningar får vägas mot nybyggnation och nedläggning av otidsenliga vårdanläggningar.

Med tanke på att betalningsansvar som ekonomiskt styrningsinstrument är relativt oprövat föreslår jag i motsats till äldredelegationen att betalningsansvar för psykiatrisk långtidssjukvård och för medicinskt färdigbehandlade inom andra delar av landstingens hälso- och sjukvård än den somatiska långtidssjukvården endast bör tillämpas om ett landsting och en kommun kommer överens härom. För lokalt beslutade lösningar talar också de stora skillnaderna mellan landstingen i organisation och sammansättning av vårdresurserna. Möjligheten att lokalt införa betalningsansvar bör även gälla hemsjukvård knuten till sjukhus som bedriver långtidssjukvård.

I det följande behandlar jag skälen för mitt förslag inom olika vårdområden.

Långtidssjukvård

Inom den somatiska långtidssjukvården finns betydande skillnader mellan sjukvårdshuvudmännen i organisation och resursdimensionering. I vissa sjukvårdsområden bedrivs så gott som all somatisk långtidssjukvård vid lokala sjukhem inom ramen för primärvården, medan andra sjukvårdsområden inte har några eller endast ett fåtal lokala sjukhem. I stället bedriver man denna vård vid långvårdssjukhus, centrala sjukhem eller motsvarande. Det senare förhållandet är vanligt i storstadsområden och andra större kommuner med region-, läns- eller länsdelssjukhus. Den vård som ges vid lokala sjukhem skiljer sig således ofta inte från den som ges vid sjukhus som organisatoriskt hör till länssjukvården. Den geriatriska klinikfunktionen har under senare år koncentrerats till kvalificerad diagnostik, behandling och rehabilitering.

Jag har i avsnitt 4 föreslagit att kommunerna skall bli ansvariga för den vård som bedrivs vid sjukhem eller motsvarande som har eller som avses få en kommun eller del av en kommun som upptagningsområde. Dessutom har jag föreslagit att vissa andra vårdinrättningar för långtidssjukvård skall kunna föras över till primärkommunalt huvudmannaskap om kommun och landsting är överens härom.

Landstingen kommer genom mitt förslag även i framtiden att ha ett ansvar för den geriatriska klinikfunktionen samt för sådan långtidssjukvård som bedrivs vid vårdinrättningar som inte har ett lokalt upptagningsområde eller där det finns särskilda skäl till att vårdinrättningen inte bör föras över till kommunen.

Betalningsansvaret för långtidssjukvård kommer enligt min bedömning

att påskynda den angelägna omställningen från vård i gamla sjukhusanläggningar med en stor andel flerbäddsrum till service och vård i moderna särskilda boendeformer. Betalningsansvaret för långtidssjukvård skall alltså omfatta all somatisk långtidssjukvård som bedrivs av landstinget och av enskilda vårdgivare, frånsett den vård som lämnas vid en geriatrisk klinikfunktion. Betalningsansvaret kommer härigenom att omfatta vård av människor som i allmänhet har omfattande fysiska och inte sällan psykiska funktionsnedsättningar och som behöver långvariga vårdinsatser.

Vård som bedrivs på omvårdnadsavdelningar vid vårdinrättningar som tillhör länssjukvården och som inte har ett lokalt upptagningsområde kommer att omfattas av betalningsansvaret. Jag har tidigare föreslagit att sjukhem som har ett lokalt upptagningsområde, om särskilda skäl föreligger, även fortsättningvis skall kunna drivas av landstinget. Även den vård som bedrivs vid dessa inrättningar kommer i förekommande fall att omfattas av betalningsansvaret.

Enligt min mening finns emellertid skäl för att betalningsansvar även skall omfatta verksamheter som till sin inriktning överensstämmer med den somatiska långtidssjukvårdens, men som organisatoriskt inte tillhör denna. Det kan vara fråga om lättvårdsavdelningar, eftervårdsavdelningar och liknande som kan vara knutna till någon klinik inom den somatiska korttidssjukvården. Denna form av betalningsansvar bör även gälla för konvalescenthem och motsvarande som drivs av landsting. Även ett sjukhem eller motsvarande som administrativt tillhör den psykiatriska vården bör omfattas av betalningsansvaret om det har en huvudsaklig inriktning mot långtidssjukvård där omvårdnaden dominerar.

Som ett led i förberedelserna av reformen avser jag att bereda kommuner och landsting tillfälle att lämna underlag till frågorna om de ekonomiska konsekvenserna av reformen samt vilka sjukhem m. m. som skall överföras. I detta sammanhang kommer huvudmännen även att tillfrågas om vid vilka inrättningar betalningsansvaret skall tillämpas samt om vilken omfattning det får för respektive kommun och landsting. Uppgifterna om den ekonomiska omfattningen av betalningsansvaret skall ligga till grund för den närmare ekonomiska reglering som enligt min mening skall tas upp i en proposition under våren 1991.

För närvarande finns ca 1 700 vårdplatser för somatisk långtidssjukvård vid enskilda sjukhem, samt ytterligare drygt 2 000 platser för konvalescensvård hos enskilda vårdgivare. De vårdresurser som enskilda vårdgivare erbjuder utnyttjas i varierande utsträckning av sjukvårdshuvudmännen som komplement till den egna verksamheten. Eftersom vården vid dessa har samma karaktär som av sjukvårdshuvudmännen bedriven verksamhet vid sjukhem och konvalescenthem bör de omfattas av kommunens samlade ekonomiska ansvar.

Betalningsansvaret avses därför gälla även för vård vid enskilda sjukhem med inriktning mot somatisk långtidssjukvård samt konvalescenthem i de fall ett landsting har svarat för placeringen. I de fall kommunen svarar för placeringen vid ett enskilt vårdhem överenskommer kommunen i civilrättslig ordning med huvudmannen för hemmet om vilken ersättning som

76skall utgå. Jag förutsätter att det i allmänhet blir kommunen som fattar beslut om placering vid ett enskilt sjukhem.

Merparten av den vård som bedrivs inom den somatiska långtidssjukvården är slutenvård. Vid vissa geriatriska kliniker, långvårdssjukhus och motsvarande bedrivs emellertid även hemsjukvård och dagsjukvård. De geriatriska klinikerna har på en del håll i landet varit pionjärer i utvecklingen av hemsjukvård och dagsjukvård. Verksamheterna har en hög kvalitet och ger stöd till människor som ofta har omfattande vårdbehov.

Några remissinstanser ställer sig tveksamma eller negativa till att hemsjukvård skall bedrivas från sjukhus vid sidan av den som lämnas inom primärvården. Motala kommun menar t. ex. att hemsjukvården bör samordnas i en organisation och TCO och SHSTF ställer sig tveksamma till behovet av en sjukhusbaserad hemsjukvård med tanke på att den primärvårdsbaserade hemsjukvården har visat sig klara av att tillgodose omfattande vårdbehov. Enligt min mening finns det inte skäl att utesluta någon i dag etablerad organisation för hemsjukvård eller dagsjukvård.

Mot bakgrund av de samordningssträvanden som utgör motiv för mitt förslag är det naturligt att kommuner och landsting överväger vilken fördelning av uppgifter som skall göras mellan landstingets sjukhus å ena sidan samt primärvård och kommunens föreslagna ansvarsområde å andra sidan. Jag förutsätter att en sådan samordning kommer till stånd genom den verksamhetsplanering som kommuner och landsting skall bedriva.

Kommuner och landsting bör med utgångspunkt i denna reforms intentioner själva komma överens om vilka verksamhetsformer som bör finnas inom kommunens ansvars-område och inom primärvården resp. inom landstingets länssjukvård.

Äldredelegationen föreslog att betalningsansvaret även borde omfatta sådan hemsjukvård som är sjukhusansluten. Enligt min mening bör ansvarsfördelningen mellan kommun och landsting vara lika för verksamhetsansvar och betalningsansvar. Det betyder att den avgränsning av kommunens ansvar för hälso- och sjukvård som jag nyss föreslagit även bör tillämpas för betalningsansvaret i denna del. Dagsjukvård eller annan dagverksamhet som är knuten till ett sjukhus eller del av sjukhus som omfattas av kommunens betalningsansvar bör således ingå i kommunens betalningsansvar. Hemsjukvård som är knuten till sådant sjukhus bör omfattas av betalningsansvar i den mån som kommun och landsting överenskommit om att hemsjukvården inom ramen för primärvårdsorganisationen skall bedrivas av kommunen. Jag utgår från att kommuner och landsting träffar överenskommelser i denna del.

Geriatrik

Den geriatriska klinikfunktionen är en specialitet inom länssjukvården. Endast i ett landsting utövas den geriatriska klinikfunktionen i sin helhet inom ramen för primärvården. Den omvårdnadsverksamhet som i dag kan finnas vid eller i anslutning till geriatriska kliniker och motsvarande ingår inte i den geriatriska klinikfunktionen.

Ansvaret för rehabilitering kan inte och bör inte avgränsas till en huvud-

mans område. Kommunen får genom mitt förslag om visst kommunalt hälso- och sjukvårdsansvar ett ansvar för rehabiliteringsinsatser vid de sjukhem som man övertar från landstinget. Stödjande och rehabiliterande inslag inryms även i socialtjänstlagens bestämmelser. Landstinget har genom hälso- och sjukvårdslagen ett allmänt ansvar för rehabiliteringsinsatser.

Den somatiska korttidssjukvården

De inventeringar som gjorts av förekomsten av medicinskt färdigbehandlade inom den somatiska korttidssjukvården visar att det finns kraftiga variationer mellan olika sjukhus och kliniker. Det förhållandet att det finns medicinskt färdigbehandlade som vistas på sjukhus för korttidssjukvård är ett uttryck för bristande samordning av resurserna inom vårdsektorn. De välfärdsförluster som människor åsamkas härigenom är betydande.

Cirka tre fjärdedelar av dem som är medicinskt färdigbehandlade väntar på plats inom den somatiska långtidssjukvården. Det av mig föreslagna kommunala betalningsansvaret för långtidssjukvård avses stimulera utbyggnaden av alternativ till den långtidssjukvård som bedrivs vid länssjukvårdens sjukhus. Detta kommer att innebära att avsevärt fler medicinskt färdigbehandlade patienter än hittills kommer att kunna beredas en adekvat vård inom landstingens långtidssjukvård eller inom kommunernas särskilda boendeformer/bostäder.

Detta innebär också att kommunernas åtaganden vidgas samtidigt som landstingen, genom att ge patienter vård vid sådana kliniker där kommunen har betalningsansvar, kan frånhända sig ett ekonomiskt ansvar för denna vård. De ekonomiska konsekvenserna för kommuner och landsting av en sådan förändring kan bli betydande i de områden där många medicinskt färdigbehandlade finns inom den somatiska korttidssjukvården. Om en kommun och ett landsting är överens om att införa betalningsansvar även för medicinskt färdigbehandlade och huvudmännen kommer överens om den ekonomiska regleringen av detta behöver inte detta problem uppkomma.

Den psykiatriska slutenvården

Inom den psykiatriska slutenvården har en dominerande andel av patienterna korta vårdtider, medan en mindre del vårdas länge. Genom utbyggnad av alternativa vårdformer och utvecklade öppenvårdsinsatser har antalet vårdplatser inom den slutna psykiatriska vården reducerats kraftigt under senare år. Av de personer som vårdats under lång tid har många flyttat till andra boende- och vårdformer. Fortfarande finns emellertid på en del håll i landet ett betydande antal personer som vårdas långvarigt inom den psykiatriska slutenvården, och som skulle kunna få en bättre livssituation om bra boende- och vårdalternativ kunde erbjudas. Dessa

människor vårdas i dag vid psykiatriska sjukhem, enskilda vårdhem eller vid de förutvarande mentalsjukhusen. Ett betalningsansvar skulle kunna bidra till framväxten av mera adekvata boende- och vårdformer.

Jag anser att det bör vara möjligt för huvudmännen att lokalt komma överens om att tillämpa betalningsansvar för psykiatrisk långtidssjukvård och för medicinskt färdigbehandlade inom den psykiatriska korttidssjukvården. Genom en sådan lösning ges goda förutsättningar för lokala överväganden om ytterligare åtgärder i syfte att åstadkomma en väl fungerande uppgiftsfördelning inom service och vård.

Inom den psykiatriska slutenvården ges i flertalet fall vård under korta vårdtider, vilka avlöses av stöd och vård genom öppenvårdsinsatser. För dessa svarar landstinget i den mån det är fråga om behov av psykiatriska eller medicinska insatser från primärvården. Kommunen har ansvar för socialtjänstinsatser och boendefrågor. De grupper som här är aktuella är personer med akuta psykiska sjukdomar, men också människor med missbruksproblem.

Det finns enligt min mening samordningsproblem mellan landstingets psykiatriska vård och socialtjänst, primärvården och andra samhällsorgan. Regeringen tillsatte år 1989 en utredning om service, vård och stöd till psykiskt störda, den s. k. mentalservicekommittén, som bl. a. har som uppgift att utreda uppgiftsfördelningen mellan olika samhällsorgan i fråga om service, stöd och vård till människor med psykiska störningar och sjukdomar. Detta är ytterligare ett skäl till att inte nu lägga fram något förslag till obligatoriskt betalningsansvar för medicinskt färdigbehandlade inom den psykiatriska vården.

Jag har i avsnitt 4 förordat att den fördelning av ansvar och uppgifter mellan socialtjänsten och den öppna psykiatriska vården som de båda kommunförbunden rekommenderat sina medlemmar bör tillämpas tills vidare i avvaktan på de förslag som kan följa av mentalservicekommitténs arbete.

Enligt min mening är det mycket angeläget att en nära samverkan utvecklas mellan socialtjänsten, primärvården och den psykiatriska vården. Genom konsultation, handledning och fortbildning bör psykiatrin kunna stärka primärvårdens och socialtjänstens möjligheter att lämna service och vård till människor med psykiska störningar och sjukdomar. Jag anser det väsentligt att den slutna psykiatriska vårdens resurser används för dem som verkligen behöver dessa. Kommun och primärvård bör stimuleras att erbjuda en god bostad, stöd, service och vård till dem som behöver detta.

Ett betalningsansvar för medicinskt färdigbehandlade kan av naturliga skäl inte omfatta sådan vård som ges personer som vårdas enligt lagen (1966:293) om beredande av sluten psykiatrisk vård i vissa fall (LSPV) eller den motsvarande lagstiftning som beräknas träda i stället för den lagen. För den som vårdas med stöd av LSPV och som är att anse som "medicinskt färdigbehandlad" skall tvångsvården omedelbart upphöra. Inte heller avses betalningsansvaret gälla patienter som är föremål för rättspsykiatrisk undersökning eller som tvångsisolerats med stöd av smittskyddslagen (1988: 1472). Detta behöver dock inte särskilt anges i lagtexten.

Enligt min mening bör ett landsting och kommunerna inom ett landstingsområde kunna komma överens om att införa kommunalt betalningsansvar även för annan vård än den som omfattas av det föreslagna betalningsansvaret för långtidssjukvård. Utformningen av ett sådant lokalt överenskommet betalningsansvar bör beslutas lokalt av landsting och kommuner. Det gäller t.ex. ersättningarnas nivå, varseltider och den ekonomiska regleringen mellan huvudmännen.

En förutsättning för att landsting och kommun skall komma överens om att kunna införa ett betalningsansvar för psykiatrisk långtidssjukvård och för medicinskt färdigbehandlade bör vara att man också kommer överens om betalningsansvarets utformning. Av praktiska skäl torde det vara en fördel om betalningsansvaret får samma utformning inom det upptagningsområde som ett visst sjukhus har. Om olika kommuner överenskommer med landstinget om olika utformning av betalningsansvaret kan systemet bli oöverskådligt och svårt att tillämpa. Jag utgår från att de huvudmän inom ett landstingsområde som har för avsikt att införa ett betalningsansvar för medicinskt färdigbehandlade i samråd utformar detta på lämpligt sätt.

Den form för ekonomisk reglering av reformen som jag kommer att förslå förutsätter att samtliga kommuner i respektive län har samma omfattning av sitt åtagande. Om ett betalningsansvar för psykiatrisk långtidssjukvård och för medicinskt färdigbehandlade införs från och med 1992 för hela landstingsområdet kan de ekonomiska konsekvenserna av detta regleras på samma sätt som avses gälla för reformen i övrigt.

Enligt min mening finns det emellertid anledning att öppna möjligheten för huvudmännen att överenskomma om att införa ett betalningsansvar för psykiatrisk långtidssjukvård och för medicinskt färdigbehandlade också vid en senare tidpunkt än den 1 januari 1992. Om en sådan överenskommelse träffas måste den ekonomiska regleringen av förändringen ske i särskild ordning mellan landsting och kommuner. Detta kan ske genom skatteväxling eller genom att landstinget till kommunerna lämnar bidrag.

Det kan dock i allmänhet vara svårt att tillämpa skatteväxling i detta sammanhang då förekomsten av människor som vårdas långvarigt inom den psykiatriska sjukvården och av medicinskt färdigbehandlade ofta är ojämnt fördelad mellan kommunerna i ett län. För att möjliggöra en ekonomisk reglering av ett lokalt beslutat betalningsansvar för psykiskt långtidssjuka samt för medicinskt färdigbehandlade föreslår jag att en lagbestämmelse införs om att landstinget till kommunen får lämna det bidrag som motiveras av överenskommelsen.

Möjligheten att lokalt införa betalningsansvar bör gälla medicinskt färdigbehandlade inom sluten hälso- och sjukvård, sjukhusansluten hemsjukvård samt psykiatrisk långtidssjukvård med huvudsaklig omvårdnadsinriktning. Med en sådan avgränsning kommer betalningsansvar inte att kunna införas för psykiatrisk tvångsvård.

Enligt min mening finns det skäl att noga följa utvecklingen av betalningsansvaret och dess ekonomiska konsekvenser. Jag återkommer till denna fråga i avsnitt 6.7 och i avsnitt 8.

Mitt förslag: Om inte kommunen och landstinget kommer överens om något annat inträder betalningsansvaret fem dagar, lördagar samt helgdagar och likställda dagar oräknade, efter det att landstinget till kommunen anmält att en patient skall skrivas in vid en sådan vårdinrättning. Betalningsansvaret inträder dock tidigast den dag patienten skrivs in vid inrättningen.

För att den huvudman som ansvarar för vården av en viss patient skall kunna aktualisera det kommunala betalningsansvaret krävs att sekretessen inte lägger hinder i vägen för landstinget att uppge patientens namn och folkbokföringsadress. En lagregel som bryter sekretessen i detta avseende införs därför.

Äldredelegationens förslag: Delegationen föreslår en särskild regel i lagen om kommunalt betalningsansvar med innebörd att huvudmannen för den vårdinrättning där den enskilde vistas skulle ha en uppgiftsskyldighet gentemot kommunen för patienten.

Remissinstanserna: Socialstyrelsen förordar att det införs ett obligatoriskt samrådsförfarande mellan medicinskt ledningsansvarig läkare, kommunens representanter och den enskilde (eller företrädare för denne) vid beslut om vårdform inom somatisk långtidssjukvård som rör centrala sjukhem, enskilda vårdhem och sjukhusansluten hemsjukvård där betalningsansvar inträder från första dagen.

Skälen för mitt förslag: Avsikten med betalningsansvaret är att stimulera kommunerna att utveckla alternativ service och vård i tillräcklig omfattning och kvalitet så att personer som vårdas inom länssjukvården, men skulle behöva en annan mer adekvat boende- och vårdform kan få detta. Kommunens ersättning till landstinget bör därför vara beroende av antalet vårddagar som personer från en viss kommun har vid de kliniker som omfattas av betalningsansvaret. Betalningssystemet bör vara enkelt att tillämpa och inte föra med sig en omfattande administration. Det är viktigt att systemet har förtroende bland kommuner och landsting så att det inte förorsakar tvister dem emellan. Betalningsansvaret är, enligt min mening, ett instrument som främst skall ge de förtroendevalda och den administrativa ledningen ett intresse av att fatta beslut som ligger i linje med de målsättningar som gäller för socialtjänsten och hälso- och sjukvården. Den praktiska vårdplaneringen skall alltid ske i samråd med den enskilde patienten och med utgångspunkt i dennes behov av service och vård.

Äldredelegationen föreslår att betalningsansvaret inom långtidssjukvården skall inträda fr. o. m. det första vårddygnet. Enligt min mening finns emellertid skäl för att betalningsansvaret skall inträda först efter en viss varseltid. Det främsta skälet härför är att kommunen, primärvården och den enskilde skall få en rimlig tid att planera de fortsatta insatserna. Självfallet varierar den tid som behövs för detta avsevärt beroende på förhållandena i det enskilda fallet. Om patienten har behov av en särskild boendeform eller en bostadsanpassning i kombination med omfattande service och vård i hemmet kan en avsevärd tid behövas. Enligt min mening bör så långt möjligt en planering för vad som skall hända efter vården på sjukhus därför inledas redan vid inskrivningen, så att ingen tid går förlorad på grund av bristande information till ansvariga personer inom den lokala servicen och vården.

Jag har tidigare redovisat min syn på vårdplanering i samverkan mellan den enskilde samt personal inom landstingets hälso- och sjukvård samt kommunens personal. Som ett led i planeringen ingår överväganden om vilken boende- eller vårdform som kan vara lämplig. Här kan såväl ordinärt boende, särskilda boendeformer i kommunens regi och sådana landstingskommunala eller enskilda vårdresurser som omfattas av betalningsansvar komma i fråga.

Det är den enskilde patientens egen uppfattning som bör vara styrande vid val av boende- eller vårdform. Med tanke på kommunens samlade ekonomiska ansvar är det även nödvändigt att kommunens företrädare får möjlighet att tillsammans med landstingets personal medverka i den individuella vårdplaneringen. Kommunen skall således kunna påverka placeringen av enskilda patienter. I allmänhet torde detta vara ett naturligt inslag i vårdplaneringen. Samtidigt finns det enligt min bedömning brister i samarbetet på detta område som kräver åtgärder. Införandet av betalningsansvaret accentuerar behovet av information från sjukhus till kommun.

Jag har förståelse för socialstyrelsens bedömning att det behövs en lagfäst skyldighet för landstinget att informera kommunen när en patient skall flytta till en vårdinrättning som omfattas av betalningsansvar. Jag vill emellertid tillgodose kommunens intresse i denna del på ett något annat sätt än vad socialstyrelsen föreslagit. Äldredelegationens förslag tillgodoser, enligt min mening, inte de behov av tid för vårdplanering som föreligger.

Mitt förslag innebär att en bestämmelse införs om att kommunens betalningansvar inträder först viss tid efter det att landstinget meddelat kommunen att betalningsansvar skall inträda för en viss person, om inte kommunen och landstinget har kommit överens om något annat. Jag anser att en minsta rimlig tid för överväganden i vårdplaneringen är fem arbetsdagar. Varseltiden bör därför vara fem dagar, lördagar samt helgdagar och vissa andra dagar oräknade. Förutom lördagar och sådana dagar som anges i lagen (1989:253) om allmänna helgdagar skall inte heller julafton, nyårsafton och midsommarafton räknas in i varseltiden.

Betalningsansvaret bör alltså gälla först från och med den dag som

infaller fem arbetsdagar efter anmälan. Det bör dock tidigast kunna inträda den dag då patienten skrivs in på vårdinrättningen.

Den föreslagna bestämmelsen syftar till att landstingets personal i god tid före en flyttning av en patient skall ta kontakt med företrädare för kommunen. Inriktningen bör vara att kontakten sker i så pass god tid att betalningsansvaret kan inträda samma dag som patienten flyttar till inrättningen. Skulle inte detta vara möjligt får landstinget svara för kostnaderna för vården under de första dagarna.

Genom bestämmelsen kommer flyttningar från kliniker inom den somatiska korttidssjukvården, den psykiatriska slutenvården och de geriatriska klinikerna till en inrättning som omfattas av betalningsansvar alltid att föregås av ett meddelande till kommunen och normalt även en gemensam vårdplanering. Detta ger kommunen information om betalningsansvarets förväntade omfattning samtidigt som möjligheter ges till samråd om vilka vårdresurser som skall användas. Enligt min mening är detta en naturlig följd av det samlade ekonomiska ansvar för den långvariga vården som jag menar att primärkommunen skall ha. Jag får dock påminna om att det alltid är ansvarig läkare som skriver in en patient vid en inrättning som omfattas av kommunens betalningsansvar.

Anmälningsskyldighet

Möjligheten för ett landsting att ta kontakt med kommunen för underrättelse om att betalningsansvar föreligger eller skall inträda kan i vissa fall förutsätta att sekretessen får brytas.

Uppgifter inom den offentliga hälso- och sjukvården om en persons namn och adress omfattas av sekretessen enligt 7 kap. 1 § sekretesslagen. Samtycke från den enskilde medför att uppgift om honom kan lämnas ut.

I det övervägande antalet fall torde kunna förutsättas att patienten inte har något att invända mot att en sådan kontakt tas. Ett sådant uppgiftslämnande sker också i regel i samband med den vårdplanering som sker med patientens samtycke. Men även då en patient motsätter sig en kontakt i syfte att planera den fortsatta vården måste kommunen kunna få veta vem betalningsansvaret avser. Detta är en konsekvens av det förslag till lag om betalningsansvar som jag föreslår.

Enligt 1 kap. 3 § första stycket sekretesslagen får uppgift för vilken sekretess gäller inte röjas för annan myndighet i andra fall än som anges i sekretesslagen eller i lag eller förordning till vilken sekretesslagen hänvisar. Enligt 14 kap. 1 § gäller att sekretess inte hindrar att uppgift lämnas till annan myndighet, om uppgiftsskyldigheten följer av lag eller förordning.

Jag föreslår därför att det i lagregleringen om betalningsansvaret införs en bestämmelse om uppgiftsskyldighet för landstinget gentemot kommunen. De uppgifter som kommunen behöver för att kunna fastställa om betalningsansvar föreligger torde kunna inskränka sig till patientens namn och folkbokföringsadress. Bestämmelsen om uppgiftsskyldighet bör därför avgränsas till att avse dessa förhållanden. Mot den enskildes vilja kommer således andra uppgifter om patienten normalt inte att få lämnas till kommunen.

Mitt förslag: Den ersättning som kommunen skall erlägga till landstinget per vårddag skall motsvara landstingets genomsnittliga självkostnader för den ifrågavarande vårdformen.

Ersättningens nivå fastställs av regeringen i en särskild förordning. Ersättningen omräknas årligen med hänsyn till skatteunderlagets utveckling i landstinget.

Ett landsting och samtliga kommuner i landstinget kan komma överens om att differentiera ersättningen efter olika vårdinrättningars standard.

Äldredelegationens förslag: Delegationen redovisar skäl som talar för och emot olika lösningar, utan att ta ställning till vilka principer för fastställande av ersättningsnivån som är mest lämpliga.

Remissinstanserna: Av de remissinstanser som tagit ställning till ersättningens konstruktion i betalningsansvaret förordar åtta landsting, liksom 30 kommuner, länspris baserat på landstingets genomsnittliga självkostnad. Fyra landsting och 25 kommuner förordar ett rikspris.

Några landsting och kommuner menar att självkostnadsprincipen för respektive klinik är den bästa prissättningsmodellen.

Skälen för mitt förslag:

Principiellt om ersättningens storlek

Betalningsansvaret är ett ekonomiskt styrinstrument som skall stimulera omställningen i vårdsektorn mot moderna boende- och vårdformer samt främja en god hushållning med samhällets resurser. Den ersättning som kommunerna skall betala till landstinget inom ramen för betalningsansvaret bör utformas så att kommuners och landstings beteende påverkas i enlighet med dessa syften.

Enligt min mening finns det skäl att ge stort utrymme för lokal anpassning vid utformningen av ersättningarna mellan kommuner och landsting. Motivet för detta är att variationerna i organisation och kostnader är stora. Jag delar emellertid delegationens bedömning att strävan bör vara att så långt möjligt reducera behovet av återkommande förhandlingar på lokal nivå. Erfarenheterna visar att dessa skapar spänningar mellan huvudmännen som kan inverka negativt på utvecklingen inom service och vård.

Landstingen svarar nu för den helt dominerande delen av långtidssjukvården. Kommunerna torde i allmänhet inte på kort sikt kunna ersätta den vård, för vilken man har betalningsansvar, med egna alternativ. Det betyder att kommunerna till en början är starkt beroende av landstingen i denna del. Enligt min mening är det därför inte rimligt att nu låta prissättningen bestämmas i förhandlingar mellan landsting och kommun. Jag anser därför att regeringen i ett övergångsskede bör fastställa ersättningarna.

Jag anser att kommuner och landsting bör få lämna underlag för och förslag till ersättningsbelopp. Ersättningarna bör sedan fastställas av regeringen i förordning. Ersättningarna bör årligen omräknas med utgångspunkt i en i lag angiven princip. Detta skapar en fasthet i betalningssystemet som underlättar planering och minskar behovet av återkommande förhandlingar.

Enligt min mening bör ersättningarna justeras årligen med hänsyn till skatteunderlagets utveckling i landstinget. Genom att räkna upp ersättningarna med skatteunderlagets utveckling ges landstingen del av tillväxten i ekonomin och får därmed ekonomiska möjligheter att vidareutveckla kvaliteten också i den del av vården som omfattas av betalningsansvaret. Regeringen bör i verkställighetsföreskrifter närmare ange hur uppräkning av ersättningarna skall ske.

Jag anser att den särskilda delegationen om betalningsansvar (se avsnitt 6.7) noga bör följa den nu föreslagna ordningen samt vid behov föreslå förändringar. Målsättningen bör vara att i ett senare skede övergå till ett system med lokalt bestämda ersättningar.

Några remissinstanser förordar att kommunerna upphandlar de tjänster som man bedömer behövs från bl.a. landstinget, som i så fall skulle fungera som en entreprenör. Enligt min bedömning finns det för närvarande inte förutsättningar för att genomföra ett sådant system. Det skulle kräva att kommunerna ges ett samlat vårdansvar för all vård av ett visst slag. Vidare torde det förutsätta att kommunen förfogar över kvalificerad medicinsk personal i sådan omfattning att man kan göra bedömningar av vårdkvalitet i förhållande till pris. Det system jag föreslår förutsätter således att landstingen har ett oförändrat ansvar för att tillhandahålla den vård som behövs och ett driftansvar för denna vård.

Jag vill erinra om att landstingets ansvar enligt hälso- och sjukvårdslagen för den hälso- och sjukvård som skall omfattas av kommunalt betalningsansvar inte förändras genom mitt förslag. Den sjukhusvård och den öppenvård, som en kommun skall lämna ersättning för, skall således ges på samma villkor som övrig hälso- och sjukvård i landstinget. Landstinget har också ett ansvar för att vården är av god kvalitet och ett ansvar för att utveckla densamma så att den överensstämmer med befolkningens behov. Detta skall ske i nära samråd med kommunerna i länet i en mellan huvudmännen samordnad verksamhetsplanering.

Genomsnittlig självkostnad

Den ersättning som skall tillämpas i betalningsansvaret mellan kommun och landsting bör vara en administrativt fastställd ersättning. Enligt min mening bör ersättningen ligga på en nivå som motsvarar den genomsnittliga självkostnaden inom landstinget för resp. slag av verksamhet som betalningsansvaret avser. Mycket tyder på att det finns betydande skillnader i självkostnader mellan olika sjukhus. Även om underlaget är begränsat finns vidare skäl att förmoda att det finns påtagliga skillnader i genomsnittlig självkostnad mellan landstingen. Detta talar för att ersättningens nivå bör beräknas särskilt för vart och ett av landstingen. De skillnader i

självkostnad som finns mellan olika sjukhus inom ett landsting bör inte förhindra att en enhetlig ersättningsnivå tillämpas för den somatiska långtidssjukvården inom landstinget. Det ankommer på landstinget att i samråd med kommunerna avgöra hur olika resurser skall utnyttjas och vidareutvecklas. Jag utgår från att huvudmännen i detta sammanhang väger kvalitet mot kostnader på ett sådant sätt att målsättningen om en stegvis standardförbättring kan uppnås.

Från finansiell synpunkt är det fördelaktigt om ersättningen följer den faktiska självkostnaden. Vid en kommande reducering av den vård som omfattas av betalningsansvar kommer då landstingets ekonomiska läge totalt sett inte att påverkas, eftersom kostnader som bortfaller svarar mot intäktsbortfallet. Detta förhållande kommer att gälla på landstingsnivå, medan en reducering av vården vid ett visst sjukhus ekonomiskt kan utfalla annorlunda, beroende på dess självkostnad i förhållande till den för landstinget genomsnittliga självkostnaden.

Kostnaden för de service- och vårdinsatser som kommunen skall svara för varierar. Det finns många exempel där kostnaden för insatserna för en enskild person överstiger den genomsnittliga kostnaden för vård inom landstingets hälso- och sjukvård. Studier från olika län visar emellertid att kommunernas kostnader för service och vård för flertalet av de personer, som behöver alternativa insatser, ligger lägre än kostnaderna för vård vid sjukhus. Mycket talar således för att den genomsnittliga kommunala kostnaden för alternativen understiger landstingets genomsnittliga självkostnader. I detta sammanhang måste även kommunens intäkter från statsbidrag och avgifter från enskilda beaktas.

Beräkningsförfarandet

För den vård som omfattas av betalningsansvaret bör vid självkostnadsberäkningen samtliga kostnader tas med, dvs. även sådana kostnader som vanligtvis inte är fördelade på kostnadsställe.

Svenska kommunförbundet och Landstingsförbundet har den 29 juni och den 14 september 1990 i samarbete med socialdepartementet angett vissa riktlinjer för hur de ekonomiska beräkningarna i samband med denna reform bör utföras. Där har man även lämnat riktlinjer för hur en beräkning av självkostnaderna bör ske, bl. a. som underlag för beräkning av ersättningar enligt den avsedda lagstiftningen om betalningsansvar. Jag utgår ifrån att de riktlinjer, som de båda förbundskanslierna och socialdepartementet ställt sig bakom, kommer att tillämpas när kommuner och landsting tillsammans gör sina överväganden om betalningsansvarets utformning och beräknar reformens ekonomiska konsekvenser.

Om sjukhusansluten hemsjukvård samt dagsjukvård omfattas av betalningsansvaret bör de genomsnittliga självkostnaderna inom den aktuella verksamheten läggas till grund för ersättningen. Samma principer för självkostnadsberäkning bör alltså tillämpas i detta sammanhang som för den slutna sjukhusvården.

De inrättningar för somatisk långtidssjukvård som även fortsättningsvis kommer att ha landstingskommunalt huvudmannaskap torde i allmänhet vara utformade som traditionella sjukhusanläggningar. Jag har tidigare redovisat min syn på behovet av en stegvis ersättning av dessa inrättningar med boende- och vårdformer som bättre svarar mot människors behov. Mycket talar dock för att de aktuella vårdinrättningarna kommer att utnyttjas för långvarig vård under flera år framåt. Det är därför viktigt att denna vårdform inte blir eftersatt i utvecklingen. Samtidigt finns det skäl att inte göra större investeringar i dessa anläggningar än vad som är motiverat vid en samlad socialpolitisk och ekonomisk bedömning. Denna bedömning bör göras med utgångspunkt i det samlade ansvar som kommunen har för bostadsförsörjningen och för service och vård till människor som behöver långvariga insatser.

En möjlighet är att ersättningen i betalningsansvaret konstrueras så att den stimulerar landstingen att i samråd med kommunerna utveckla vården, utan att för den skull göra så stora investeringar att man binder sig för en längre användningstid än som är motiverat. Detta skulle kunna ske genom att ersättningen delas upp i två eller flera nivåer, som avspeglar standarden i den aktuella vårdanläggningen. Nivån på ersättningarna bör i detta fall fastställas så att de tillsammans motsvarar den genomsnittliga självkostnaden för landstinget år 1992.

Enligt min mening finns det skäl för kommuner och landsting att aktivt överväga hur en rimlig utveckling av landstingets anläggningar för långvarig somatisk vård kan säkras. Det vore olyckligt om dessa anläggningar eftersätts i det fortsatta utvecklingsarbetet. Jag har prövat möjligheterna att genom en centralt fastlagd bestämmelse stimulera en modernisering av landstingets anläggningar för somatisk långtidssjukvård, men funnit detta svårgenomförbart. Jag utgår i stället från att detta intresse kan tillgodoses inom ramen för samverkan i verksamhetsplaneringen. Om emellertid huvudmännen vill differentiera ersättningarnas storlek med hänsyn till vårdplatsernas kvalitet skall de kunna göra detta. Jag föreslår att en bestämmelse om detta förs in i regleringen av det kommunala betalningsansvaret.

Personalens kunskap, erfarenheter och dimensionering är kanske den främsta kvalitetsfaktorn. En annan viktig kvalitetsindikator är förekomsten av en- och tvåbäddsrum som gör det möjligt att utforma en vårdmiljö där integriteten kan skyddas. Den enklaste formen är sannolikt att ersättningarna differentieras så att en nivå gäller vård i en- och tvåbäddsrum och en annan nivå gäller sådan vård som ges i flerbäddsrum.

Även i de fall regeringen efter förslag från huvudmännen i ett län fastställer differentierade ersättningar efter vårdplatsernas kvalitet, kommer enligt mitt förslag ersättningsnivån att årligen justeras med hänsyn till skatteunderlagets utveckling i landstinget.

Det är alltså enligt min mening rimligt att tills vidare centralt fastställa de ersättningar som skall utgå för betalningsansvar vare sig det är fråga om genomsnittliga eller differentierade ersättningar. Längre fram bör man kunna överväga möjligheten att helt överlåta på parterna att fastställa

ersättningsnivåernas storlek. Detta är emellertid en fråga som är beroende på utvecklingen av kommunernas och landstingens resurser.

För närvarande köper sjukvårdshuvudmännen viss vård från enskilda vårdgivare. Landstingsförbundet rekommenderar huvudmännen ett ersättningsbelopp för denna typ av vård i det fall det enskilda vårdhemmet är geografiskt placerat utanför det remitterande landstinget. Det är här i allmänhet fråga om vård vid enskilda vårdhem för somatisk eller psykiatrisk långtidssjukvård samt konvalescenthem eller motsvarande.

Jag utgår ifrån att såväl kommuner som landsting skall kunna besluta om placering vid en enskild vårdinrättning som bedriver långtidssjukvård. I de fall landstinget beslutar om placering kommer vården att omfattas av kommunens betalningsansvar. På samma sätt som vid placering på en landstingsinrättning bör en med den enskilde och kommunens företrädare gemensam vårdplanering ske. Kommunens betalningsansvar bör även i detta fall inträda först efter en varseltid om fem dagar. När kommunen placerar någon på ett enskilt vårdhem får kommunen ett ekonomiskt ansvar för vården. Detta behöver inte regleras i lag.

Enligt min bedömning påverkar inte denna reform förutsättningarna för hur ersättningen för enskilda vårdgivares tjänster skall fastställas. Jag utgår från att Svenska kommunförbundet och Landstingsförbundet tillsammans med företrädare för de enskilda vårdgivarna fastställer ersättningsbelopp för denna vård. Jag anser att den ersättning som kommunen skall erlägga till landstinget för sådan vård vid enskilda sjukhem som omfattas av regleringen av kommunalt betalningsansvar skall motsvara den ersättning som landstinget lämnar till den enskilde vårdgivaren.

Viss somatisk långtidssjukvård bedrivs av annan sjukvårdshuvudman än hemlandstinget. Även i dessa fall skall den kommun där den enskilde är kyrkobokförd ha betalningsansvar. Enligt min mening bör det vara mest ändamålsenligt att ersättningen för denna vård följer den ersättning som gäller hos den sjukvårdshuvudman som lämnar vården.

6.7 Genomförande och uppföljning

Min bedömning: Förberedelser inför genomförandet samt tillämpningen av betalningsansvaret kräver ett nära samarbete mellan kommun och landsting.

En särskild delegation bör tillsättas för att följa effekterna av betalningsansvaret och föreslå eventuella förändringar i nu föreslagna bestämmelser.

Äldredelegationens bedömning: Överensstämmer i huvudsak med min. Delegationen föreslår att en årlig "kontrollstation" för betalningsansvaret tillämpas under de första åren efter reformens genomförande.

Remissinstanserna: De remissinstanser som yttrar sig i frågan delar bedömningen att ett nära samarbete behövs mellan kommuner och landsting i fråga om betalningsansvaret.

Skälen för min bedömning: Jag har för avsikt att föreslå regeringen att lägga fram en proposition under våren 1991 om den närmare utformningen av den ekonomiska regleringen av huvudmannaskapsreformen. Regeringens förslag kommer att grundas på de uppgifter som kommuner och landsting förutsätts lämna till den 1 januari 1991 om vilka vårdinrättningar som skall föras över till kommunerna samt om genomsnittskostnader m. m. inom ramen för betalningsansvaret.

