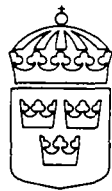


Regeringens proposition

1992/93:129



om avgifter inom äldre- och handikappomsorgen

Prop.
1992/93:129

Regeringen föreslår riksdagen att anta de förslag som har tagits upp i bifogade utdrag ur regeringsprotokollet den 29 oktober 1992.

På regeringens vägnar

Carl Bildt

Bengt Westerberg

a

Propositionens huvudsakliga innehåll

I propositionen föreslås att särregleringen om avgifter som avser helinackordering i särskilda boendeformer för service och omvårdnad upphävs. Vidare föreslås att avgifter i sjukhem och andra vårdinrättningar, som kommunerna övertagit från landstingen eller har betalningsansvar för, får uppbäras av kommunerna och uttas enligt samma grunder som övriga kommunala avgifter för hjälp i hemmet, service och omvårdnad samt boende. Den hälso- och sjukvård som kommunerna bedriver vid särskilda boendeformer för service och omvårdnad skall likställas med öppen vård i fråga om kostnadsansvaret för läkemedel, läkarvård, kostnadsfria förbrukningsartiklar samt resor. Förslagen föranleder ändringar av bestämmelser i socialtjänstlagen (1980:620), hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), lagen (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård, lagen (1962:381) om allmän försäkring samt lagen (1981:49) om begränsning av läkemedelskostnader m.m.

I de frågor som gäller hälso- och sjukvården samt socialförsäkringsområdet har jag samrått med statsrådet Könberg.

1 Förslag till

Lag om ändring i socialtjänstlagen (1980:620)

Härigenom föreskrivs att 10 och 35 §§ socialtjänstlagen (1980:620)¹ skall ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

10 §²

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

Socialnämnden bör genom *färdtjänst, hjälp i hemmet, service och omvårdnad, dagverksamheter eller annan liknande social tjänst* 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. För barn som inte har fyllt 15 år får kontaktperson utses endast om barnets vårdnadshavare begär eller samtycker till det. Har barnet fyllt 15 år får kontaktperson utses endast om barnet självt begär eller samtycker till det.

35 §³

För plats i förskola eller i fritidshem, färdtjänst, *social hemhjälp*, sådant boende som avses i 20 § andra stycket eller 21 § tredje stycket eller annan liknande social tjänst får kommunen ta ut skäligen avgifter enligt grunder som kommunen bestämmer. Avgifterna får dock inte överstiga kommunens självkostnader.

För plats i förskola eller i fritidshem, färdtjänst, *hjälp i hemmet, service och omvårdnad*, sådant boende som avses i 20 § andra stycket eller 21 § tredje stycket eller annan liknande social tjänst får kommunen ta ut skäligen 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.

¹ Lagen omtryckt 1988:871.

² Senaste lydelse 1991:1951.

³ Senaste lydelse 1990:1403. Ändringen innebär bl.a. att fjärde stycket upphävs.

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 (1990:1402) om övertagande av vissa sjukhem och andra vårdinrättningar övertagits av kommunerna.

Avgifter för hjälp i hemmet, service och omvårdnad samt boende får inte, tillsammans med avgifter som avses i 26 § tredje stycket hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), uppgå till så stort belopp att den enskilde inte förbehålls tillräckliga medel för sina personliga behov.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 1993.

2 Förslag till

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

Härigenom föreskrivs att 26 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)¹ skall ha följande lydelse.

*Nuvarande lydelse**Föreslagen lydelse*

26 §

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

Endast kommunen får ta ut vårdavgifter för sådan vård som den har betalningsansvar för enligt 2 § lagen (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård. Detsamma gäller i fråga om sådan psykiatrisk långtidssjukvård med huvudsaklig omvårdnadsinriktning för vilken kommunen enligt 9 § samma lag har åtagit sig betalningsansvar.

Avgifter för vård enligt 18 § eller för sådan långtidssjukvård som en kommun har betalningsansvar för enligt 2 eller 9 § lagen (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård får inte, tillsammans med avgifter som avses i 35 § tredje stycket socialtjänstlagen (1980:620), uppgå till så stort belopp att den enskilde inte förbehålls tillräckliga medel för sina personliga behov.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 1993.

¹ Lagen omtryckt 1992:567.

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

Härigenom föreskrivs att 4 § lagen (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård skall ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Ersättning för somatisk långtids-sjukvård vid en inrättning som tillhör *en landstingskommun* lämnas antingen med ett belopp som motsvarar *landstingskommunens* genomsnittliga årliga självkostnad för den aktuella vårdformen eller, om *landstingskommunen* och samtliga kommuner i *landstingskommunen* kommer överens om det, med belopp som svarar mot olika vårdplatsers kvalitet. Beloppen omräknas årligen med hänsyn till skatteunderlagets utveckling i *landstingskommunen*.

Föreslagen lydelse

4 §

Ersättning för somatisk långtids-sjukvård 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 om avses i första stycket.

En kommun och ett landsting får komma överens om att landstinget skall uppbära de avgifter som patienterna skall erlägga till kommunen enligt 26 § andra stycket hälso- och sjukvårdslagen (1982:763).

Denna lag träder i kraft den 1 januari 1993.

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

Härigenom föreskrivs i fråga om lagen (1962:381) om allmän försäkring¹

dels att 2 kap. 12 b § och 3 kap. 4 a § skall upphöra att gälla,

dels att 2 kap. 6 och 12 §§ och 20 kap. 8 § skall ha följande lydelse.

*Nuvarande lydelse**Föreslagen lydelse*

2 kap.

6 §²

För resekostnader i samband med läkarvård eller annan sjukvårdande behandling, som avses i 2 eller 5 §, eller sjukhusvård enligt 4 §, utges ersättning enligt grunder som regeringen fastställer. Detsamma gäller resekostnader i samband med

1. tillhandahållande av hjälpmedel åt handikappad,
2. tandvård som avses i 3 §,
3. besök med anledning av sjukdom hos läkare eller sjukgymnast inom företagshälsovård, för vilken bidrag lämnas efter beslut av yrkesinspektionen,
4. besök med anledning av sjukdom hos läkare inom studerandeorganisationernas hälsovård, för vilken statsbidrag utbetalas av högskolestyrelse,
5. konvalescentvård som lämnas i konvalescenthem som har tagits upp på förteckning som fastställs av regeringen eller myndighet som regeringen bestämmer,

6. vistelse vid en sådan vårdinrättning som enligt lagen (1990:1402) om övertagande av vissa sjukhem och andra vårdinrättningar övertagits av kommunen,

7. besök för sjukvårdande behandling som ges såsom särskild omsorg enligt lagen (1985:568) om särskilda omsorger om psykiskt utvecklingsstörda m.fl.,

8. besök för sjukvårdande behandling som ges med stöd av bestämmelserna om den kommunala hälso- och sjukvården i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), om resan går från eller till bostaden och denna inte är en sådan bostad som avses i 20 § andra stycket eller 21 § tredje stycket socialtjänstlagen (1980:620),

6. besök för sjukvårdande behandling som ges såsom särskild omsorg enligt lagen (1985:568) om särskilda omsorger om psykiskt utvecklingsstörda m.fl.,

7. besök för sjukvårdande behandling som ges med stöd av bestämmelserna om den kommunala hälso- och sjukvården i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763),

¹ Lagen omtryckt 1982:120.

Senaste lydelse av 2 kap. 12 b § 1990:1466.

Senaste lydelse av 3 kap. 4 a § 1991:1640.

Föreslagen ändrad lydelse i prop. 1992/93:17.

² Senaste lydelse 1991:1975.

9. besök för läkarvård eller annan sjukvårdande behandling som ges med stöd av lagen (1991:1136) om försöksverksamhet med kommunal primärvård.