Mitt förslag innebär att kommuner och landsting tillsammans får ta ställning till hur betalningsansvaret skall utformas i vissa avseenden. För dessa ställningstaganden och för den ekonomiska regleringen av reformen behövs uppgifter om hur vårddagarna i den verksamhet som kommer att omfattas av betalningsansvaret fördelar sig på olika kommuner. På lokal nivå behöver riktlinjer utvecklas för hur vårdplanering och anmälan inom betalningsansvaret skall ske. Vidare behövs lokala överenskommelser om hur ersättningarna inom betalningsansvaret skall erläggas.

Jag utgår från att kommuner och landsting i en samordnad verksamhetsplanering kommer fram till hur vårdinrättningar som omfattas av betalningsansvaret skall utvecklas. Förändringar i anläggningarnas standard, vårdinriktning, bemanning och resursernas dimensionering bör ingå i en sådan planering. Planeringen bör, förutom landstinget, omfatta samtliga kommuner som har betalningsansvar för vård som lämnas vid de aktuella inrättningarna. Härigenom bör landsting och kommunerna få en allmän uppfattning om vilka resursförändringar som kan behöva göras.

Enligt min bedömning behövs utöver en samordnad verksamhetsplanering även besked på kortare sikt om vilka resursförändringar kommunerna kommer att besluta om och hur dessa förändringar kan återverka på behovet av landstingens vårdresurser. En möjlighet kan vara att dessa avstämningar sker i samband med det årliga budgetarbetet. Det kan också finnas skäl för att någon form av preliminära uppgörelser träffas mellan kommuner och landsting om vilka volymer betalningsansvaret kan komma att uppgå till. Med ett sådant underlag kan preliminära ersättningar erläggas under löpande verksamhetsår. En slutlig reglering kan ske efter verksamhetsårets slut. Jag utgår från att kommunerna i länet tillsammans med landstinget kommer överens om formerna för samarbetet i de avseenden som jag nu berört.

Jag har för avsikt att föreslå regeringen att reformen i sin helhet utvärderas. I detta sammanhang ämnar jag föreslå att betalningsansvarets konsekvenser från den enskilde patientens synpunkt samt dess inverkan på hälso- och sjukvårdens samt socialtjänstens funktion och struktur undersöks med förtur.

Det finns emellertid även skäl att fortlöpande noga följa det nya ekonomiska styrsystemets praktiska tillämpning, dess tekniska konstruktion och de ekonomiska konsekvenserna av systemet. För att följa utvecklingen i nämnda avseenden bör det tillsättas en särskild delegation, där företrädare för kommuner och landsting är representerade. Denna delegation bör även ha till uppgift att föreslå förändringar i systemets utformning, om sådana behövs för att syftet skall uppnås, och ta ställning till om korrigeringar behöver göras för att undvika oavsedda effekter.

Enligt min mening finns det anledning att särskilt uppmärksamma hur

antalet medicinskt färdigbehandlade patienter inom korttidssjukvården förändras samt de ekonomiska konsekvenserna härav för de båda huvudmännen. I detta sammanhang vill jag även nämna att den av regeringen tillsatta utredningen om kommunernas ekonomi bl. a. har till uppgift att beakta de ekonomiska konsekvenserna av den reform som jag föreslår.

7 Försöksverksamhet med kommunalt ansvar för primärvården

Äldredelegationens direktiv omfattade inte frågan om huvudmannaskapet för primärvården. Delegationen lämnade inte heller något förslag i denna del. Trots detta har en stor del av remissinstanserna tagit upp frågan och anfört att primärvårdens organisation bör utredas. Ett antal remissinstanser, främst kommuner, har dessutom anfört att kommunerna bör vara huvudmän för primärvården.

Enligt vad jag erfarit ämnar chefen för socialdepartementet senare förelägga regeringen ett förslag till proposition om försök med kommunalt huvudmannaskap för primärvården.

8 Den ekonomiska regleringen

8.1 Allmänna överväganden

En förutsättning för att reformen om ändrad ansvarsfördelning mellan landsting och kommuner inom service och vård skall kunna genomföras är att en ekonomisk reglering genomförs där kommunerna tillförs medel för de nya åtaganden som föreslås, medan medel motsvarande det minskade åtagandet tas från landstingen.

Jag utgår från att staten till följd av den avsedda ekonomiska regleringen inte skall behöva tillföra huvudmännen ytterligare resurser. Statens samlade stöd till kommuner och landsting i respektive landstingsområde skall inte heller förändras till följd av regleringen.

Det är den sammantagna effekten av tillämpningen av de föreslagna regleringsinstrumenten som skall uppfylla målsättningarna för regleringen. Först när kommuner och landsting, med utgångspunkt i de förslag som jag har redovisat i det föregående, har gjort beräkningar av reformens ekonomiska konsekvenser kan de olika regleringsinstrumentens utformning preciseras närmare.

Jag har dock stor förståelse för de synpunkter som främst många kommuner och Svenska kommunförbundet framfört att huvudmännen bör veta det ekonomiska utfallet innan riksdagen tar ställning till den föreslagna huvudmannaskapsförändringen.

Riksdagsbehandling i två steg

Enligt min mening är därför det mest rimliga att regeringen i två steg lägger fram sin syn på den ekonomiska regleringens utformning. I detta ärende

bör anges de bärande principerna samt så långt det nu är möjligt de tekniska förändringarna i de olika regleringssystemen. I en senare proposition lämnas förslag om den närmare utformningen av regleringsinstrumenten och den ekonomiska regleringens omfattning. Jag har för avsikt att föreslå regeringen att lägga fram en proposition med detta innehåll under det första halvåret 1991. Inriktningen är att kommuner och landsting till årsskiftet 1990/91 skall lämna gemensamma uppgifter till ledning för bedömningarna av reformens ekonomiska omfattning. Därefter skall uppgifterna analyseras och förslagen till förändring av regleringsinstrumenten utformas i detalj. Jag är medveten om att denna uppläggning kan innebära att kommuner och landsting måste inleda sitt budgetarbete för år 1992 utan att riksdagen fattat beslut med anledning av den kommande propositionen om den ekonomiska regleringens exakta utformning och omfattning. Men med tanke på att principerna för regleringen läggs fram i det förevarande ärendet och att riksdagen får ta ställning till dessa redan nu bedömer jag det som möjligt att tillämpa det beslutsförfarande som jag här redovisat.

Den kommunalekonomiska kommittén

Regeringen har tillsatt en särskild kommitté för att se över statsbidragen och kommunernas finansiering (dir. 1990:20). Denna kommittés uppdrag berör i hög grad utformningen av de ekonomiska regleringsinstrument som skall användas i samband med huvudmannaskapsreformen. I kommitténs uppdrag ingår bl. a. att analysera de långsiktiga effekterna av denna reform och pröva möjligheterna att avlösa de här aktuella regleringsinstrumenten för att inarbeta dem i ett nytt generellt system. Kommitténs förslag torde kunna genomföras tidigast från och med 1993. Övergången till ett nytt system kan tänkas ske successivt.

Enligt min bedömning är det nödvändigt att de instrument som skall komma till användning för reglering av den föreslagna förändrade ansvarsfördelningen inom äldre- och handikappomsorgen får avsedd effekt och att de fungerar i avvaktan på ställningstaganden i anledning av kommitténs kommande förslag. De förändringar som jag i det följande kommer att förorda av statsbidragen till kommunernas äldre- och handikappomsorg ligger för övrigt, enligt min bedömning, i linje med de strävanden som kommit till uttryck i direktiven till kommittén om statsbidragen och kommunernas finansiering. Inriktningen vid regleringen av denna reform är således att stegvis omfördela resurser mot en behovsbaserad resursfördelning.

Sammanfattning av de olika stegen i den ekonomiska regleringen

Jag kommer i det följande (avsnitt 8.2 – 8.7) att lägga fram min principiella syn på den tillämpade ekonomiska regleringen. Denna avses ske genom förändringar i flera system som redan var för sig är komplicerade. I syfte

att tydliggöra de olika stegen och de olika regleringsinstrumenten lämnas här en sammanfattande beskrivning av hur den reglering jag senare kommer att föreslå bör utformas.

Regleringen bör ske genom att:

1. Nettoavlastningen genom huvudmannaskapsreformen beräknas för varje landsting. Nettoavlastningen fås fram genom att den beräknade bruttoavlastningen reduceras med de beräknade intäkterna, bl. a. statliga ersättningar. Ersättningarna från socialförsäkringen till landsting och de landstingsfria kommunerna (den s. k. Dagmarersättningen) reduceras, från och med år 1992, proportionellt mot den kostnadsandel av hälso- och sjukvårdskostnaderna som bedöms bli avlyft från landstingen genom reformen. Reduceringen av Dagmarersättningen bör beräknas till visst antal kronor per invånare.

2. Varje landsting sänker sin skattesats så att sänkningen, tillsammans med förändringar i skatteutjämningssystemet för landstingen, ger en reducering av landstingets inkomster som motsvarar nettoavlastningen.

3. Den somatiska långtidssjukvården undantas vid beräkningen av åldersfaktorn i landstingens skatteutjämning och den i lagen (1988:491) om skatteutjämningsbidrag angivna högsta utdebiteringen för beräkning av skatteutjämningsbidrag (13:50 kr./skattekrona) nedjusteras motsvarande resp. landstings sänkning av landstingsskatten.

4. Kommunerna inom landstingsområdet ges möjlighet att höja sin skatt motsvarande landstingets sänkning.

5. Den somatiska långtidssjukvården tas med vid beräkningen av åldersfaktorn inom kommunernas skatteutjämning. Den i lagen om skatteutjämningsbidrag angivna högsta utdebiteringen för beräkning av skatteutjämningsbidrag (16:00 kr./skattekrona) uppjusteras länsvis motsvarande resp. landstings sänkning av landstingsskatten.

6. Den statliga merkostnad som beräknas uppkomma till följd av ändringarna i fråga om skatteutjämning finansieras genom att en del av det finansiella utrymme som uppstår genom reduceringen av Dagmarersättningen utnyttjas för skatteutjämningssystemet.

7. Återstoden av det finansiella utrymme som frigörs genom sänkning av Dagmarersättningen utnyttjas för att öka nuvarande ram för statens bidrag till kommunernas äldre- och handikappomsorg.

8. Statens bidrag till kommunernas äldre- och handikappomsorg görs om så att den nuvarande prestationsbaserade fördelningen ersätts av en fördelning efter fasta behovskriterier.

9. Ett mellankommunalt omfördelningssystem införs. Det utformas så att varje kommun i landet år 1992 får resurser motsvarande beräknade nettokostnader i sitt nya åtagande. Därefter sker en omfördelning mellan kommunerna mot en resursfördelning efter behovskriterier.

Mitt förslag: Resurser motsvarande de nettokostnader som landstingen avlastas genom den föreslagna förändringen i uppgiftsfördelningen mellan kommuner och landsting skall överföras till kommunerna. Varje kommun skall ges ett ekonomiskt utrymme som motsvarar kommunens beräknade tillkommande nettokostnader under år 1992. Därefter sker en omfördelning varvid resurser i ökad utsträckning fördelas mellan kommunerna efter vissa behovskriterier.

Äldredelegationens bedömning: De resurser som idag används för den verksamhet som flyttas över från landsting till primärkommun skall följa med verksamheten. Varje kommun får härigenom ett finansiellt utrymme som motsvarar driftkostnaderna för den övertagna verksamheten. På längre sikt bör mekanismer övervägas som omfördelar resurser efter vissa behovskriterier. Beslut om regleringen av de ekonomiska effekterna skall ske vid ett tillfälle. Inom ramen för de omfördelnings- och bidragssystem som finns skall respektive huvudman därefter svara för sina kostnader.

Remissinstanserna: De flesta remissinstanser som tagit ställning till resursfrågor delar i princip delegationens bedömning. Många har dock vissa invändningar. 192 kommuner har uttalat krav på full ekonomisk kompensation mer eller mindre som ett villkor för att acceptera ett genomförande av reformen. Flertalet av dessa kommuner menar att den kommunala ekonomin inte kan belastas med ytterligare kostnader. Många kommuner framhåller vikten av att samtliga kostnader som är förenade med den verksamhet som förs över också förs över till kommunerna. I dessa beräkningar måste tas med exempelvis kostnader för central administration, pensions- och semesterskulder, fastigheter, anhörigstöd, tekniska hjälpmedel och andra kostnader som är knutna till verksamheten utan att bokföras på denna.

Åtta kommuner framhåller att beräkning av underlag för skatteväxling skall göras på den aktuella budgeterade verksamheten.

Några kommuner påpekar också att planerad verksamhet skall innefattas och att avvecklad verksamhet som inte beror på att behoven upphört skall inräknas, t. ex. avveckling på grund av brist på personal eller resurser. Svenska kommunförbundet, LO, SKAF, SHSTF, SKTF och Föreningen Sveriges Socialchefer anser att kommunerna måste få full kostnadstäckning för de nya verksamheter som förs över.

Riksrevisionsverket, länsstyrelserna i Jönköpings och Norrbottens län, statens handikappråd och 8 landsting, 61 kommuner, Svenska kommunförbundet, Landstingsförbundet, TCO, SKAF, SHSTF, SKTF och PRO uttrycker allmänt att ytterligare resurser måste tillföras det område som äldredelegationens förslag omfattar.

Principer för ekonomisk reglering

Mitt förslag till förändrad uppgiftsfördelning mellan landsting och kommuner får vittgående ekonomiska konsekvenser. Kostnaderna för den verksamhet som skall föras över från landsting till kommun, det betalningsansvar som kommunerna föreslås få samt övriga delar i den ekonomiska regleringen torde i nuvarande volym- och prisläge uppgå till 17–20 miljarder kronor. Av flera skäl är det inte nu möjligt att mera exakt ange reformens ekonomiska omfattning. Reformen innebär att kommuner och landsting i vissa avseenden lokalt kan avgöra reformens avgränsning och därigenom de kostnader som kommer att vara knutna till den verksamhet som skall föras över. Det är därför först efter det att kommuner och landsting kommit överens om den exakta avgränsningen och själva beräknat kostnaderna för förändringarna i uppgiftsfördelningen som dessa slutligt kan fastställas.

Omfattningen av den verksamhet som skall föras över från landsting till kommun samt kostnaderna för denna varierar avsevärt mellan olika kommuner och landsting. Detta beror dels på skiftande servicenivå och olika sammansättning av vårdsresurserna, men också på olika kostnader för att producera vården. Minskningen av de olika landstingens åtagande genom reformen kommer till följd härav att bli olika stor. På motsvarande sätt kommer reformen att innebära ett nytt åtagande som varierar i storlek för olika kommuner.

Reformen innebär att det ekonomiska ansvaret för en vital samhällsuppgift – långvarig service och vård till äldre och handikappade – nära nog i dess helhet åläggs kommunerna. Ekonomiska resurser måste således tillförsäkras kommunerna så att de kan driva den nuvarande verksamheten, utveckla densamma, och tillgodose kommande behov.

Enligt min mening bör ekonomiska resurser motsvarande de beräknade nettokostnader som landstingen avlastas genom reformen överföras till kommunerna. Det är därför nödvändigt att samtliga kostnader som är förenade med verksamheten ingår i överföringen. Resurserna bör fördelas så mellan kommunerna att varje kommun år 1992 får täckning för sin del av de från landstinget överförda beräknade nettokostnaderna. Genom en sådan fördelning kommer varje kommun att få sina tillkommande beräknade nettokostnader täckta. Därefter bör en stegvis omfördelning ske mot en fördelning av resurserna efter behov.

Vid den ekonomiska regleringen skall även vissa effekter av skattereformen beaktas. Det gäller t. ex. effekterna av att momsen breddas och att kommuner och landsting fr. o. m. år 1991 får göra avdrag för all ingående moms. I syfte att uppnå ett budgetmässigt neutralt utfall i förhållandet mellan staten och kommuner respektive landsting har riksdagen infört en avräkningsskatt (Prop. 1989/90: 150, FiU 29, rskr. 359). När verksamhet och resurser överförs från landsting till kommuner förändras förutsättningarna för denna reglering. Bl. a. flyttas rätten att göra avdrag för ingående moms vid sjukhem från landsting till kommuner. Vid den ekonomiska regleringen av äldrereformen bör detta förhållande beaktas så att den beräk-

nade kostnadsneutraliteten mellan staten och kommunerna å ena sidan och staten och landstingen å den andra sidan bibehålls också efter reformens ikraftträdande.

Skillnaderna mellan befolkningens utnyttjande av olika tjänster inom landstingens och kommunernas service och vård är betydande. Kostnaderna för den verksamhet som landstingen nu bedriver fördelas lika mellan dem som bor inom landstingsområdet. När viss verksamhet som bedrivs av landstinget nu föreslås överförd till kommunerna kommer respektive kommuns medlemmar att få bära kostnaderna för det utnyttjande av tjänster som de egna kommunmedlemmarna har. Det innebär att kommuner som har höga kostnader per tjänst eller en hög servicenivå kommer att få högre egna kostnader för sin verksamhet än kommuner med låg servicenivå eller låga kostnader per tjänst.

I den mån som höga kostnader beror på befolkningens sammansättning, geografiska faktorer eller andra förhållanden som kommunen inte kan påverka, men som har betydelse för omfattningen av befolkningens behov av eller kostnaderna för service och vård, bör inriktningen vara att dessa skall utjämnas genom nationella system för fördelning av resurser.

Enligt min mening bör inriktningen vara att kommunerna på sikt ges likartade förutsättningar att klara av det åtagande som de idag har och de tillkommande uppgifter som följer av mina förslag till ändrad ansvars- och uppgiftsfördelning. På kort sikt kan emellertid tillämpningen av en sådan princip innebära kraftiga omfördelningar av resurser mellan olika huvudmän. Jag menar därför att resursfördelningen bör förändras successivt i den riktning som jag nu förordat.

Den uppläggning som jag förordar för den ekonomiska regleringen av reformen innebär att de resurser som idag finns i landstingen följer med verksamheten till kommunerna. Kommunerna ges därigenom det ekonomiska utrymme som krävs för att klara det nya åtagandet.

Innan jag utvecklar min syn på hur den ekonomiska regleringen skall gå till vill jag ge ytterligare några synpunkter på huvudmännens möjligheter att, med de förutsättningar som nu råder, klara de framtida kraven på utvecklad service och vård.

Förbättrad effektivitet

Enligt min mening ger den föreslagna huvudmannaskapsreformen goda förutsättningar att förbättra användningen av de resurser som nu finns inom landstingens och kommunernas service och vård. Jag har i avsnitt 2.4 beskrivit de allmänna motiven för reformen. Ett viktigt syfte är att genom utvecklad samordning av olika resurser förbättra effektiviteten.

Studier som bl.a. Spri gjort visar att de län som har låg omfattning av sluten vård inom hälso- och sjukvård samt kommunal äldre- och handikappomsorg i stället har en omfattande öppenvårdsverksamhet. Man har också visat att 16 av 17 sjukvårdsområden som har lägre kostnader per invånare än riksgenomsnittet samtidigt har fler prestationer i primärvården än genomsnittet. Mycket talar således för att samhällets kostnader för service och vård blir högre om en stor andel av vårdkonsumtionen sker

inom sluten vård och lägre om resurserna i stället satsas på öppna service- och vårdformer.

Äldreberedningens slutbetänkande (SOU 1987:21) innehåller beräkningar över tänkbara ekonomiska konsekvenser av en omstrukturering av samhällets resurser för service och vård till äldre och handikappade. Beräkningarna visar att samhällets kostnader för äldreomsorgen kommer att öka fram till år 2000. Skulle samhällets insatser ha samma fördelning som de hade år 1985 vad avser långtidssjukvård, ålderdomshem, social hemtjänst, sjukvård i hemmet osv. beräknas enligt äldreberedningen de ökade kostnaderna år 2000 bli 13,5 miljarder kr. i 1985 års prisläge. Enligt beredningens beräkningar kommer en förändrad inriktning mot service och vård i eget boende att innebära att kostnadsökningarna kan begränsas. Detta främst genom att den enskilde själv står för bostads- och hushållskostnader. Kostnadsökningen begränsas i omstruktureringsalternativen till mellan 6,5 och 8,5 miljarder kr. i 1985 års prisnivå. Spännvidden i beräkningarna hänför sig enligt äldreberedningen till i vilken takt omstruktureringen av service och vård kan ske.

Den nu föreslagna reformen syftar bl. a. till att påskynda denna omstrukturering genom att kommunerna ges ett samlat ansvar för olika vårdresurser för äldre och handikappade. Kommunerna får därmed ett ökat intresse av att bygga ut stödet i det egna boendet och därigenom i vissa fall kunna ersätta vård som nu ges inom den specialiserade hälso- och sjukvården. För närvarande upptas en inte oväsentlig del av hälso- och sjukvårdens resurser för länssjukvård av personer som bedöms som medicinskt färdigbehandlade och inte är i behov av vård på denna vårdnivå. Enligt min mening bör reformen kunna bidra till att kommunerna bygger ut alternativa former för stöd till dessa människor. Ett lokalt överenskommet kommunalt betalningsansvar för medicinskt färdigbehandlade patienter bör ytterligare kunna påskynda en utveckling där länssjukvårdens specialiserade resurser kan användas på avsett sätt.

Även i övrigt bör reformen genom betalningsansvaret för somatisk långtidssjukvård samt det samlade ansvaret för de särskilda boendeformerna hos kommunen ge goda förutsättningar för att människor skall få den boende- och vårdform som de bäst behöver. Enligt min mening bör såväl kommuner som landsting på sikt kunna begränsa kostnadsökningen inom service och vård till äldre bl. a. genom att tillgängliga vårdresurser används på ett mer effektivt sätt än för närvarande.

Genom mitt förslag till ny uppgiftsfördelning mellan landsting och kommuner kan en mer ändamålsenlig service- och vårdorganisation skapas på lokal nivå. Reformen öppnar också möjligheter att undvika en markerad uppdelning på socialt och medicinskt utbildad personal. Detta möjliggör, förutom en bättre kontinuitet sett ur den enskildes perspektiv, att personalen kan arbeta mer flexibelt. Restider och visst dubbelarbete bör kunna begränsas. Genom en samordnad arbetsledning bör också vissa resursbesparingar kunna göras. Vidare bör en samordning av verksamheten vid sjukhem, ålderdomshem, serviceehus och hemtjänst kunna ge effektivitetsvinster. Exempelvis bör personal kunna samutnyttjas vissa tider på

dygnet, jour- och beredskapsorganisationen kunna föras samman och mottagning av trygghetslarm kunna samordnas.

Det finns också skäl att förmoda att en samordning av inköpsfunktion, mathållning, tvätt, fastighetsskötsel och övriga stödfunktioner på vissa håll bör kunna ge kostnadsbesparingar. I detta sammanhang bör kommunerna naturligtvis också överväga att köpa vissa tjänster från landstingen som ett alternativ till att bygga upp en egen verksamhet. Kommunernas och landstingens administration bör genom reformen också kunna minskas.

Jag vill slutligen betona vikten av ett kraftfullt och samordnat socialt och medicinskt stöd som gör det möjligt för den enskilde att kunna bo kvar hemma. Att bo kvar i en välkänd och trygg miljö där de egna resurserna tas till vara, bl. a. genom olika former av rehabilitering, bidrar till den enskildes välbefinnande och till att de negativa konsekvenserna av en flyttning till institution kan undvikas. En sådan flyttning är inte bara en stor omställning för den enskilde utan innebär också att samhällets kostnader för vård och omsorg ökar.

Ytterligare en faktor som bör beaktas i detta sammanhang är att den enskilde i eget boende själv svarar för sina kostnader för bostad, mat och övriga levnadsomkostnader. Vid sluten vård inom hälso- och sjukvården betalar den enskilde en relativt låg avgift för boende och mat m. m.

Det är min bedömning att den reform jag nu föreslår ger goda förutsättningar för kommuner och landsting att bättre kunna hushålla med de resurser som nu finns. Genom reformen möjliggörs och påskyndas omstruktureringen av äldre- och handikappomsorgen. Jag delar äldreberedningens bedömning att detta bör leda till att kostnadsökningen inom äldreomsorgen märkbart kan begränsas. Detta bör på sikt leda till lägre kostnader, såväl för den kommunala sektorn som för staten, jämfört med om reformen ej skulle komma att genomföras. Detta gäller även när hänsyn har tagits till det statliga stödet för att underlätta omstruktureringen av äldre- och handikappomsorgen och till stimulansbidraget för gruppboende som jag senare kommer att föreslå. Jag har för avsikt att noga följa reformens ekonomiska konsekvenser.

Det blir dock ytterst en fråga för kommuner och landsting att ta tillvara de samordningsmöjligheter som öppnar sig genom reformen.

Regleringsunderlagets delar

Enligt min bedömning är det nödvändigt att kommuner och landsting, mot bakgrund av de förslag jag har redovisat i det föregående, tillsammans tar ställning till vilken verksamhet som skall föras över till kommunen samt vilken verksamhet som skall omfattas av kommunens betalningsansvar. Dessutom skall huvudmännen beräkna och komma överens om kostnaderna för den verksamhet som förs över samt för betalningsansvaret och övriga delar som skall ingå i den ekonomiska regleringen. I det följande tar jag upp de delar i reformen som skall utgöra underlag för den ekonomiska regleringen.

- Utvidgat kommunalt ansvar för särskilda boendeformer, bostäder med särskild service samt dagverksamheter.
- Vissa sjukhem och andra vårdinrättningar.
- Hemsjukvård och tekniska hjälpmedel.
- Kommunalt betalningsansvar.
- Anhörigvård.
- Samverkansavtal.
- Fastigheter m. m.
- Övrigt.

Utvidgat kommunalt ansvar för särskilda boendeformer, bostäder med särskild service samt dagverksamheter

Avsikten är att kommun och landsting tillsammans skall identifiera de verksamheter som är av sådan karaktär att de skall föras över från landsting till kommun som en följd av de föreslagna förändringarna i socialtjänstlagen. Det kan vara fråga om servicebostäder, lägenhetssjukhem eller motsvarande och gruppboenden där landstinget åtagit sig ett driftansvar eller enbart ett finansiellt ansvar.

De dagverksamheter som avses är dagverksamheter för åldersdementa, för människor som långvarigt vårdats inom den psykiatriska vården samt sådan somatisk dagsjukvård som har organisatorisk anknytning till sådant sjukhem eller annan vårdinrättning för somatisk långtidssjukvård som skall föras över till kommunen. Även här kan det vara fråga om att landstinget har ett verksamhetsansvar eller enbart ett finansieringsansvar.

Vissa sjukhem och andra vårdinrättningar

Kostnaderna för de sjukhem och andra vårdinrättningar som skall föras över från landsting till kommun skall ingå i den ekonomiska regleringen. Detta gäller även sådana sjukhem eller andra vårdinrättningar som inte har ett lokalt upptagningsområde, men som kommun och landsting kommer överens om att överföra till kommunen.

Hemsjukvård och tekniska hjälpmedel

Kostnaderna för den hemsjukvård som kommunen enligt hälso- och sjukvårdslagen skall ha ansvar för skall föras över till kommunen och ingå i den ekonomiska regleringen, dvs. den hemsjukvård som ges vid de särskilda boende- och vårdformerna, bostäderna med särskild service samt vid dagverksamheter.

Enligt min mening bör samtliga kostnader för sådana hjälpmedel som det skall bli ett kommunalt ansvar att tillhandahålla och som landstinget idag har ett ekonomiskt ansvar för ingå i regleringsunderlaget och överföras till kommunerna.

I de fall då överenskommelse träffas om att föra över skyldigheten att ansvara för hemsjukvård i ordinärt boende bör även ansvaret att tillhanda-

hålla vissa hjälpmedel föras över till kommunerna. I de fall kommunerna utnyttjar sin befogenhet bör kommunerna även åta sig ansvaret för att tillhandahålla vissa hjälpmedel. Om överenskommelse att föra över skyldigheten att bedriva hemsjukvård i ordinärt boende och att tillhandahålla vissa hjälpmedel träffas bör kostnaderna för dessa verksamheter ingå i den ekonomiska regleringen.

Kommunalt betalningsansvar

I den ekonomiska regleringen skall även de kostnader som kommer att belasta kommunerna för betalningsansvaret för somatisk långtidssjukvård beaktas. Det är främst fråga om slutenvårdsresurser inom landstingets länssjukvård, men även sådan vård som lämnas av enskilda vårdgivare. Det kan också vara fråga om dagverksamhet som är knuten till en vårdinrättning som omfattas av betalningsansvaret. Om överenskommelse träffas om att överföra skyldigheten att ansvara för hemsjukvård i ordinärt boende men viss hemsjukvård bedrivs från ett sjukhus som omfattas av betalningsansvaret för somatisk långtidssjukvård bör betalningsansvaret omfatta även denna hemsjukvård. Kostnaderna härför bör tas med i den ekonomiska regleringen.

Om kommun och landsting kommer överens om att tillämpa betalningsansvar för psykiatrisk långtidsvård med huvudsaklig omvårdnadsinriktning och/eller medicinskt färdigbehandlade inom övrig hälso- och sjukvård kan huvudmännen välja att låta denna förändring ingå i underlaget för den ekonomiska regleringen. Huvudmännen kan emellertid också lösa denna fråga på annat sätt, t.ex. genom att landstinget till kommunen lämnar ett bidrag.

Anhörigvård

Utgångspunkten är att kommunerna skall överta kostnaderna för de ekonomiska ersättningar, kontantbidrag eller anställning av anhöriga, som landstinget idag lämnar. I vissa län har dessa redan överförts till kommunerna eller ingår i samverkansavtal. Ansvaret för det ekonomiska stödet till anhörigvård bör följa samma uppgiftsfördelning som gäller för insatser med egen personal. Kostnaderna skall ingå i regleringen.

Samverkansavtal

De ersättningar som idag lämnas av landstingen till kommunerna och som har anknytning till de verksamhetsområden som denna reform omfattar förutsätts upphöra. Det ekonomiska utrymme som ersättningarna i dessa delar motsvarar förutsätts istället ingå i den ekonomiska regleringen mellan landsting och kommun.

Fastigheter m. m.

Den föreslagna förändringen i ansvarsfördelningen mellan huvudmännen för service och vård för äldre och handikappade innebär att verksamheter

förs över från landsting till kommun. De verksamheter som föreslås föras över bedrivs dels i den enskildes hem, dels i anläggningar där den enskilde får heldygnsvård och dels i anläggningar för dagverksamhet. De lokalytor för vilka kommunerna bör överta kostnadsansvaret kan således omfatta sjukhem, lokaler för dagverksamhet, personallokaler för hemsjukvård och eventuella utrymmen i övrigt t. ex. servicehus eller gruppboenden som inte ingår i den enskildes hyra. För dessa lokalytor finns kostnader för drift, underhåll, nedlagt kapital, återinvesteringar m. m. Enligt min mening bör ett ekonomiskt utrymme för de berörda lokalytorna överföras från landstinget till kommunen för att täcka den merkostnad som uppstår för kommunen oavsett om kostnaden föranleds av hyresåtaganden eller övertagande av fastigheter.

Nästan tre fjärdedelar av samtliga lokala sjukhem i landet är samlokaliserade med andra service- och vårdinrättningar, t. ex. vårdcentral, ålderdomshem och servicehus. Även de lokaler som inrymmer dagverksamheter, särskilda boendeformer och personalutrymmen m. m. inom hemsjukvården är ofta samförlagda med annan verksamhet.

Mot denna bakgrund finns det skäl att med utgångspunkt i lokala förutsättningar överväga om äganderätten till en fastighet helt eller delvis skall överföras till kommunen eller om en huvudman skall ingå ett hyresavtal med den andre huvudmannen. Det kan således vara mindre lämpligt såväl från praktisk som ekonomisk synpunkt att dela en fastighet som inrymmer verksamhet som både kommun och landsting har ansvaret för. I stället kan äganderätten till en fastighet kvarstå hos nuvarande ägare eller i sin helhet föras över till kommunen.

Enligt min mening bör huvudmännen i första hand lokalt komma överens om den ekonomiska reglering som följer av de förändrade förhållandena vad gäller fastigheter. En sådan överenskommelse kan gälla både den köpeskilling som kommunen skall erlägga vid övertagandet av fastigheten och den ekonomiska reglering som skall beaktas vid avräkningen mellan huvudmännen. En utgångspunkt för reformen i dess helhet är att den nye huvudmannen skall få ett ekonomiskt utrymme för de nya kostnader som följer av reformen. Detta gäller även fastigheter.

Om inte kommunen och landstinget är överens om en överlåtelse av fastigheten eller ett hyresavtal med andra villkor bör enligt min mening följande tillämpas.

Kommunen och landstinget träffar ett hyresavtal som innebär att kommunen till landstinget för år 1992 erlägger en hyra som motsvarar 800 kr. per kvadratmeter lokalarea. Hyresavtalet skall bindas till att gälla till och med 1995 med en uppsägningstid för båda parter om ett år.

En uppräkning av hyresbeloppet bör årligen ske med hänsyn till prisutvecklingen. Vid den ekonomiska regleringen skall den på detta sätt beräknade hyreskostnaden ingå i beräkningsunderlaget. Genom att, i de fall inte överenskommelse kan träffas om annat, tillämpa detta förfarande bör kommunerna tillförsäkras ett ekonomiskt utrymme att på sikt bygga upp och driva alternativ till de nuvarande vårdinrättningarna m. m. samtidigt som landstingen ges säkra hyresinkomster under de närmaste åren och

rimliga planeringsförutsättningar inför eventuella förändringar eller avveckling.

I de fastigheter som rymmer sjukhem, särskilda boendeformer, dagverksamheter m. m. som skall föras över från landsting till kommun finns även lös egendom. Inriktningen bör vara att denna förs över från landstinget till kommunen om fastigheten byter ägare. Enligt min mening bör parterna lokalt komma överens om hur den lösa egendomen skall behandlas vad gäller köpeskilling och i den ekonomiska regleringen.

Övrigt

Pensionskostnader samt kostnader som är förenade med intjänade semesterförmåner för den personal som byter arbetsgivare kommer att regleras i särskild ordning och således inte ingå i underlaget för den ekonomiska regleringen.

Om det inom ett landstingsområde finns andra verksamhetsförändringar som kommer att genomföras som följd av de förslag som nu läggs fram och detta omfattar samtliga kommuner finns inget hinder för att även ta med sådana kostnader i regleringen.

Kommuner och landsting har beretts tillfälle att lämna uppgift om vilka sjukhem och andra vårdinrättningar som huvudmännen anser skall föras över till kommunerna, vilka sjukhem, sjukhus och avdelningar som skall omfattas av betalningsansvar för långtidssjukvård samt vilka kostnadsförändringar som kan beräknas uppkomma för respektive kommun och landsting. Uppgifterna bör föreligga senast den 1 januari 1991. Jag utgår från att kommuner och landsting är överens om de uppgifter som lämnas. Om det skulle visa sig att skiljaktiga uppfattningar föreligger i någon del bör frågan, om den inte kan lösas lokalt, föras upp till den särskilda delegation som jag senare denna dag ämnar föreslå regeringen att tillsätta med uppdrag att lämna underlag inför regeringens beslut i dessa frågor.

Riktlinjer för beräkning av verksamhetsvolym och kostnader

Som jag nyss nämnt är utgångspunkten för den ekonomiska regleringen att resurser motsvarande de beräknade nettokostnader som landstingen avlastas genom reformen skall överföras till kommunerna.

För att uppnå en viss enhetlighet bör gemensamma riktlinjer tillämpas i arbetet med beräkningarna. Hittills har i två cirkulärskrivelser till kommuner och landsting (cirkulär 1990:98 och 1990:115 från Svenska kommunförbundet och C 90:75 och C 90:88 från Landstingsförbundet) lämnats riktlinjer för det lokala arbetet.

Den verksamhetsvolym som skall ligga till grund för resursöverföringen bör hämtas från bokslut för år 1989. Det är emellertid inte möjligt att bortse från förändringar i verksamhetsvolymen under åren 1990 och 1991. I vissa fall tillkommer ny verksamhet inom reformområdet och i andra fall reduceras sådan verksamhet. Jag anser det vara rimligt att beakta sådana volymförändringar som finns med i landstingens budgetar för de båda åren. Jag förutsätter emellertid att de förändringar som landstingen vidtar

de aktuella åren ligger i linje med syftet med reformen. En samsyn i dessa avseenden mellan huvudmännen lägger en god grund för överenskommelserna om den ekonomiska regleringen. Som nyss nämnts bör en särskild delegation tillsättas med uppgift bl. a. att lämna förslag till regeringen i vissa verkställighetsfrågor. Jag vill dock framhålla vikten av att huvudmännen lokalt löser dessa frågor.

Kostnaderna för den verksamhet som skall föras över till kommunerna resp. omfattas av betalningsansvar bör hämtas från bokslut för år 1989 eller om huvudmännen så vill driftkostnadsbokslut för år 1988. Omräkning till 1992 års kostnadsläge av de uppgifter som huvudmännen sänder in får därefter ske på basis av faktiska och förväntade förändringar i priser och löner.

Jag vill här framhålla vikten av att samtliga kostnader för den verksamhet som skall föras över tas med vid beräkning av kostnaderna för verksamheten. I allmänhet är inte samtliga kostnader direktförda i landstingens bokslut. Därför måste såväl direktförda kostnader och sådana kostnader som inte har fördelats på olika verksamheter analyseras och ställning tas till vilka poster som skall belasta de aktuella verksamheterna. I detta sammanhang bör även kostnader för central administration beaktas. Här finns det skäl att länsvis beräkna en schablon för att underlätta beräkningarna. Ytterligare underlag för beräkningsarbetet har lämnats i de cirkulär som sänts ut till kommuner och landsting.

8.3 Regleringen av de ekonomiska konsekvenserna

Mitt förslag: Reformens ekonomiska konsekvenser skall regleras genom en kombination av förändringar i kommuners och landstings skattesatser, skatteutjämningssystemet samt statens bidrag till kommuner och landsting. Härutöver införs ett mellankommunalt utjämningssystem som dels reglerar resursfördelningen mellan kommunerna inom olika landstingsområden, dels tar sikte på fördelningen av resurser mellan kommuner inom ett landstingsområde.

Äldredelegationens förslag: De ekonomiska konsekvenserna av huvudmannaskapsförändringen regleras genom förändringar i fyra system: statens bidrag till huvudmännen, skatteutjämningssystemet, skatteväxling och genom ett nytt mellankommunalt omfördelningssystem.

Remissinstanserna: 224 remissinstanser har uttalat ett principiellt stöd för den utformning av den ekonomiska regleringen som äldredelegationen föreslår och ansluter sig till delegationens argument för förslaget. Många framhåller vissa delar i regleringen som viktigare än andra och några avstyrker vissa delar av förslaget.

13 avstyrker helt regleringen på de grunder delegationen föreslagit, oftast i samband med att hela reformen avstyrks.

De som uttalar tveksamhet kring regleringen anser att konsekvenserna av förslagen är svåra att överblicka. 202 av de kommuner som tagit

ställning till frågan har tillstyrkt principerna, varav 32 med viss tveksamhet. Elva kommuner avstyrker, oftast i samband med att hela reformen avstyrks.

60 kommuner delar helt delegationens syn på inslaget av central reglering, varav 28 betonar att en sådan är mycket viktig. Tre kommuner avstyrker central reglering.

Sex landsting tillstyrker utformningen av den ekonomiska regleringen, varav några med tveksamhet. Två landsting avstyrker delegationens förslag i denna del, medan fem landsting betonar att regleringen i första hand bör ske genom överföring av statsbidrag från landstingen till kommunerna.

Landstingsförbundet menar att en ekonomisk reglering huvudsakligen bör ske genom att ersättningen från socialförsäkringen omfördelas från landsting till kommuner via skatteutjämningssystemet eller de specialdestinerade statsbidragen.

Riksskatteverket avstyrker ett mellankommunalt omfördelningssystem.

Svenska kommunförbundet, LO, TCO och Föreningen Sveriges Socialchefer ställer sig bakom delegationens principer i denna del.

Skälen för mitt förslag:

De instrument som skall användas för regleringen av reformens ekonomiska konsekvenser skall tillsammans uppfylla den målsättning som jag redovisat tidigare, nämligen att de resurser som landstingen avlastas genom reformen förs över till respektive kommun. År 1992 skall alla kommuner få täckning för sina nya beräknade nettokostnader och därefter skall resurser successivt omfördelas mellan kommunerna så att en mer behovsstyrd fördelning uppnås.

De regleringsinstrument som äldredelegationen föreslagit har fått stark uppslutning från remissinstanserna. Många kommuner framhåller betydelsen av att regleringen sker på central nivå. Jag delar dessa synpunkter. Det är ett övergripande nationellt intresse att resursfördelningen i samhällets service och vård till äldre och handikappade blir sådan att de av riksdagen uppställda målen och riktlinjerna kan förverkligas. Under de senaste decennierna har de negativa konsekvenserna av den oklara uppgiftsfördelningen mellan kommuner och landsting skärpts av knapphet på resurser. Lokala tvister har ofta sin grund i skilda ekonomiska prioriteringar mellan landsting och kommun. Mot denna bakgrund gör jag bedömningen att staten bör inta en aktiv roll i den ekonomiska regleringen. Genom att samtidigt förändra skattesatserna för kommuner och landsting, skatteutjämningssystemet och statens bidrag till huvudmännen samt genom ett nytt mellankommunalt omfördelningssystem kan detta intresse tillgodoses. Jag anser således att dessa instrument bör tillämpas för att ekonomiskt reglera reformen.

Även om remissinstanserna allmänt sluter upp bakom de regleringsinstrument som äldredelegationen föreslår finns skillnader i fråga om den vikt som bör läggas vid de olika instrumenten. Flera landsting och Landstingsförbundet anser att regleringen i första hand bör ske genom att staten

omfördelar sina bidrag från landsting till kommun. Många kommuner hävdar å andra sidan att skatteväxling bör vara det huvudsakliga regleringsinstrumentet.

Genom skatteväxling ges kommunerna en ekonomisk bas som framöver följer den ekonomiska utvecklingen i samhället. Vid en tillbakablick kan konstateras att under 1980-talet har utvecklingen av skatteunderlaget varit mer gynnsam än ökningen av statens bidrag till huvudmännen. Om statens stöd till huvudmännen skulle användas som huvudsakligt regleringsinstrument skulle kommunerna i kraftigt ökad grad bli beroende av statens stöd för sin utveckling av äldre- och handikappomsorgen. Som jag tidigare framhållit kommer behoven av ytterligare resurser till service och vård till äldre och handikappade att accentueras. Kommunerna ges genom reformen ett omfattande ansvar på ett expansivt område. Det finns därför tungt vägande skäl att tillförsäkra kommunerna ett skatteutrymme som bas för en framtida utbyggnad av insatserna till äldre och handikappade.

Om å andra sidan ersättningarna från socialförsäkringen, den s. k. Dagmarersättningen, inte skulle användas som ett regleringsinstrument skulle landstingen genom reformen bli relativt sett mer beroende av Dagmarersättningen som finansieringsinstrument för hälso- och sjukvården. Samtidigt skulle kommunerna i mindre grad komma att finansiera sin verksamhet med statsbidrag. Jag anser att en sådan effekt inte heller är godtagbar.

Enligt min bedömning bör statens ersättningar från socialförsäkringen till landstingen och de landstingsfria kommunerna, den s. k. Dagmarersättningen, från och med år 1992 reduceras proportionellt mot den andel av hälso- och sjukvården som bedöms bli avlyft från landstingen genom reformen. Härigenom kommer socialförsäkringsersättningarna till landstingen att svara för en lika stor andel av finansieringen som de gör idag.

Ett resursutrymme motsvarande de medel som lyfts av från den s. k. Dagmarersättningen bör istället tillföras kommunerna. Jag återkommer längre fram till hur detta bör ske.

Äldredelegationen föreslår att ett nytt mellankommunalt omfördelningssystem införs. Förslaget har vunnit gillande bland det stora flertalet remissinstanser. Riksskatteverket avstyrker emellertid förslaget och menar att den garanterade skattekraften i skatteutjämningssystemet bör förändras i stället.

Avsikten med den nya mellankommunala omfördelningen är dels att ge varje kommun täckning för sina nya nettokostnader år 1992, dels att stegvis omfördela det ekonomiska utrymme som förs över från landstinget till kommunerna efter behovsprinciper. En sådan omfördelning kan inte ske enbart genom förändringar av den garanterade skattekraften. Enligt min bedömning är det inte möjligt att omedelbart vid reformens genomförande tillämpa fasta behovskriterier för resursfördelningen fullt ut. Jag anser därför att ett särskilt mellankommunalt omfördelningssystem bör införas.

En förutsättning för att kunna tillämpa den mellankommunala omfördelningen och uppnå de fördelningssyften som jag redovisat är att statens sammanlagda stöd till kommunerna och landstinget i resp. län genom skatteutjämningsbidrag, Dagmarersättning och statsbidrag till kommunernas

äldre- och handikappomsorg för år 1992 inte påverkas till följd av huvudmannaskapsreformen. Enligtmin mening bör förändringarna i statens stöd ha en sådan inriktning att systemen blir ändamålsenliga och lätta att förstå och administrera. Resurserna bör fördelas efter kriterier som är lika för alla kommuner resp. landsting i landet. På motsvarande sätt gör jag bedömningen att förändringarna i skatteutjämningssystemet bör minimeras till att omfatta sådana förändringar som direkt följer av huvudmannaskapsreformens inverkan. Det finns inte skäl att nu, bl. a. med hänsyn till det uppdrag som utredningen om statsbidragen och kommunernas finansiering har, vidta mer långtgående förändringar i skatteutjämningssystemet.

8.4 Skatteväxling

Mitt förslag: Från och med år 1992 sänker varje landsting sin skattesats varvid kommunerna inom resp. landstingsområde tillåts höja sin skattesats motsvarande landstingets sänkning.

Storleken av det skatteutrymme som växlas bestäms så att den sammanlagda minskningen av ett landstings ekonomiska utrymme genom förändrad skattesats och förändringar i skatteutjämningssystemet och Dagmarersättningarna så nära som möjligt motsvarar den nettoavlastning som landstinget får genom huvudmannaskapsreformen.

Äldredelegationens förslag: Överensstämmer med mitt förslag.

Remissinstanserna: Två landsting förordar skatteväxling som förstahandsmetod för att reglera reformens ekonomiska konsekvenser.

164 kommuner uttalar sig positivt om äldredelegationens förslag till skatteväxling, varav 23 betonar skatteväxlingen som en av de viktigaste metoderna för ekonomisk reglering och fem uttrycker en önskan om en lagreglerad skatteväxling.

Svenska kommunförbundet anser att skatteväxlingen bör ske samtidigt och på samma nivå mellan de båda huvudmännen.

Landstingsförbundet förordar att den ekonomiska regleringen i första hand sker genom att Dagmarersättningen från socialförsäkringen till sjukvårdshuvumännen minskas på ett enhetligt sätt för sjukvårdshuvudmännen. Därefter görs skatteväxling i det enskilda länet till den del den genomsnittliga nivån i länet, räknat i kronor per skattekrona, överstiger den lägsta gemensamma nivån för samtliga län.

Skälen för mitt förslag: Genom en växling av skatteutrymme kan en ekonomisk resurs föras över från landsting till kommun. Eftersom skatteinkomsterna är den viktigaste inkomstkällan för kommuner och landsting är det av stor betydelse hur villkoren för beskattning ser ut.

Förslaget att reglera reformen bl. a. genom skatteväxling har remissinstansernas stöd. Däremot finns som nämnts olika uppfattningar om vilken omfattning skatteväxlingen skall ges i den samlade ekonomiska regleringen.

Enligt min mening bör underlaget för skatteväxlingen beräknas på följande sätt. Kommuner och landsting skall tillsammans beräkna den ekonomiska omfattningen av huvudmannaskapsreformen. Det är den beräknade nettoavlastningen till följd av reformen som skall utgöra grunden för skatteväxlingen. Med nettoavlastning menas här bruttokostnaderna för den aktuella verksamheten med reducering för olika intäkter. De intäkter det här kan vara fråga om är vissa öppenvårdsavgifter, ersättningar från andra landsting, försäljningsintäkter, interna omfördelningsposter samt den reducering av Dagmarersättningen som förutsätts ske.

Genom att relatera den framräknade nettoavlastningen för varje landsting till landstingets skatteunderlag kan den förändring i skattesats som behövs för att reglera den framräknade summan beräknas. Kommunerna inom landstingsområdet tillåts höja sin skattesats lika mycket som landstinget sänker sin skattesats. Härigenom kommer denna reform ej att påverka den sammanlagda skatteutdebiteringen i länet.

En förändring av skattesatsen för landsting och kommuner inverkar emellertid även på skatteutjämningssystemets funktion. När landstinget sänker sin skatt reduceras även det statliga tillskottet till landstingens skatteutjämning. På motsvarande sätt ökar det statliga tillskottet till kommunernas skatteutjämning vid en höjd skattesats.

Detta betyder att effekten av förändrad skattesats och förändrat utfall av skattutjämningssystemet måste ses i ett sammanhang. Skatteväxlingen bör således ske på en sådan nivå att utfallet av växlingen tillsammans med det förändrade utfallet av skatteutjämningen för det enskilda landstinget motsvarar den nettoavlastning till följd av reformen som beräknats.

Riksdagen har för åren 1991 och 1992 beslutat införa en lag (1990:608) om tillfällig begränsning av landstingens och kommunernas rätt att ta ut skatt. De skattesatser som gäller för skatt till landstingskommun eller primärkommun för år 1990 får således inte överskridas för åren 1991 och 1992. Ett undantag har dock gjorts för skatteväxling som sker i samband med att arbetsuppgifter skiftas mellan olika huvudmän. Begränsningen av kommunernas möjligheter att höja utdebiteringen gäller inte för sådana situationer. För dessa fall föreskrivs att den menighet från vilken uppgifter övertas skall vara tvungen att sänka sin utdebitering så att uttaget av skatt minskar med samma belopp som kostnaderna minskar på grund av omfördelningen. Den menighet som övertagit uppgifter får höja utdebiteringen i den mån det behövs för att täcka de ökade kostnader som uppstår på grund av omfördelningen. Höjningen får dock inte vara större än att den sammanlagda utdebiteringen för båda menigheterna blir oförändrad eller lägre än utdebiteringen för år 1990. Det ankommer enligt lagen på regeringen eller den myndighet regeringen bestämmer att meddela närmare föreskrifter om hur stor sänkning som skall göras av utdebiteringen för den kommun som lämnat ifrån sig uppgifter resp. hur stor höjning av skatten som får göras av den som åtagit sig ytterligare uppgifter.

Den skatteväxling som kommer att behövas för år 1992 torde få regleras genom författningsbestämmelser som meddelas av regeringen.

Mitt förslag: Den somatiska långtidssjukvården skall inte längre beaktas vid beräkningen av åldersfaktorn inom skatteutjämningen mellan landstingen. Denna del av vården skall i stället tas med vid beräkning av åldersfaktorn i den kommunala skatteutjämningen.

Den högsta utdebitering som får utgöra grund för beräkning av skatteutjämningsbidrag skall justeras för kommuner och landsting motsvarande för varje län förändringen av skattesatserna till följd av skatteväxlingen.

Äldredelegationens förslag: Överensstämmer med mitt förslag.

Remissinstanserna: 152 kommuner ansluter sig uttryckligen till de av delegationen föreslagna förändringarna av skatteutjämningen. Bland dessa framhåller 21 att skatteutjämningen är ett extra viktigt instrument i den ekonomiska regleringen.

30 kommuner betonar särskilt delegationens förslag att öka åldersfaktorns betydelse i skatteutjämningssystemet.

Svenska kommunförbundet tillstyrker delegationens principer att resurstilldelningen efter en period av mellankommunal omfördelning om möjligt bör föras in i skatteutjämningssystemet.

Skälen för mitt förslag: Skatteutjämningssystemet regleras i lagen (1988:491) om skatteutjämningsbidrag, samt i förordningen (1988:494) i samma ämne. För år 1990 uppgår skatteutjämningsbidragen till landstingen till 7,4 miljarder kr. och till kommunerna till 9,6 miljarder kr. Vid beräkning av tilläggen till grundgarantin resp. avdragen från denna inom skatteutjämningssystemet utgör åldersfaktorn en viktig grund. Genom åldersfaktorn tas hänsyn till hur vissa verksamheter påverkas av åldersfördelningen hos invånarna i varje kommun resp. landsting. Härigenom utjämnas ekonomiska resurser mellan huvudmän med en relativt sett fördelaktig ålderssammansättning och de med en mindre fördelaktig åldersstruktur.

Genom den förändring av uppgiftsfördelningen som jag har föreslagit kommer det ekonomiska ansvaret för den somatiska långtidssjukvården till helt övervägande del att föras över från landstingen till kommunerna. Det är i huvudsak den geriatriska rehabiliteringen som även framdeles skall vara ett landstingsansvar. Denna del av nuvarande resurser inom långtidssjukvården torde i allmänhet motsvara 10–15% av den totala verksamheten.

Enligt min mening är det följdriktigt att vid beräkning av tillägg eller avdrag för åldersstrukturens inverkan på kostnadsberäkningarna i skatteutjämningssystemet föra över faktorn för somatisk långtidssjukvård från landstingen till kommunerna. Omfördelningen mellan landstingen resp. kommunerna bör ske utifrån den verksamhet och det ekonomiska ansvar som kommunerna och landstingen har. Det är därför naturligt att genomföra den förändring som äldredelegationen föreslagit i denna del. Remissinstanserna har också tillstyrkt denna förändring. Enligt min mening bör

inte det förhållandet att landstingen behåller ansvaret för den geriatriska klinikfunktionen påverka bedömningen. Denna del av landstingens verksamhet kommer framdeles att vara liten i förhållande till den totala hälso- och sjukvården, varför den inte behöver beaktas vid beräkningen av landstingens åldersfaktor.

Genom att lyfta in faktorn för somatisk långtidssjukvård vid beräkningen av den kommunala åldersfaktorn kommer antalet äldre människor, särskilt i de högsta åldrarna, att väga tyngre inom skatteutjämningen för kommunerna än vad de gör för närvarande. Detta är också rimligt med tanke på att kommunernas ansvar för långtidssjukvården vidgas avsevärt och att denna verksamhet i hög grad är åldersberoende.

I detta sammanhang vill jag erinra om att kostnadsmåtten vid beräkning av landstingens åldersfaktor resp. kommunernas inte överensstämmer med varandra. På landstingssidan används ett bruttokostnadsbegrepp och på kommunsidan nettokostnaderna för olika verksamheter. Enligt min mening bör faktorn för somatisk långtidssjukvård, när den flyttas till kommunerna, rensas så att den beskriver nettokostnaderna för verksamheten. Det betyder att bl. a. den reducering av Dagmarersättningen som bör komma till stånd skall avräknas. Härigenom kommer faktorn för somatisk långtidssjukvård, i förhållande till andra kommunala faktorer som är åldersberoende, att få rätt tyngd i den kommunala skatteutjämningen.

Eventuellt bör de för de landstingsfria kommunerna använda procentsatserna vid sammanvägningen av åldersfaktorn för primärkommunala (58 %) verksamheter respektive landstingskommunala (42 %) verksamheter ändras.

Utöver den nu nämnda förändringen av åldersfaktorn bör även "taken" för utdebiteringen i skatteutjämningssystemet förändras. Detta är en följd av förändringen av skattesatserna som sker genom skatteväxlingen. För att inte skatteutjämningens fördelningsprinciper skall förändras bör utdebiteringstaken justeras proportionellt mot den förändrade skattesatsen. Det betyder att en sänkning av landstingsskatten med t. ex. 3 kronor bör föranleda en sänkning av taket för detta landsting med 3 kronor. På motsvarande sätt höjs taket för samliga kommuner beroende på nivån för skatteväxlingen.

De förändringar av skattesatserna som sker vid en skatteväxling påverkar skatteutjämningsbidragets totala storlek, dvs. statens kostnader för skatteutjämningen. Detta förhållande beror på skatteutjämningssystemets uppbyggnad, bl. a. det förhållande att det garanterade skatteunderlaget till kommunerna är större än till landstingen. Genom höjningen av de kommunala skattesatserna ökar bidraget således mer än den minskning som följer av den motsvarande sänkningen av skattesatsen på landstingssidan.

Den ekonomiska regleringen av huvudmannaskapsreformen innebär att resurser skall flyttas från landsting till kommun. Statens kostnader skall således inte öka. Enligt min bedömning finns det inte skäl att som följd av reformen göra förändringar i skatteutjämningssystemets konstruktion, utöver de förändringar som jag nyss förordat. Eventuella förändringar i

övrigt av skatteutjämningssystemet bör anstå tills dess att den kommitté (dir. 1990:20) som nu arbetar med bl. a. denna fråga slutfört sitt arbete.

Skatteväxlingen innebär således att statens kostnader för skatteutjämningen ökar. Det är kommunerna som totalt sett drar nytta av denna förändring. Enligt min mening bör denna förändring få slå igenom. Som jag nyss sagt bör antalet äldre personer i kommunerna ges en större tyngd när den nu föreslagna reformen genomförts. Däremot är det inte acceptabelt att statens kostnader i samband med reformen ökar. Jag anser därför att en del av det finansiella utrymme som uppstår genom reduktionen av Dagmarersättningen till landstingen bör användas för att finansiera statens ökade kostnader för skatteutjämningen till kommunerna.

Som jag tidigare nämnt är det inte nu möjligt att ange skatteväxlingsnivån för varje län. Vidare är det den *sammantagna* effekten av förändring av skattesatsen och de nu nämnda förändringarna i skatteutjämningssystemet som så långt möjligt skall motsvara regleringsvolymen i resp. landsting.

I samband med den planerade propositionen om den närmare utformningen av den ekonomiska regleringen får ställning tas till vilka författningsändringar som behövs för att genomföra de förändringar i fråga om skatteutjämning som jag här bedömt bör ske.

8.6 Förändringar av ersättningarna från sjukförsäkringen och av statsbidragen

Mitt förslag: Ramen för ersättningarna från sjukförsäkringen till landstingen, den s. k. Dagmarersättningen, skall reduceras för år 1992 proportionellt mot den kostnadsandel av hälso- och sjukvården som lyfts av landstingen genom reformen. Reduceringen bör fastställas till visst antal kronor per invånare.

Medelsramen för statens bidrag till kommunerna för stöd och hjälp i boendet höjs med ett belopp som motsvarar minskningen av Dagmarersättningen till landstingen reducerat med det belopp som motsvarar statens ökade kostnader för skatteutjämningsbidragen.

Grunderna för fördelning av statens bidrag till kommunerna för stöd och hjälp i boendet förändras så att medlen fördelas efter behovskriterier. De kriterier som bör komma till användning är antalet förtidspensionärer och antalet personer i de högsta åldrarna i kommunen, andelen ensamboende äldre personer samt glesbygdsgraden i resp. kommun.

Äldredelegationens bedömning: Det bör prövas hur statens stöd skall fördelas mellan landsting och kommun. Det finns också skäl att närmare överväga hur statens stöd till huvudmännen bör utformas. Därvid bör man överväga om ett stöd fördelat efter behovskriterier kan vara ändamålsenligt även inom det primärkommunala området.

Remissinstanserna: Fem landsting betonar att en överföring av statsbi-

drag bör användas i första hand vid den ekonomiska regleringen, bl. a. som ett medel att hålla skatteväxlingen på så låg nivå som möjligt. Stockholms läns landstingskommun menar att ingen skatteväxling behövs i regionen om man omfördelar de statsbidrag, som idag finns för verksamheten, till primärkommunerna.

Den översyn av statsbidragen som aviseras i delegationens rapport får ett positivt mottagande. Några kommuner framhåller härvid nödvändigheten av mer generella bidrag, kopplade till bl. a. åldersstrukturen. Någon form av indexreglering för att bidragen inte skall urholkas efterlyses också.

Skälen för mitt förslag: En del i den ekonomiska regleringen av huvudmannaskapsreformen bör vara att statens bidrag till landsting och kommuner omfördelas mellan huvudmännen. Enligt min mening bör medelsramen för den s. k. Dagmarersättningen till landstingen och de landstingsfria kommunerna reduceras från och med år 1992 med den andel av hälso- och sjukvårdskostnaderna som avlastas landstingen genom reformen. Reduceringen av ersättningarna inom Dagmarsystemet bör fastställas till visst antal kronor per invånare.

Omfördelningen av statens bidrag från landsting till kommun innebär att ett resursutrymme som motsvarar den reducering som sker på landstingssidan skall överföras till kommunerna. Jag har i avsnitt 8.5 redovisat att förändringen av skattesatserna genom skatteväxling och skatteutjämningen innebär ökade statliga kostnader för skatteutjämningen. Hur stor ökningen kommer att bli beror på skatteväxlingsnivån vilken inte kan fastställas förrän kostnadsuppgifterna från kommuner och landsting har lämnats. Det betyder att det inte nu är möjligt att avgöra hur stor del av det resursutrymme som frigörs genom minskningen av Dagmarersättningen som skall överföras till kommunerna som kommer att behöva tillskjutas i skatteutjämningssystemet. Mycket talar emellertid för att det rör sig om ett belopp i storleksordningen 200 milj. kr. Resterande belopp bör enligt min bedömning läggas till medelsramen för statens bidrag till kommunerna för stöd och hjälp i boendet. För verksamhetsåret 1989 uppgick det nämnda bidraget till 3,1 miljarder kr. Medelsramen kommer således att öka högst betydligt genom den omläggning jag nu förordar. Det är också rimligt eftersom kommunernas åtagande när det gäller stöd och hjälp i boendet ökar kraftigt genom den föreslagna reformen.

Villkoren för statens bidrag till kommunerna för stöd och hjälp i boendet finns i förordningen (1983:944) om statsbidrag till kommunerna för stöd och hjälp i boendet. Av förordningen framgår att bidrag lämnas med 34 000 kronor för varje årsarbetare inom kommunernas verksamhet med stöd och hjälp i boendet åt äldre, handikappade och barnfamiljer. För vart och ett av åren 1989 och 1990 lämnas även statsbidrag för personalutvecklande åtgärder inom äldreomsorgen om 100 milj. kr. per år. För dessa år finns också vissa övergångsregler för att mildra omfördelningseffekterna i förhållande till de tidigare bidragsreglerna.

Det nuvarande statsbidraget till kommunerna är knutet dels till det antal årsarbetare som kommunen har inom den sociala hemhjälpen, dels till antalet ålderdomshemsplatser. Det är alltså ett prestationsbaserat bidrag

och det ökar när kommunen anställer fler personer inom den verksamhet som är bidragsberättigad eller öppnar fler platser på ålderdomshem.

Äldredelegationens bedömning att bidraget bör fördelas efter behovskriterier stöds av det stora flertalet av de remissinstanser som berört frågan. Jag anser också att fördelningsgrunderna för statens bidrag till kommunerna för stöd och hjälp i boendet bör förändras i angiven riktning från och med verksamhetsåret 1992.

Genom förändringen av uppgiftsfördelningen mellan landsting och kommun utvidgas kommunernas ansvar avsevärt. Enligt min mening bör det vara en uppgift för kommunen att bedöma vilka verksamhetsformer som behövs. Det nuvarande bidraget premierar bl.a. personalintensiva lösningar, vilket är mindre lämpligt då personaltillgången är begränsad i flera delar av landet. Bidraget styr för närvarande negativt även så tillvida att service som ges vid dagcentraler, genom varuhemsändning, matdistribution eller städpatruller inte är bidragsberättigad. Staten bör inte genom sitt allmänna finansiella stöd gynna vissa sätt att organisera äldre- och handikappomsorgen och missgynna andra.

Det nuvarande bidraget är också krångligt att administrera. Det finns en rad avgränsningsproblem som tillsammans med de övergångsbestämmelser som gäller för åren 1989 och 1990 skapar stora svårigheter att bedöma utfallet av bidraget såväl på kommunal som statlig nivå.

Ett prestationsbaserat bidragssystem gynnar kommuner som har en hög servicenivå. Kommuner som har en hög andel äldre personer, vilket inte sällan sammanfaller med låg skattekraft, och som inte byggt ut sin verksamhet missgynnas av ett prestationsrelaterat bidrag.

Enligt min mening bör statens stöd ge de olika kommunerna likartade förutsättningar att klara den uppgift som de åläggs genom lagstiftning. Statens roll bör således inte vara att med statsbidraget styra mot en viss verksamhet, utan ge ett finansiellt stöd baserat på respektive kommuns behov med avseende på äldre och handikappade. Dessa behov bör definieras med utgångspunkt i objektiva kriterier som inte kommunen kan påverka. Kriterierna bör utgöras av sådana faktorer som inverkar på behovet av service och vård i befolkningen.

Enligt min mening kan det härutöver finnas skäl för staten att under en begränsad tidsperiod genom särskilda satsningar stimulera en viss utveckling inom huvudmännens verksamhet. Det är emellertid viktigt att den stora ekonomiska volymen i statens bidrag lämnas efter i förväg kända kriterier. Härigenom ges kommunerna goda möjligheter att prognostisera sina intäkter från statsbidragen.

Den faktor som mest påtagligt bestämmer behovet av service och vård inom äldre- och handikappomsorgen är antalet äldre personer i de högsta åldrarna. Även antalet yngre personer med stora funktionsnedsättningar inverkar på detta behov. Jag anser att den del av medelsramen i det framtida statsbidraget som motsvarar yngre personers andel i konsumtionen av service och vård bör fördelas efter antalet förtidspensionärer i kommunerna. Det betyder att en summa som motsvarar ca 10–15% av medelsramen fördelas per förtidspensionär. Resterande belopp bör fördelas efter antalet personer i de högsta åldrarna. Utgångspunkten vid fördel-

ningen av bidraget bör vara konsumtionsfördelningen beträffande den service och vård som kommunerna i framtiden blir ansvariga för. En viktning bör ske så att bidraget utgår med ett högre belopp per person i ålderklassen 85–90 år än per person i t.ex. åldersklassen 75–80 år. Skillnaden i bidrag per person i de olika åldersklasserna bör således avspegla den för riket genomsnittliga skillnaden i vårdkonsumtion i de olika åldersgrupperna. Genom ett fördelningssystem av detta slag kommer kommuner med många medborgare i de högsta åldrarna att gynnas. Det är också där som behoven är stora av service och vård.

En annan faktor som har stor betydelse för behovet av service och vård är hur stor del av de äldre som bor ensamma. Studier visar att andelen ensamboende, dvs. människor som bor ensamma i eget boende, är avsevärt högre bland dem som får service och vård än bland andra människor i samma åldrar. Skillnaderna mellan kommunerna är relativt stora i detta avseende. Generellt är andelen ensamboende större i storstäderna än i resten av landet, men det finns även variationer mellan olika landsdelar i övrigt. Enligt min mening finns det skäl att vid fördelningen av statens bidrag till kommunerna väga in den relativa andelen ensamboende äldre i befolkningen i resp. kommun. Detta kan ske genom att det bidrag som erhålls vid en sammanräkning av de två ovan nämnda fördelningskriterierna multipliceras med ett index som uttrycker resp. kommuns relativa andel ensamboende äldre i förhållande till riksgenomsnittet.

Behoven av service och vård, liksom kostnaderna för att tillgodose dem, påverkas även av kommunens geografiska struktur. I kommuner som är stora till ytan och som har få invånare blir kostnaderna för verksamheten högre än i kommuner som har många äldre per ytenhet. Detta förhållande förstärks av den pågående utvecklingen mot utökat stöd i det egna boendet. Enligt min mening finns det skäl att även beakta denna faktor vid fördelningen av statsbidraget. Detta kan ske genom att antalet personer som är 80 år och däröver sätts i förhållande till resp. kommuns yta. Kommunerna klassindelas efter antalet personer 80 år och däröver per kvadratkilometer och utgående bidrag, beräknat enligt nyss redovisade tre kriterier, och multipliceras med en faktor som uttrycker kommunens glesbygdsgrad.

Jag förordar således att statsbidraget till kommunerna för stöd och hjälp i boendet fördelas efter vissa fastställda behovskriterier. Dessa kriterier bör vara antal förtidspensionärer, viktat antal personer i de högsta åldrarna, den relativa andelen ensamboende i kommunen samt kommunens glesbygdsgrad.

En omläggning av statsbidraget på det sätt som jag skisserat innebär att bidraget omfördelas jämfört med utfallet då nuvarande kriterier används. Genom att omläggningen genomförs samtidigt med den ekonomiska regleringen i övrigt av huvudmannaskapsreformen kan emellertid dessa omfördelningseffekter begränsas. Som jag nyss nämnt är avsikten att medelsramen i statsbidraget skall höjas avsevärt genom att resurser motsvarande den sänkning som görs av bidraget från sjukförsäkringen till landstingen förs till statsbidraget till kommunernas äldre- och handikappomsorg.

Genom att den ekonomiska regleringen av reformen kommer att ske så

att det sammanlagda statliga stödet genom Dagmarersättningen, statsbidraget till kommunerna och skatteutjämningen till resp. län skall förbli oförändrat år 1992, jämfört med om huvudmannaskapsförändringar ej genomförts kommer den omfördelning mellan kommunerna i olika län som annars skulle blivit fallet att neutraliseras vid reformens genomförande. Genom detta förfarande kommer det mellankommunala omfördelningssystem som jag beskriver i avsnitt 8.7 inledningsvis att begränsa omfördelningseffekterna för länets kommuner av omläggningen av statsbidraget.

Genom den omläggning av statsbidraget till kommunerna som jag nu beskrivit kommer resp. kommun på sikt att få ett tillskott från staten som är relaterat till omfattningen av de behov av äldre- och handikappomsorg som finns inom kommunen. Kommunerna ges härigenom likartade förutsättningar att fullgöra det ansvar som i lag lagts på dem.

8.7 Mellankommunal omfördelning m. m.

Mitt förslag: Ett system bör införas för omfördelning av resurser dels mellan olika län under en övergångstid, dels mellan kommunerna inom respektive landstingsområde. Detta bör ske så att varje kommun år 1992 erhåller täckning för de nettokostnader som följer av huvudmannaskapsreformen. Därefter bör en stegvis anpassning ske till en behovsbaserad resursfördelning.

Till grund för en behovsbaserad resursomfördelning bör läggas uppgifter om kommuninvånarnas konsumtion av somatisk långtidssjukvård jämförda med den beräknade genomsnittliga konsumtionen av sådan sjukvård inom landstingsområdet. Vid jämförelserna skall hänsyn tas till ålderssammansättningen i de olika kommunerna. Även andra behovskriterier som andelen ensamboende och glesbygdsgraden kan behöva beaktas.

Anpassningstidens längd bör avvägas med hänsyn till de skillnader mellan olika kommuner som framkommer vid analys av det underlag för kostnadsberäkningar som kommuner och landsting lämnar.

Det mellankommunala omfördelningssystemet bör lagfästas och administreras av riksskatteverket.

Äldredelegationens förslag: Ett system för omfördelning mellan kommunerna i respektive län införs. Systemet bör utformas så att kommunerna får resurser motsvarande det nya åtagandet under det första året. Under en period på fem till åtta år skall det finansiella utrymme som omfördelas stegvis allt mer omfördelas efter åldersfaktorn. Vid mitten av den valda övergångstiden bör en avstämning av systemet ske, varvid förändringar i omfördelningen mellan kommunerna kan komma till stånd. Om samtliga kommuner i länet vid detta tillfälle är överens om att en annan omfördelning än den nationellt fastställda bör gälla, skall de kunna tillämpa ett sådant alternativt omfördelningssystem. Det mellankommunala omfördel-

ningssystemet föreslås administreras centralt och beloppen avräknas vid utbetalning av kommunalskattemedel från riksskatteverket.

Remissinstanserna: 142 remissinstanser tillstyrker uttryckligen att systemet med mellankommunal omfördelning införs. Dessa instanser delar i huvudsak äldredelegationens argument för ett sådant system.

Riksskatteverket, Landstingsförbundet och Malmöhus läns landstingskommun och 14 kommuner avstyrker förslaget.

De kommuner som avstyrker menar vanligtvis att systemet blir för byråkratiskt och ändå inte ger den rättvisa som eftersträvas. En direkt ändring i skatteutjämningssystemet förordas i stället.

Landstingsförbundet finner den föreslagna mellankommunala omfördelningsmodellen vara principiellt tveksam. Enligt förbundets mening måste systemet i sin helhet regleras av staten.

Svenska kommunförbundet och 69 kommuner förordar den tidsperiod för omfördelning som delegationen förordat, fem till åtta år. Svenska kommunförbundet understryker att tiden inte får vara för lång. 26 kommuner vill ha kortare tid och 15 kommuner vill ha längre tid för omfördelning.

Svenska kommunförbundet förordar att antalet äldre över 80 år i befolkningen bör vara den enda utjämningsfaktorn, medan 30 kommuner vill ha en kombination av antalet äldre än 80 år och antalet personer i åldrarna 65–79 år.

28 kommuner menar att en glesbygdsfaktor är nödvändig och 20 kommuner visar på andra faktorer som bör användas t.ex. andelen yngre handikappade, antalet förtidspensionärer och andelen ensamboende.

167 remissinstanser tar inte ställning till delegationens förslag rörande det mellankommunala omfördelningssystemet.

Skälen för mitt förslag: En viktig utgångspunkt för den ekonomiska regleringen av huvudmannaskapsreformen är att varje kommun skall få täckning för sitt nya åtagande år 1992. Med de regleringsinstrument som jag hittills behandlat uppnås inte detta resultat. Det är först genom en omfördelning mellan kommunerna inom landstingsområdet av de resurser som överförs från landstinget som detta mål kan uppnås.

Genom skatteväxling, de förordade förändringarna i skatteutjämningen och i statens bidrag till kommuner och landsting uppnås en omfördelning mellan landsting och kommuner i landet. I skatteutjämningen och i det avsedda nya statsbidraget till kommunerna finns starka inslag av behovsbaserad resursfördelning.

Eftersom nuvarande konsumtions- och resursfördelning inte överensstämmer med de kriterier för behovsbaserad resursfördelning som förordas kommer kommuner som övertar ett omfattande kostnadsansvar i förhållande till de föreliggande behoven, mätta med beskrivna mått, att drabbas ekonomiskt om inte ytterligare omfördelning sker.

Enligt min bedömning bör ett kommunalt omfördelningssystem införas som ger varje kommun täckning för de nya nettokostnader som följer av huvudmannaskapsreformen år 1992. Några remissinstanser menar att omfördelningen bör ske inom ramen för nuvarande skatteutjämningssystem. Med tanke på att detta system nu utreds bör inte några mer långtgående

förändringar ske inom ramen för detta system. I avvaktan på resultatet av utredningen om statsbidragen och kommunernas finansiering bör ett särskilt mellankommunalt omfördelningssystem införas och tillämpas tills vidare. Som jag tidigare nämnt har utredningen i uppdrag att bl. a. utreda om ett mellankommunalt omfördelningssystem kan inarbetas i skatteutjämningssystemet eller avlösas av ett nytt system för omfördelning.

Den sammantagna effekten av tillämpning av skatteväxling, skatteutjämning och förändring av statens bidrag till kommunerna leder till omfördelningar mellan kommunerna i de olika länen. Detta är inte förenligt med principen att alla kommuner skall få täckning för sina nya kostnader år 1992. Därför bör vid fastställandet av ingångsvärdena inom det mellankommunala systemet den nämnda omfördelningen neutraliseras. Detta bör ske genom att ingångsvärdet blir indentiskt med regleringssumman. Först vid omfördelningsperiodens slut kommer härigenom de valda behovskriterierna att verka fullt ut.

Omfattningen av det nya åtagande som varje kommun får genom huvudmannaskapsreformen kan bero på behoven hos kommunens befolkning, kommunens utbyggnad av egna resurser för service och vård till äldre och handikappade, på kostnaderna för att producera tjänster i kommunen och på den servicenivå som valts. Enligt min mening finns det inte skäl att för all framtid bibehålla den fördelning av de från landstingen överförda resurserna för främst somatisk långtidssjukvård som kommer att gälla år 1992. Om resurserna omfördelas efter behov kommer respektive kommun att själv få finansiera en hög servicenivå samt en dyr sammansättning av resurserna för service och vård. Sådana förhållanden som att kommunen har många äldre, vilket påverkar behovet av service och vård, bör dock inte belasta enbart den egna kommunens befolkning.

Jag förordar att en omfördelning sker mellan kommunerna i varje län efter i förväg bestämda behovskriterier. Det är den slutna somatiska långtidssjukvården som har störst ekonomisk tyngd i reformen. Denna vård finansieras idag huvudsakligen genom landstingets skatteuttag. Konsumtionen av somatisk långtidssjukvård bland befolkningen i de olika kommunerna inom landstingsområdet varierar emellertid. Vid utjämningsperiodens slut bör enligt min mening resurserna för den servicenivå inom den somatiska långtidsjukvården som gäller inom landstinget vid reformens genomförande fördelas lika till kommunerna inom landstingsområdet. I detta sammanhang bör konsumtionen i landstingsområdet resp. i varje kommun relateras till befolkningens sammansättning. Detta kan ske genom att den för landstinget genomsnittliga konsumtionen av somatisk långtidssjukvård i olika åldersgrupper jämförs med varje kommunbefolknings faktiska utnyttjande av somatisk långtidssjukvård. Detta förhållande kan uttryckas som ett index där ett tal under 100 visar att kommunen har en lägre åldersstandardiserad långvårdskonsumtion än länsgenomsnittet och ett tal över 100 innebär en högre långvårdskonsumtion. Vid utjämningsperiodens slut bör, enligt min mening, resurserna för somatisk långtidssjukvård på detta sätt fördelas lika mellan kommunerna, med hänsyn tagen till varje kommuns befolkningssammansättning.

Flera kommuner har i sina remissvar framhållit att det behövs ytterliga-

re kriterier för att uppnå en rättvis fördelning av de resurser som överförs från landstinget. Enligt min mening bör även andra faktorer såsom andelen ensamboende och glesbygdsgraden i kommunen kunna beaktas. Om dessa faktorer påtagligt omfördelar resurserna mellan kommunerna jämfört med en fördelning utan dessa bör de båda kriterierna komma till användning. Först när det definitiva underlaget om den ekonomiska regleringen av reformen för varje kommun föreligger kan slutlig ställning tas i denna del.

Det mellankommunala omfördelningssystemet bör konstrueras så att ett ingångsbelopp räknas fram för varje kommun. Dessutom bör ett belopp vid omfördelningsperiodens slut framräknas. Dessa belopp beräknas så som jag nyss beskrivit. Vid beräkning av utgångsvärdet bör förutom de nämnda faktorerna även de belopp som tillskjuts resp. frånderas kommunerna i de olika länen vid fastställande av ingångsbeloppen justeras. Avsikten är att de behovskriterier som finns i de olika systemen vid omfördelningens slut skall få fullt genomslag. Därför skall utgångsvärdena för kommunerna i ett län som år 1992 får ett tillskott från kommunerna i andra län reduceras med detta tillskott. Denna reduktion bör vara proportionell mot regleringssumman för respektive kommun.

Flertalet remissinstanser ansluter sig till äldredelegationens bedömning att en omfördelningstid om fem till åtta år bör tillämpas. För egen del är jag inte beredd att nu förorda vilken omfördelningstid som kan behövas. Detta blir beroende av vilka skillnader som uppkommer mellan kommunerna i de olika länen mellan ingångsvärde och utgångsvärde med tillämpning av de principer för beräkning av dessa som jag nyss skisserat. Omfördelningstidens längd kan därför först bestämmas när kommuner och landsting beräknat vilka nettokostnader som uppkommer i respektive kommun till följd av denna reform.

Enligt min bedömning bör även en nedre gräns sättas för om det mellankommunala omfördelningssystemet överhuvudtaget skall tillämpas i ett landstingsområde. Om det mellankommunala omfördelningssystemets tillämpning inte omfördelar mer än helt marginella belopp bör det inte komma till användning inom ett landstingsområde.

Enligt min mening finns det inte skäl att införa en sådan bestämmelse om omprövning av kriterierna för omfördelning mellan kommunerna vid halva anpassningstiden som äldredelegationen föreslår. Om de olika länen skulle välja att tillämpa olika omfördelningskriterier skulle systemets komplexitet öka ytterligare, vilket skulle försvåra dess administration. Med tanke på att den kommitté som nu ser över statsbidragen och kommunernas finansiering har till uppgift att analysera bl. a. det förordade mellankommunala systemets framtida utformning finner jag inte att skäl föreligger till lokala avvikelser från de föreslagna omfördelningsprinciperna.

Grunderna för det mellankommunala systemet bör, enligt min bedömning, anges i en särskild lag. Regeringen bör bemyndigas att i förordning ange de närmare förutsättningarna för systemets olika komponenter. Den praktiska tillämpningen av det mellankommunala omfördelningssystemet bör handhas av riksskatteverket. De belopp som skall tillföras respektive

dras från kommunerna i landet bör regleras mot utbetalningen av kommunalskattemedel.