8. besök för läkarvård eller annan sjukvårdande behandling som ges med stöd av lagen (1991:1136) om försöksverksamhet med kommunal primärvård.

Ersättning för sjuktransporter utges enligt grunder som regeringen fastställer.

12 §³

För varje dag då en pensionsberättigad, som är bosatt här i landet, får sjukhusvård på grund av sjukdom skall försäkringskassan ta ut en avgift enligt vad som anges i denna paragraf. Avgift skall inte tas ut för utskrivningsdagen.

Avgift tas ut från den som uppbär hel ålderspension eller hel förtidspension.

Avgiften beräknas av försäkringskassan med hänsyn till storleken vid vårdtillfället av pensionsförmåner i form av ålderspension, förtidspension och omställningspension enligt denna lag, änkepension enligt äldre lagstiftning, pensionstillskott enligt lagen (1969:205) om pensionstillskott och särskilt pensionstillägg enligt lagen (1990:773) om särskilt pensions-tillägg till folkpension för långvarig vård av sjukt eller handikappat barn. Avgiften skall utgöra en tredjedel av summan av förmånerna räknade per dag, dock högst 75 kronor för varje vård dag. Vid beräkningen av avgiften per vård dag skall förmånernas månadsbelopp delas med 30. Avgiften per vård dag avrundas till närmast lägre hela krontal. Avgiften för en kalendermånad får aldrig överstiga avgiften för 30 vård dagar.

Avgiften tas ut genom avdrag vid utbetalning av sådana pensionsförmåner som är avgiftsgrundande enligt andra och tredje styckena. Försäkringskassan beslutar om sådant avdrag. Om avdrag inte kan göras på grund av att avgiftsgrundande förmåner inte längre lämnas, skall någon avgift inte tas ut. Inte heller skall avgift tas ut om pensionsförmånerna vid vårdtillfället eller avdragstillfället är nedsatta enligt 10 kap. 2 § eller uppbärs av annan än den pensionsberättigade enligt 10 kap. 3 §. Avgifterna tillfaller den allmänna försäkringen.

Från pensionsberättigad som erhåller sådan långtidssjukvård för vilken kommunen får ta ut avgifter enligt 26 § andra stycket hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) skall avgift inte tas ut enligt vad som sägs i denna paragraf.

³ Senaste lydelse 1992:377.

"Nuvarande lydelse" enligt prop. 1992/93:17.

20 kap.

8 §⁴

Den som är försäkrad eller eljest äger rätt till ersättning enligt denna lag åligger att, i enlighet med de föreskrifter som meddelas av regeringen eller, efter regeringens bestämmande, av Riksförsäkringsverket, lämna de uppgifter, som är av betydelse för tillämpningen av lagen. Beträffande den som är omyndig eller har god man eller förvaltare enligt föräldrabalken har förmyndaren eller, om det kan anses följa av uppdraget, gode mannen eller förvaltaren skyldighet att lämna uppgifterna.

Den som driver en sjukvårdsinrättning som är att anse som sjukhus enligt denna lag är skyldig att meddela den allmänna försäkringskassan när en patient, som avses i 2 kap. 12 §, tas in för vård på sjukhuset och när sjukhusvården upphör. Sådan uppgift skall utan dröjsmål lämnas till den försäkringskassa där patienten är inskriven.

Den som driver en vårdinrättning som enligt lagen (1990:1402) om övertagande av vissa sjukhem och andra vårdinrättningar övertagits av kommunen är skyldig att meddela den allmänna försäkringskassan när en försäkrad tas in på vårdinrättningen och när vistelsen där upphör. Sådan uppgift skall utan dröjsmål lämnas till den försäkringskassa där den försäkrade är inskriven.