För att inte beloppen i det mellankommunala omfördelningssystemet skall urholkas av inflationen bör de årligen justeras med hänsyn till utvecklingen av konsumentprisindex.

Jag har för avsikt att föreslå regeringen att ett förslag till lag om mellankommunal omfördelning läggs fram i den proposition som aviserats om den närmare regleringen av huvudmannaskapsreformens ekonomiska konsekvenser.

9 Ett utökat statligt stöd

9.1 Äldrereformen och personalens roll

Både de omfattande organisatoriska förändringar som följer av denna reform och den delvis förändrade synen på service och vård påverkar personalen inom äldre- och handikappomsorgen. Häri ingår alla de som idag arbetar bland äldre och handikappade hos landsting och kommuner. Indirekt berörs också stora grupper av administrativ personal hos båda huvudmännen. Förändringen kommer dock att bli mest påtaglig för personalen på de sjukhem och inom hemsjukvården, dagverksamheter m. m. som genom de förslag jag redovisat får kommunen som ny arbetsgivare.

En positiv och kompetent personal är den viktigaste förutsättningen för att denna reform skall kunna genomföras på avsett sätt. Personalen inom äldre- och handikappomsorgen utför ett beundransvärt och ovärderligt arbete. Utvecklingen av vårdbehoven och förändringar av inriktningen på service och vård ställer stora krav på kompetens och engagemang. Jag vill här bl. a. framhålla de insatser som görs inom den somatiska långtidssjukvårdens institutioner där man på många håll, trots de ibland otillfredsställande fysiska förutsättningarna, lyckas erbjuda människor en god vård och omsorg. För många kommer dock förändringar av den invanda arbetsmiljön med fastlagda rutiner liksom den enskildes krav på högre grad av integritet i boendet att ställa förändringsviljan på prov. Det är naturligt att förändringar också kan mötas med skepsis och även med viss oro.

Kommunerna får ett stort ansvar när det gäller förverkligande av reformens intentioner, såväl vad gäller de organisatoriska aspekterna som förändringar i vårdinnehållet. Det är av yttersta vikt att den berörda personalen ges information om syftet med reformen, att de blir delaktiga i förändringsarbetet och att de ges förutsättningar att påverka utvecklingen av verksamheten. Enligt min mening finns det inte någon motsättning mellan behovet av en vidareutvecklad medicinsk kompetens och det sociala synsätt som är en utgångspunkt för denna reform. Ett socialt synsätt bör utgöra grunden för den dagliga omsorgen. Samtidigt är det viktigt att det finns kvalificerad medicinsk kompetens nära tillgänglig för den kommunala organisationen. I den samordnade äldre- och handikappomsorgen som föreslås vill jag alltså betona vikten av integration och helhetssyn.

För att utveckla kvaliteten inom service och vård har huvudmännens

satsningar på utbildning, handledning och stöd i utvecklingsarbete stor betydelse. Huvudmännen har därför enligt min mening ett gemensamt ansvar att diskutera hur fortbildningsbehov i samband med reformen skall tillgodoses. Socialtjänstens personal kan bl. a. behöva viss fortbildning när det gäller medicinska uppgifter och landstingets personal om socialtjänsten och arbetsformerna där.

9.2 Medel för personalutveckling

Min bedömning: Ett statligt bidrag om 1 000 milj. kr. bör utgå för år 1991 för informations- och utbildningsinsatser inför reformens genomförande.

Informationen och utbildningen bör avse all personal, såväl hos kommun som landsting, som kommer att beröras av de föreslagna förändringarna. Utbildningen bör planeras och genomföras i nära samarbete mellan huvudmännen.

Bidraget avses utgå till kommunerna och fördelas med 2 785 kr. efter antalet i kommunen bosatta personer 80 år och äldre den 1 januari 1990. De medel som genom detta bidrag kommer att utgå till kommunerna skall även täcka kostnader för information och utbildning för viss landstingskommunal personal.

Äldredelegationens förslag: I delegationens rapport tas upp behovet av en bred informations- och utbildningsverksamhet om de grundläggande syftena med förändringen. Det är viktigt att den aktuella reformen förenas med personalutvecklande åtgärder.

Remissinstanserna: Flera remissinstanser har berört frågan om information och utbildningsinsatser i samband med genomförande av reformen.

Svenska kommunförbundet hävdar att ett resurstillskott behövs för en gemensam breddutbildning inför genomförandet av reformen. Dess förbundsstyrelse förordar att ett särskilt statsbidrag utgår redan under år 1991 med ett totalt belopp på 1 000 milj. kronor. Föreningen Sveriges Socialchefer anser det angeläget att inför reformen öka fortbildningsinsatserna för att ge personal hos båda huvudmännen en gemensam grundsyn inför förändringen.

SKAF anser att genomförandet av huvudmannaskapsförändringen kräver särskilda informations- och utbildningsinsatser. Dessa bör genomföras i god tid före själva reformen i samarbete mellan kommuner och landsting samt berörda arbetstagarorganisationer. Särskilda pengar måste avsättas för sådana insatser.

SKTF delar äldredelegationens uppfattning om att behovet av personalutvecklande åtgärder är stort. Samarbetet mellan äldreomsorgens olika yrkesgrupper är en av de viktigaste förutsättningarna för att den föreslagna förändringen framgångsrikt skall kunna genomföras. Det är viktigt att de olika yrkesgrupperna ges reella förutsättningar att utveckla och upprätthål-

la ett bra samarbete. Det krävs tid för gemensamma träffar, fortbildning, utbildning och information inför reformens genomförande.

SHSTF anser att det behövs extra ekonomiska medel för att bereda personalen från de båda verksamheterna möjlighet att aktivt delta i själva genomförandeprocessen.

Skälen för min bedömning: Mitt förslag om förändrat huvudmannaskap för service och vård till äldre- och handikappade berör ett stort antal anställda inom landsting och kommuner. Jag har tidigare nämnt den stora vikt jag lägger vid tillgången till en kunnig och engagerad personal. Jag instämmer i de synpunkter som bl.a. Svenska kommunförbundet och de olika fackliga organisationerna för fram när det gäller behovet av förberedande informations- och utbildningsinsatser inför genomförandet av reformen. Ansvaret för att dessa insatser genomförs ligger hos huvudmännen. Jag anser dock att ett särskilt statligt bidrag om 1 000 milj. kr. bör utgå till kommunerna för år 1991 för insatser inom detta område för att underlätta reformens genomförande.

Inför genomförandet av den nya kommunala organisationen för service och vård krävs omfattande informations- och utbildningsinsatser. Förutom allmän information kring reformens syfte behövs utbildning för olika personalgrupper om t.ex. den lagstiftning som styr socialtjänsten respektive hälso- och sjukvården och om kommunen och dess arbetssätt.

Det nu föreslagna statliga bidraget avser endast informations- och utbildningsinsatser kopplade till genomförandet av reformen.

Målgruppen för utbildningen bör i princip vara all den personal som direkt eller indirekt berörs av reformen både inom kommuner och landsting. Härmed avses den personal som redan idag finns inom den kommunala äldre- och handikappomsorgen och den personal som genom de förslag jag tidigare presenterat kommer att tillhöra denna. För att reformen skall få avsedd effekt anser jag dock att även den personal som arbetar inom områden som kommer att omfattas av det kommunala betalningsansvaret bör tas med. Det är också av stor vikt att övrig landstingskommunal personal inom exempelvis primärvården får erforderlig information och utbildning.

Detta innebär att insatserna bör planeras och genomföras i nära samråd mellan huvudmännen. Jag har också erfarit att gemensamt förberedelsearbete mellan huvudmännen vad avser information och utbildning redan har inletts. Som exempel kan nämnas att Svenska kommunförbundet tillsammans med Landstingsförbundet och de berörda fackliga organisationerna förbereder ett gemensamt studiematerial. Detta material beräknas föreligga under sommaren 1991 och kan därmed användas i förberedelsearbetet under hösten 1991.

Jag vill i detta sammanhang också framhålla vikten av att huvudmännen vid sidan av det särskilda statliga bidraget avsätter egna medel för information och utbildning inför reformens genomförande.

Bidraget bör fördelas efter antalet i kommunen bosatta personer 80 år och äldre den 1 januari 1990. Härmed är bidragets fördelningsgrunder entydiga och de enskilda kommunerna kan redan nu beräkna det statliga bidragets storlek. Bidraget avses utgå för kalenderåret 1991 och avses liksom bidraget till kommunerna för stöd och hjälp i boendet utbetalas i

efterskott, dvs. under 1992. Bidraget bör administreras av socialstyrelsen. Jag avser föreslå regeringen att ge socialstyrelsen i uppdrag att senast den 1 juni 1992 redovisa hur den informations- och utbildningsverksamhet som det statliga stödet har bidragit till har bedrivits.

Jag har för avsikt att återkomma till denna fråga i den tidigare aviserade propositionen om reformens ekonomiska reglering som avses föreläggas riksdagen under våren 1991. I detta sammanhang kommer jag också att föreslå att 1 000 milj. kr. anvisas under budgetåret 1991/92 för särskilda informations- och utbildningsinsatser i samband med denna reform.

9.3 Ett särskilt statligt bidrag för att underlätta omstruktureringen inom service och vård

Min bedömning: Ett särskilt statligt bidrag om 1 000 milj. kr. per år bör utgå till kommunerna fr. o. m. år 1992 för att underlätta omstruktureringen inom service och vård. Bidraget bör utgå i tre år vilket innebär att sammanlagt 3 000 milj. kr. föreslås avsättas för detta ändamål. Bidraget bör utges efter samma behovskriterier som det övriga statliga bidraget för stöd och hjälp i boendet.

Genom omstruktureringsbidraget ges kommunerna ökade ekonomiska möjligheter att bl. a. bygga ut alternativ och komplement till långvarig somatisk institutionsvård och till att utnyttja sin befogenhet att bedriva hemsjukvård i det egna boendet.

Skälen för min bedömning: De förslag jag tidigare har presenterat syftar till en klarare ansvarsfördelning mellan huvudmännen för service och vård till äldre- och handikappade. Genom det ansvar kommunerna nu ges för insatserna inom de särskilda boendeformerna blir kommunerna ansvariga såväl för de sociala som de medicinska insatserna. Genom det föreslagna betalningsansvaret skapas incitament att bygga upp alternativ till institutionsvården. Sammantaget bör detta ge förutsättningar för en ökad samordning av samhällets stöd till den enskilde och leda till att kontinuiteten och effektiviteten i vården kan förbättras.

Av äldreberedningens betänkande (Äldreomsorg i utveckling, SOU 1987:21) framgår att kostnadsökningen för samhällets vård av och omsorg om äldre fram till år 2 000 i hög grad är beroende av vilken inriktning som äldreomsorgen ges. Genom att öka insatserna av vård och omsorg i det egna boendet och ge denna service också när vårdbehoven är omfattande kan kostnadsökningen begränsas. Samtidigt konstaterar beredningen att kostnaderna för att ersätta eller bygga om de nuvarande institutionerna är betydande.

Genom de förslag jag har lagt fram blir ansvarsfördelningen för äldreomsorgen mellan huvudmännen tydligare och primärkommunerna ges också incitament, såväl verksamhetsmässigt som ekonomiskt, att bygga ut vård och omsorg i de särskilda boendeformerna eller i det egna boendet.

Uppbyggnaden av dessa alternativ måste dock ofta ske samtidigt som

kostnaderna för de tidigare vård- och omsorgsformerna finns kvar i avvaktan på tillkomsten av alternativa vårdformer. De dubbla kostnader som uppkommer under denna omställningsperiod innebär att omstruktureringen inte kan ske i den takt som är önskvärd. Detta förhållande har också kommenterats av remissinstanserna i samband med äldredelegationens betänkande.

Samordningsvinster kan som framgått tidigare även göras inom andra områden. Ofta krävs dock vissa förändringar av arbetsorganisation och verksamhetsinnehåll för att en samordning skall kunna ske. Medelsbrist åberopas ofta som en orsak till att förändringar försenas eller i värsta fall inte genomförs, även om de på sikt skulle innebära uppenbara vinster såväl för den enskilde som för samhället.

I syfte att bl. a. påskynda utvecklingen av alternativ till institutionsvård anser jag att ett tidsbegränsat statligt bidrag bör utgå.

De ökade resursbehov som, under en period, kan uppkomma till följd av omstruktureringen och vidareutvecklingen av äldre- och handikappomsorgen kan avse olika typer av insatser i olika delar av landet. Jag anser därför att det särskilda statliga omstruktureringsbidrag som jag nu förordar bör ha ett brett och flexibelt användningsområde. Bidraget bör dock inte utgå till normala driftskostnader utan användas till att genomföra förändringar i verksamhetsinnehåll och arbetsorganisation och till smärre ombyggnader. Syftet skall vara att vården och omsorgen på sikt kan bli effektivare.

Det särskilda omstruktureringsbidraget avses uppgå till 1 000 milj. kr. per år och utgå fr. o. m. den 1 januari 1992 och t. o. m. den 31 december 1994. Vid fördelning av bidraget bör en behovsbasering ske efter samma kriterier som för det övriga statliga bidraget till stöd och hjälp i boendet, dvs. antal förtidspensionärer, viktat antal personer i de högsta åldrarna, den relativa andelen ensamboende i de högsta åldrarna samt kommunens glesbygdsgrad. Genom att bidraget är behovsbaserat ges kommunerna klara planeringsförutsättningar och administrationen blir enkel.

Bidraget bör liksom det nuvarande bidraget till kommunerna för stöd och hjälp i boendet betalas ut kalenderårsvis i efterskott.

Jag har för avsikt att under våren 1991 återkomma till detta särskilda omstruktureringsbidrag i den tidigare aviserade propositionen om reformens ekonomiska reglering.

9.4 Stimulansbidrag till gruppbostäder

Min bedömning: Ett särskilt stimulansbidrag om 300 milj. kr. per år bör utgå för att påskynda utbyggnaden av gruppboende inom kommunerna och landstingen. Bidraget bör utgå fr. o. m. år 1992 och under 5 år vilket innebär att sammanlagt 1 500 milj. kr. kommer att avsättas för detta ändamål. Bidraget bör betalas ut per färdigställd enhet som uppfyller kraven enligt gällande regler för bostadslån.

Skälen för min bedömning: Gruppboende har under senare år vuxit fram

som ett alternativ till institutionsvård för olika grupper av människor med omfattande behov av tillsyn, omsorg och vård. Inom landstingens omsorgsverksamhet finns lång erfarenhet av gruppboende för psykiskt utvecklingsstörda. Gruppboende som alternativ till institutionsvård har också framgångsrikt prövats för fysiskt och psykiskt handikappade. För gruppen åldersdementa är däremot gruppbostaden en relativt ny företeelse men de erfarenheter som finns talar i samma positiva riktning.

Gruppboende för dementa startades i början av 1980-talet på några orter i landet där små boendekollektiv utvecklades. Erfarenheterna av dessa pilotprojekt har varit positiva och lett till ett snabbt växande intresse för att tillskapa liknande alternativ till traditionell institutionsvård. I ett Spriprojekt (Sprirapport 263 Gruppboende – Människovärdig demensvård) beskrivs de särskilda kvaliteter denna boendeform har. Miljön präglas av småskalighet och av att antalet boende och personal inte är flera än att alla kan lära känna varandra. I gruppboendet görs försök att skapa en så trygg och hemlik miljö som möjligt med tanke på de boendes handikapp. Vårdinnehållet utgår från de dementas speciella behov av både stimulans och aktivering samt av trygghet och närhet. De boende kan i många fall bibehålla sina resurser och demensförloppet skjutas upp. Trots att erfarenheterna från gruppboende för dementa ännu är relativt få och avser en kort tid har de visat sig innebära en positiv förändring av demensvårdens utformning. Gruppbostadens tillkomst torde för många människor med demens vara ett bra alternativ till ordinärt boende och framförallt till långtidssjukvårdens i vissa fall bristfälliga miljöer.

I propositionen (1987/88: 176) Äldreomsorgen inför 90-talet angavs att gruppboendet bör få stor betydelse för framför allt åldersdementa i framtiden och jag såg det därför som mycket angeläget att utbyggnaden av sådant boende fortsatte. De relativt sett begränsade erfarenheterna från gruppbostäder för dementa motiverade att en noggrann uppföljning och systematisk utvärdering borde göras och ett sådant uppdrag till socialstyrelsen och dåvarande bostadsstyrelsen har sedermera lämnats. Redovisningen av uppdraget väntas bli klar under innevarande höst.

Socialutskottet har även senare behandlat gruppbostäder i samband med andra frågor kring demensvården. Under hösten 1989 uppmärksammades frågan i en offentlig utfrågning som sedan låg till grund för utskottets behandling av flera motioner kring demensvården. Utskottet konstaterade att tillgången till gruppboende för människor med åldersdemens inte var tillräcklig mot bakgrund av behoven och att den utbyggnad som planerades i kommuner och landsting var otillräcklig. Utskottet ansåg det därför nödvändigt att prioritera utbyggnaden av gruppbostäder (1989/90:SoU12).

Också frågan om statliga bidrag till gruppboende behandlades i detta sammanhang. Utskottet erinrade om behovet av en översyn av statsbidragsreglerna inför ett framtida beslut om ändrat huvudmannaskap för äldreomsorgen. Mot bakgrund av detta avstyrktes en motion om stimulansbidrag till gruppboende.

Lagen (1985: 568) om särskilda omsorger om psykiskt utvecklingsstörda m.fl. ålägger landstingen, eller i förekommande fall kommunerna, att

tillhandahålla gruppbostad åt psykiskt utvecklingsstörda som behöver sådan särskild omsorg. Omsorgsformen är under stark utveckling och förändring. Både avvecklingen av vårdhemmen för psykiskt utvecklingsstörda och utvidgningen av omsorgslagens personkrets har skapat ett ökat behov av gruppbostäder och också av gruppbostäder av mer varierande karaktär än tidigare. Dessutom behöver ett relativt stort antal vuxna utvecklingsstörda personer som bor hos sina åldriga föräldrar bostäder som är förenade med särskild omsorg. Gruppbostäder är ofta den adekvata boendeformen för dessa människor.

Det är väsentligt att fler boendealternativ kan erbjudas för människor som behöver nära tillgång till personal och den trygghet, tillsyn och stimulans som vissa äldre människor behöver. Gruppboendet är ett av flera alternativ till institutionsvård. Jag delar därför riksdagens uppfattning att utbyggnaden av gruppbostäder för människor med åldersdemens behöver stimuleras under ett antal år framöver.

Det utvidgade ansvaret för kommunerna kommer att innebära ett ökat behov av att inom det egna verksamhetsområdet kunna tillgodose människors behov av olika boendeformer. Detta kan enligt min bedömning medverka till att bl. a. utbyggnaden av gruppboendet påskyndas. Jag ser det dock som angeläget att därutöver införa ytterligare ett incitament för att åstadkomma den utbyggnad som behövs.

Mot denna bakgrund anser jag att ett bidrag bör införas under en begränsad tid för att stimulera utbyggnaden av gruppboende. Också för psykiskt utvecklingsstörda inom landstingen finns ett betydande behov av gruppbostäder trots att stora satsningar gjorts för att vårdhemmen skall kunna avvecklas. Enligt min bedömning bör således stimulansbidraget även omfatta gruppbostäder för psykiskt utvecklingsstörda.

Det föreslagna bidraget bör lämnas inom en ram på 300 milj. kr. per år och utgå i fem år vilket ger en total ram på 1 500 milj. kr. Jag har i mina beräkningar utgått ifrån att ungefär två tredjedelar av beloppet kommer att användas för att stimulera en utbyggnad av gruppbostäder i kommunerna och en tredjedel i landstingen. Bidraget bör betalas ut med 200 000 kr. per färdigställd enhet som ett engångsbidrag. För att vara berättigad till bidrag bör gruppbostaden uppfylla de krav som gäller för bostadslån enligt nybyggnadslåneförordningen för bostäder (1986:692), ombyggnadslåneförordningen för bostäder (1986:693) samt boverkets föreskrifter. Bidraget avses att betalas ut under år 1992 för gruppboenden färdigställda under kalenderåret 1991.

Jag har för avsikt att återkomma till denna fråga i den tidigare aviserade propositionen om reformens ekonomiska reglering som avses föreläggas riksdagen under våren 1991. I detta sammanhang avser jag också att föreslå att 300 milj. kr. anvisas för budgetåret 1991/92 för att påskynda utbyggnaden av gruppboenden.

Min bedömning: De föreslagna förändringarna i bl. a. ansvarsfördelningen mellan huvudmännen vad gäller samhällets service och vård till äldre- och handikappade bör noga följas.

En samlad utvärdering av reformen, såväl ur ett verksamhets- som ett ekonomiskt perspektiv, bör presenteras efter fyra år.

Särskilda medel bör avsättas redan budgetåret 1991/92 för uppföljning och utvärdering.

Äldredelegationens förslag: Delegationen framhöll att den föreslagna reformen innebär en stor förändring varvid bl. a. nya styrmedel av ekonomisk natur prövas. Det finns därför anledning att initiera ett särskilt utvärderingsprogram som bör kunna ge svar på frågan om reformen varit framgångrik, särskilt beträffande samordning och samverkan inom service och vård och konsekvenser av de ekonomiska styrmedel som införs. Utvärderingen bör omfatta olika aspekter av förändringen såväl inom kommuner som landsting. Särskild vikt bör läggas vid utvärderingen av reformens ekonomiska effekter och införandet av ett kommunalt betalningsansvar bör utvärderas med förtur.

Remissinstanserna: Av remissinstanserna tar särskilt statskontoret, riksrevisionsverket och Svenska kommunförbundet upp frågan om uppföljning och utvärdering av reformen. Mot bakgrund av reformens omfattning är det viktigt att uppföljningen och utvärderingen genomförs i planerade former.

Skälen för min bedömning: Jag delar såväl delegationens som remissinstansernas synpunkter på vikten av att reformen noggrannt följs upp och utvärderas.

Arbetet med att planera för en uppföljning och utvärdering av reformens verksamhetsmässiga konsekvenser bör inledas snarast möjligt. Frågan om de styrmedel som införs är effektiva och verksamt bidrar till att de åsyftade resultaten med reformen uppnås måste därvid särskilt uppmärksammas.

Den uppföljning jag föreslår bör bl. a. noga följa utvecklingen av samhällets kostnader för äldre- och handikappomsorgen. Hur stor andel av de totala kostnaderna för äldre- och handikappomsorgen som de olika aktörerna (staten, de två huvudmännen och den enskilde) svarar för bör också följas. Den volym- och kostnadsmässiga utvecklingen av olika boendeformer (sjukhem, ålderdomshem, gruppboende och servicehus m. m.) inom kommuner och landsting är andra faktorer som bör ingå i en sådan uppföljning. Jag har tidigare föreslagit att kommunerna ges befogenhet att även ge hemsjukvård i det egna boendet. Genom de förändringar mina förslag kan ge upphov till både inom landstingen och kommunerna vad avser hemsjukvården bör denna verksamhet följas vad avser hur verksamheten fördelar sig på de båda huvudmännen, kostnader samt kvalitetsfrågor m. m.

Vid sidan av denna löpande årliga uppföljning bör reformen utvärderas såväl ur ett verksamhetsmässigt som ett ekonomiskt perspektiv. Denna

utvärdering av reformen kan inte genomföras förrän den nya ordningen varit i funktion ett antal år. För att reformen skall kunna utvärderas ur olika perspektiv där inte minst konsekvenserna för den enskilde bör få stor tyngd är det naturligt att även forskare engageras. Denna utvärdering bör också inrymma en samlad bedömning av samhällets kostnader, varvid jämförelse bör göras med de förhållanden som skulle rått om reformen inte genomförts.

Behovet av en omfattande uppföljning och utvärdering kan enligt min bedömning inte enbart tillgodoses inom ramen för det sektorsansvar som åvilar socialstyrelsen. Det finns därför anledning att anslå särskilda medel för den utvärdering och uppföljning av reformen som krävs. Jag anser mot bakgrund av detta att 5 milj. kr. per år under fem år dvs. sammanlagt 25 milj. kr. bör anslås för denna uppföljning och utvärdering. Jag ämnar återkomma till regeringen i frågan i samband med den tidigare aviserade propositionen om reformens ekonomiska reglering. I det sammanhanget avser jag att föreslå att 5 milj. kr. för uppföljning och utvärdering anvisas redan för budgetåret 1991/92.

10 Vissa övriga frågor

10.1 Ikraftträdande

Som framgår av vad jag sagt i det föregående bör den föreslagna reformen genomföras den 1 januari 1992. Kommunerna och landstingen behöver kunna använda tiden fram till detta datum för att hinna med att göra erforderliga förberedelser för huvudmannaskapsförändringen.

Emellertid pågår på sina håll arbete med sikte på att kunna genomföra hela eller delar av äldredelegationens förslag redan före den 1 januari 1992. Är en kommun och ett landsting överens om att tidigarelägga hela eller delar av den av mig föreslagna huvudmannaskapsförändringen bör det enligt min mening inte läggas några hinder i vägen härför. Genom särskilda övergångsbestämmelser till den föreslagna lagstiftningen om övertagande av vissa sjukhem och andra vårdinrättningar, om ändringar i hälso- och sjukvårdslagen och om kommunernas betalningsansvar, bör därför införas möjlighet att kunna tillämpa bestämmelserna redan under år 1991 i de fall kommunen och landstinget är överens om det.

Det är emellertid avsett att en ekonomisk reglering skall ske per den 1 januari 1992 vad gäller reformen i dess helhet för alla kommuner och landsting. Det kan inte vara särskilt ändamålsenligt att för vissa kommuner göra separata regleringar i anledning av en ev. tidigareläggning av huvudmannaskapsreformen. Eftersom en skatteväxling inte kommer att kunna ske måste landstinget kunna lämna ekonomiskt bidrag till kommunen. I de föreslagna övergångsbestämmelserna har därför införts regler som ger sådan befogenhet åt landstingen.

10.2 Överförande av patientjournaler till kommunerna

Den kommunala hälso- och sjukvården kommer att integreras i den befintliga kommunala socialtjänsten. Det går därför inte att generellt hävda att patienterna där inte skulle lida men av att uppgifterna om dem i landstingens journaler efter reformens genomförande kommer att återfinnas hos den samlade kommunala hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Det är inte heller möjligt att hålla de journaler, som skall föras enligt patientjournallagen (1985:562), åtskilda från övriga hos socialtjänsten förda anteckningar om de enskilda. Såväl patientjournalen som andra anteckningar måste kunna vara tillgängliga för den personal som deltar i vården av den enskilde.

När kommunerna övertar ansvar för hälso- och sjukvård bör därför i första hand samtycke inhämtas från varje enskild patient för att uppgifter förvarade hos landstinget skall kunna överföras till kommunen. Om samtycke inte kan inhämtas får en skadeprövning göras från fall till fall. Därvid är särskilt att beakta om tillgång till uppgifterna är erforderligt för att kunna meddela en god vård åt den enskilde.

Enligt min mening bör det ankomma på socialstyrelsen att utfärda allmänna råd angående handhavandet av patientjournaler i samband med reformens genomförande.

10.3 Förande av patientjournaler

Får vård av patienter inom hälso- och sjukvården skall enligt patientjournallagen föras patientjournal enligt de närmare bestämmelser som framgår av lagen. Det saknas anledning att för den kommunala hälso- och sjukvården ha någon annan ordning. Vilka personalgrupper som har skyldighet att föra patientjournal framgår av 9 § i lagen.

Inom socialtjänsten finns inga krav vad gäller förande av journaler inom hemtjänst eller vid servicehus. Löpande anteckningar i sådant arbete förs dock i regel. För sådana anteckningar gäller särskilda gallringsbestämmelser enligt 60 § socialtjänstlagen. Dessa bestämmelser skiljer sig från gallringsbestämmelserna i 8 § patientjournallagen. Anteckningar i patientjournal och anteckningar i övrig verksamhet hos socialnämnden bör därför föras i skilda handlingar. I det dagliga arbetet kan dock patientjournalen och övriga anteckningar om den enskilde finnas tillgängliga samtidigt för den personal som behöver uppgifterna i sitt arbete.

10.4 Patientförsäkringen

Sjukvårdshuvudmännen har anslutit sig till en kollektiv ansvarsförsäkring för behandlingsskador inom hälso- och sjukvården. Försäkringen meddelas av ett konsortium av försäkringsbolag. Genom försäkringen kan de enskilda patienterna erhålla ersättning utan att de behöver bevisa att

förutsättningar för skadeståndsansvar enligt skadeståndslagen (1972:207) föreligger. Försäkringen gäller skador till följd av beslut eller åtgärd från hälso- och sjukvårdens sida.

Jag utgår ifrån att kommunerna, när de blir ansvariga för en del av den offentliga hälso- och sjukvården, kommer att ansluta sig till patientförsäkringen, så att de enskilda kan garanteras samma ersättningsförmåner vid behandlingsskada som de i dag har inom landstingens och de landstingsfria kommunernas hälso- och sjukvård.

11 Viss ändring i omsorgslagstiftningen

Sedan den 1 juli 1990 kan uppgiften att tillhandahålla omsorger för psykiskt utvecklingsstörda m. fl. vid ett vårdhem överföras från landstinget till kommun i landstinget. Detta framgår av 3 § lagen (1985:569) om införande av lagen (1985:568) om särskilda omsorger om psykiskt utvecklingsstörda m. fl., den s. k. införandelagen.

Bestämmelserna i den upphävda omsorgslagen (1967:940) skall fortfarande tillämpas bl. a. vad gäller in- och utskrivningar vid vårdhem. Där anges att vissa uppgifter i sådana ärenden ankommer på överläkare resp. vårdchef vid omsorgsstyrelsen. Enligt 7 § införandelagen får emellertid uppgifter som enligt den upphävda omsorgslagen har ålegat överläkaren och vårdchefen utföras av tjänstemän som landstinget bestämmer. I de fall en kommun med stöd av 3 § införandelagen övertagit uppgiften att tillhandahålla omsorger vid vårdhem måste också kommunen kunna utse tjänstemän att utföra de nämnda uppgifterna.

För att ingen tveksamhet skall föreligga i frågan om kommunens kompetens att utse personer att fullgöra de uppgifter som nu sagts bör en ändring göras i 7 § införandelagen. Ändringen innebär att en kommun likaväl som ett landsting har befogenhet att utse tjänstemän som skall fullgöra de uppgifter som enligt den tidigare omsorgslagen skulle utföras av överläkare resp. vårdchef.

12 Upprättade lagförslag

I enlighet med vad jag nu anfört har inom socialdepartementet upprättats förslag till

1. lag om ändring i socialtjänstlagen (1980:620),
2. lag om övertagande av vissa sjukhem och andra vårdinrättningar,
3. lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763),
4. lag om ändring i lagen (1962:381) om allmän försäkring,
5. lag om kommuns betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård,
6. lag om ändring i sekretesslagen (1980:100),
7. lag om ändring i lagen (1981:49) om begränsning av läkemedelskostnader, m. m.,
8. lag om ändring i lagen (1985:569) om införande av lagen (1985:568) om särskilda omsorger om psykiskt utvecklingsstörda m. fl.

Förslagen under 3, 4 och 7 har upprättats i samråd med chefen för socialdepartementet och förslaget under 6 i samråd med chefen för justitiedepartementet.

Förslaget under 6 rör ett sådant ämne som faller under lagrådets granskningsområde. Förslaget är emellertid av sådan beskaffenhet att lagrådets hörande skulle vara utan betydelse.

13 Specialmotivering

13.1 Förslaget till lag om ändring i socialtjänstlagen (1980:620)

10 §

Motivet för ändringen i paragrafen har berörts utförligt i den allmänna motiveringen (avsnitt 3). Genom ändringen förtydligas kommunernas ansvar för dagverksamheter som ett stöd framför allt för äldre och handikappade i ordinärt boende. Dagverksamheterna har till uppgift att erbjuda enskilda social och medicinsk service samt rehabilitering. I den mån de medicinska uppgifterna utförs av annan hälso- och sjukvårdspersonal än läkare, t.ex. sjuksköterska, sjukgymnast eller arbetsterapeut, skall det, enligt den ändring som föreslås i hälso- och sjukvårdslagen, ankomma på kommunerna att svara för dessa.

20 §

Skyldigheten för kommunerna att inrätta bostäder med gemensam service (servicehus) ersätts genom ändringen i paragrafens andra stycke med en skyldighet att inrätta särskilda boendeformer för service och omvårdnad. Detta begrepp har en vidare innebörd än det tidigare begreppet servicehus.

Till de särskilda boendeformerna för service och omvårdnad hör inte bara ålderdomshem och andra servicehus utan även gruppboende för äldre samt de sjukhem eller motsvarande som förs över till kommunerna enligt den föreslagna särskilda lagen härom. När det gäller boendeformer för åldersdementa innebär förslaget att kommunerna övertar det ansvar som enligt uttalanden i propositionen 1979/80:1 Om socialtjänsten (del A s.293) till huvudsaklig del legat på landstingen.

Ansökan om bostad i en särskild boendeform för service och omvårdnad kommer i allmänhet att prövas som bistånd enligt 6 § socialtjänstlagen. Avslag på sådan ansökan kommer då att kunna överklagas i samma ordning som andra biståndsbeslut, nämligen som förvaltningsbesvär.

De sjukhem m.m. som skall överföras till kommunerna enligt den föreslagna särskilda lagen härom är inrättningar för sluten vård (sjukhus) enligt den definition som återfinns i 5 § hälso- och sjukvårdslagen. Vid sjukhus svarar för närvarande vederbörande medicinskt ledningsansvarige för beslut om intagning. De sjukhem som överförs till kommunerna skall emellertid efter reformens genomförande inte ses som inrättningar för sluten vård utan som en boendeform enligt socialtjänstlagen. Beslut om

boende i en sådan boendeform skall därför i fortsättningen fattas enligt samma regler som nu gäller för beslut om boende i ett ålderdomshem, ett servicehus eller en gruppbostad.

Vid prövning av om den enskilde ha rätt till bistånd skall insatserna utformas i samförstånd med honom. Han har dock inte någon ovillkorlig rätt till bistånd i en viss form. Nämnden eller den till vilken nämnden delegerat att fatta ett sådant beslut tar ställning till om den enskildes ansökan kan bifallas. Det ansvar kommunerna har att tillgodose den enskildes behov av stöd och hjälp innebär dock ingen begränsning av landstingens ansvar enligt hälso- och sjukvårdslagen. Landstingen skall således tillgodose den enskildes behov av sådan hälso- och sjukvård som inte omfattas av det kommunala ansvaret.

Enligt vad som framgår av 3 kap. 12 § kommunallagen får nämnden, om kommunfullmäktige medgett det, uppdra åt en särskild avdelning av nämnden, en ledamot eller suppleant eller en tjänsteman hos kommunen att på nämndens vägnar besluta i viss grupp av ärenden. Jag ser inte någon anledning att göra undantag från denna generella delegeringsrätt vad gäller beslut om inflyttning till kommunalt sjukhem eller annan särskild boendeform för service och omvårdnad. Nämnden kan alltså, om den finner det lämpligt, delegera rätten att fatta beslut i dessa ärenden t. ex. till föreståndaren för den aktuella boendeformen.

21 §

Den föreslagna bestämmelsen i det nya tredje stycket utgör en motsvarighet till bestämmelsen i 20 § andra stycket. Det ankommer således på kommunen att även vad gäller yngre människor inrätta bostäder med särskild service, om de på grund av handikapp eller annan nedsättning av funktionsförmågan inte har möjlighet att bo i ordinärt boende. Som framgår av den allmänna motiveringen innebär kommunernas skyldighet dock inte någon inskränkning av det ansvar som landstingen har enligt lagen (1985:568) om särskilda omsorger om psykiskt utvecklingsstörda m. fl. (omsorgslagen).

Ett boende med särskild service behövs i en del fall för att den enskilde skall kunna delta i samhällets gemenskap och leva som andra. Den enskildes krav på frihet och integritet skall kunna tillgodoses i boendet likaväl som hans rätt till social och medicinsk service.

Inriktningen är att socialnämnden i första hand bör erbjuda den enskilde den sociala och medicinska service som behövs i hans ordinarie bostad. För att den enskilde vid behov skall kunna bo med större närhet till personal dygnet runt skall kommunen inrätta bostäder med särskild service. Kommunen bör ha ett sådant varierat utbud av olika bostäder med särskild service att de enskildas behov kan tillgodoses på ett ändamålsenligt sätt.

Vad som anförts under specialmotiveringen till 20 § i fråga om ansökan om bostad i en särskild boendeform för service och omvårdnad gäller även ansökan om plats i en bostad med särskild service. Frågan om rätt till

gruppbostad för psykiskt utvecklingsstörda m. fl. skall dock prövas enligt omsorgslagen.

35 §

Första och tredje styckena i paragrafen har ändrats som en följd av ändringarna i 20 och 21 §§.

Enligt första stycket får kommunen för olika sociala tjänster ta ut skäliga avgifter enligt grunder som kommunen bestämmer. Avgifterna får dock inte överstiga kommunens självkostnader för den aktuella tjänsten i fråga. Bestämmelsen föreslås gälla även för boende i en särskild boendeform för service och omvårdnad samt i en bostad med särskild service.

Enligt tredje stycket gäller att avgifterna för helinackordering i servicehus (ålderdomshem) skall bestämmas så att de boende förbehålls tillräckliga medel för sina personliga behov. Denna regel föreslås få tillämpning vid helinackordering i olika former för boende med service och omvårdnad. Regeringen har bemyndigats att meddela ytterligare föreskrifter om sådana avgifter. Dessa återfinns i 46–49 §§ socialtjänstförordningen. Någon ändring i dessa avgiftsprinciper är inte avsedd att ske i anledning av den nu aktuella reformen.

Enligt 17 § hälso- och sjukvårdslagen får vårdavgifter tas ut enligt grunder som landstinget bestämmer. Bestämmelsen gäller även vårdavgifter vid de sjukhem som den 1 januari 1992 skall övergå till kommunerna. Särskilda vårdavgifter tas emellertid inte ut av landstingen för personer som är bosatta i riket. I stället regleras patienternas vårdavgifter genom avdrag på den sjukpenning som utgår vid sjukdom. Vad gäller ålderspensionärer tas avgiften ut genom avdrag på pensionsförmånerna. Avgift utgår från första sjukdagen och utgör en tredjedel av pensionsförmånerna, för närvarande dock högst 55 kronor per dag. För förtidspensionärer tas motsvarande avgift ut fr. o. m. den 366:e vårddagen. Den ersättning som utgår till landstingen för hälso- och sjukvård regleras i överensstämmelse med den s. k. Dagmaröverenskommelsen i förordningen 1984:908.

Den som erhåller vård vid ett sådant sjukhem som övergått till en kommun skall tills vidare och i avvaktan på att ett nytt avgiftssystem kan införas åtnjuta samma rätt till avgiftsbegränsning som den som erhåller sjukhusvård. Det innebär att reglerna i lagen om allmän försäkring rörande avdrag på sjukpenning eller pensionsförmåner jämväl skall gälla dem som erhåller vård vid ett sådant sjukhem, som övergått till kommunalt huvudmannaskap. Det innebär att kommunerna tills vidare inte bör få ta ut särskilda avgifter för servicen och sjukvården vid de sjukhem som övergått till kommunerna. Jag avser därför att föreslå regeringen att en särskild bestämmelse om detta införs i socialtjänstförordningen.

54 §

Ändringen är en konsekvens av ändringarna i 20 och 21 §§.

13.2 Förslaget till lag om övertagande av vissa sjukhem och andra vårdinrättingar

1 §

I paragrafen ges bestämmelser om att kommunerna den 1 januari 1992 skall överta ansvaret för och driften av vissa långvårdsinrättningar från landstingen. Frågan har behandlats i den allmänna motiveringen under avsnitt 4.

Enligt första stycket skall det röra sig om sjukhem eller andra inrättningar med motsvarande funktion som är avsedda för somatisk långtidssjukvård och som huvudsakligen har kommunen eller del av kommunen som upptagningsområde. Det förhållandet att det vid en inrättning även vårdas ett mindre antal personer från andra kommuner än den kommun där sjukhemmet ligger utgör således inte hinder för att kommunen skall överta inrättningen.

Enligt andra stycket skall kommunen inte överta en inrättning om särskilda skäl talar däremot. Särskilda skäl kan vara t. ex. att inrättningen är avsedd att läggas ned inom en nära framtid eller att inrättningen är organisatoriskt integrerad med t. ex. ett sjukhus eller en annan vårdinrättning som skall vara kvar hos landstinget. Det kan då vara lämpligt att inrättningen blir kvar under landstingets huvudmannaskap.

2 §

Utöver skyldigheten att överta vissa inrättningar enligt 1 § gäller att kommunen och landstinget skall kunna komma överens om att den 1 januari 1992 föra över en annan vårdinrättning till kommunen även om denna inte har ett lokalt upptagningsområde. Vad som här åsyftas är sjukhem, sjukhus eller del av sjukhus som bedriver långtidssjukvård med omvårdnadsinriktning.

En överenskommelse mellan en kommun och ett landsting om att föra över en viss inrättning till kommunen kräver i och för sig inte något särskilt lagstöd. Överföring kan ske genom en i civilrättslig ordning träffad överenskommelse. En annan sak är att en kommun eller ett landsting inte utan en i lag given befogenhet äger att bedriva viss verksamhet.

Bestämmelsen om att en kommun och ett landsting kan komma överens om att den 1 januari 1992 även överta andra inrättningar än de som har ett lokalt upptagningsområde beror på att det i samband med den ekonomiska regleringen behöver vara fastlagt vilka inrättningar som skall gå över till kommunerna den aktuella dagen. Hur den ekonomiska regleringen avses gå till finns beskrivet i avsnitt 8.

Kommer en kommun och ett landsting överens om att en viss inrättning skall övertas av kommunen senare än vid årsskiftet 1991/92 får detta ske genom en sådan civilrättslig överenskommelse som nämnts nyss. I sådant fall kan hänsyn till övertagandet inte tas i samband med den ekonomiska regleringen av reformen.

De sjukhem och andra vårdinrättningar som avses i denna lag får kommunerna som huvudmän i stället för landstingen. Det innebär att kommunen ansvarar för driften av inrättningen. Inrättningarna skall emellertid inte längre ses som sjukhus eller sjukhusavdelningar utan som en särskild boendeform för service och omvårdnad enligt 20 § andra stycket socialtjänstlagen. Detta föreslås komma till uttryck i förevarande paragraf. Den hälso- och sjukvård som kommunerna skall ansvara för vid dessa boendeformer skall inte längre ses som sluten vård utan som öppen vård.

Enligt vad som framgår av de föreslagna ändringarna i hälso- och sjukvårdslagen skall kommunerna med ett undantag ansvara för all hälso- och sjukvård vid inrättningarna. Undantaget gäller sådan vård som meddelas av läkare. Läkarna kommer även fortsättningsvis att ingå i landstingens hälso- och sjukvårdsorganisation. Vid de kommunala sjukhemmen skall läkarna erbjuda hälso- och sjukvård på samma villkor som till andra människor. De kommer däremot inte längre att ha något ledningsansvar för verksamheten vid sjukhemmen.

Kommunerna skall ha ansvaret för att det finns den hälso- och sjukvårdspersonal som behövs för en god vård vid sjukhemmen. Detta ansvar föreslås reglerat i hälso- och sjukvårdslagen. Den personal som behövs vid sjukhemmen bör erbjudas anställning i kommunen. Det får förutsättas att kommuner och landsting tillsammans med berörda personalorganisationer kan klarlägga hur överförandet av personal vid inrättningarna skall ske och vilka anställningsvillkor som skall gälla för personalen.

13.3 Förslaget till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)

3 §

I paragrafen införs ett nytt stycke som anger att landstingets ansvar för hälso- och sjukvården inom landstingsområdet inte skall omfatta den hälso- och sjukvård som kommunerna enligt 18 § första eller tredje stycket skall ha ansvar för. Det är dels hälso- och sjukvård vid de boendeformer och bostäder som avses 20 § andra stycket och 21 § tredje stycket socialtjänstlagen samt vid de kommunala dagverksamheterna, dels den hemsjukvård som en kommun efter överenskommelse med landstinget har övertagit ansvaret för. I den mån enskilda behöver sådan vård eller behandling som skall ges av läkare är det dock alltjämt landstinget som har ansvar härför.

Den befogenhet som en kommun enligt 18 § andra stycket skall ha att meddela hemsjukvård innebär däremot ingen inskränkning i landstingets skyldighet. Den nämnda befogenheten är bl. a. avsedd att kunna användas i de fall det ställer sig naturligare att kommunen genom sin personal vid de särskilda boendeformerna och bostäderna med särskild service bereder en person hemsjukvård, t. ex. i samband med att han tillfälligt vistas i en vanlig bostad.

Det får förutsättas att kommunen och landstinget har ett sådant samar-

bete att onödigt dubbelarbete i enskildas hem undviks. Skyldigheten att erbjuda hemsjukvård faller dock på landstinget i den mån inte kommunen efter överenskommelse som sägs i 18 § tredje stycket övertagit denna skyldighet.

7 och 20 §§

I den nya 20 § anges att kommunerna är skyldiga att planera den hälso- och sjukvård som de skall ha ansvar för. Bakgrunden härtill har jag redovisat i avsnitt 5.2.

Enligt 7 § skall landstingen planera hälso- och sjukvården med utgångspunkt i befolkningens behov av hälso- och sjukvård. Detta totalansvar för planeringen av hälso- och sjukvården kommer att inskränkas genom det ansvar kommunerna får.

Landstingens planering skall utgå från människornas samlade behov av hälso- och sjukvård och statsmakternas övergripande prioriteringar. Planeringen skall även avse sådan hälso- och sjukvård som bedrivs av andra vårdgivare. I planeringen av hälso- och sjukvården skall landstingen enligt 8 § samverka med andra samhällsorgan, organisationer och enskilda.

Det kommunala ansvaret för planering av den hälso- och sjukvård som de skall bedriva kan emellertid, som framgår av vad jag anfört i avsnitt 5.2 inte ses som underordnat landstingets planering. Kommunerna skall ha samma ansvar som landstingen vad gäller den hälso- och sjukvård som de skall ha ansvar för. Den kommunala planeringen skall således också omfatta den hälso- och sjukvård som erbjuds av andra vårdgivare.

Det kommer således i framtiden att finnas olika huvudmän med ansvar för var sin del av hälso- och sjukvården; kommunerna vad gäller hälso- och sjukvård – utom läkarinsatser – vid de särskilda boendeformerna för service och omvårdnad, vid bostäderna för särskild service och vid de kommunala dagverksamheterna och i vissa fall för hemsjukvården samt landstinget vad gäller all övrig hälso- och sjukvård. Detta markeras i 7 och 20 §§ på så sätt att såväl kommunen som landstinget får ansvar för planeringen av sin hälso- och sjukvård.

En sådan fördelning av ansvar ställer krav på huvudmännen vad gäller samordningen av kommunens resp. landstingets hälso- och sjukvård. Av 8 § hälso- och sjukvårdslagen framgår att landstingen i planeringen och utvecklingen av hälso- och sjukvården skall samverka med bl. a. samhällsorgan. Med hänsyn till det kommunala hälso- och sjukvårdsansvaret är samverkan med kommunerna av särskild vikt för landstingens planering. Att kommunerna i planeringen och utvecklingen av sin hälso- och sjukvård skall samverka med landstinget framgår av den föreslagna 21 §. Det ankommer på såväl landstinget som kommunerna i landstingsområdet att ta initiativ till samverkan i planeringen.

Vad som gäller för landstingens planering av sin hälso- och sjukvård skall alltså gälla även för kommunerna. Jag får därvidlag hänvisa till vad som anförts i propositionen 1981/82:97 (s.61 och 122) angående landstingens planering av hälso- och sjukvården.

Även om kommunerna och landstingen således skall planera sina delar

av hälso- och sjukvården i samverkan med varandra skall deras planering inte avse den hälso- och sjukvård som erbjuds av den andra sjukvårdshuvudmannen. Däremot skall kommunernas planering, liksom landstingens planering, avse sådan vård som erbjuds av andra vårdgivare. Härmed avses i första hand sådan vård som erbjuds av olika privata vårdgivare. 7 och 20 §§ har utformats i enlighet härmed.

11 §

Enligt 2 a § lagen (1979:408) om vissa lokala organ i kommunerna får i en kommun, som inte ingår i en landstingskommun, ett lokalt organ sköta också sådan förvaltning och verkställighet som skall fullgöras av hälso- och sjukvårdsnämnden, tandvårdsnämnden eller omsorgsnämnden. Bestämmelsen som infördes den 1 maj 1988 (SFS 1988:135) innebär att de landstingsfria kommunerna Gotland, Göteborg och Malmö numera har lagtekniska förutsättningar att i lokala organ samordna bl. a. sin hälso- och sjukvård och sin socialtjänst enligt riktlinjerna i den nu aktuella reformen eller på annat sätt som de finner lämpligt.

Beträffande bakgrunden till ändringen i lokalorganslagen får jag hänvisa till vad som anförts i förarbetena i prop. 1986/87:91 s. 40 och 64 samt KU 1987/88:23 s.12.

Det nya stycket i 11 § innehåller en erinran om den möjlighet de landstingsfria kommunerna numera har att ordna bl. a. sin hälso- och sjukvård samt sin socialtjänst i friare former med stöd av lokalorganslagen. I den mån dessa kommuner använder sig av den bestämmelsen för att samordna sin socialtjänst och sin hälso- och sjukvård kommer de inte att omfattas av den nu aktuella reformen vad gäller kommunal hälso- och sjukvård.

17 §

Paragraferna 17—26 är nya och innehåller bestämmelserna om den kommunala hälso- och sjukvården. De landstingsfria kommunerna skall omfattas av bestämmelserna i den mån det är särskilt föreskrivet.

18 §

I paragrafen anges omfattningen av kommunernas skyldighet och befogenhet att meddela hälso- och sjukvård. Regleringen har utförligt kommenterats i den allmänna motiveringen (avsnitt 5.1).

Bestämmelsen i första stycket har utformats i överensstämmelse med motsvarande bestämmelse för landstingens del i 3 §.

I andra stycket ges kommunerna befogenhet att jämte landstinget bedriva hemsjukvård. Samverkan mellan huvudmännen är nödvändig så att resurserna kan samordnas.

När det gäller hemsjukvården kan, som framgår av den allmänna motiveringen, landstinget och kommun i landstingsområdet komma överens om att till kommunen överlåta uppgiften att meddela sådan vård. En sådan överlåtelse skall godkännas av regeringen för att bli giltig. Regering-

ens prövning är en laglighetsprövning, t. ex. att det är fråga om en överlåtelse av huvudmannaskapet för hemsjukvården eller att inte annan del av primärvården än hemsjukvården överlåtits. Någon materiell prövning skall inte ske av avtalets innehåll eller lämplighet.

19 §

Den ekonomiska reglering mellan kommuner och landsting som avses ske på central nivå förutsätter att det sker en överföring av samma typ av uppgifter till samtliga kommuner. Enligt 18 § tredje stycket skall emellertid en kommun och ett landsting kunna komma överens om att ansvaret för hemsjukvården skall föras över till kommunen utan att samtliga kommuner i landstinget övertar samma ansvar. I sådant fall måste den ekonomiska regleringen ske i annan ordning.

För att möjliggöra ett sådant överförande av ansvar som nu sagts behövs därför en bestämmelse som ger landstinget befogenhet att lämna ekonomiskt bidrag till kommunen. Utan en sådan i lag fastställd befogenhet saknas kompetens för landstinget att ge bidrag till kommunen. Den nödvändiga befogenhetsbestämmelsen har tagits in i 19 §.

20 §

Bestämmelsen har kommenterats i den allmänna motiveringen (avsnitt 5.2) och tillsammans med specialmotiveringen till 7 §.

21 §

Det är av vikt att kommunerna i sin planering samverkar med landstinget. Detta har berörts i specialmotiveringen till 7 och 20 §§. Det är emellertid viktigt att kommunerna även samverkar med privata vårdgivare. Det gäller också i den planering som skall ske med stöd av 20 a § socialtjänstlagen. Denna planering skall givetvis samordnas med kommunens hälso- och sjukvårdsplanering.

Samverkan även med andra samhällsorgan än den andre sjukvårdshuvudmannen samt med organisationer och enskilda är för kommunerna – liksom för landstingen – en nödvändig förutsättning för en ändamålsenlig planering. Vad som i det avseendet gäller för landstingen skall även gälla för kommunerna.

22 och 23 §§

Bestämmelserna om ledningen av den kommunala hälso- och sjukvården har kommenterats i den allmänna motiveringen (avsnitt 5.3). I den mån en landstingsfri kommun inte samordnat sin socialtjänst och sin hälso- och sjukvård enligt lokalorganslagen skall ledningen av den hälso- och sjukvård som avses i 18 § jämväl i dessa kommuner utövas av socialnämnden.

Den föreslagna bestämmelsen om personal inom den kommunala hälso- och sjukvården är utformad i överensstämmelse med motsvarande bestämmelse för landstingen. Bestämmelsen avser emellertid enbart hälso- och sjukvårdspersonal. Övrig personal vid de särskilda boendeformerna för service och omvårdnad, bostäderna med särskild service och kommunala dagverksamheter fullgör uppgifter som faller inom ramen för kommunernas ansvar enligt socialtjänstlagen.

Bestämmelsen innebär inte något absolut krav på att all hälso- och sjukvårdspersonal, som behövs för uppgiften att ge en god hälso- och sjukvård, skall vara anställd av kommunen. Det finns alltså inte något hinder mot att hälso- och sjukvårdsinsatser köps utifrån i de fall kommunen anser det nödvändigt.

Bestämmelsen om personalen är utformad så att den blir tillämplig även i de fall ett landsting och en kommun kommer överens om att föra över hemsjukvården till kommunen. Bestämmelsen avser således all kommunal hälso- och sjukvård och inte enbart sådan vård som skall meddelas enligt 18 § första stycket.

I likhet med vad som sägs i 13 § innehåller bestämmelsen om personal en hänvisning till de särskilda bestämmelser som gäller om tillsyn över hälso- och sjukvårdspersonal. Sådana bestämmelser finns i lagen (1980: 11) om tillsyn över hälso- och sjukvårdspersonalen m. fl. (tillsynslagen).

Enligt 1 § första stycket 1. tillsynslagen avses med hälso- och sjukvårdspersonal personal vid sjukhus och andra inrättningar för vård av patienter som drivs av det allmänna eller av enskilda med bidrag från det allmänna eller efter särskilt tillstånd. Till hälso- och sjukvårdspersonalen räknas enligt samma stycke punkten 2 även den som i annat fall i egenskap av legitimerad yrkesutövare meddelar vård åt patienter eller tillhör personal som biträder en sådan yrkesutövare i vården. Enligt punkten 4 kan även andra yrkesutövare inom hälso- och sjukvården enligt särskild föreskrift av regeringen eller, efter regeringens bemyndigande, socialstyrelsen omfattas av tillsynslagens bestämmelser.

De sjukhem m. m. som skall överföras till kommunerna blir en särskild boendeform för service och omvårdnad inom socialtjänsten. Bestämmelsen i 1 § första stycket 1. tillsynslagen kommer därmed inte att reglera frågan om vilken personal som skall omfattas av reglerna om hälso- och sjukvårdspersonal.

Begreppet hälso- och sjukvårdspersonal vid de sjukhem m. m. som överförs till kommunen kommer därför liksom vid övriga särskilda boendeformer för service och omvårdnad att bestämmas av 1 § första stycket 2. tillsynslagen. Hälso- och sjukvårdspersonal blir då dels de legitimerade yrkesutövarna (sjuksköterskor och sjukgymnaster), dels de övriga befattningshavare som biträder dem i vården av patienterna. Därutöver kommer arbetsterapeuterna att tillhöra hälso- och sjukvårdspersonalen. Socialstyrelsen har nämligen med stöd av 3 § 1. förordningen (1985: 796) med vissa bemyndiganden för socialstyrelsen föreskrivit att tillsynslagen

jämväl skall omfatta arbetsterapeuter i sådan yrkesutövning, som avser åtgärder för att förebygga, utreda och behandla sjukdomar, skador, handikapp och andra medicinska besvär.

Vad nu sagts gäller även hälso- och sjukvårdspersonalen vid bostäderna med särskild service, kommunala dagverksamheter och kommunal hemsjukvård.

Bestämmelsen om personal inom den kommunala hälso- och sjukvården behöver inte gälla de landstingsfria kommunerna eftersom den nuvarande bestämmelsen i 13 § hälso- och sjukvårdslagen redan gäller för den hälso- och sjukvård som dessa kommuner skall bedriva.

25 och 26 §§

Enligt vad som föreslagits i den allmänna motiveringen (avsnitt 5.5) skall det inom varje verksamhetsområde som kommunen bestämmer finnas en sjuksköterska som har ett särskilt medicinskt ansvar. En bestämmelse om detta har tagits in i den nya 25 §.

Enligt 6 § första stycket förordningen (1982:771) om behörighet till vissa tjänster inom den landstingskommunala hälso- och sjukvården och om tillsättning av sådana tjänster är den behörig till tjänst som barnmorska, sjukgymnast eller sjuksköterska som har legitimation för sådant yrke. Detsamma gäller i fråga om vikarie på sådan tjänst om inte socialstyrelsen medgett undantag. Avsikten är att föreslå regeringen att den nämnda förordningen skall göras tillämplig även på den kommunala hälso- och sjukvården. I den nya 26 § föreslås att regeringen får ett sådant bemyndigande.

Utöver legitimationen behöver den sjuksköterska, som skall ha ett särskilt medicinskt ansvar, också besitta viss yrkeserfarenhet. Regeringen har i den nämnda förordningen i 6 § andra stycket föreskrivit att socialstyrelsen skall meddela allmänna råd om kompetenskrav för bl.a. sjuksköterskor.

Om kommunen indelar hälso- och sjukvårdsverksamheten så att ett visst område inte omfattar någonting annat än rehabiliteringsinsatser bör det särskilda medicinska ansvaret kunna läggas på sjukgymnast eller arbetsterapeut. Även sjukgymnast behöver, utöver legitimationen, besitta viss yrkeserfarenhet. Socialstyrelsen har emellertid i förordningen 1982:771 inte getts behörighet att meddela allmänna råd om kompetenskrav för sjukgymnaster. Avsikten är att föreslå regeringen att komplettera 6 § andra stycket i förordningen med en bestämmelse härom.

För behörighet till tjänst som arbetsterapeut finns inga formella krav. Socialstyrelsen har emellertid behörighet att enligt 6 § andra stycket förordningen 1982:771 meddela allmänna råd om kompetenskrav för arbetsterapeuter.

Jag utgår ifrån att socialstyrelsen, sedan de nämnda ändringarna i förordningen 1982:771 skett, kommer att meddela de allmänna råd om kompetenskrav för sjuksköterskor, sjukgymnaster och arbetsterapeuter som behövs för att säkerställa att befattningshavare med särskilt medicinskt ansvar har tillräcklig kompetens för uppgiften.

I regel torde det vara lämpligt att en och samma person inom varje verksamhetsområde fullgör alla de uppgifter som skall omfattas av det särskilda medicinska ansvaret. Det är dock inget som hindrar att kommunen kan utse olika personer för olika delar av detta ansvar. Vid ledighet för den person som har ett särskilt medicinskt ansvar skall annan särskild person med kompetens för det förordnas att fullgöra den uppgiften.

27 §

Paragrafen har sin motsvarighet i nuvarande 17 §. De ändringar och tillägg som gjorts i förhållande till 17 § är en konsekvens av det föreslagna kommunala ansvaret för viss hälso- och sjukvård.

28 och 29 §§

Motsvarande bestämmelser om tillsyn och ytterligare föreskrifter finns för närvarande i 18 och 19 §§. Dessa bestämmelser har konsekvensändrats i anledning av förslaget om kommunal hälso- och sjukvård. De har vidare jämte 27 § förts in under den nya rubriken "Gemensamma bestämmelser om landstingskommunal och kommunal hälso- och sjukvård".

13.4 Förslaget till lag om ändring i lagen (1962: 381) om allmän försäkring

2 kap. 12 b §

Paragrafen är ny. Dess bakgrund har behandlats i den allmänna motiveringen under avsnitt 5.8.

I 2 kap. 12 § finns bestämmelser om att försäkringskassan skall göra avdrag på utgående pensionsförmåner i det fall pensionsberättigad är intagen på sjukhus. Ett sådant avdrag sker för närvarande vid de sjukhem som den 1 januari 1992 skall övergå till kommunerna. Dessa sjukhem blir emellertid då en särskild boendeform för service och omvårdnad inom socialtjänsten.

Någon särskild avgift för vård vid ett sådant sjukhem skall inte kunna tas ut av kommunerna. Däremot skall tills vidare och i avvaktan på en översyn av reglerna för avgifterna inom den kommunala socialtjänsten och hälso- och sjukvården gälla samma regler som för närvarande för avgifter vid de aktuella sjukhemmen. En bestämmelse med denna innebörd har tagits in i den nya paragrafen.

3 kap. 4 a §

Motsvarande som gäller för avdrag på pensionsförmåner skall även gälla för reducering av sjukpenning när någon har plats vid ett sådant sjukhem som övergått till kommunen enligt den särskilda lagen härom. En sådan bestämmelse har förts in i den nya 4 a §.

Ändringen i paragrafen är en konsekvensändring i anledning av den föreslagna nya terminologin i 20 § andra stycket socialtjänstlagen.

13.5 Förslaget till lag om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård

1 §

I överensstämmelse med vad som angetts i den allmänna motiveringen (avsnitt 6) skall en kommun betala ersättning till ett landsting för viss hälso- och sjukvård (betalningsansvar). Betalningsansvar föreligger i förhållande till det landsting där den enskilde vårdas eller det landsting som föranstaltat om vård vid enskild vårdinrättning.

Kommunens betalningsansvar omfattar dem som är kyrkobokförda i kommunen. Detta överensstämmer med äldredelegationens förslag. Det är ur administrativ synvinkel den enklaste lösningen att låta kyrkobokföringsorten utgöra anknytningsgrund för betalningsansvarets inträdande. De fall där den aktuella kyrkobokföringen inte speglar personens anknytning torde vara få.

Bestämmelserna om rätt kyrkobokföringsort finns i 11–28 §§ folkbokföringslagen (1967: 198). I regel skall en person kyrkobokföras på den ort där han är bosatt. Av vikt i sammanhanget är emellertid bestämmelsen i 24 §, som stadgar att intagning i sjukvårdsinrättning inte ändrar den intagnes kyrkobokföring. 1983 års folkbokföringskommitté har i betänkandet (SOU 1990: 50) föreslagit att den som är intagen för långtidssjukvård i annan församling än den där han är folkbokförd skall få folkbokföras där han vistas om han inte längre har en bostad i den församling där han är folkbokförd.

En kommuns betalningsansvar skall gälla jämväl för vård som anordnas av landstingsfri kommun. I andra stycket har därför intagits en bestämmelse om att med landsting skall avses även sådan kommun som nu sagts.

2 §

En kommun skall ha betalningsansvar för somatisk långtidssjukvård som meddelas av ett landsting eller en enskild vårdgivare. Med somatisk långtidssjukvård avses här i första hand sluten vård men även dagsjukvård som är knuten till ett sjukhus. Undantag gäller dock för vård som ingår i en geriatrisk klinikfunktion.

Som angetts i den allmänna motiveringen skall landsting och kommuner senast den 1 januari 1991 lämna underlag till regeringen om vilka sjukhus, sjukhusavdelningar och sjukhem som fr. o. m. den 1 januari 1992 skall anses meddela sådan vård som anges i föregående stycke. Avsikten är att detta underlag skall ligga till grund för en av regeringen utfärdad förordning om vilka inrättningar som skall omfattas av kommunernas betalningsansvar. Vill ett landsting och en kommun efter den 1 januari 1992 införa betalningsansvar för vård vid andra inrättningar gäller bestämmelsen i 7 §.

3 §

I paragrafen regleras när betalningsansvar inträder. Landstinget aktualiserar betalningsansvaret genom anmälan hos kommunen.

I första hand bör landstinget och kommunen komma överens om när betalningsansvaret skall inträda. Om någon sådan överenskommelse inte träffas skall betalningsansvaret inträda fem dagar, lördagar samt allmänna helgdagar och vissa andra dagar oräknade, efter det att anmälan har inkommit till kommunen, dock tidigast fr. o. m. den dag patienten placeras på sådan inrättning som omfattas av betalningsansvar. För undvikande av missförstånd bör påpekas att det i detta sammanhang betyder att patienten också befinner sig på vårdinrättningen.

Vilka de allmänna helgdagarna är framgår av lagen (1989:253) om allmänna helgdagar. Inte heller midsommarafton, julafton och nyårsafton skall ingå i varseltiden. De dagarna är normalt arbetsfria i kommunernas administrativa verksamhet.

Om en anmälan inkommer till kommunen en måndag inträder således betalningsansvaret normalt från och med nästa måndag under förutsättning att patienten då är inskriven vid den aktuella vårdinrättningen.

Man kan utgå ifrån att landsting och kommuner kommer överens om sådana rutiner för anmälan och mottagande av anmälan att det inte skall behöva uppkomma några problem om från vilken dag varseltiden skall räknas. Någon viss form för anmälan har inte föreskrivits. Huvudsaken är att landstinget förvissar sig om att anmälan kommer behörig person hos kommunen tillhanda.

4 §

I paragrafen anges hur ersättning för vård vid inrättning som drivs av ett landsting skall beräknas.

Om kommuner och landsting inte kommer överens om annat skall ersättning utgå med ett belopp som motsvarar den genomsnittliga självkostnaden i resp. landsting för den aktuella vårdformen. Ersättningen kommer då att utgå med olika belopp för varje enskilt landsting beroende på den genomsnittliga kostnaden i landstinget. Beloppet är dock lika för alla kommuner som har betalningsansvar gentemot landstinget.

I vissa fall kan emellertid landstinget och samtliga kommuner i landstinget vara överens om att differentierade ersättningar för vårdformer av olika kvalitet är bättre än en ersättning som motsvarar den genomsnittliga självkostnaden för långtidssjukvården i landstinget. I sådant fall bör t. ex. en viss ersättning kunna fastställas för vård i enbädds- och tvåbäddsrum och en annan ersättning för flerbäddsrum.

Oavsett hur beloppen fastställs skall de årligen omräknas med hänsyn till skatteunderlagets utveckling i landstinget.

Enligt förslaget skall regeringen bemyndigas att fastställa de aktuella beloppen. En bestämmelse härom har tagits in i andra stycket.

5 §

En kommun har även betalningsansvar för sådan vård som ett landsting bereder en patient vid ett enskilt vårdhem.

Ersättning för sådan vård skall enligt paragrafen utgå med det belopp som motsvarar landstingets kostnader för vården. Det har således inte någon betydelse för kommunens ersättningsskyldighet om det är landstinget eller kommunen som bereder personen vård vid det enskilda vårdhemmet.

När en kommun bereder en person vård vid ett enskilt vårdhem är det kommunen och huvudmannen för det enskilda vårdhemmet som i civilrättslig ordning har att komma överens om vilken ersättning som skall utgå. Någon särskild lagbestämmelse för sådana fall behövs därför inte.

6 §

Bestämmelserna om det obligatoriska betalningsansvaret gäller enbart för somatisk långtidssjukvård (exkl. den geriatriska klinikfunktionen). Även i andra fall kan emellertid finnas intresse av att införa betalningsansvar. I första stycket har därför tagits in en regel som ger befogenhet för kommuner och landsting att komma överens om ett sådant betalningsansvar. Bakgrunden till bestämmelsen framgår av den allmänna motiveringen (avsnitt 6.4).

Möjligheten att införa betalningsansvar kan i första hand komma till användning då patienter är medicinskt färdigbehandlade. Härmed avses sådana patienter som ligger kvar på en klinik utan att direkt behöva den sjukvård som meddelas vid kliniken. Betalningsansvar kan även avse hemsjukvård som är knuten till sjukhus som omfattas av betalningsansvar för långtidssjukvård samt psykiatrisk långtidssjukvård med omvårdnadsinriktning. Genom begränsningen till långtidssjukvård med omvårdnadsinriktning kan betalningsansvar inte införas för vård som meddelas med stöd av lagen (1966:293) om beredande av sluten psykiatrisk vård i vissa fall eller den lagstiftning som beräknas komma att ersätta denna lag. Betalningsansvar kan inte heller avse personer som är tvångsisolerade med stöd av smittskyddslagen (1988:1472) eller som är föremål för rättspsykiatrisk undersökning. Detta har inte ansetts behöva särskilt anges i lagtexten.

7 §

I paragrafen har tagits in en regel om befogenhet för landstinget att lämna bidrag till en kommun, om landstinget och kommunen kommit överens om att införa betalningsansvar enligt 7 §. Om en sådan överenskommelse kommer till stånd mellan landstinget och samtliga kommuner i landstingsområdet kan landstinget och kommunerna genom skatteväxling skapa ekonomiska förutsättningar för kommunerna att ta på sig ett betalningsansvar. Om en överenskommelse inte omfattar samtliga kommuner kan emellertid systemet med frivilligt betalningsansvar knappast genomföras utan att landstinget lämnar bidrag till de kommuner som tar på sig ett sådant ansvar.

Enligt vad jag föreslagit i det föregående skall en kommun ha betalningsansvar för en person som vistas vid en långvårdsinrättning. En kommun och ett landsting skall även kunna komma överens om betalningsansvar i vissa andra fall. En förutsättning för att betalningsansvar skall kunna inträda är att kommunen får veta för vem betalningsansvaret gäller.

Landstinget har en skyldighet att i de fall en kommun har betalningsansvar för en person begära ersättning av kommunen. För att det skall kunna ske oberoende av om patienten lämnar sitt samtycke härtill eller inte behövs en bestämmelse som bryter den sekretess som föreligger hos landstinget i förhållande till kommunen. I paragrafen föreslås därför en bestämmelse om uppgiftsskyldighet för landstinget gentemot kommunen. För betalningsansvarets fullgörande är det tillräckligt att kommunen får del av patientens namn och folkbokföringsadress. Bestämmelsen har utformats i överensstämmelse med detta. Andra uppgifter om patienten får således med stöd av denna bestämmelse inte lämnas till kommunen.

13.6 Förslaget till lag om ändring i sekretesslagen (1980:100)

7 kap.

4 §

Enligt 7 kap. 2 § 4. sekretesslagen gäller sekretessen enligt 1 § inte anmälan och beslut i ärende om ansvar eller behörighet för personal inom hälso- och sjukvården. Uppgifter som nu sagts bör inte heller omfattas av den sekretess som framgår av 4 § i den mån de återfinns inom socialtjänsten. En bestämmelse härom har förts in i ett nytt femte stycke i 4 §.

13.7 Förslaget till lag om ändring i lagen (1981:49) om begränsning av läkemedelskostnader, m. m.

2 a §

Paragrafen är ny. Bestämmelsen har berörts i den allmänna motiveringen under avsnitt 5.8. Den som vistas vid ett sådant sjukhem eller motsvarande vårdinrättning som med stöd av den särskilda lagen härom skall övergå till en kommun skall ha rätt att få ut läkemedel mot recept på apotek utan särskild avgift.

10 §

Enligt huvudregeln i 10 § skall den allmänna försäkringen ersätta de kostnader för läkemedel som inte täcks av patientavgiften. För närvarande gäller emellertid att landstinget står för de läkemedel som används i behandlingen av patienterna på sjukhus. Det gäller även de sjukhem och motsvarande vårdinrättningar som skall övergå till kommunerna. Tills vidare bör inga förändringar ske i kostnadsfördelningen mellan kommuner, landsting och den allmänna försäkringen. I det nya andra stycket

föreskrivs därför att de läkemedel som med stöd av den nya 2 a § lämnas ut kostnadsfritt till enskilda skall ersättas av landstinget. Det landsting som avses är det som före den 1 januari 1992 var huvudman för vårdinrättningen.

13.8 Förslaget till lag om ändring i lagen (1985: 569) om införande av lagen (1985: 568) om särskilda omsorger om psykiskt utvecklingsstörda m. fl.

7 §

En kommun kan med stöd av 3 § tredje stycket lagen (1985:569) om införande av lagen (1985:568) om psykiskt utvecklingsstörda m. fl. överta uppgiften att tillhandahålla omsorger vid vårdhem (1990:496). Vissa regler i den tidigare omsorgslagen (1967:940) om bl. a. in- och utskrivning vid vårdhem gäller alltjämt. Ändringarna i paragrafen, som kommenterats i den allmänna motiveringen (avsnitt 10), innebär att en kommun likaväl som ett landsting äger befogenhet att utse tjänstemän att utföra de uppgifter som enligt den tidigare omsorgslagen skall utföras av överläkare resp. vårdchef hos omsorgsstyrelsen.

14 Hemställan

Med hänvisning till vad jag nu anfört hemställer jag att regeringen

dels föreslår riksdagen att anta förslagen till

1. lag om ändring i socialtjänstlagen (1980:620),
2. lag om övertagande av vissa sjukhem och andra vårdinrättningar,
3. lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763),
4. lag om ändring i lagen (1962:381) om allmän försäkring,
5. lag om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård,
6. lag om ändring i sekretesslagen (1980:100),
7. lag om ändring i lagen (1981:49) om begränsning av läkemedelskostnader, m. m.,
8. lag om ändring i lagen (1985:569) om införande av lagen (1985:568) om särskilda omsorger om psykiskt utvecklingsstörda m. fl.,

dels föreslår riksdagen att godkänna de riktlinjer jag förordat vad gäller

9. bostadslån m. m. vid ombyggnad av kommunala sjukhem (avsnitt 4.2),
10. den ekonomiska regleringen av reformen (avsnitt 8),

dels bereder riksdagen tillfälle ta del av vad jag anfört om

11. tekniska hjälpmedel (avsnitt 5.6),
12. förtroendenämnder inom den kommunala hälso- och sjukvården (avsnitt 5.7),
13. sekretessen inom den kommunala hälso- och sjukvården (avsnitt 5.9),
14. vårdplanering i samverkan (avsnitt 6.2),
15. genomförande och uppföljning (avsnitt 6.7),
16. det utökade statliga stödet (avsnitt 9).

15 Beslut

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

Sammanfattning av äldredelegationens rapport (Ds 1989: 27)

Bakgrund och syfte med reformen

Behovet av samverkan kring hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens insatser har framhållits i många sammanhang under de senaste decennierna. Kommuner och landsting har också sökt utveckla och samordna sina service- och vårdinsatser. Många huvudmän har etablerat ett väl fungerande samarbete mellan förtroendevalda, ledning och anställda hos de båda huvudmännen. Härigenom har kvalitet och effektivitet kunnat förbättras.

Fortfarande kvarstår emellertid betydande problem i samspelet mellan huvudmännen. I regeringens proposition (1987/88: 176) om äldreomsorgen inför 90-talet angavs att "samordningen av samhällets insatser för äldre behöver utvecklas" och att målet därvid bör vara att "åstadkomma ett mer sammanhållet ansvar". I propositionen sades även att "mycket talar för att primärkommunerna, förutom det ansvar de i dag har, bl. a. även bör vara huvudmän för hemsjukvård, dagverksamheter, alla typer av servicebostäder och gruppboende samt lokala sjukhem". I propositionen framhölls också att den aviserade äldredelegationen bör analysera frågan om medicinskt färdigbehandlade patienter inom länssjukvården. Riksdagen anslöt sig till de riktlinjer som redovisas i propositionen.

De strukturella och funktionella problemen inom äldre- och handikappomsorgen kan sammanfattas på följande sätt:

- Det finns parallella organisationer för likartade service- och vårdbehov.
- Uppbyggnaden av alternativa boende- och vårdformer samt insatser i öppenvården för det ökande antalet mycket gamla försvåras genom oklarhet om den nuvarande huvudmannaskapsgränsen.
- Ett socialt synsätt har fått stå tillbaka för ett traditionellt sjukvårdsperspektiv, även då sociala omvårdnadsbehov dominerar.
- Det politiska ansvaret är otydligt, vilket gör att den enskilde har svårt att veta vem som är ansvarig för olika insatser.
- Äldre personer tvingas i onödan flytta mellan olika boende- och vårdformer.
- Flexibiliteten i resursanvändningen begränsas genom parallella ledningsorganisationer med olika budgetar.
- Uppdelningen av arbetsuppgifter i service- och vårdarbetet riskerar att mer ske efter administrativa gränser än av vad som motiveras av den enskildes behov.
- Samspelet mellan sjukvårdens institutioner och övrig äldreomsorg försvåras, varför människor vårdas onödigt länge på sjukvårdens institutioner.

Äldredelegationens förslag är inte begränsade till äldre, utan har som utgångspunkt alla dem som, oavsett ålder, har behov av service och vård.

Delegationens förslag syftar till att primärkommunerna skall få ansvaret för insatser som samspelar med och kompletterar varandra och ansvaret för att bereda äldre och yngre handikappade, som är i behov därav, service

och vård i hemmet eller i särskilda boendeformer för service och omvårdnad.

Delegationens förslag syftar även till att det verksamhetsmässiga och ekonomiska ansvaret skall fördelas så att det dels blir tydligare för den enskilde och för berörd personal vilken huvudman som är ansvarig i det enskilda fallet, dels blir en och samma huvudman, primärkommunen, som ansvarar för att nödvändiga resurser för service och vård finns samt för utbyggnad och prioriteringar inför framtiden.

Huvudmännens ansvar och uppgifter

Äldredelegationen föreslår följande förändringar:

- Primärkommunerna föreslås, genom ett tillägg i socialtjänstlagen, få ett lagstadgat ansvar för att inrätta särskilda boendeformer för service och omvårdnad för dem som så behöver.
- De lokala sjukhemmen föreslås överföras till premärkommunerna och i fortsättningen ses som en särskild boendeform för service och omvårdnad enligt socialtjänstlagen. Vill en kommun att landstingskommunen fortsätter att driva ett lokalt sjukhem bör detta vara möjligt om parterna är överens härom. Långvårdsanläggningar på länsnivå föreslås kunna överföras till kommunen, om huvudmännen kommer överens om detta och om anläggningen i fråga fyller likartad funktion som ett lokalt sjukhem.
- Primärkommunerna föreslås bli ansvariga även för medicinska insatser som kan tillgodoses i enskilt hem, i särskilda boendeformer för service och omvårdnad samt i dagverksamheter för dem som inte enbart behöver tillfällig vård och behandling. Undantag görs för insatser som utförs av läkare.
- Den integrerade organisationen för social hemtjänst och hemsjukvård föreslås kallas hemvård.
- Kommunernas ansvar kommer enligt förslaget att omfatta både planerade och akuta insatser. Landstingskommunen föreslås, om det i ett enskilt fall skulle uppstå oklarhet om vilken huvudman som är ansvarig, bli skyldig tillse att den enskilde får den medicinska vård han behöver.
- Enligt delegationens förslag skall primärkommunerna ha den personal som behövs för kommunens hälso- och sjukvård. Berörd personal skall erbjudas anställning i kommunerna. Möjligheter till lokala lösningar bör dock finnas. Om det är lämpligare bör kommunen kunna köpa tjänster framför allt rehabiliteringspersonal och sjuksköterskor till hemvården.
- Delegationen föreslår att en yrkeserfaren legitimerad sjuksköterska skall ges ett särskilt medicinskt ansvar.
- Kommunernas socialnämnd föreslås åläggas ledningen för hemvården och de lokala sjukhemmen. Socialtjänstlagens bestämmelser om distriktsnämnder, lokalorganslagen samt lagstiftningen kring frikommunförsöken är dock tillämpliga även i detta fall.
- Delegationen anser att en översyn av det nuvarande avgiftssystemet med anledning av den föreslagna reformen bör göras. Målsättningen skall vara att införa ett nytt avgiftssystem inom den kommunala äldre-

och handikappomsorgen samtidigt med huvudmannaskapsreformen. Den enskildes avgifter för medicinska insatser i hemmet m. m. eller vid vård på lokalt sjukhem föreslås bli oförändrade i avvaktan på resultatet av en sådan översyn.

Samordning och betalningsansvar

Äldredelegationen konstaterar att kommunerna behöver stimuleras att bygga upp alternativa öppenvårdsinsatser och särskilda boendeformer för service och omvårdnad. Olika försök med ekonomiska stimulanser beskrivs.

Äldredelegationen föreslår att primärkommunerna får ett ekonomiskt ansvar – betalningsansvar – för vård inom den somatiska långtidssjukvården samt för vården av medicinskt färdigbehandlade patienter inom den somatiska korttidssjukvården och den psykiatriska vården.