Den som driver en sjukvårdsinrättning som är att anse som sjukhus enligt denna lag är skyldig att meddela den allmänna försäkringskassan när en patient, som är avgiftsskyldig enligt 2 kap. 12 §, tas in för vård på sjukhuset och när sjukhusvården upphör. Sådan uppgift skall utan dröjsmål lämnas till den försäkringskassa där patienten är inskriven.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 1993.

⁴ Senaste lydelse 1991:1640. Ändringen innebär bl.a. att tredje stycket upphävs.

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.¹

dels att 2 a § skall upphöra att gälla,
dels att 10 § skall ha följande lydelse.

*Nuvarande lydelse**Föreslagen lydelse*

Kostnaden för förmåner enligt denna lag ersätts av den allmänna försäkringen om inte annat följer av andra stycket.

Kostnaden för förmåner som avses i 2 a § ersätts av landstingskommunen. Kostnaden för förmåner som avses i 6 § ersätts av kommunen såvitt avser den som vistas vid en sådan vårdinrättning som enligt lagen (1990:1402) om övertagande av vissa sjukhem och andra vårdinrättningar övertagits av kommunen.

10 §²

Kostnaden för förmåner enligt denna lag ersätts av den allmänna försäkringen.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 1993.

¹ Senaste lydelse av 2 a § 1990:1467.

Föreslagen ändrad lydelse i prop. 1992/93:17.

² Senaste lydelse 1991:1987. Ändringen innebär bl.a. att andra stycket upphävs.

Utdrag ur protokoll vid regeringssammanträde den 29 oktober 1992

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

Föredragande: statsrådet B. Westerberg

Proposition om avgifter inom äldre- och handikappomsorgen

1 Inledning

Med anledning av förslagen i regeringens proposition om ansvaret för service och vård till äldre och handikappade m.m. (prop. 1990/91:14) beslutade riksdagen i december 1990 om att fr.o.m. år 1992 ge kommunerna ett samlat ansvar för långvarig service och vård till äldre och handikappade (bet. 1990/91:SoU9, rskr. 1990/91:97). Genom reformen gavs kommunerna en i socialtjänstlagen (1980:620) fastlagd skyldighet att inrätta särskilda boendeformer för service och omvårdnad för de äldre som behöver det. Kommunerna blev också skyldiga att inrätta bostäder med service för handikappade. Med särskilda boendeformer avses bl.a. servicebostäder, gruppboende, ålderdomshem och sjukhem. Vidare innebar reformen att kommunerna från landstingen övertog ansvaret för och driften av sådana sjukhem och andra vårdinrättningar för somatisk långtidssjukvård som huvudsakligen har kommunen eller en del av kommunen som upptagningsområde. Reformen innebar också att kommunerna numera är skyldiga att bedriva hälso- och sjukvård med undantag av läkarvård i de särskilda boendeformerna och i bostäder med särskild service. Kommunerna har även fått befogenhet att svara för hemsjukvård i ordinärt boende. Riksdagen beslutade i juni 1991 om den ekonomiska regleringen som följer av äldrereformen (prop. 1990/91:150 bil. I:3, bet. 1990/91:SoU25, rskr. 1990/91:384).

Äldrelegationen framhöll i sin rapport Ansvaret för äldreomsorgen (Ds 1989:27) att skillnaderna i avgiftssystem mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten inte är rimliga. I propositionen om ansvaret för service och vård till äldre och handikappade uttalades att nuvarande avgiftssystem för vård vid de sjukhem som förs över till kommunerna bör gälla i avvaktan på en översyn av avgiftssystemen för kommunala tjänster inom äldre- och handikappomsorgen. Vidare konstaterades att när sjukhem och andra vårdinrättningar överförs till kommunerna kom-

mer hälso- och sjukvården vid dessa inte längre att ses som slutet, utan som öppen vård och i rättsligt avseende bli likställd med vård i den enskildes hem. Detta får konsekvenser för patientavgifter och uttag av läkemedel.

Äldreformen aktualiserade frågan om det rimliga i att ha olika avgifter för olika boendeformer för service och omvårdnad i kommunen liksom då det gäller avgifter för den sociala hemtjänsten kontra hem-sjukvården.