Betalningsansvaret för patienter inom den somatiska långtidssjukvården, inklusive den specialiserade geriatriska rehabiliteringen, föreslås inträda fr.o.m. det första vårddygnet. Beträffande den psykiatriska långtidssjukvården föreslås betalningsansvaret inträda antingen efter en schablontid, som kan bestämmas till exempelvis ett år, eller trettio dager efter det att läkare bedömt att en patient är medicinskt färdigbehandlad. Betalningsansvaret för den somatiska korttidsvården föreslås inträda antingen efter en schablontid om förslagsvis 20 vårddygn, eller fr.o.m. det åttonde vårddygnet efter det att en läkare bedömt en patient vara medicinskt färdigbehandlad.

I samtliga alternativ skall som för närvarande vård och behandling samt in- och utskrivning ske i enlighet med läkarens beslut.

Ekonomiska konsekvenser och ekonomisk reglering

Äldredelegationen föreslår att de ekonomiska resurser som motsvarar landstingens kostnader, för den verksamhet för vilken kommunerna blir ny huvudman, vård för vilken kommunerna skall ges ett betalningsansvar samt ersättningarna i de s. k. samverkansavtalen, förs över till kommunerna. Frågan om kostnaderna för vården av medicinskt färdigbehandlade patienter inom korttidssjukvården bör enligt delegationen övervägas ytterligare. Delegationen har uppskattat dessa kostnader till 20–22 miljarder kronor i 1989 års resurs- och prisläge.

De ekonomiska konsekvenserna föreslås lösas med hjälp av statens bidrag till huvudmännen, skatteutjämningssystemet, skatteväxling och genom ett nytt mellankommunalt omfördelningssystem. Det senare föreslås vid reformens genomförande innebära att varje kommun får medel motsvarande kommunens faktiska kostnader för överförd verksamhet och betalningsansvar. Efter en period, om fem till åtta år, bör varje kommun inom länet få den andel av de medel, som förs över från landsting till kommun, som deras respektive åldersstruktur m. m. motiverar. Formerna för det mellankommunala omfördelningssystemet bör läggas fast i lag. Om samtliga kommuner i ett län, efter halva den tid som omfördelningssyste-

met skall gälla, vill omfördela resurser på annat sätt än enligt det nationella systemet skall de kunna tillämpa ett sådant alternativt omfördelningssystem. Kommande förändringar av skattesystemet m. m. kan påverka utformningen av den föreslagna modellen för ekonomisk reglering.

Genomförande av reformen

Reformen föreslås träda i kraft den 1 januari 1992. Delegationen anser emellertid att det finns starka skäl för att genomföra den föreslagna kompletteringen av socialtjänstlagen redan den 1 januari 1990, för att därigenom precisera kommunernas ansvar för servicebostäder och gruppboende.

Kommuner och landsting kommer i egenskap av både huvudmän och arbetsgivare att behöva vidta en rad åtgärder; personalinformation och personalutbildning, gemensam planering av resursförändringar och det fortsatta samarbetet samt förberedelser inför den ekonomiska regleringen mellan huvudmännen.

Socialstyrelsen bör få i uppdrag att noga följa och utvärdera reformen och dess olika aspekter. Med stöd av material från utvärderingen bör staten kunna vidta åtgärder för att göra eventuellt erforderliga förändringar i reformens konstruktion. Erfarenheter från företrädare för äldre och handikappade, huvudmännen samt personalorganisationerna bör därvid tas till vara.

Fortlöpande avstämningar mellan staten och de båda kommunförbunden bör ske. Särskild uppmärksamhet bör ägnas vårdmässiga och ekonomiska konsekvenser av betalningsansvaret samt konstruktionen av den ekonomiska regleringen.

Äldres behov av service och vård

Det saknas i dag underlag för att med någon säkerhet kunna bedöma konsekvenserna av bl. a. hälsoutvecklingen och förändringen av befolkningens ålderssammansättning när det gäller behov och konsumtion av service och vård fram till år 2000. Tillgängligt material tyder emellertid på att de förändringar i konsumtionsmönstret som skett under 1980-talet fortsätter. Detta innebär bl. a. att konsumtionen av alternativa boende- och vårdformer samt öppna service- och vårdinsatser ökar, både i absoluta termer och i förhållande till övrig vård.

Äldredelegationen föreslår att socialstyrelsen får i uppdrag att mer utförligt analysera de framtida vårdbehoven hos äldre.

Förteckning över remissinstanser

Remissinstanserna

Efter remiss har yttrande avgetts av följande myndigheter (inkl. domstolar); *socialstyrelsen, riksförsäkringsverket, statens handikappråd, riksskatteverket, universitets- och högskoleämbetet, skolöverstyrelsen, arbetarskyddsstyrelsen, plan- och bostadsverket, statskontoret, riksrevisionsverket, konsumentverket, kammarrätten i Sundsvall, länsrätten i Stockholms län, länsstyrelserna i Jönköpings län, Malmöhus län, Älvsborgs län och Norrbottens län.*

Efter remiss har yttrande avgetts av samtliga *landsting.*

Efter remiss har yttrande avgetts av 277 kommuner, dvs. landets samtliga kommuner utom *Avesta, Ludvika, Nordanstigs, Sorsele, Svenljunga, Tierps* och *Vansbro kommuner.*

8 kommuner av de 277 har valt att enbart besvara den första remissomgången angående bl. a. utvidgad flyttningsrätt och ändring i socialtjänstlagen när det gäller kommunernas skyldigheter att ansvara för särskilda boendeformer för service och omvårdnad.

Efter remiss har yttrande avgetts av följande organisationer; *Svenska kommunförbundet, Landstingsförbundet, Sjukvårdens och socialvårdens planerings- och rationaliseringsinstitut (Spri), Landsorganisationen i Sverige (LO), Tjänstemännens centralorganisation (TCO), SACO/SR, Svenska kommunalarbetarförbundet (SKAF), Svenska hälso- och sjukvårdens tjänstemannaförbund (SHSTF), Sveriges kommunaltjänstemannaförbund (SKTF), Föreningen Sveriges socialchefer, Föreningen landstingsdirektörer, Sveriges läkarförbund, Svenska läkaresällskapet, Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter* och *Legitimerade sjukgymnasters riksförbund.*

Efter remiss har yttrande också avgetts av följande brukarorganisationer; *Handikappförbundens centralkommitté (HCK), De Handikappades Riksförbund (DHR), Pensionärernas Riksorganisation (PRO), Sveriges pensionärsförbund (SPF), Statspensionärernas Riksförbund, Riksförbundet Pensionärernas Gemenskapsgrupper (RPG)* och *Riksförbundet för Åldersdementas Rättigheter (Demensförbundet).*

HCK och *DHR* har lämnat gemensamt yttrande tillsammans med Synskadades Riksförbund (SRF).

Totalt har 339 av 351 tillfrågade remissinstanser inkommit med svar.

På eget initiativ har därutöver 44 yttranden inkommit.

Sammanställning av remissyttranden över äldredelegationens förslag (Ds 1989: 27)

Bakgrund och syfte med reformen

Problembeskrivning

Äldredelegationens problembeskrivning i sammanfattning:

Många äldre vårdas under lång tid i miljöer, som inte ger de bästa förutsättningarna för trygghet och integritet. Kvaliteten i äldreomsorgen måste förbättras för att svara mot människors behov och förväntningar. Detta tillsammans med att man måste bygga ut för att svara mot tillkommande behov innebär att äldreomsorgen måste ges fortsatt hög prioritet.

Insatserna måste organiseras och administreras på ett sådant sätt att bästa möjliga effektivitet uppnås.

Fortfarande kvarstår betydande problem i samspelet mellan huvudmännen inom servicen och vården till äldre. Detta har på många håll i landet fört med sig ett betydande mått av irritation och tvister mellan de båda huvudmännens ledningar. Orsaken har oftast varit konflikter om resursfördelningen och kompetensprincipens tillämpning. Konflikter mellan personal i direkt anknytning till vård och service till enskilda har också förekommit. Detta har i sin tur försenat utvecklingen inom äldreomsorgen. Tvisterna tenderar också att undergräva medborgarnas förtroende för samhällets möjligheter att erbjuda en väl fungerande äldreomsorg.

Det bristande samspelet mellan huvudmännens resurser innebär att sjukvårdshuvudmännen nödgas ge vård till personer som, enligt gällande lagstiftning, egentligen skulle få sin vård genom primärkommunens försorg. Enligt delegationen finns det skäl för att snarast vidta åtgärder för att komma tillrätta med detta förhållande.

Omstruktureringen inom vårdsektorn innebär att kommunerna ställs inför nya ekonomiska åtaganden, medan landstingen avlastas uppgifter. Det finns inte någon koppling mellan huvudmännen, där denna förändring kan hanteras och regleras. Detta förhållande är en väsentlig källa till osämja mellan huvudmännen och har försenat utvecklingen.

Uppdelningen av insatserna mellan huvudmännen på vårdbiträden resp. undersköterskor är inte alltid ändamålsenlig från den enskildes synpunkt, utan snarare ett resultat av administrativa förhållanden, främst huvudmannaskapsgränsen.

Det delade huvudmannaskapet och bristande samverkan i verksamhetsplaneringen har på en del håll inneburit att omställningen, när det gäller de alternativa boende- och vårdformerna, har skett utan samordning mellan huvudmännen varigenom enskilda personer riskerat att fara illa.

Remissinstansernas ställningstagande till problembeskrivningen

Totalt 80 remissinstanser tar särskild ställning till delegationens problembeskrivning.

6 *landsting*, varav 2 tveksamt, delar delegationens syn på de problem som funnits och finns.

12 *landsting* menar att de inte känner igen den verklighet som delegationens problembeskrivning avser.

53 *kommuner* delar uttryckligen delegationens analys och menar att den stämmer med erfarenheterna i den egna kommunen.

5 *kommuner* menar att de inte kan instämma i delegationens problembeskrivning.

Övriga remissinstanser har inte uttalat tagit ställning till problembeskrivningen.

Reformens syfte

Äldredelegationens förslag:

Syftet är att den enskilde skall få en samordnad service och vård med god kvalitet och hög kontinuitet samt goda möjligheter att påverka dess inriktning och praktiska utformning. Det skall också bli tydligare för både den enskilde och berörd personal viken huvudman som är ansvarig i det enskilda fallet.

För att åstadkomma detta syftar delegationens förslag också till att ge kommunerna det ekonomiska ansvaret för all långvarig service och vård samt ett verksamhetsansvar för huvuddelen av de lokala resurserna för sådan service och vård.

Sammanfattning av remissinstansernas svar och motiv för sina ställningstaganden

Totalt 291 remissinstanser har tagit ställning till delegationens syfte med reformen.

10 *landsting* menar att delegationens syfte med reformen är mer eller mindre bra och delar delegationens bedömning att ett tydligare ansvar inom speciellt äldreomsorgen är nödvändigt. Särskilt pekar man på möjligheten att kommunerna blir huvudman för omvårdnad på undersköterskenivå och allt boende inkl. lokala sjukhem.

De 4 övriga *landsting* som tagit ställning anser att syftet med en reform borde varit annorlunda t. ex. att stärka de medicinska insatserna och höja den medicinska kompetensen inom vård och omvårdnad av långvarigt sjuka. Då blir inte heller syftet att ge kommunerna ett sammanhållet ekonomiskt ansvar adekvat. Landstingen bör tillhandahålla den medicinska kompetensen. 245 *kommuner* understryker delegationens syften med reformen och menar att dessa är helt riktiga. Erfarenheterna i kommunerna innebär att det måste till en tydligare ansvarsfördelning och en primärkommunal huvudman för att ge kontinuitet och samordning av service och omvårdnad på lokal nivå.

10 *kommuner* menar att delegationens syften inte är riktiga. Vård och omvårdnad bör bygga på kompetensprincipen mellan landsting och kommun. Då blir det tydligast också för den enskilde och ingen ytterligare ekonomisk belastning för kommunen.

Svenska kommunförbundet anser att reformen är nödvändig för att åstadkomma en vård och omsorg som präglas av valfrihet, kontinuitet, personlig integritet och trygghet. Förbundet är berett att gå längre och

menar att ett överförande av hela primärvården skulle vara det mest ändamålsenliga.

Landstingsförbundet menar att delegationen anger delvis nya vägar för att tillgodose de angelägna och växande vård- och omsorgsbehoven för äldre, långtidssjuka och handikappade och att nya angreppsätt kan prövas. Förbundet instämmer delvis i delegationens grundläggande syfte med reformen, men anser att behoven av kvalificerade medicinska insatser för speciellt gruppen äldre borde vara en förstahandsuppgift. Bland fackförbunden instämmer *LO*, *TCO*, *SKAF*, *SHSTF*, *SKTF* och *Föreningen Sveriges socialchefer* helt i delegationens grundläggande syften med reformen.

Sveriges läkarförbund menar att ett sammanhållet medicinskt ansvar är det grundläggande för en utveckling av äldreomsorgen och ställer frågan om inte hela primärvården borde föras över till primärkommunerna.

Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter och *Legitimerade sjukgymnasters riksförbund* anser inte att en reform med delegationens syfte är bra för den enskilde när det gäller arbetsterapi och sjukgymnastik. Den nära knytningen till den medicinska kompetensen förordas. *Brukarorganisationerna* anser i stort sett samstämmigt att det är nödvändigt med ett klarare ansvar och anser att syftet med reformen är riktigt, även om några inte helt delar äldredelegationens förslag till lösningar. *HCK* och *DHR* betonar exempelvis resursfrågornas betydelse.

Ny ansvars och uppgiftsfördelning

Särskilda boendeformer

Äldredelegationens förslag:

Primärkommunerna blir skyldiga att inrätta särskilda boendeformer för service och omvårdnad för dem som så behöver. I detta innefattas servicebostäder, gruppboenden, ålderdomshem och lokala sjukhem. Kommunernas skyldighet föreslås regleras genom ett tillägg till socialtjänstlagen. I konsekvens med förslaget föreslås också terminologiska ändringar i folkbokföringslagen.

Sammanfattning av remissinstansernas svar och motiv för sina ställningstaganden

292 remissinstanser har tagit ställning till delegationens förslag om de särskilda boendeformerna och samtliga är positiva till förslaget att förtydliga kommunernas ansvar för boendet genom ändring i socialtjänstlagen.

Socialstyrelsen betonar betydelsen av en väl fungerande bostadsförsörjning för äldre och andra grupper och vikten av att man i det ordinarie bostadsbeståndet i högre grad än nu är fallet, planerar och bygger för kvarboende även när omvårdnadsbehovet ökar. Styrelsen är också positiv till begreppet särskilda boendeformer för service och omvårdnad och menar att på sikt bör allt boende inom kommunerna ha en boendestan-

dard som underlättar självständighet och stärker den personliga integriteten.

Plan- och bostadsverket framhåller att de särskilda boendeformerna måste utvecklas mot en fullvärdig standard. Verket menar att detta är ett mål för den sociala välfärdspolitiken och samtidigt ger det större möjligheter till en flexibel bostadsförsörjningsplanering. Kommunerna måste också få de ekonomiska förutsättningarna att klara reformen.

Landstingsförbundet pekar på nödvändigheten av att klargöra ansvaret i gränsområdet mot utvecklingstördas behov av särskilt ordnat boende genom omsorgslagen. Förbundet menar att det finns delar av personkretsen som måste få sitt boende genom kommunernas försorg enligt socialtjänstlagen.

Landstingen delar i stort sett delegationens bedömning, när det gäller boendet, även om 5 landsting är negativa till förslaget att de lokala sjukhemmen skall överföras till primärkommunerna och inordnas i begreppet särskilda boendeformer för service och omvårdnad.

De *kommuner* som tillstyrker förslaget delar delegationens analyser och argument.

40 *kommuner* anser det nödvändigt med ökade bidrag från staten för att klara åtagandet enligt förslaget.

15 *kommuner* menar att kraftfulla åtgärder för att lösa finansieringsfrågorna måste vidtas.

14 *kommuner* anser att reglerna för bidrag och finansiering måste ses över, förenklas, göras mer generella och lika för alla de särskilda boendeformerna.

4 *kommuner* betonar särskilt att standarden måste höjas till ett fullgott boendealternativ i alla de särskilda boendeformerna.

Fackförbunden och *brukarorganisationerna* är i stort sett positiva. *HCK* och *DHR* betonar att lagen måste utformas mer konkret, så att stödet i den egna bostaden kommer i första hand och att kommunen inte kan hänvisa till speciell boendeform som villkor för att ge stöd.

Några remissinstanser tar också upp resursfrågan och påpekar att ytterligare resurser måste tillföras boendeområdet om kommunerna skall klara sitt ansvar.

Överförande av lokala sjukhem

Äldredelegationens förslag:

De lokala sjukhemmen skall överföras till primärkommunerna och ses som en särskild boendeform för service och omvårdnad inom socialtjänsten. Den särskilda boendeformen lokalt sjukhem bör vara avsedd för personer som inte enbart behöver tillfällig vård och behandling. Vid dessa sjukhem kommer följaktligen kommunerna att ha ansvar för all den sjukvård som den enskilde behöver och som inte utförs av läkare.

All personal vid de lokala sjukhemmen bör övergå till kommunal anställning. Som alternativ, t. ex. för mindre kommuner, bör finnas möjlighet för kommunen att genom överenskommelse med landstinget köpa

arbetsterapeut- och sjukgymnasttjänster, som kommunen behöver för att uppfylla sitt ansvar.

Ekonomipersonal, vaktmästare och andra grupper bör också erbjudas primärkommunal anställning. Vissa verksamheter vid de lokala sjukhemmen, t. ex. somatisk korttidsvård och specialiserad geriatrisk rehabilitering, ligger utanför det kommunala ansvaret för hälso- och sjukvård.

En särskild lag om att kommunerna skall överta ansvaret för lokala sjukhem föreslås. En förteckning över vilka sjukhem som skall överföras skall göras och landsting och kommuner bereds möjlighet att lämna synpunkter, innan denna förteckning biläggs lagen. I vissa fall kan kommunen av särskilda skäl välja att i överenskommelse med landstinget i stället för övertagande betala för vården.

Beslut om tilldelning av plats på lokalt sjukhem kommer att vara ett beslut enligt socialtjänstlagen, som prövas på samma grunder som andra sociala insatser.

Sammanfattning av remissinstansernas svar

292 remissinstanser har tagit ställning till förslaget om överförande av de lokala sjukhemmen till primärkommunerna.

271 av dessa tillstyrker i princip delegationens förslag om överförande, varav 15 landsting och 236 kommuner. Många av de tillstyrkande gör dock vissa påpekanden.

21 remissinstanser avstyrker ett överförande av de lokala sjukhemmen till primärkommunerna, varav 7 *landsting* och 8 *kommuner*.

144 av de tillstyrkande remissinstanserna, därav 135 *kommuner*, påpekar att all personal vid de lokala sjukhemmen skall inräknas vid ett överförande.

8 instanser anser att endast viss personal skall överföras.

24 instanser påpekar att även läkarna borde överföras, när det gäller de lokala sjukhemmen.

Remissinstansernas motiv för sina ställningstaganden

Socialstyrelsen anser det viktigt att de lokala sjukhemmen förs över till kommunerna och gradvis omvandlas till särskilda boendeformer, men understryker också att viss korttidsvård måste disponeras direkt av landstingskommunerna. Styrelsen förordar att all personal förs över till primärkommunen. Genom att kommunerna får ansvaret kommer en nödvändig omstrukturering att ske, förutsatt att kommunerna ges ekonomiska möjligheter att t. ex. bygga om gamla sjukhem och/eller utveckla alternativ.

Plan- och bostadsverket anser att fullvärdig standard även framdeles skall vara ett mål för de bostäder som är avsedda för äldre och handikappade personer. Sjukhemmen bör dock ur såväl ekonomisk som vårdideologisk synpunkt betraktas som en vårdform. De sjukhem som inte innebär boende kan inte heller komma ifråga för statliga bostadslån.

Svenska kommunförbundet tillstyrker delegationens förslag och påpekar att kommunerna på så sätt får ett kraftfullt resurstillskott samt bättre

möjligheter att erbjuda vård och omsorg utifrån den enskilda människans behov och önskemål. I ökad utsträckning kommer också platser att användas för insatser av typen korttidsvård, avlastning, dagverksamhet och enklare rehabilitering, dvs. som komplement till boende i enskilt hem eller särskilda boendeformer. Läkare borde kunna överföras där huvudmännen är överens om detta.

Landstingsförbundet understryker att de sjukhemsplatser som har en övervägande omvårdnadsfunktion skall ingå i begreppet särskild boendeform och överföras till kommunerna för samordning med den lokala servicen och omvårdnaden. Förbundet betonar särskilt möjligheten till att lokalt göra överenskommelser om vilka sjukhem eller delar därav som skall överföras till primärkommunerna.

Av de *landsting* som tillstyrker förslaget har de flesta ett liknande resonemang, där man betonar lokala överenskommelser. Några anser att sjuksköterskor skall vara kvar hos landstinget. Några anser att sjukgymnast och arbetsterapeut inte skall föras över.

De *landsting* som avstyrker menar bl. a. att på sjukhemmen finns de verkligt svårt sjuka patienterna. Då är det inte rimligt att föra över sjukhemmen till primärkommunen som en särskild boendeform.

De *kommuner*, som tillstyrker, delar i huvudsak delegationens argument och pekar i stor utsträckning på nödvändigheten av att även administrativ och annan personal räknas in i överförandet. Några menar att kommunen inte automatiskt skall ta över all personal utöver sjukvårdspersonalen, utan måste få möjligheten att välja vilka man vill anställa. Man hänvisar då bl. a. till att kommunen har egen vaktmästarpersonal, administrativ personal m. fl.

31 *kommuner* förordar lokala lösningar, där kommun och landsting kan fördela ansvaret efter vad som är bäst för verksamheten.

22 *kommuner* påpekar nödvändigheten av centrala riktlinjer för överförandet av fastigheter.

11 *kommuner* menar att kommunerna måste få avgöra om de skall ta över fastigheterna.

Några *kommuner* anser att överförandet inte skall lagregleras.

5 *kommuner* anser att all långvård skall överföras till primärkommunalt huvudmannaskap och några menar att även korttidsvården skall ingå i överförandet.

LO, TCO, SKAF, SHSTF, SKTF, Föreningen Sveriges socialchefer och *Föreningen landstingsdirektörer* anser att sjukhemmen bör föras över för att samordna verksamheten lokalt och för att ge kommunerna möjlighet att utveckla de särskilda boendeformerna.

LO pekar på behovet av lokala lösningar.

TCO och *SHSTF* menar att all långvård bör föras över till primärkommunal huvudman.

Föreningen landstingsdirektörer anser att den kvalificerade sjukvården på sjukhemmen skall bedrivas av landstingen och att sjuksköterskorna inte skall överföras.

SHSTF betonar att personalen bör vara anställd av den som ansvarar för verksamheten.

HCK och *DHR* hävdar att endast de lokala sjukhem där de boende har tillgång till eget rum och hygienutrymme skall föras över till primärkommunerna och därmed bli en särskild boendeform.

De övriga *brukarorganisationerna* delar i huvudsak delegationens synpunkter. *SPF* och *Statspensionärernas Riksförbund* menar därutöver att läkare borde överföras till kommunerna och ansvara för vården på de lokala sjukhemmen.

Betalningsansvaret

Principiellt ställningstagande

Äldredelegationens förslag:

Ett primärkommunalt betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård föreslås inom ramen för länssjukvården. Ett ekonomiskt incitament skapas för att stimulera primärkommunerna att bygga ut alternativ till sjukhusvistelse för äldre och långvarigt sjuka.

Sammanfattning av remissinstansernas svar

Av de 304 remissinstanser, som tagit ställning till äldredelegationens förslag om införande av primärkommunalt betalningsansvar, tillstyrker 278 i princip, varav 19 med viss tvekan.

26 remissinstanser avstyrker.

13 remissinstanser förordar att ett betalningsansvar för landstinget införs, när t. ex. viss tid förflutit och en nödvändig operation inte genomförts och detta belastar t. ex. hemtjänsten.

Olika remissinstansers svar

9 av 20 myndigheter tillstyrker; *socialstyrelsen*, *RFV*, *statskontoret*, *RRV*, *konsumentverket*, *länsrätten i Stockholms län* och *länsstyrelserna i Jönköpings*, *Malmöhus* och *Norrbottens län*. Övriga tar ingen ställning till förslaget.

17 *landsting* uttrycker sig positivt om delegationens förslag om betalningsningsansvar, varav 5 med tvekan. De flesta landsting som tillstyrker vill gärna se försök i full skala i något/några län först.

6 *landsting* avstyrker förslaget.

Av de 256 *kommuner* som tagit ställning till frågan om betalningsansvar tillstyrker 241, varav 14 med viss tvekan.

15 *kommuner* avstyrker primärkommunalt betalningsansvar.

Brukarorganisationerna som yttrat sig är i princip positiva. Det gäller *HCK*, *DHR*, *PRO*, *SPF* och *Demensförbundet*. Detsamma gäller de *fackförbund* som tagit ställning till frågan, *LO*, *TCO* och *SKAF* samt *Föreningen Sveriges socialchefer*.

Remissinstansernas motiv för sina ställningstaganden

Socialstyrelsen tillstyrker delegationens förslag om ett kommunalt betalningsansvar och delar principiellt delegationens argument, men vill undestryka att betalningssystemet inte får konstrueras så att det inbjuder till diskussioner om den individuella vårdplaneringen utifrån ekonomiska argument.

Riksrevisionsverket menar att betalningsansvaret kommer att fungera som styrmedel även om kommunernas kostnader för vårdalternativ i vissa fall blir högre än landstingens kostnader för den verksamhet som skall ersättas.

Svenska kommunförbundet anser att förslaget innebär att ekonomiska möjligheter skapas för kommunerna att få till stånd den omstrukturering av de äldres långvård som länge eftersträvats, men som hittills inte kommit till stånd i tillräcklig omfattning.

Landstingsförbundet hävdar att det principiellt är riktigt att söka utveckla lösningar som innebär ett mer samlat ansvar. Den typ av betalningsmodeller som äldredelegationen valt att föreslå innebär dock ett helt nytt system för styrning och finansiering som hittills är relativt oprövat och därmed inte heller utvärderat. Landstingsförbundets styrelse anser att det finns stora oklarheter och svagheter i den föreslagna modellen för betalningsansvaret och avvisar mot bakgrund av detta äldredelegationens förslag till införande av primärkommunalt betalningsansvar. Däremot anser förbundet att det skulle vara av värde med lokalt förankrade och avgränsade försök med olika betalningsmodeller för olika delar av äldrevården. Förbundet förordar att man nu istället utformar en modell med landstingskommunala stimulansbidrag, som bör bygga på ett enhetligt regelsystem gemensamt för hela landet.

De *kommuner* som tillstyrker delar i huvudsak delegationens argument för ett betalningsansvar och ser det som ett kraftfullt medel för omstrukturering av vårdresurserna mot mer enskilt boende för omvårdnad och service.

De *organisationer*, inkl. *brukarorganisationerna*, som tillstyrkt förslaget anser, liksom delegationen, att ekonomiska styrmedel är nödvändiga för att ge incitament till ökad primärkommunal satsning på det egna boendet och utbyggnaden av hemvården.

De remissinstanser som avstyrker, avstyrker i regel reformen i sin helhet, men pekar särskilt på betalningsansvaret som en av anledningarna till avstyrkan. Några andra anser att ett betalningsansvar enbart blir ett byråkratiskt instrument, som inte får de beskrivna effekterna och avstyrker delegationens förslag i denna del.

Ett system med omvänt betalningsansvar förordas dessutom av *Sveriges pensionärsförbund* och 13 *kommuner*. Ett sådant omvänt ansvar skulle innebära att landstinget får ett motsvarande betalningsansvar gentemot primärkommunen, när patienter av olika anledningar inte inom rimlig tid får t. ex. höftledsoperation eller starroperation genomförd och genom detta belastar kommunens resurser för t. ex. hemtjänst.

Äldredelegationens förslag:

Primärkommunalt betalningsansvar bör gälla all somatisk långtidssjukvård som landstinget har ansvar för och inträda fr. o. m. första dagen. Det betyder att betalningsansvaret kommer att omfatta långvårdskliniker, långvårdssjukhus, centrala sjukhem samt sjukhusansluten hemsjukvård som efter huvudmannaskapsreformen har landstingen som huvudman.

Kommunerna föreslås även ekonomiskt svara för vården vid privata sjukhem.

Delegationen anser vidare att övervägande skäl talar för att rehabiliteringsverksamheten vid de geriatriska klinikerna inom länssjukvården skall ingå i kommunens betalningsansvar.

Sammanfattning av remissinstansernas svar

De remissinstanser som tagit ställning till betalningsansvar för somatisk långtidssjukvård från första dagen, fördelar sig i stort sett på samma sätt som i det principiella ställningstagandet till betalningsansvar över huvud taget, när det gäller tillstyrkan och avstyrkan dvs. i huvudsak positivt. Några remissinstanser vill dock gå ännu längre och överföra hela driftsansvaret för all somatisk långtidssjukvård till kommunerna.

Några remissinstanser har synpunkter på sjukhusanknuten hemsjukvård bl. a. *socialstyrelsen*, *statskontoret*, *Svenska kommunförbundet* och *TCO*, tillsammans med något *landsting* och 8 *kommuner*.

Riksrevisonsverket och 4 *kommuner* ifrågasätter betalningsansvar för vårdtagare på enskilt vårdhem där kommunen inte medverkat vid placeringen.

Socialstyrelsen, *statskontoret*, *riksrevisonsverket* och *länstyrelserna i Jönköpings* och *Norrbottens län* anser att geriatriken inte skall ingå i betalningsansvar från första dagen, då den bör betraktas som en länssjukvårdsspecialitet och jämställas med övrig somatisk korttidsvård. 16 *landsting* instämmer i denna bedömning liksom 68 *kommmuner*.

4 *landsting* och 56 *kommuner* avstyrker betalningsansvar överhuvudtaget för geriatrisk rehabilitering.

Remissinstansernas motiv för sina ställningstaganden

Socialstyrelsen tillstyrker delegationens förslag om betalningsansvar och förordar att det införs ett obligatoriskt samrådsförfarande mellan medicinskt ledningsansvarig läkare, kommunens representanter och den enskilde (eller företrädare för denne) vid beslut om vårdform inom somatisk långtidssjukvård som rör centrala sjukhem, enskilda vårdhem och sjukhusansluten hemsjukvård.

Svenska kommunförbundet menar att genom att göra kommunerna ekonomiskt ansvariga för hela långvården ökar förutsättningarna för att vården ska kunna organiseras på effektivast möjliga sätt. Det vill säga med god kvalitet, till rimliga kostnader och i linje med de politiskt fastlagda

målen. Ytterligare en fördel är att betalningsansvaret kommer att stimulera både kommuner och landsting att erbjuda medborgarna attraktiva boende- och vårdformer.

Landstingsförbundet anser att ett samlat ekonomiskt ansvar hos primärkommunerna för alla långvårdspatienter kan synas logiskt i anslutning till förslaget om överföring av lokala sjukhem till kommunerna. Det stora antalet svårbedömda variabler gör det emellertid extremt svårt att utforma en väl fungerande betalningsordning. Den lösning som presenteras i betänkandet är ofullgången och oklar till sina omfattande konsekvenser. Förbundet bedömer det inte som försvarligt att i ett slag och riksenhetligt genomföra ett så osäkert förslag.

I övrigt delar de tillstyrkande remissinstanserna i stort sett delegationens motiv för ett betalningsansvar från första dagen inom somatisk långtidssjukvård. De som uttalat tvekan är osäkra på de ekonomiska och vårdmässiga effekterna av förslaget.

Några av remissinstanserna, bl. a. *Stockholms läns landstingskommun* och 4 *kommuner* anser att även verksamhetsansvaret för somatisk långtidssjukvård bör övergå till kommunen. Verksamhetsansvaret bör följa det ekonomiska ansvaret.

Socialstyrelsen påpekar att delegationens förslag om kommunernas betalningsansvar även för sjukhusanknuten hemsjukvård innebär att landstinget kan bygga ut en parallell verksamhet på det lokala planet som kommunen i princip inte kan påverka, men ändå vara ekonomiskt ansvarig för. Betalningsansvaret för den sjukhusanknutna hemsjukvården får inte utformas så att kommunerna kan erbjuda en mindre kvalificerad hemsjukvård som alternativ. Styrelsen vill påpeka att den sjukhusanknutna hemsjukvården även bistår med kvalificerade sjukvårdsinsatser inom andra områden än geriatrikens och även har ett egenvärde genom att man den vägen bl. a. kan föra ut avancerad teknik även i hemmen och på det sättet undvika institutionsvård.

Statskontoret anser beträffande s. k. sjukhusanknuten hemsjukvård att betalningsansvaret endast bör aktualiseras i de fall där den vårdgivande kliniken är en sådan som omfattas av betalningsansvar. Patienten vårdas av klinikens egen personal och kan snabbt tas in för vård på klinik om tillståndet förvärras. Likheten med långtidssjukvården där kommunens primärvård kan utgöra ett alternativ är mindre än likheten med akutsjukvård eller specialistvård. Därför bör betalningsansvaret jämställas med somatisk korttidsvård.

TCO menar att även om vården på en specialklinik varit motiverad så finns det inte något behov av en specialiserad hemsjukvård varken från långvårdssjukhus eller från akutsjukhus utom i mycket speciella fall. TCO avstyrker det parallella hemsjukvårdssystemet som drivs av landstingshuvudmännen vid sidan av primärvården med motiveringen att det handlar om specialiserad hemsjukvård. *Svenska kommunförbundet* påpekar vikten av att landstingen har resurser för s. k. lasarettsanknuten hemsjukvård. För vissa typer av sjukvård i hemmet, bl. a. i samband med terminalvård, krävs ett specialistkunnande som endast finns i den landstingskommunala hälso- och sjukvården.

Socialstyrelsen påpekar att betalningsansvaret i förhållande till enskild vårdgivare också bör omfatta enskilda vårdgivare inom psykiatrin och att detta bör införas i lagtexten.

Riksrevisionsverket kan inte biträda förslaget att kommunen, i de fall landstingskommunen placerat en person för somatisk långtidsvård vid enskilt vårdhem, skall ha betalningsansvar enligt fastställt pris baserat på anläggningens självkostnad. Om kommunen skall vara betalningsansvarig gentemot huvudmannen, bör placeringen ha skett på initiativ av kommunen.

De *kommuner* som har synpunkter på betalningsansvaret vid enskilt vårdhem, delar i huvudsak RRV:s synpunkter.

Socialstyrelsen skriver angående geriatriken att en vårdform med tyngdpunkt i rehabilitering och utredning för speciellt äldre kommer att utvecklas, den geriatriska kliniken, vilket naturligtvis inte stänger ute äldre från övriga specialiteter då behov finns av dessa. Socialstyrelsen tillstyrker delegationens förslag om en ökad satsning på den geriatriska klinikfunktionen, dvs. diagnostik, behandling och rehabilitering inom geriatriken, samt att denna del av den somatiska långtidssjukvården avspjälkas från långtidssjukvården och betraktas som en länssjukvårdsresurs. Geriatriken är då en somatisk korttidsfunktion inom länssjukvården och därmed vad gäller betalningsansvaret jämställd med övriga kliniker inom länssjukvården.

Svenska kommunförbundet betonar vikten av att betalningsansvaret utformas så att den pågående utvecklingen av den geriatriska rehabiliteringen till en specialitet främjas.

Landstingsförbundet anser att geriatrisk rehabilitering är en specialitet inom länssjukvården.

De 124 *kommuner* som inte delar delegationens syn på geriatriken anser att geriatrik är en länssjukvårdsspecialitet, som bör jämställas med övrig somatisk korttidsvård eller inte alls ingå i primärkommunens betalningsansvar, eftersom kommunen inte kan skapa alternativ till denna verksamhet.

Psykiatrisk slutenvård

Äldredelegationens förslag:

Primärkommunalt betalningsansvar föreslås. Två alternativ presenteras. Enligt alternativ 1 inträder betalningsansvar efter en sammanhängande vårdperiod om ett år. Alternativ 2 innebär att betalningsansvar inträder trettio dagar efter det att landstingskommunen anmält hos kommunen att patienten är medicinskt färdigbehandlad.

Sammanfattning av remissinstansernas svar och motiv för sina ställningstaganden.

239 remissinstanser som tagit ställning tillstyrker betalningsansvar för patienter inom den psykiatriska slutenvården.

25 instanser avstyrker. De som avstyrker överensstämmer i stort sett med dem som avstyrker primärkommunalt betalningsansvar över huvudtaget.

Om primärkommunalt betalningsansvar införs förordar remissinstanserna följande alternativ för betalningsansvaret inom den psykiatriska vården: Schablon förordas av *statskontoret*, *länstyrelserna i Jönköpings och Norrbottens län*, 3 *landsting*, 153 *kommmuner* och *Svenska kommunförbundet* (dock tveksamt) samt *LO*, *TCO*, *SKAF*, *Föreningen Sveriges socialchefer*, *HCK* och *DHR*.

Läkarbedömning förordas av *socialstyrelsen* och *riksrevisonsverket*, 19 *landsting*, 64 *kommuner* och *Landstingsförbundet*, *SPRI*, *Sveriges läkarförbund*, *Svenska läkaresällskapet*, *PRO* och *SPF*.

Svenska kommunförbundet markerar dock tveksamhet beträffande en tillämpning av schablonmetoden inom psykiatrin. Förbundet menar att om man tillämpar schablonmetoden, så inför man ett betalningsansvar för många som ej är medicinskt färdigbehandlade. Därtill kommer att en stor andel av de färdigbehandlade inte alls berörs. Detta bör undersökas närmare i det fortsatta beredningsarbetet. Styrelsen vill också betona att kommunernas möjligheter att ta ett ökat ansvar för de medicinskt färdigbehandlade inom psykiatrin förutsätter, att frågan om hur resurserna för den öppna psykiatrin ska inordnas i de kommunala hemvårdsteamen får en tillfredsställande lösning.

Landstingsförbundet anför att inventeringar som gjorts på olika håll i landet visar att en schablonmodell utformad enligt äldredelegationens förslag (1-årsgräns för psykiatrin och 21 dagar i akutsjukvården) i hög grad kommer att omfatta patienter som inte är medicinskt färdigbehandlade utan tvärtom i behov av fortsatta kvalificerade medicinska insatser. Mest markant är detta förhållande inom psykiatrin menar förbundet.

HCK, DHR och SRF (Synskadades Riksförbund) anser i sitt yttrande att tidpunkten för betalningsansvarets övergång till kommunen bör vara densamma för psykiatrisk vård och kroppssjukvård. Eftersom begreppet "medicinskt färdigbehandlad" kan vara svårt att fastställa, ansluter de sig till det alternativ i delegationens förslag som innebär att betalningsansvaret inträder fr. o. m. dag 21 av en sammanhängande vårdperiod.

De *kommuner* som tillstyrker betalningsansvar för psykiatrin enligt schablon respektive läkarbedömning delar i stort sett delegationens argument för och emot de olika metoderna och har använt dem för att förorda det ena eller andra alternativet.

Många kommuner skriver t. ex. att det är oundgängligt med läkarbedömning, eftersom den enskilde patienten annars kan utsättas för manipuleringar, som innebär att patienten inte vårdas efter sina individuella behov.

Ungefär lika många kommuner beskriver nödvändigheten av schablon med samma argument. Det måste vara en administrativ gräns, som inte berör förhållandet mellan läkaren och den enskilde patienten menar man.

Äldredelegationens förslag:

Ett primärkommunalt betalningsansvar införs för medicinskt färdigbehandlade inom somatisk korttidsvård. Två alternativ redovisas. Alternativ 1 innebär att betalningsansvar inträder fr. o. m. dag 21 av en sammanhängande vårdperiod. Vid alternativ 2 inträder betalningsansvar sju dagar efter det att landstingskommun anmält hos kommunen att patienten är medicinskt färdigbehandlad. *Sammanfattning av remissinstansernas svar och motiv för sina ställningstaganden*

247 remissinstanser som tagit ställning tillstyrker delegationens förslag om betalningsansvar för somatisk korttidsvård, varav 12 med viss tvekan.

22 instanser avstyrker.

Tillstyrkan och avstyrkan följer i princip remissinstansernas ställningstagande till frågan om betalningsansvar överhuvudtaget. Ställningstagande till alternativen för när betalningsansvar skall inträda följer i princip ställningstagandena för den psykiatriska slutenvården och argumenten är desamma.

Socialstyrelsen uttrycker att vid somatisk korttidsvård ser socialstyrelsen läkarbedömning som det enda realistiska alternativet. Men skulle alternativ 1 bli förverkligat är det viktigt att all somatisk korttidsvård innefattas. Det finns annars risk för onödiga omflyttningar mellan kliniker för att kunna utnyttja betalningsansvaret.

Svenska kommunförbundet betonar vikten av att primärkommunalt betalningsansvar genomförs, så att resurser som möjliggör erforderlig omstrukturering tillförs kommunerna. Förbundet anser vidare att schablon bör tillämpas när betalningsansvaret skall inträda. En schablon är enklast, mest lättadministrerad och ger förutsättningar för en rättvis och korrekt ekonomisk reglering. En schablonmetod innebär också att man undviker diskussioner kring enskilda individer samt att misstankar inte kan komma in om att ekonomiska incitament påverkar den medicinska bedömningen av när en patient är färdigbehandlad. Den nu föreslagna tidsgränsen för somatisk korttidsvård (efter 20 dagar) kan visa sig vara lång.

Landstingsförbundet skriver att även om förbundet avvisar ett införande den 1 januari 1992 av ett rikstäckande system med primärkommunalt betalningsansvar kan det ändå inför bl. a. överväganden om försöksverksamhet finnas anledning för styrelsen att på ett antal viktiga punkter redovisa principiella ställningstaganden.

Inventeringar som gjorts på olika håll i landet visar att en schablonmodell utformad enligt äldredelegationens förslag i hög grad kommer att omfatta patienter som inte är medicinskt färdigbehandlade utan tvärtom i behov av fortsatta kvalificerade medicinska insatser. Även inom den somatiska korttidssjukvården tyder inventeringarna på att schablonmodellen i stor utsträckning missar den avsedda målgruppen, de s. k. medicinskt färdigbehandlade. Förbundet anser vidare att betalningsansvaret skall grundas på läkarbedömning för att kunna få vårdpolitisk och samhällsekonomisk effekt. Det kan dock i sammanhanget finnas skäl att ifrågasätta den föreslagna respittiden om 7 dagar. För att undvika att patienter ligger

kvar längre än nödvändigt krävs att en kortare förberedelsetid prövas så att patienter kan lämna akutsjukvården redan samma dag som behandlingen är avslutad.

De *kommuner* som tillstyrkt betalningsansvar för somatisk korttidsvård menar, liksom delegationen, att betalningsansvaret ger en reell möjlighet att tillskapa lokala alternativ för boende och förstärkt hemtjänst.

Avgränsning av betalningsansvaret

Äldredelegationens förslag:

Om ett system med schablontider för inträdande av ett primärkommunalt betalningsansvar genomförs, förordar delegationen att betalningsansvaret endast kommer att avse de internmedicinska-, allmän-kirurgiska-, och ortoped-klinikerna. Om däremot läkarbedömning läggs till grund för när betalningsansvaret skall inträda bör samtliga kliniker inom den somatiska korttidssjukvården omfattas av systemet.

Sammanfattning av remissinstansernas svar och motiv för sina ställningstaganden.

I stort sett delar de remissinstanser som tillstyrkt betalningsansvar också delegationens synpunkter och förslag, när det gäller avgränsningen. Några remissinstanser förordar andra avgränsningar av betalningsansvaret.

Socialstyrelsen skriver att skulle alternativet med schablon realiseras anser styrelsen att det är viktigt att all somatisk korttidsvård skall omfattas av betalningsansvaret. Det finns annars risk för onödiga omflyttningar av ekonomiska skäl från t. ex. neurologiska kliniker till medicinkliniker, för att kunna utnyttja betalningsansvaret om vården blir långvarig.

Något *landsting* och några *kommuner* uttrycker också denna uppfattning.

Prissättning; riks- eller länspris

Äldredelegationens inställning:

Delegationen är inte beredd att nu definitivt ta ställning till hur prissättningen bör utformas inom betalningssystemet.

Sammanfattning av remissinstansernas svar och motiv för sina ställningstaganden

Av de remissinstanser som tagit ställning till prissättningen inom betalningsansvaret förordar 8 *landsting*, liksom 30 *kommuner*, länspris baserat på landstingets genomsnittliga självkostnad. Detta för att systemet skall bli så rättvist som möjligt över landet.

4 *landsting*, liksom 25 *kommuner*, föredrar rikspris och menar att detta garanterar en rättvis schablon. Några landsting och kommuner menar att

självkostnadsprincipen för resp. klinik är den bästa prissättningsmodellen och garanterar största möjliga rättvisa.

Svenska kommunförbundet förordar att priset per vårddygn sätts efter schablon. Uppräkningen bör ej kopplas till kostnadsutvecklingen vid enskilda vårdinrättningar, utan ske efter utvecklingen av skatteintäkter eller kostnadsindex. På så sätt ökar inte kostnaderna för kommunerna mer än vad deras inkomster kan förväntas öka. Det är heller inte rimligt att en huvudman ska vara betalningsansvarig för standardförbättringar som en annan huvudman gör i sin egen verksamhet. Förbundet förordar också att priset i första hand sätts per län.

Ansvaret för viss hälso- och sjukvård

Principiellt ställningstagande

Äldredelegationens förslag:

Primärkommunerna får ansvar för viss hälso- och sjukvård, som ges i enskilda hem, särskilda boendeformer för service och omvårdnad samt dagverksamheter. Kommunens ansvar regleras genom ändringar i hälso- och sjukvårdslagen och omfattar all vård som inte är tillfällig, samt insatser av akut karaktär som kan uppkomma under pågående vård, och som inte utförs av läkare.

Sammanfattning av remissinstansernas svar

Totalt har 327 remissinstanser yttrat sig angående förslaget om kommunal hälso- och sjukvård.

245 remissinstanser tillstyrker principiellt delegationens förslag om kommunalt ansvar för viss hälso- och sjukvård, varav 40 med tveksamhet.

67 instanser avstyrker förslaget.

9 instanser yttrar sig, men tar inte slutlig ställning.

4 instanser har egna förslag om begränsning av delegationens förslag med viss hälso- och sjukvård i kommunal regi och slutligen har 2 remissinstanser egna förslag till ett större ansvar för hälso- och sjukvård än delegationens förslag.

180 av remissinstanserna anser att en utredning om hela primärvården bör ske eller att den bör överföras till primärkommunerna med eller utan föregående utredning.

Olika remissinstansers svar

7 *myndigheter* ställer sig principiellt bakom förslaget; *riksförsäkringsverket, arbetarskyddsstyrelsen, statskontoret, RRV, konsumentverket* samt *länsstyrel*serna *i Malmöhus och Norrbottens län.*

Socialstyrelsen, länsrätten i Stockholms län samt *länsstyrelsen i Jönköpings län* avstyrker delegationens förslag. *Socialstyrelsen* och *länsstyrelsen i Jönköpings län* förordar en begränsning av hälso- och sjukvårdsansvaret

till de särskilda boendeformerna. *Länsrätten i Stockholms län* anser att omvårdnad (undersköterskor) kan föras över.

22 *landsting* avstyrker i princip äldredelegationens förslag, men 11 *landsting* anser att viss omvårdnad och enklare sjukvård (undersköterskor) kan föras över till primärkommunalt huvudmannaskap. *Norrbottens läns landstingskommun* tillstyrker äldredelegationens förslag.

227 *kommuner*, av 266 som svarat, tillstyrker förslaget i princip, varav 37 med viss tvekan. Av dessa 37 tveksamma anför 20 som skäl till tveksamheten att förslaget borde gällt hela primärvården. De 12 av de tveksamma som anfört distriktssköterskefunktionens delning som huvudorsak till tveksamheten, förespråkar tjänsteköp och lokala lösningar.

35 *kommmuner* avstyrker. Av dessa förordar 24 att hela primärvården förs över till primärkommunalt huvudmannaskap och 11 *kommmuner* avstyrker av andra skäl. 4 *kommuner* som avstyrker förordar att viss omvårdnad och enklare sjukvård (undersköterskorna) bör föras över.

Svenska kommunförbundet, LO, TCO, SKAF, SHSTF, SKTF, Föreningen Sveriges socialchefer, PRO, Riksförbundet Pensionärernas Gemenskapsgrupper och *Riksförbundet för dementas rättigheter* tillstyrker förslaget. *SPF* har ett eget förslag med läkare som ansvarig och *Statspensionärernas Riksförbund* tar inte klart ställning.

Övriga organisationer avstyrker, dvs. *Landstingsförbundet, SPRI, SACO/SR, Föreningen landstingsdirektörer, Sveriges läkarförbund, Svenska läkaresällskapet, Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter* och *Legitimerade sjukgymnasters riksförbund*. Av dessa tillstyrker emellertid *Landstingsförbundet* och *Föreningen landstingsdirektörer* att viss omvårdnad och enklare sjukvård (undersköterskor) förs över.

Remissinstansernas motiv för sina ställningstaganden

Huvuddelen av alla som tillstyrkt äldredelegationens förslag om primärkommunalt ansvar för viss hälso- och sjukvård delar också i huvudsak delegationens argument. De allra flesta pekar särskilt på att samordning av resurserna inom hemsjukvård och social hemtjänst är nödvändig. Man understryker att behovet av medicinska insatser i eget hem kommer att öka och att när primärkommunen får möjligheter att samordna de insatser som behövs för den enskilde kommer detta att medföra en bättre helhet i vård och service.

Norrbottens läns landstingskommun menar att om kommunerna skall utveckla sin hemtjänst och samordna insatserna i det egna hemmet, är det nödvändigt att tillföra sjukvårdskompetens och ge kommunerna ett ansvar för viss hälso- och sjukvård.

Många *kommuner* ser förslaget som en naturlig utveckling av de ökade kraven på att lokalt samordna och skapa resurser för insatser inom service och omvårdnad. Mer än hälften av alla kommuner uttalar en önskan om att gå ännu längre och på sikt föra över hela primärvården till primärkommunalt huvudmannaskap.

De remissinstanser som uttrycker tveksamhet till delegationens förslag, men ändå tillstyrker, anför som skäl för tveksamheten bl. a. att det inte är

en bra lösning att dela primärvården. Helst vill man se att hela primärvården förs över. Distriktssköterskefunktionens delning uttrycks som en annan anledning till tveksamhet och där anför man som en lösning att tjänsteköp används för att låta distriktssköterskan behålla sin anknytning till primärvården. Många av de tveksamma förordar också en ökad möjlighet att träffa lokala överenskommelser mellan huvudmännen.

Huvudargumenten bland de som avstyrker varierar något.

Socialstyrelsen betonar vikten av en sammanhållen primärvård och ser förslaget som ett hot mot primärvårdens möjligheter att upprätthålla ett sammanhållet befolkningsansvar för folkhälsan. Därtill avstyrker man också uppdelningen av distriktssköterskefunktionen och den organisatoriska gräns som uppstår mellan läkare i landstingen och sjuksköterskor i den primärkommunala organisationen.

Landstingen som avstyrker har också liknande argument, men betonar mera att hälso- och sjukvårdsansvaret inte bör delas upp. Vikten av ett sammanhållet sjukvårdsansvar i hela vårdkedjan ses som en förutsättning för att landstingen som helhet, på olika nivåer, skall kunna förmedla vård och behandling av god kvalitet till alla människor.

Landstingsförbundet delar de avstyrkande landstingens argument mot delegationens förslag. Förbundet anser att förslaget motverkar de övergripande syften som delegationen själv uttalat, nämligen att öka den enskildes trygghet och säkerhet samt främja effektiviteten i samhällets vård och service till medborgarna. Förbundet menar vidare att det måste utredas ytterligare vilka konsekvenser en huvudmannaskapsförändring enligt delegationens förslag får för andra grupper än äldre.

Landstingsförbundet, 11 av *landstingen*, *länsrätten i Stockholm* och *Föreningen landstingsdirektörer* menar dock att vissa enklare uppgifter av omvårdnads- och sjukvårdskaraktär (undersköterskor) bör kunna överföras till primärkommunerna för att underlätta samordningen i den enskildes hem.

De 35 *kommuner* som avstyrkt anför också lite olika skäl. Huvuddelen, 24 av 35, anser att hela primärvården av olika anledningar bör överföras och att nuvarande förslag inte bör genomföras ens som ett första steg, främst med anledning av att primärvården då skulle splittras. Några kommuner anser att nuvarande verksamhet fungerar bra. En kommun anser att ytterligare utredning behövs och en kommun kan tänka sig att överföra hemtjänsten till primärvården om en förändring alls måste göras.

Spri avstyrker bl.a. med hänvisning till nackdelar med ett delat sjukvårdsansvar och menar att samordningen bör komma till stånd genom lokala samverkansavtal.

SACO/SR tillsammans med *Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter*, *Legitimerade sjukgymnasters riksförbund* samt *Sveriges läkarförbund* avstyrker primärkommunalt ansvar för viss hälso- och sjukvård, då detta innebär en splittring av en primärvårdsorganisation som för närvarande är under uppbyggnad.

Svenska läkaresällskapet och *Föreningen landstingsdirektörer* avstyrker med hänvisning bl.a. till risken att försämra den medicinska kvaliteten i sjukvårdsinsatserna för långvarigt sjuka som bor i eget boende.

HCK och *DHR* avstyrker med påpekandet att delegationen inte tillräckligt analyserat konsekvenserna av reformen för yngre handikappade.

Ansvarsfördelning

Äldredelegationens förslag:

Ansvaret för kommunal hälso- och sjukvård föreslås omfatta dem som vistas i kommunen och som inte enbart behöver tillfällig vård och behandling, om vården och behandlingen kan tillgodoses i ett enskilt hem, i en sådan särskild boendeform för service och omvårdnad, som avses i den av delegationens föreslagna 21 a § socialtjänstlagen, eller i en dagverksamhet.

Det kommunala ansvaret bör inte omfatta den vård och behandling som utförs av läkare.

Akut uppkomna och kortvariga behov av medicinska insatser, som inte kräver läkarkompetens, för dem som redan får socialt stöd och/eller mer varaktig vård eller behandling av den kommunala organisationen bör också ingå i det kommunala ansvaret. Om gränsdragningstvister uppkommer mellan de båda huvudmännen i enskilda fall måste någon av dem ta ansvaret. Detta ansvar skall då ligga på landstingskommunen.

Sammanfattning av remissinstansernas svar och motiv för ställningstaganden

Av de 243 remissinstanser som tillstyrker äldredelegationens förslag om primärkommunalt ansvar för viss hälso- och sjukvård, har *arbetarskyddsstyrelsen*, *Norrbottens läns landstingskommun*, *50 kommuner* och *Svenska kommunförbundet* påtalat att förslaget om avgränsning av ansvaret är otydligt och måste preciseras. *Landstingsförbundet*, som avstyrker förslaget om primärkommunal hälso- och sjukvård, anser att den föreslagna gränsdragningen kan ge upphov till stor oklarhet om vem som har ansvaret i det enskilda fallet.

Bl.a. önskar man ytterligare precisering av vad som är "inte enbart tillfälligt", samt att detta fastställs för att undvika tolkningstvister mellan primärkommun och landsting.

Förslaget att kommunerna också skall ha ansvaret för att tillgodose akut uppkomna och kortvariga behov av medicinska insatser för dem som redan av kommunen får socialt stöd och/eller mer varaktig vård och behandling anser t.ex. *Socialstyrelsen* och *Svenska kommunförbundet* vara oklart. Förbundet föreslår en tolkning som t.ex. innebär att primärkommunerna kommer att svara för all hälso- och sjukvård för dem som bor i särskilda boendeformer, förutom läkarinsatser, dvs. inklusive akut uppkomna och kortvariga medicinska insatser.

4 *kommuner* önskar en precisering vad som menas med "socialt stöd", så att inte alla som får insatser från socialtjänsten, t.ex. ekonomiskt bistånd, innefattas i begreppet.

13 kommuner, *Svenska kommunförbundet* och *Föreningen Sveriges So-*

cialchefer anser att landstingets yttersta ansvar för den enskildes hälso- och sjukvård bör skrivas in i hälso- och sjukvårdslagen.

Landstingsförbundet önskar klarläggande kring det yttersta ansvaret i förhållande till kommunernas yttersta ansvar enligt socialtjänstlagen.

Personalkategorier i primärkommunal hälso- och sjukvård

Äldredelegationens förslag:

Enligt delegationens mening bör den vårdpersonal som berörs av ansvarsförändringen mellan huvudmännen erbjudas anställning i kommunen. I den föreslagna kommunala organisationen kommer därmed sjukvårdsbiträden, undersköterskor, sjuksköterskor och som regel även arbetsterapeuter och sjukgymnaster att ingå.

Som ett alternativ till att anställa sjuksköterskor, arbetsterapeuter och sjukgymnaster – t. ex. i mindre kommuner – bör det finnas en möjlighet för kommunen att genom överenskommelse med landstinget köpa de tjänster som kommunen behöver för att uppfylla sitt ansvar.

Sammanfattning av remissinstansernas svar

De 245 remissinstanser som tillstyrker delegationens förslag om viss primärkommunal hälso- och sjukvård har också i princip ställt sig bakom förslaget om vilka personalkategorier som skall ingå.

Förutom dessa 245 remissinstanser anser *länsrätten i Stockholms län*, 11 *landsting*, 4 *kommuner*, *Landstingsförbundet* och *Föreningen landstingsdirektörer* att en begränsad del av personalen, dvs. sjukvårdsbiträden och undersköterskor, kan föras över till primärkommunerna.

Statskontoret, liksom 84 *kommuner*, *SHSTF* och *Föreningen Sveriges socialchefer* betonar nödvändigheten av anställning, och inte tjänsteköp, i första hand för den berörda personalen.

Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter avvisar delade tjänster för arbetsterapeuter.

18 *kommuner* avvisar tjänsteköp över huvud taget och ser anställning som den enda möjligheten till överförande av personalresurser för hälso- och sjukvård.

93 remissinstanser anser att tjänsteköp måste finnas med som en möjlig lösning vid lokala överenskommelser, därav 80 *kommuner*.

188 av de 245 som tillstyrkt förslaget understryker vikten av att primärkommunen får tillgång till sjuksköterskor/distriktssköterskor i det kommunala arbetslaget.

165 remissinstanser betonar nödvändigheten av tillgång till arbetsterapeuter och sjukgymnaster i primärkommunal verksamhet, antingen genom tjänsteköp eller anställning.

11 av de *kommuner* som kan tänka sig tjänsteköp av sjuksköterska och sjukgymnast anser däremot att arbetsterapeuterna bör finnas anställda hos kommunen.

Uppsala läns landsting anser att distriktsarbetsterapeuterna eventuellt

kan föras över till primärkommunen och *Kristianstads läns landsting* ser en möjlighet att kommunen får del av dessa resurser genom tjänsteköp.

19 *kommuner* betonar att just distriktssköterskekompetensen är nödvändig inom primärkommunerna och bör tillföras genom anställning, medan 18 av de tillstyrkande kommunerna lägger stor vikt vid att distriktssköterskefunktionen skall bibehållas sammanhållen inom primärvården och att primärkommunens behov av deras insatser kan tillgodoses genom lokala lösningar och tjänsteköp.

Ytterligare 5 tillstyrkande *kommuner* uttrycker allmän tveksamhet till delningen av distriktssköterskans arbetsuppgifter.

3 andra *kommuner* anser att uppdelningen ligger helt i linje med utvecklingen för distriktssköterskorna, där specialisering blir nödvändig oavsett huvudman. Några *kommuner* anser att allmänsjuksköterskor är mer lämpliga som primärkommunala sjuksköterskor med ansvar för långvarig vård och behandling.

Totalt 37 remissinstanser dvs. *Svenska kommunförbundet*, *Föreningen Sveriges socialchefer*, *Statspensionärernas förbund* och 34 *kommuner*, har uttryckt önskemål om att läkare bör omfattas av reformen och föras över till primärkommunens hälso- och sjukvårdsansvar inom ramen för delegationens förslag om viss primärkommunal hälso- och sjukvård. Några *kommuner* har uttryckt det som ett krav för reformen.

Remissinstansernas motiv för sina ställningstaganden

De 18 remissinstanser som anser att enbart undersköterskor skall överföras till primärkommunerna, motiverar i allmänhet sitt ställningstagande med att primärkommunerna på så sätt får en möjlighet att samordna det direkta service- och omvårdnadsarbetet i den enskilde vårdtagarens hem, samtidigt som viss sjukvårdskompetens på så vis förs över.

De 88 remissinstanser som förordar anställning i första hand av personal som behövs för det primärkommunala hälso- och sjukvårdsansvaret, menar att det är viktigt med en arbetsplatsförankring i den verksamhet man arbetar inom. Detta bl. a. för att kunna påverka och utveckla verksamheten och kunna delta i personalutvecklingen fullt ut. Därutöver påpekar främst kommunerna som förordar anställning att det kan vara svårigheter för kommunen att inte kunna planera sin egen verksamhet, utan att bli beroende av landstinget.

Statskontoret menar att frågan om anställning måste kopplas till ett politiskt ansvarstagande. Det bör inte råda några tvivel om vem som är huvudansvarig för en viss verksamhet. Lokala förhandlingar skapar oklarheter.

SHSTF framhåller att alla yrkesgrupper som berörs behöver stöd i ett anställningsförhållande inom den verksamhet man tjänstgör, för att ta ansvar fullt ut.

De 93 remissinstanser som förordar tjänsteköp som lösning framhåller det som en viktig möjlighet för mindre kommuner eller inom små distrikt, där det inte är möjligt att dela upp t. ex. distriktssköterskefunktionen.

Det finns bland de kommuners remissvar, som särskilt markerat tjänste-

köp som en lösning, en benägenhet att vilja använda tjänsteköp för sjukgymnaster i större utsträckning än för sjuksköterskor/distriktssköterskor och arbetsterapeuter. Ett av skälen till detta anges vara bristen på sjukgymnaster och att man därför speciellt i mindre kommuner får räkna med att köpa tjänster från landstinget. Det förhåller sig tvärtom vad gäller inställningen till tjänsteköp av arbetsterapeuterna. Bland de kommuners remissvar som menar att tjänsteköp måste vara en möjlighet för de olika yrkesgrupperna, tycker 11 kommuner att just arbetsterapeuterna måste anställas.

Bland de remissinstanser som betonar att distriktssköterskekompetensen är nödvändig att tillföra kommunen genom anställning, anser de flesta att distriktssköterskans arbetssätt och nuvarande distriktssköterskors erfarenhet är viktig att tillföra kommunen. Genom att distriktssköterskan ingår helt och fullt i arbetsorganisationen, menar man att det är möjligt att på ett bättre sätt ta till vara yrkesfunktionen. *TCO* och *SHSTF* anser att också den kommunalt anställda sjuksköterskan skall behålla benämningen distriktssköterska.

Många av de *kommuner* som förordar tjänsteköp för att hålla samman nuvarande distriktssköterskefunktion, anser att detta är nödvändigt på grund av att en delning, i vissa distrikt, skulle innebära för liten tjänstgöringsgrad för det som faller på respektive huvudman. Några kommuner menar att det nuvarande arbetsinnehållet motiverar en sammanhållen funktion, liksom att den direkta kontakten med distriktsläkaren och primärvården då finns kvar.

Av de 37 remissinstanser som anser att läkare bör överföras till primärkommunal huvudman inom ramen för den föreslagna hälso- och sjukvården, anser de flesta att det vore naturligt att en för verksamheten beräknad del av läkarna tillförs, antingen genom tjänsteköp eller anställning. Läkarna behövs inom organisationen för att verksamheten skall kunna utvecklas till att ge kvalificerad hemsjukvård.

Några *kommuner* anser att läkarmedverkan i den kommunala organisationen är nödvändig för att klara hemvården, men också för att kommunen skall klara ett betalningsansvar, främst för sluten somatisk korttidsvård.

Hemvård

Äldredelegationens förslag:

Det är av utomordentligt stor betydelse att sociala och medicinska insatser hålls samman i en gemensam organisation. Denna organisation föreslås benämnd för hemvård.

Hemvården kommer således att omfatta den nuvarande sociala hemhjälpen, inkl. olika dagverksamheter och sjukvård i hemmet. Den skall utgöra en decentraliserad verksamhet, där sociala och medicinska insatser är nära samordnade. Den dominerande delen av verksamheten utgörs av socialt stöd och omvårdnad.

Hemvården skall svara för kvalificerad service och omvårdnad dygnet

runt. En möjlighet är att hemvården organiseras i små arbetslag som har ansvar för hjälpen till samtliga personer – oavsett ålder eller behov – inom ett geografiskt avgränsat område. Det är angeläget att servicen och omvårdnaden kan ges med så hög kontinuitet som möjligt.

Arbetslagen inom hemvården bör ges möjlighet att arbeta självständigt och med betydande eget ansvar.

Behovsbedömning och beslut om sociala insatser fattas efter delegation vanligtvis av hemtjänstassistent, men kommunen kan välja att överlåta beslutanderätten till personal med annan kompetens, t. ex. sjuksköterska i den kommunala organisationen. Arbetsledarna bör ha ansvaret för den övergripande prioriteringen av hur arbetslagens resurser disponeras.

Sammanfattning av remissinstansernas svar och motiv för sina ställningstaganden

Socialstyrelsen, statskontoret, 81 *kommuner, LO, TCO,* och *SKAF* betonar särskilt och tillstyrker delegationens beskrivning av och förslag till hur den nya organisationen bör se ut och arbeta. Flertalet av dess instanser anser att det är viktigt att hemvården får möjligheter att ge kvalificerad service dygnet runt och att verksamheten organiseras i små arbetslag med långt utvecklade befogenheter och ansvar.

22 *kommuner* påpekar att organisation och uppbyggnad av en ny verksamhet är en lokal angelägenhet som inte får detaljstyras från statsmakterna.

Socialstyrelsen, statens handikappråd, 36 *kommuner, TCO, Föreningen Sveriges socialchefer, HCK* och *DHR* avstyrker delegationens förslag om hemvård som ett nytt begrepp för den föreslagna organisationen, och pekar på att själva begreppet för tankarna alltför mycket till vård. De menar att huvudinnehållet i den nya organisationen kommer att vara sociala insatser och att därför begreppet måste spegla detta. De flesta kommuner som tagit ställning mot begreppet hemvård, önskar bibehålla begreppet hemtjänst även för den nya verksamheten.

8 *kommuner* och *SHSTF* tillstyrker användande av begreppet hemvård. Övriga remissinstanser har inte tagit någon särskild ställning till delegationens benämning.

34 *kommuner* anser att hemtjänstassistent eller socialt utbildad personal skall vara arbetsledare och motiverar detta med att verksamheten volymmässigt i huvudsak är av social natur. Några kommuner framhåller särskilt att reformen är en social reform och detta fastläggs bäst genom att låta den sociala personalen, främst hemtjänstassistenter, svara för arbetsledning och resursprioritering.

Statskontoret anser att det totala ledningsansvaret för hemvården skall ges till någon med socialtjänstkompetens. Den sociala kompetensen får inte underordnas den medicinska, utan medicinskt ansvariga skall ses som komplement till verksamheten.

Särskilt medicinskt ansvar

Äldredelegationens förslag:

För att tillförsäkra en grundläggande säkerhet och kvalitet i det medicinska arbetet bör att det för varje verksamhetsområde finnas en sjuksköterska som har ett särskilt medicinskt ansvar. En sådan person kan utses för ett verksamhetsområde eller för en särskild uppgift och bör vara legitimerad sjuksköterska. Om verksamhetsområdet enbart omfattar rehabilitering, kan ansvaret läggas på sjukgymnast eller arbetsterapeut.

Sammanfattning av remissinstansernas svar och motiv för ställningstaganden

Statskontoret, Norrbottens läns landsting, 66 kommuner, Svenska kommunförbundet, LO, TCO, SHSTF och *Föreningen Sveriges socialchefer* har speciellt markerat stöd för delegationens förslag om särskilt medicinskt ansvar, vanligtvis lagt på sjuksköterska.

Man delar i huvudsak delegationens motiv för det särskilda medicinska ansvaret.

7 *kommuner* som i övrigt tillstyrker förslaget om viss primärkommunal hälso- och sjukvård, avstyrker förslaget om särskilt medicinskt ansvarig sjuksköterska. De flesta anser att det medicinska yrkesansvar som finns genom legitimering och annan kontroll av de berörda personalgrupperna är tillräcklig och inte motiverar någon särskild befattning med lagreglerat sådant ansvar. Ytterligare 7 *kommuner* som principiellt tillstyrker förslaget uttalar stor tveksamhet av liknande skäl.

Samlad ledningsorganisation och gemensam förvaltningsorganisation

Äldredelegationens förslag:

Det är inte tillräckligt med att en huvudman har ansvaret, utan det krävs också en gemensam förtroendemanna- och förvaltningsorganisation. Med nuvarande socialtjänstlag blir det socialnämnden som får detta ansvar, såvida inte kommunen ingår i frikommunförsök.

Sammanfattning av remissinstansernas svar och motiv för ställningstagande

Socialstyrelsen, statskontoret, 84 kommuner, Svenska kommunförbundet, LO, TCO, SHSTF och *SKTF* uttrycker särskilt sitt ställningstagande för delegationens förslag om gemensam förtroendemannaorganisation. I huvudsak delar man delegationens argument.

17 *kommuner* avstyrker delegationens förslag med motiveringen att det bör vara en lokal fråga för kommunen hur den skall organisera sin verksamhet.

I stort sett är ställningstagandena de samma för gemensam förvaltningsorganisation. 71 kommuner tillstyrker. Även här avstyrker 17 *kommuner*

med hänvisning till att kommunen själv bör få avgöra hur man bygger upp förvaltningen och organiserar verksamheten.

Frågeställningar kring omsorgerna om psykiskt utvecklingstörda och den psykiatriska vården

Äldredelegationens förslag:

Landstingets ansvar för psykiskt utvecklingsstörda berörs inte av den förändring av ansvarsförhållandena mellan huvudmännen som delegationen föreslår.

Den föreslagna förändrade ansvarsfördelningen mellan huvudmännen innebär inte att kommunerna skall ta över arbetsuppgifter som den psykiatriska vårdorganisationen i dag svarar för.

Sammanfattning av remissinstansernas svar och motiv för sina ställningstaganden

15 *kommuner* anser att omsorgerna om psykiskt utvecklingsstörda också bör överföras till kommunerna i samband med reformen. De flesta av dessa anser att samordning och ekonomisk reglering skulle underlättas, om man kunde reglera frågan i ett sammanhang.

29 *kommuner* påpekar att det behövs psykiatrisk kompetens i den föreslagna hemvården. Bland dessa kommuner anser vissa att hela den öppna psykiatriska organisationen bör överföras till kommunerna i samband med reformen. De menar att hemtjänsten redan i dag har kontakt med många människor med psykiska problem och att det finns svårigheter att samordna och få det stöd man behöver med nuvarande organisation. Om kommunen kunde använda egna resurser genom att föra över psykiatrisk kompetens, eller hela den öppna psykiatriska vården, skulle kommunens möjligheter att svara för kvalificerade insatser i de egna hemmen, särskilda boendeformer och dagverksamheter öka.

Förtroendenämnder och sekretessfrågor

Äldredelegationens förslag:

Enligt huvudregeln bör det finnas minst en förtroendenämnd i varje kommun. Vissa mindre kommuner bör kunna överlåta på förtroendenämnd i annan kommun eller landstingskommun, vari kommunen ingår, att sköta uppgifterna om man är överens om det.

Verksamheten vid den kommunala hälso- och sjukvården kommer om inget annat bestäms, att omfattas av bestämmelserna i såväl 7 kap. 1 § som 7 kap. 4 § sekretesslagen. Sekretessen i den kommunala hälso- och sjukvården skall regleras enbart i 7 kap. 4 § sekretesslagen.

74 remissinstanser har tagit ställning till frågan om förtroendenämnder.

Kammarrätten i Sundsvall, 3 *landsting* och 29 *kommuner* delar delegationens ställningstaganden och tillstyrker förslaget om förtroendenämnder. Dessa remissinstanser menar att det behövs förtroendenämnder för att stärka den enskildes ställning och för att tillgodose den enskildes möjligheter att även inom den kommunala hälso- och sjukvården föra talan vid felaktiga insatser eller brister i bemötandet.35 *kommuner*, *Svenska kommunförbundet* och *Föreningen Sveriges socialchefer* avstyrker delegationens förslag.

Kommunerna som avstyrker anser att den politiska prövning av verksamheten och enskilda insatser, som kan göras i socialnämnden, är tillräcklig.

Svenska kommunförbundet anser att det redan finns kommunala organ för samverkan och samråd mellan personalen och servicemottagarna och att detta är tillräckligt. För insatser därutöver tänker man sig kunna repliera på landstingens förtroendenämnder.

Sekretessfrågorna har inte kommenterats i remissvaren i någon större utsträckning.

Kammarrätten i Sundsvall har inga direkta invändningar mot de föreslagna ändringarna, men anser att de båda paragrafer som berörs bör utformas på ett likartat sätt. Dock är man tveksam till konsekvensen av delegationens förslag, som innebär att bestämmelsen i 7 kap. 3 § sekretesslagen inte skall omfatta den kommunala hälso- och sjukvården. Bestämmelsen reglerar sekretessen i förhållande till den enskilde själv, om det med hänsyn till ändamålet med vården och behandlingen är av synnerlig vikt att uppgifter inte lämnas till den enskilde.

Länsrätten i Stockholms län finner delegationens förslag naturligt, även om man också ställer sig frågande till bortfallet av bestämmelserna i 7 kap. 3 §. Länsrätten understryker att ett stort antal patienter med psykiska problem kommer att ingå i kommunernas patientgrupper.

Hjälpmedel

Äldredelegationens förslag:

De konsekvenser äldredelegationens förslag om samlat huvudmannaskap kan ha inom hjälpmedelsområdet får analyseras i det fortsatta beredningsarbetet av hjälpmedelsutredningens och äldredelegationens förslag.

Sammanfattning av remissinstansernas svar

Totalt har 129 remissinstanser yttrat sig i frågan om hjälpmedel, varav 13 landsting, 109 kommuner och 7 organisationer.

Inga myndigheter har yttrat sig speciellt i frågan. *Sammanfattning av remissinstansernas synpunkter*

Svenska kommunförbundet menar att det redan i dag finns betydande

problem med hjälpmedelsförsörjningen i kommunerna. Gränsdragningen är oklar och det går ibland ut över den enskilde. Väntetiderna är för långa och det administrativa systemet är tungrott. Frågan om arbetshjälpmedel för att underlätta arbetet för personalen är också viktig. Förbundet menar att man i det fortsatta beredningsarbetet bör beakta konsekvenserna av en mellan kommuner och landsting samägd hjälpmedelsenhet på regional nivå.

Landstingsförbundet anser att det är en brist att den framtida hjälpmedelsverksamhetens ansvarsförhållanden inte kan bedömas i samband med förändringar av samhällets äldre- och handikappomsorg. Förbundet anser att området utgör ett av de svåraste delproblemen i den föreslagna huvudmannaförändringen för äldre- och handikappomsorgen. Landstingens stora kompetens och utbyggda organisation förutsätts utnyttjas även i framtiden, så att eventuella nackdelar av en huvudmannaskapsförändring på detta område minimeras.

3 *landsting* anser att ADL-hjälpmedel bör överföras till primärkommunerna om en huvudmannaskapsförändring enligt delegationens förslag genomförs. Något landsting menar att det kan sälja tjänster medan de flesta som yttrat sig betonar vikten av att frågan behandlas samtidigt med de övriga förslagen från äldredelegationen.

När det gäller *kommunerna* betonar de flesta som yttrat sig att det är viktigt att frågan bereds ytterligare och löses i samband med reformen i den fortsatta beredningen. Några menar att landstingen bör behålla ansvaret för hjälpmedel. En del anser att ett samägande bör vara utgångspunkten. De flesta är dock beredda att ta över delar av ansvaret om man får ekonomisk kompensation.

SKAF anser att hjälpmedelscentraler bör skapas som även har tillgång till ergonomiskt utbildad personal. Då skulle det ges ökade möjligheter att genom tekniska hjälpmedel också underlätta personalens arbete och undvika arbetsskador. Kommunerna bör få viss förskrivningsrätt. Liknande tankar framför också *SKTF*.

HCK och *DHR* motsätter sig ett ändrat huvudmannaskap för hjälpmedelsverksamheten. Ett kommunalt övertagande riskerar att försämra kvaliteten på hjälpinsatserna, då det lokala underlaget för verksamheten blir för litet.

Ekonomiska konsekvenser och ekonomisk reglering

Ekonomiska konsekvenser

Äldredelegationen föreslår:

De resurser som i dag används för den verksamhet som flyttas över från landsting till primärkommun skall följa med verksamheten och regleras vid ett tillfälle. Detta betyder att förändringen i uppgiftsfördelningen mellan huvudmännen i sig inte skall behöva föra med sig några behov av ytterligare resurser.

Det finns skäl som talar både för och emot att ta med kostnaderna för

vården av medicinskt färdigbehandlade inom den somatiska korttidsvården i de resurser som skall föras över från landsting till kommun. Frågan bör övervägas ytterligare.

På längre sikt föreslås en omfördelning av de resurser som överförs efter vissa behovskriterier.

Sammanfattning av remissinstansernas svar och motiv för ställningstaganden

De allra flesta remissinstanser, som tagit ställning till resursfrågorna, delar i princip delegationens mening om de ekonomiska konsekvenserna. Många har dock vissa invändningar.

Socialstyrelsen anser att ekonomiska resurser inte kan överföras från den psykiatriska verksamheten till kommunerna. De resurserna behövs för att bygga ut den öppna psykiatrin.

14 *landsting* anser att resurserna för somatisk korttidsvård inte kan överföras. Resurserna behövs för att klara de behov som i dag inte kan tillgodoses och för att möta kravet på medicinsk utveckling. Av dessa 14 landsting anser 2 att inga pengar skall överföras från länssjukvården överhuvudtaget.

Några landsting utöver dessa 14 är tveksamma till om några pengar skall överföras från somatisk korttidsvård, men tar inte klart ställning i frågan. Både kommunen och landstinget behöver resurserna.

Landstingsförbundet anser att pengar för somatisk korttidsvård inte kan föras över till kommunerna från landstingen, men anser i övrigt att huvudprincipen enligt delegationens förslag är rimlig.

192 *kommuner* har uttalat krav på full ekonomisk kompensation mer eller mindre som ett villkor för reformen. I detta innefattas då också kravet på att få full kompensation för den somatiska korttidsvårdens resurser vid betalningsansvar. Flertalet av dessa kommuner menar att den kommunala ekonomin inte kan belastas med ytterligare kostnader och villkorar sin positiva inställning till reformen med att full kostnadskompensation måste garanteras av statsmakterna. Härutöver betonar många av de 192 kommunerna behovet av att en noggrann resursöverföring genomförs. Vid en sådan resursöverföring måste beaktas bl. a. central administration, ADB-kostnader, kostnader för administrativa lokaler, personaladministration, ekonomiadministration, pensions- och semesterskulder, avvikande förmåner för personal (t. ex. fri sjukvård), underhålls- och kapitalkostnader, eftersatt underhåll, transportkostnader, materialanskaffning, planerings- och utvecklingsverksamhet, utbildningskostnader, försörjning, hälsovård, informationskostnader, medicinteknisk utrustning, laboratoriekostnader, förbrukningsmaterial, patientavgifter, tekniska hjälpmedel, kulturpengar, bibliotekskostnader, paramedicinska kostnader och kostnader för anhörigersättning.

8 *kommuner* markerar att beräkningen för en skatteväxling skall ha sin utgångspunkt i den vid beräkningstillfället aktuella budgeterade verksamhet som skall regleras.

Några *kommuner* påpekar också att planerad verksamhet skall innefat-

tas och att avvecklad verksamhet som inte beror på att behoven upphört skall inräknas, t. ex. avveckling på grund av brist på personal eller resurser.

Svenska kommunförbundet, *LO*, *SKAF*, *SHSTF*, *SKTF* och *Föreningen Sveriges socialchefer* anser att kommunerna måste få full kostnadstäckning för de nya verksamheter som förs över. Dessa remissinstanser anser att det är nödvändigt för att reformen skall få avsedd effekt och ge en kvalitetsförbättring inom långvarig omvårdnad och service.

Riksrevisionsverket, *länsstyrelserna i Jönköpings* och *Norrbottens län*, *statens handikappråd* och 8 *landsting*, 61 *kommuner*, *Svenska kommunförbundet*, *Landstingsförbundet*, *TCO*, *SKAF*, *SHSTF*, *SKTF* och *PRO* uttrycker allmänt att ytterligare resurser måste tillföras det område som äldredelegationens förslag omfattar. Den främsta anledningen uppges vara det ökade antalet äldre. Också de ambitionshöjningar som finns i förslaget om utveckling av framförallt boendet, anses dock behöva ytterligare ekonomiska resurser.

Ekonomisk reglering – principer

Äldredelegationens förslag:

De ekonomiska konsekvenserna förordas bli reglerade genom fyra åtgärder.

1. Statens bidrag till huvudmännen.
2. Skatteutjämningssystemet.
3. Skatteväxling.
4. Ett nytt mellankommunalt omfördelningssystem som tillämpas inom resp. län.

[000e]ufariks1r[000f]

Sammanfattning av remissinstansernas svar

224 remissinstanser har uttalat ett principiellt stöd för den utformning av den ekonomiska regleringen som äldredelegationen har föreslagit. Många betonar vissa delar som viktigare än andra och några avstyrker vissa delar av förslaget.

13 avstyrker helt reglering på de grunder delegationen föreslagit, oftast i samband med att hela reformen avstyrks.

I övrigt har remissinstanserna inte tagit ställning i frågan.

Olika remissinstansers svar

202 av de *kommuner* som tagit ställning till frågan har tillstyrkt principerna, varav 32 med viss tveksamhet.

11 *kommuner* avstyrker, oftast i samband med att hela reformen avstyrks.

60 *kommuner* delar helt delegationens syn på inslaget av central reglering, varav 28 betonar att en sådan är mycket viktig. 7 av de sistnämnda föreslår lagreglering av den ekonomiska regleringen.

3 *kommuner* avstyrker central reglering och vill att kommunerna och landstingen frivilligt skall ingå överenskommelser.

6 *landsting* tillstyrker utformningen av den ekonomiska regleringen, varav några med tveksamhet.

2 *landsting* avstyrker delegationens utformning.

5 *landsting* betonar en överföring av statsbidrag som den viktigaste formen av reglering.

14 *landsting* tar inte ställning till frågan om ekonomisk reglering.

Riksskatteverket avstyrker ett mellankommunalt omfördelningssystem.

Svenska kommunförbundet, LO, TCO och *Föreningen Sveriges socialchefer* ställer sig bakom delegationens principer.

I övrigt tar remissinstanserna ingen egentlig ställning till förslagen i sin helhet.

Remissinstansernas motiv för sina ställningstaganden

De som principiellt tillstyrker delegationens förslag om ekonomisk reglering delar också i huvudsak delegationens argument för att använda de olika metoderna. De som uttalar tveksamhet kring regleringen anser att konsekvenserna av förslagen är svåra att överblicka. Några påpekar att konsekvenserna av den föreslagna skattereformen måste beaktas innan ett slutligt ställningstagande till regleringens olika delar kan göras.

De *kommuner* som betonar behovet av central reglering menar oftast att det utan en sådan finns risk för tvister mellan huvudmännen, som kan leda till att reformen försenas och att fördelningen inte blir ekonomiskt rättvisande. De 3 som avstyrker central reglering hänvisar till betydelsen av lokala överenskommelser.

Statsbidrag

Äldredelegationens förslag:

Det bör prövas hur statens stöd skall fördelas mellan landsting och kommuner. Det finns också skäl att närmare överväga hur statens stöd till huvudmännen bör utformas. Därvid bör man överväga om ett stöd fördelat efter behovskriterier kan vara ändamålsenligt även inom det primärkommunala området.

Sammanfattning av remissinstansernas svar och motiv för sina ställningstaganden

5 *landsting* betonar att en överföring av statsbidrag bör användas i första hand i den ekonomiska regleringen, bl.a. som ett medel att hålla skatteväxlingen på så låg nivå som möjligt. *Stockholms läns landstingskommun* menar att ingen skatteväxling behövs i regionen om man omfördelar de statsbidrag, som i dag finns för verksamheten, till primärkommunerna. Andra landsting har pekat på behovet av extra statsbidrag till kommunerna för de extra resurser reformen kommer att kräva samt stimulansbidrag för boendet.

74 *kommuner* uttalar mer eller mindre som ett krav för reformen att

kommunerna får extra statsbidrag för utbildnings- och informationsinsatser.

Ytterligare 74 *kommuner* menar att extra medel för de kostnadsökningar som själva reformen innebär under en övergångsperiod är nödvändiga i form av statsbidrag.

Totalt 29 *kommuner* pekar på behovet av statsbidrag till boendet, speciellt gruppboendet.

23 *kommuner* menar att en generell ökning av statsbidragen är nödvändig med tanke på ökningen av de allra äldsta bland befolkningen samt ambitionshöjningar inom området.

10 andra *kommuner* nämner särskilt behovet av ökade statsbidrag till hemvården.

Översynen av statsbidragen som aviseras i delegationens rapport ses som positiv och några *kommuner* framhåller härvid nödvändigheten av mer generella bidrag, kopplade till bl. a. åldersstrukturen. Någon form av indexreglering för att bidragen inte skall urholkas efterlyses också.

Några *kommuner* betonar statsbidrag som den viktigaste formen för ekonomisk reglering.

Svenska kommunförbundet anser för sin del att staten självklart måste ta sitt ansvar för reformens genomförande och genom utökade och förbättrade statsbidrag ge kommunerna reella möjligheter att leva upp till reformens intentioner. Statsbidrag till KBT bör utgå till alla särskilda boendeformer. Statsbidragen till KBT bör också höjas.

Landstingsförbundet menar att en ekonomisk reglering, som enligt förbundets förslag till stor del bör ske via ersättningen från sjukförsäkringen, ger utrymme för staten att omfördela dessa resurser till kommunerna via skatteutjämningssystemet eller via specialdestinerade statsbidrag.

Skatteutjämning

Äldredelegationens förslag:

Åldersfaktorn i skatteutjämningssystemet föreslås förändrad, så att dels andelen äldre personer i befolkningen får större betydelse för resursfördelningen mellan primärkommunerna, dels en förändring åt motsatt håll blir fallet för landstingskommunerna. Därutöver föreslås en förändring av maximeringsreglerna för utgående skatteutjämningstillägg. Förhållandet att inte alla kommuner ingår i skatteutjämningssystemet måste beaktas.

Sammanfattning av remissinstansernas svar och motiv för sina ställningstaganden

152 *kommuner* ansluter sig uttryckligen till delegationens principer angående skatteutjämningen, varav 21 betonar skatteutjämning som en extra viktig metod för den ekonomiska regleringen.

30 *kommuner* betonar särskilt delegationens förslag att öka åldersfaktorns betydelse i skatteutjämningssystemet. 20 kommuner menar att även glesbygdsfaktorn måste ha en stor betydelse vid skatteutjämningen.

Svenska kommunförbundet tillstyrker delegationens principer att resurstilldelningen efter en period av mellankommunal omfördelning om möjligt bör föras in i skatteutjämningssystemet. Kommunförbundets beräkningar av hur olika kriterieval påverkar den ekonomiska fördelningen – och omfördelningen – mellan kommunerna visar att antalet invånare över 80 år har avgörande betydelse för resursåtgången. Andra kriterier väger mycket lättare.

Skatteväxling

Äldredelegationens förslag:

En skatteväxling bör genomföras i varje län. Denna bör ske på en nivå som motsvarar nettoavlastningen för landstinget och det för samtliga primärkommuner i länet genomsnittliga nya nettoåtagandet.

Sammanfattning av remissinstansernas svar och motiv för sina ställningstaganden

2 *landsting* förordar skatteväxling som första-hands-metod för att reglera verksamheten vid överföringstillfället och därefter reglering via statsbidrag.

164 *kommuner* uttalar sig positivt om äldredelegationens förslag till skatteväxling, varav 23 betonar skatteväxlingen som en av de viktigaste metoderna för ekonomisk reglering och 5 uttrycker en önskan om en lagreglerad skatteväxling.

I övrigt tar remissinstanserna ingen särskild ställning till frågan om skatteväxling.

Svenska Kommunförbundet anser att skatteväxlingen bör ske samtidigt och på samma nivå mellan de båda huvudmännen. Om problem uppstår vid omräkningsförfarandet från staten, t. ex. vid avräkningen, måste detta lösas särskilt.

Landstingsförbundet förordar att den ekonomiska regleringen i första hand sker genom att Dagmarersättningen från sjukförsäkringen till sjukvårdshuvudmännen minskas på ett enhetligt sätt för sjukvårdshuvudmännen sammantaget. Därefter görs skatteväxling i det enskilda länet till den del den genomsnittliga nivån i länet, räknat i kronor per skattekrona, överstiger den lägsta gemensamma nivån för samtliga län.

Mellankommunalt omfördelningssystem

Äldredelegationens förslag:

Ett inrättande av ett system där ekonomiska resurser omfördelas mellan primärkommunerna inom resp. län föreslås. Systemet bör utformas så att kommunerna får resurser motsvarande det nya åtagandet under det första året. Under en period på fem till åtta år skall det finansiella utrymme som omfördelas stegvis alltmer omfördelas efter åldersfaktorn. Vid mitten av

den valda övergångstiden bör en avstämning av systemet ske, varvid förändringar i omfördelningen mellan kommunerna kan komma till stånd. Om samtliga kommuner i länet vid detta tillfälle är överens om att en annan omfördelning än den nationellt fastställda bör gälla, skall de kunna tillämpa ett sådant alternativt omfördelningssystem. Detta system föreslås administreras centralt och avräknas vid utbetalning av skattemedel från riksskatteverket.

Sammanfattning av remissinstansernas svar och motiv för sina ställningstaganden

124 remissinstanser tillstyrker uttryckligen att systemet med mellankommunalt omfördelningssystem införs. De delar huvudsakligen delegationens argument för ett sådan system.

Riksskatteverket, *Landstingsförbundet* och *Malmöhus läns landstingskommun* och 14 *kommuner* avstyrker.

Riksskatteverket påpekar att det mellankommunala omfördelningssystem som föreslås är ett skatteutjämningssystem på länsnivå vid sidan om det statliga skatteutjämningssystemet. Att ha två skatteutjämningsystem med bidrag och avgifter medför administrativa svårigheter. I stället bör en översyn om den garanterade skattekraften ske.

De *kommuner* som avstyrker menar vanligtvis att systemet blir för byråkratiskt och ändå inte ger den rättvisa som eftersträvas. En direkt ändring i skatteutjämningssystemet förordas.

Landstingsförbundet finner den föreslagna s. k. mellankommunala omfördelningsmodellen vara principiellt tveksam. Enligt förbundets mening måste systemet i sin helhet regleras av staten. Kommunförbundets länsavdelningar bör endast ha en informell roll. Det kan dessutom vara svårt att på ett begripligt sätt väga samman effekterna av den statliga och den mellankommunala skatteutjämningen.

Svenska kommunförbundet och 69 *kommuner* förordar en tidsperiod för omfördelningen i likhet med delegationens förslag, dvs. 5–8 år. *Svenska kommunförbundet* understryker att tiden inte får vara för lång.

26 *kommuner* vill ha kortare tid och 15 *kommuner* vill ha längre tid.

Svenska kommunförbundet förordar antalet äldre över 80 år i befolkningen som enda utjämningsfaktor, medan 30 *kommuner* vill ha en kombination av äldre än 80 år och åldersgruppen 65–79 år, där de äldsta väger tyngst som utjämningsfaktor i det mellankommunala omfördelningssystemet enligt en speciellt konstruerad skala.

28 *kommuner* menar att en glesbygdsfaktor är nödvändig och 20 *kommuner* visar på andra faktorer som bör användas, t.ex.andelen yngre handikappade, förtidspensionärer och ensamboende.

167 remissinstanser tar inte speciell ställning till delegationens förslag rörande det mellankommunala omfördelningssystemet.

Äldredelegationens förslag:

En översyn av avgiftssystemet måste skyndsamt komma till stånd. Det är svårt att se om en sådan översyn är möjlig till reformens genomförande 1.1.1992. Om det inte går bör kommunerna få förutsättningar att ta ut samma avgifter som landstingen gör i dag. Inriktningen bör vara ett mer enhetligt avgiftssystem oberoende av den enskildes inkomst- och förmögenhetsförhållanden och som samtidigt innehåller ett högkostnadsskydd. Vidare bör likartade avgifter tas ut för den service och vård som lämnas till dem som bor i egna bostäder och särskilda boendeformer för service och omvårdnad.

De som i dag får vård genom landstingens försorg bör inte få höjd avgift på grund av att kommunen tar över huvudmannaskapet för viss hälso- och sjukvård.

Sammanfattning av remissinstansernas svar och motiv för sina ställningstaganden.

Totalt 168 remissinstanser har tagit ställning till frågan om avgifterna i samband med reformen.

156 tillstyrker en samlad översyn av avgiftssystemet.

Socialstyrelsen, riksförsäkringsverket och *konsumentverket* understryker att en sådan översyn måste vara klar i samband med att reformen genomförs.

135 *kommuner* tillstyrker en samlad central översyn av avgiftssystemet och ser det som en nödvändighet i samband med reformen.

12 kommuner avstyrker med motiveringen att det tillhör den kommunala självbestämmanderätten att fastställa avgifter för verksamheter som kommunen ansvarar för.

45 *kommuner* framhåller vikten av ett system som innebär att avgiften blir enhetlig oavsett boendeform. Huvudargumentet är rättvisefrågan och att avgifterna inte får bli styrande för den enskildes önskemål om boendeform.

16 *kommuner* tillstyrker delegationens förslag att avgifterna bör vara oberoende av inkomst.

14 *kommuner* avstyrker ett system enligt vilken avgifterna sätts oberoende av inkomst med hänvisning till att de grupper som reformen omfattar delvis har råd att betala för den standardökning reformen kommer att innebära på sikt samt att de sämst ställda inom gruppen inte kan vara normgivande för avgiftssättningen.

21 *kommuner* tillstyrker ett högkostnadsskydd för den enskilde.

4 *kommuner* avstyrker ett högkostnadsskydd med hänvisning till att kommunen inte får ta ut oskäliga avgifter och att ett centralt fastställt sådant skydd inskränker den kommunala självbestämmanderätten.

16 *kommuner* förordar att avgiften skall omfatta dels en vård/omvårdnadsdel och dels en boendedel för att göra systemet så rättvist som möjligt och så lite avgiftsstyrt som möjligt.

17 *kommuner* tillstyrker att regler för avgifter fastställs centralt för hela landet, med hänvisning till att rättviseprinciper bör gälla för den enskilde oavsett var han bor.

40 *kommuner* avvisar med skärpa ett centralt fastställt regelsystem som inskränker den kommunala självbestämmanderätten.

56 *kommuner* menar att det är ett krav för genomförandet av reformen att översynen av avgifterna är genomförd och att avgifterna kan fastställas i samband med reformen 1.1.1992.

Liknande synpunkter har framförts av *Svenska kommunförbundet*, *Landstingsförbundet*, *SKAF* och *SPF*.

Utvidgade flyttningsmöjligheter

Äldredelegationens förslag:

Den som har behov av sjukvård eller av social service bör ha samma möjligheter att flytta vart man önskar i likhet med vad som gäller för andra människor. I första hand bör det prövas om det genom överenskommelser mellan huvudmännen går att på frivillig väg nå en lösning enligt de rekommendationer de båda förbunden gett sina medlemskommuner och landsting. För att ge landstingen möjlighet att uppfylla landstingsförbundets rekommendation föreslås en ändring i hälso- och sjukvårdslagen.

Socialstyrelsen föreslås få i uppdrag att följa upp hur de båda förbundens rekommendationer efterlevs.

Därutöver föreslås en ändring av folkbokföringslagen som innebär att personen kyrkobokförs i den kommun där sjukhuset ligger ett år efter överflyttningen. En person som flyttar över till långvårdssjukhus i annan landstingskommun har sällan för avsikt att återvända till den tidigare bosättningsorten.

Remissinstansernas svar och motiv för sina ställningstaganden:

Totalt har 128 remissinstanser uttryckligen tagit ställning till delegationens förslag om utvidgade flyttningsmöjligheter för äldre, handikappade och långvarigt sjuka inom sjukvård och social service.

Av dessa 128 remissinstanser tillstyrker samtliga utom en och ställer sig bakom delegationens argument. Några kommuner uttrycker ändå tveksamhet eftersom man inte känner till vilken omfattning flyttningsmöjligheterna kommer att få.

Riksskatteverket avstyrker ändringen i folkbokföringslagens 24 § bl. a. med hänvisning till att 1983 års folkbokföringskommitté ännu inte lagt sitt slutbetänkande. Verket påpekar vidare att långt över etthundra författningar har en uttrycklig hänvisning till kyrkobokföringen eller mantalsskrivningen. Därutöver läggs folkbokföringens bosättningsbegrepp till grund för bedömningen av en persons rättigheter även i en mängd andra, icke författningsreglerade sammanhang. Verket menar att den föreslagna ändringen strider mot grundläggande principer i folkbokföringslagens bosättningsregler.

6 *kommuner* framför liknande synpunkter och avstyrker ändringen i 24 § i folkbokföringslagen. Kommunerna hävdar också att det kan bli en stor belastning på kommuner med stora resurser för långvård.

5 *kommuner* ser gärna lagstiftning för att garantera rätten till flyttning. *SHSTF*, *Föreningen Sveriges socialchefer*, *HCK* och *DHR* delar denna inställning.

3 *kommuner* motsätter sig lagstiftning, eftersom man inte fullt ut kan garantera servicenivån utan att det uppstår köer för kommunens egna innevånare.

Övrigt

Genomförande

Äldredelegationens förslag:

Informations- och utbildningsaktiviteter tillsammans med ett omfattande arbete för att klargöra administrativa och ekonomiska frågor måste prägla genomförandearbetet.

En för huvudmännen gemensam verksamhetsplanering bör övervägas och från båda huvudmännen behövs personalutvecklande åtgärder och samverkan med personalen och dess organisationer.

Allmänheten behöver informeras och socialstyrelsen bör ta fram ett informationsmaterial.

Förändringen av huvudmannaskapet och införandet av betalningsansvar bör genomföras från och med den 1 januari 1992.

Sammanfattning av remissinstansernas svar och motiv för sina ställningstaganden:

Totalt 50 remissinstanser, varav 48 kommuner, uttrycker särskilt att de delar delegationens syn på genomförandet av reformen.

15 *kommuner* framhåller att ett beslut om innehållet i en reform måste fattas snabbt för att inte planering och utveckling skall stanna upp.

10 ytterligare *kommuner* hävdar att tidplanen måste hållas, annars riskerar delar av reformens bakomliggande syfte att motverkas av stagnation i utvecklingsprocessen inom området.

13 *kommuner* menar att tidplanen inte är realistisk. En reform av den här storleken kan inte forceras, utan tidpunkten måste skjutas fram några år.

Primärvården

Äldredelegationens förslag:

I direktiven för delegationen har inte ingått att utreda förutsättningarna för ett överförande av hela primärvården till primärkommunerna. Delegationen anser dock att det är det angeläget att stimulera huvudmännen till ytterligare försök med kommunal primärvård.

Sammanfattning av remissinstansernas yttranden samt motiven för deras ställningstaganden:

Totalt 180 remissinstanser har uttryckt att en utredning av hela primärvårdens huvudmannaskap bör komma till stånd eller ansett att primärvården direkt kan överföras i samband med reformen.

Socialstyrelsen, riksrevisionsverket, statskontoret, länsstyrelserna i Jönköpings och *Malmöhus län, arbetarskyddsstyrelsen* samt *länsrätten i Stockholms län* uttrycker önskemål om en utredning av hela primärvårdens huvudmannaskap. De flesta av dessa anser också att primärvården bör föras över till primärkommunal huvudman. Samma inställning uttrycker *Svenska kommunförbundet, LO, SHSTF, Föreningen Sveriges socialchefer, Sveriges Läkarförbund, Svenska läkaresällskapet, HCK, DHR, SPF, Statspensionärernas Riksförbund* och *RPG.*

8 *landsting* har uttryckt önskemål om att primärvården bör utredas, liksom 101 *kommuner.* De flesta av dessa kommuner delar också delegationens uppfattning att försök med kommunal primärvård är viktiga.

53 *kommuner* har därutöver menat att hela primärvården direkt kan överföras i samband med reformen.

38 *kommuner* har uttalat en önskan om att få bli försökskommuner med kommunal primärvård.

De allra flesta som förespråkar en utredning av hela primärvården anser att den föreslagna reformen splittrar primärvården och att detta är olyckligt. Många kommuner anser att läkarfunktionen behövs inom hemsjukvården och sjukhemmen i den primärkommunala organisationen efter en huvudmannaskapsförändring för att klara delar av reformen.

Annat

Många remissinstanser har påpekat att delegationens beskrivning av effekterna av reformen i huvudsak utgår från de äldres perspektiv och mindre har belyst de yngre handikappades särskilda situation och effekterna av reformen för den gruppen.

Utöver delegationens förslag har många remissinstanser pekat på personalförsörjningen som ett av de verkligt stora problemen för att utveckla en service och omvårdnad av god kvalitet. Man har betonat att det i samband med reformen inte får uppstå ett förstärkt konkurrensförhållande kring personalen mellan de båda huvudmännen.

Kulturfrågorna anses av många kommuner eftersatta i delegationens beskrivning över resurser som bör överföras till och utvecklas av kommunerna. Man betonar vikten av att de kulturresurser som idag byggts upp vid landstingens sjukhem och dagverksamheter verksamhetsmässigt och ekonomiskt inordnas i reformen. Man pekar också på kulturinsatsernas betydelse över huvud taget i den framtida service- och vårdorganisationen.

Sammanfattning av remissammanställningen angående äldredelegationens förslag

Totalt har 339 av 351 tillfrågade remissinstanser inkommit med svar.

Bakgrund och syfte med reformen

Det finns en påtaglig skillnad främst mellan landstingens och kommunernas syn på delegationens problemskrivning. Landstingen menar t. ex. att många av de problem som funnits huvudmännen emellan har kunnat åtgärdas, medan kommunerna delar delegationens uppfattning bl. a. när det gäller de problem som kvarstår i samspelet mellan huvudmännen inom servicen och vården till äldre.

De grundläggande syften som delegationen preciserat har ett starkt stöd i remissopinionen, dvs. tydligare ansvarsförhållanden genom:

- att primärkommunerna får ett lagstadgat ansvar enligt socialtjänstlagen att tillhandahålla särskilda boendeformer för service och omvårdnad för dem som så behöver
- att de lokala sjukhemmen överförs till primärkommunalt huvudmannaskap och innefattas i socialtjänstlagens begrepp som särskild boendeform
- att primärkommunerna får ett samlat ansvar för all långvarig vård genom ett betalningsansvar bl. a. för patienter på centrala sjukhem och viss länssjukvård
- ett verksamhetsansvar för huvuddelen av de lokala resurserna för viss hälso- och sjukvård.

Alla pensionärsorganisationerna, förutom SPF som har vissa invändningar, är i stort sett positiva till den av delegationen föreslagna reformen.

Handikapporganisationerna är kritiska och menar att delegationen inte tillräckligt analyserat frågorna ur handikappsynpunkt. De anser vidare att problemen i första hand utgörs av resursbrist inom området. Det föreslagna betalningsansvaret är man emellertid positiv till.

Ny ansvars- och uppgiftsfördelning

Särskilda boendeformer

Så gott som samtliga remissinstanser delar delegationens förslag att förtydliga kommunernas ansvar för allt boende genom en ändring i socialtjänstlagen. Många kommuner pekar dock på nödvändigheten av utökat statligt stöd för att klara åtagandet enligt förslaget. HCK/DHR/SRF betonar att lagen måste utformas mer konkret så att stödet i den egna bostaden kommer i första hand.

Överförande av lokala sjukhem

De allra flesta remissinstanser tillstyrker i princip delegationens förslag om överförande av de lokala sjukhemmen till primärkommunerna som särskild boendeform.

Primärkommunerna betonar nödvändigheten av att all personal följer med vid överförandet.

Drygt två tredjedelar av landstingen ställer sig positiva till en överföring,

men betonar att vissa delar måste kvarstå i primärvårdens regi, t. ex. vissa typer av korttidsvård och rehabilitering.

Många remissinstanser anser att det måste finnas utrymme för lokala lösningar. HCK och DHR hävdar att en viss boendestandard skall föreligga om sjukhemmen skall föras över till kommunernas särskilda boendeformer.

Betalningsansvar

De allra flesta remissinstanserna har tillstyrkt principen om primärkommunalt betalningsansvar.

Hälften av landstingen uttrycker dock tveksamhet eller avstyrker och anser att betalningsansvaret först bör prövas genom försöksverksamhet.

Huvuddelen av landstingen och knappt hälften av kommunerna anser dock att geriatriken inte bör ingå i betalningsansvaret på det sätt som delegationen föreslagit.

Knappt hälften av remissinstanserna förordar schablon vid fastställande av tidsgräns för betalningsansvarets inträdande och en knapp tredjedel förordar läkarbedömning.

Ansvaret för viss hälso- och sjukvård förutom sjukhem

Delegationens förslag om att hemsjukvården, förutom läkarinsatser, skall överföras till primärkommunerna delar remissopinionen.

Samtliga landsting utom Norrbottens läns landstingskommun samt Landstingsförbundet, socialstyrelsen, Föreningen landstingsdirektörer, Sveriges läkarförbund, Svenska läkaresällskapet, SACO/SR, Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter och Legitimerade sjukgymnasters riksförbund avstyrker delegationens förslag.

I stort sett alla kommuner tillstyrker och många menar att det är en nödvändighet för att reformen skall få avsedd effekt att kommunerna kan bedriva kvalificerad hälso- och sjukvård. Tillstyrker gör också Svenska kommunförbundet, LO, TCO, SKAF, SHSTF, SKTF, Föreningen Sveriges socialchefer, PRO, Riksförbundet Pensionärerns Gemenskapsgrupper och Riksförbundet för dementas rättigheter.

Bland dem som avstyrkt en kvalificerad hemsjukvård med primärkommunala sjuksköterskor, anser bl. a. hälften av landstingen att undersköterskor kan överföras till den primärkommunala omvårdnaden.

Förtroendenämnder

Hälften av de remissinstanser som yttrat sig tillstyrker delegationens förslag om primärkommunala förtroendenämnder. Lika många anser att det inte behövs ytterligare ett forum i primärkommunen, utan anför t. ex. att det räcker med socialnämnden som politiskt organ.

Ekonomiska konsekvenser och ekonomisk reglering

De allra flesta remissinstanserna, som tagit ställning till resursfrågorna, delar i princip delegationens mening om de ekonomiska konsekvenserna. Från flera håll framförs emellertid invändningar av olika slag.

Majoriteten av landstingen anser att resurserna som skall frigöras genom betalningsansvaret för somatisk korttidsvård inte kan överföras. Resurserna behövs för att klara de behov som i dag inte kan tillgodoses och för att möta kravet på medicinsk utveckling.

Primärkommunerna betonar dock att full kostnadstäckning för reformens alla delar är en nödvändighet samt att det genomförs en noggrann reglering mellan huvudmännen avseende t. ex. administrationskostnader och övriga kringkostnader för den verksamhet som skall överföras.

De allra flesta remissinstanser delar i princip delegationens mening om hur den ekonomiska regleringen skall gå till.

För att genomföra reformen menar en majoritet av kommunerna att det kommer att behövas extra resurser i form av t. ex. informations- och utbildningsbidrag, extra medel för kostnadsökningar pga. själva reformen, bidrag till gruppboende och generell ökning av bidrag p. g. a. ökande antal äldre.

Utvidgade flyttningsmöjligheter

I stort sett alla som yttrat sig är positiva till delegationens syn på möjligheterna till att även långvarigt sjuka, handikappade och äldre skall kunna bosätta sig där de önskar. Några kommuner uttrycker viss tveksamhet eftersom man inte känner till vilken omfattning flyttningsmöjligheterna kommer att få. Några remissinstanser, däribland HCK och DHR menar att lagstiftning behövs för att garantera flyttningsrätten.

Primärvården

Frågan om primärvårdens framtida huvudmannaskap har tagits upp av en majoritet av remissinstanserna. De flesta anser att en utredning av primärvårdens överförande i sin helhet till kommunerna snarast bör komma till stånd. Ett mindre antal kommuner anser att primärvården kan överföras direkt utan utredning.

Begreppsförklaringar

Innebörden av vissa begrepp kan ibland vara oklar. I bilagan redovisas därför hur olika begrepp har använts i propositionen. Redovisningen har inte till syfte att tjäna som underlag för någon rättslig reglering. Det är också att observera att det i praktiken ofta är svårt att göra någon klar avgränsning mellan olika verksamheter.

Med **bostäder med särskild service** avser jag sådana bostäder som inrättats för yngre människor med funktionshinder. Vid dessa bostäder skall omfattande service och vård kunna ges dygnet runt. Bostäderna skall ha god standard och vara väl integrerade i bebyggelsen. Gruppbostäder för utvecklingsstörda m. fl. som erbjuds enligt lagen (1985:568) om särskilda omsorger om psykiskt utvecklingsstörda m. fl. ingår inte i begreppet bostäder med särskild service.

Centralt sjukhem och **långvårdssjukhus** är benämningar på anläggningar som bedriver vård av långtidssjuka och som tillhör hälso- och sjukvårdens länssjukvård.

Dagcenter betecknar verksamheter för daglig sysselsättning och stöd till utvecklingsstörda m. fl. som lämnas enligt lagen om särskilda omsorger om psykiskt utvecklingsstörda m. fl.

Dagcentral betecknar en verksamhet inom socialtjänsten där service- och fritidsverksamhet bedrivs.

Dagsjukvård är en beteckning för en verksamhet inom hälso- och sjukvården där rehabiliteringsinsatser, service och vård lämnas under dagtid. Dagsjukvård finns inom primärvården, inom den psykiatriska hälso- och sjukvården samt inom länssjukvårdens somatiska kliniker.

Dagverksamheter är en samlingsbeteckning för verksamheter för sysselsättning, gemenskap och rehabilitering som bedrivs under dagtid. I begreppet ingår somatisk dagsjukvård som har ett lokalt upptagningsområde, dagcentraler och andra verksamheter för sysselsättning, gemenskap och rehabilitering inom socialtjänsten, såsom särskilda dagverksamheter för personer med åldersdemens samt för personer som vårdats under lång tid inom den psykiatriska vården.

Enskilda vårdhem är inrättningar för hälso- och sjukvård som bedrivs av enskild huvudman. Hemmen kan ha huvudsaklig inriktning mot somatisk långtidssjukvård, psykiatrisk vård, somatisk korttidssjukvård eller konvalescensvård.

Med **geriatrisk klinikfunktion** avses sådan funktion, i allmänhet inom hälso- och sjukvårdens länssjukvård, som innehåller kvalificerade resurser för utredning, diagnostik, behandling och rehabilitering av äldre människor med icke akuta sjukdomstillstånd. Dessa kliniker skall även ha resurser för konsultation, undervisning och utvecklingsarbete inom sitt område. Med geriatrisk vård avses sådan vård som lämnas inom ramen för den geriatriska klinikfunktionen.

Gruppboende är en samlingsbeteckning för boendeformer med ett mindre antal bostäder förlagda i grupp med gemensamma utrymmen, där service, vård och tillsyn kan ges dygnet runt. Ett gruppboende kan lagtekniskt sett vara antingen en särskild boendeform för service och omvårdnad

eller en bostad med särskild service beroende på vilken målgrupp som gruppboendet riktar sig till.

Konvalescenthem är beteckning på en inrättning inom hälso- och sjukvården som bedriver viss eftervård och enklare rehabilitering.

Med **lokalt sjukhem** avses sådan vårdinrättning inom hälso- och sjukvården som bedriver vård av långtidssjuka och som oftast har en kommun eller en del av en kommun som upptagningsområde. De lokala sjukhemmen är en del av den somatiska långtidssjukvården och tillhör oftast primärvården.

Med begreppet **långtidssjukvård** avses här sådan vård inom hälso- och sjukvården som ges till människor som har långvariga sjukdomstillstånd eller funktionsnedsättningar som föranleder behov av hjälp och stöd i de dagliga aktiviteterna samt tillsyn eller behandling av sjukdomstillstånd. I begreppet ingår inte sådan sjukvård som lämnas inom den geriatriska klinikfunktionen, aktiv psykiatrisk behandling eller specialiserad korttidssjukvård.

Läns- och regionsjukvården är den del av hälso- och sjukvården där specialiserad vård erbjuds, huvudsakligen vid sjukhus. Även viss öppenvård kan vara knuten till dessa sjukhus. I detta begrepp ingår all psykiatrisk hälso- och sjukvård.

Lättvårdsavdelning och **eftervårdsavdelning** är beteckningar på vårdresurser inom hälso- och sjukvårdens länssjukvård där vårdinriktningen liknar den vid omvårdnadsavdelningar.

Med **omvårdnadsavdelning** eller **sjukhemsavdelning** avses sådan avdelning vid ett sjukhus inom länssjukvården (centralt sjukhem, långvårdssjukhus eller motsvarande) där långtidssjukvård bedrivs.

Med **primärvård** avses all individinriktad medicinskt förebyggande verksamhet, all behandlande verksamhet – diagnostik och terapi inklusive rehabilitering – som kan bedrivas utanför sjukhus av lasarettstyp samt all omvårdnad som betingas av medicinska skäl och som kan bedrivas utanför sådant. Tandvård och de särskilda omsorgerna om psykiskt utvecklingsstörda räknas inte in i begreppet. Inte heller den distriktsförlagda psykiatriska vården, som utgör en särskild administrativ enhet inom hälso- och sjukvården, räknas in i primärvårdsbegreppet.

Med **psykiatriskt sjukhem** och **sjukhem för psykiskt lättskötta** avses vårdinrättningar inom den psykiatriska hälso- och sjukvården som huvudsakligen bedriver långtidssjukvård.

Med **servicebostad** avses en fullvärdig bostad med god tillgänglighet där omfattande service och vård kan ges dygnet runt. Bostaden upplåts på sedvanligt sätt och de boende betalar för de tjänster som utnyttjas. Ordet **servicehus** används för att beteckna en anläggning med flera servicebostäder och gemensamma utrymmen för service och gemenskap. Servicebostäder kan också vara förlagda i vanliga bostadshus.

Med **sluten primärvård** avses den del av primärvården som ges vid sjukhem för somatisk långtidssjukvård eller motsvarande.

Med **social hemtjänst** avses den verksamhet inom socialtjänsten som syftar till att underlätta för människor med funktionsnedsättningar att bo i

eget boende. I denna ingår service, stöd och omvårdnad i hemmet, fotvård, snöröjning, trygghetslarm och andra serviceinsatser.

Med **somatisk långtidssjukvård** avses sådan vård som bedrivs inom hälso- och sjukvårdens primärvård eller länssjukvård samt av enskilda vårdgivare vid sjukhem, långvårdssjukhus, geriatriska klinikfunktioner samt centrala sjukhem och motsvarande.

Särskilda boendeformer för service och omvårdnad är en samlingsbeteckning på sådana boendeformer som primärkommunerna skall ansvara för. Häri ingår bl.a. ålderdomshem, gruppboende, servicehus och sjukhem. Vid dessa skall omfattande service och vård kunna ges dygnet runt. Genom en god boende- och vårdmiljö skall den enskildes integritet säkras.

Särskilda boendeformer/bostäder används som ett samlingsbegrepp för särskilda boendeformer för service och omvårdnad samt bostäder med särskild service.

Ålderdomshem är en beteckning på en begränsad grupp av bostäder med gemensamma utrymmen för service och gemenskap i nära anslutning och där service och vård kan ges dygnet runt. Ålderdomshem har i allmänhet ofullständiga lägenheter, men kan även inrymma fullständiga lägenheter. Den enskilde betalar i allmänhet en helinackorderingsavgift som täcker både boendekostnad, mat och serviceinsatser. Ibland har de boende egna hyreskontrakt och erlägger separata avgifter för mat och service samt en hyra för bostaden.

Med **öppen primärvård** avses den del av primärvården som bedrivs vid läkarstationer, vårdcentraler, distriktssköterskemottagningar, mottagningar för mödra- och barnhälsovård och såsom sjukvård i hemmet. Vidare innefattas annan öppen vård som bedrivs utanför läns- och regionsjukvården.

16 Innehållsförteckning

sid.

Propositionens huvudsakliga innehåll 3

Lagförslag
Lag om ändring i socialtjänstlagen (1980:620) 6
Lag om övertagande av vissa sjukhem och andra vårdinrättningar ... 8
Lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) 9
Lag om ändring i lagen (1962:381) om allmän försäkring 15
Lag om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård . 17
Lag om ändring i sekretesslagen (1980:100) 19
Lag om ändring i lagen (1981:49) om begränsning av läkemedelskostnader, m. m. 20
Lag om ändring i lagen (1985:569) om införande av lagen (1985:568) om särskilda omsorger om psykiskt utvecklingsstörda m. fl. 21

1 Inledning 22
1.1 Äldreberedningen 22
1.2 Propositionen (1987/88:176) Äldreomsorgen inför 90-talet . 22
1.3 Socialutskottet 23
1.4 Äldredelegationens rapport 24

2 Allmänna utgångspunkter och överväganden 25
2.1 Den offentliga sektorns förnyelse 25
2.2 Resurser och samverkan inom socialsektorn 26
2.3 Framtida krav på service och vård till äldre och handikappade 31
2.4 Förnyelse inom socialsektorn 33

3 Särskilda boendeformer för service och omvårdnad, bostäder med särskild service och dagverksamheter 38
3.1 Allmänna utgångspunkter 39
3.2 Ett tydligare kommunalt ansvar 40
3.3 Utformningen 41
3.4 Olika boendeformer/bostäder med särskild service 42
3.5 Dagverksamheter 46

4 Överföring av vissa sjukhem och andra vårdinrättningar 49
4.1 Allmänna överväganden 50
4.2 Ett vidgat kommunalt verksamhetsansvar 51
4.3 Sjukhem och andra vårdinrättningar som skall föras över .. 54

5 Kommunal hälso- och sjukvård 56
5.1 Kommunens ansvar 56
5.2 Verksamhetsplanering 61
5.3 Ledningen av den kommunala hälso- och sjukvården 63
5.4 Personalen inom den kommunala hälso- och sjukvården ... 66
5.5 Ett särskilt medicinskt ansvar 68
5.6 Tekniska hjälpmedel 71
5.7 Förtroendenämnder inom den kommunala hälso- och sjukvården 79
5.8 Avgifter inom den kommunala hälso- och sjukvården 81
5.9 Sekretessen inom den kommunala hälso- och sjukvården .. 84

6 Kommunalt betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård 86
6.1 Allmänna överväganden 86
6.2 Vårdplanering i samverkan 87
6.3 Allmänt om betalningsansvar 88
6.4 Avgränsningen av betalningsansvaret 92
6.5 Betalningsansvarets inträdande 99
6.6 Betalningsansvarets ersättningar 102
6.7 Genomförande och uppföljning 106

7 Försöksverksamhet med primärkommunalt ansvar för primärvården 108

8 Den ekonomiska regleringen 108
8.1 Allmänna överväganden 108
8.2 Ekonomiska konsekvenser 111
8.3 Regleringen av de ekonomiska konsekvenserna 120
8.4 Skatteväxling 123
8.5 Förändrad skatteutjämning 125
8.6 Förändringar av ersättningarna från sjukförsäkringen och statsbidragen 127
8.7 Mellankommunal omfördelning 131

9 Ett utökat statligt stöd 135
9.1 Äldrereformen och personalens roll 135
9.2 Medel för personalutveckling 136
9.3 Ett särskilt statligt bidrag för att underlätta omstukturering inom service och vård 138
9.4 Stimulansbidrag till gruppbostäder 139
9.5 Uppföljning och utvärdering 142

10 Vissa övriga frågor 143
10.1 Ikraftträdande 143
10.2 Överförande av patientjournaler till kommunerna 144
10.3 Förande av patientjournaler 144
10.4 Patientförsäkringen 144

11 Viss ändring i omsorgslagstiftningen 145

12 Upprättade lagförslag 145

13 Specialmotivering 146
13.1 Förslaget till lag om ändring i socialtjänstlagen 146
13.2 Förslaget till lag om övertagande av vissa sjukhem och andra vårdinrättningar 149
13.3 Förslaget till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen ... 150
13.4 Förslaget till lag om ändring i lagen om allmän försäkring .. 156
13.5 Förslaget till lag om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård 157
13.6 Förslaget till lag om ändring i sekretesslagen 160
13.7 Förslaget till lag om ändring i lagen om begränsning av läkemedelskostnader, m. m. 160
13.8 Förslaget till lag om ändring i lagen om införande av lagen om särskilda omsorger om psykiskt utvecklingsstörda m. fl. 161

14 Hemställan 161

15 Beslut 162

Bilaga 1 – Sammanfattning av äldredelegationens rapport 163
Bilaga 2 – Förteckning över remissinstanserna 167
Bilaga 3 – Sammanställning av remissyttrandena 168
Bilaga 4 – Begreppsförklaringar 207

16 Innehållsförteckning 210

Norstedts Tryckeri, Stockholm 1990