Regeringen beslutade den 5 september 1991 att tillkalla en särskild utredare med uppgift att göra en översyn av avgiftssystemen inom vissa delar av socialtjänsten och den kommunala hälso- och sjukvården. Till den särskilda utredaren knöts bl.a. ett antal sakkunniga och experter. Utredningen antog namnet Ädelavgiftsutredningen. Dess huvuduppgift har varit att lämna förslag till system som ger förutsättningar för mer enhetliga och rättvisa avgiftsregler inom kommunernas äldre- och handikappomsorg. Utredaren avlämnade sitt betänkande Avgifter och högstnadsskydd inom äldre- och handikappomsorgen (SOU 1992:50) i maj 1992.

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

Ädelavgiftsutredningens betänkande har remissbehandlats. Yttranden har avgetts av sammanlagt 63 remissinstanser: 13 statliga myndigheter, fyra landsting, 30 kommuner, Svenska kommunförbundet, Landstingsförbundet samt 13 organisationer. Remissyttrandena finns tillgängliga i lagstiftningsärendet (dnr S92/4577/H). Innehållet i remissyttrandena återges i allt väsentligt i det följande.

2 Bakgrund

Av 35 § socialtjänstlagen (1980:620) framgår att varje kommun får ta ut skäliga avgifter enligt de grunder kommunen själv bestämmer för bl.a. färdtjänst, social hemhjälp, boende i servicehus och annan liknande social tjänst. Avgifterna får dock inte överstiga kommunens självkostnader. Enligt 35 § socialtjänstlagen skall vidare avgifter som avser helinackordering i servicehus för äldre människor bestämmas så, att de boende förbehålls tillräckliga medel för sina personliga behov. Regeringens ytterligare föreskrifter om sådana avgifter återfinns i 46-48 §§ socialtjänstförordningen (1981:750). Den enskilde skall förbehållas ett belopp som motsvarar 30 % av folkpensionen för en ogift folkpensionär jämte pensionstillskott. Om den enskilde har inkomster utöver folkpensionsbeloppet skall förbehållsbeloppet höjas med ett belopp som motsvarar 20 % av skillnaden mellan de sammanlagda inkomsterna efter skatt och det nämnda folkpensionsbeloppet.

För hälso- och sjukvården gäller den grundläggande bestämmelse som framgår av 26 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763). Sjukvårdshuvudmannen får ta ut avgifter enligt grunder som sjukvårdshuvudmannen bestämmer, om inget annat är särskilt föreskrivet. När det gäller öppen

hälso- och sjukvård får sjukvårdshuvudmannen själv bestämma avgiften. För personer med omfattande behov av sjukvård och läkemedel finns ett särskilt högkostnadsskydd. Genom detta uppnås kostnadsbefrielse för den enskilde när hans sammanlagda utgifter för öppenvård och läkemedel under en period av tolv månader uppgått till minst 1 500 kr. Huvudmannen har också möjlighet att besluta om ett högkostnadsskydd som inträder vid ett lägre belopp än 1 500 kr. Bestämmelser om uttag av avgifter från pensionsberättigade inom den slutna sjukvården finns i 2 kap. 12 § lagen (1962:381) om allmän försäkring (AFL). För varje dag en person med ålders- eller förtidspension får sjukhusvård, tas en avgift ut som utgör en tredjedel av de allmänna pensionsförmånerna räknat per dag, dock för närvarande högst 65 kr per vård dag. I prop. 1992/93:17 föreslås att beloppet höjs till 75 kr den 1 januari 1993. Avgiften tas ut av försäkringskassan och Riksförsäkringsverket genom ett avdrag på utgående pensionsförmåner. Från pensionsberättigad som vistas på av kommunen övertagna vårdinrättningar tas enligt 2 kap. 12 b § AFL en motsvarande avgift. Sjukpenningberättigad som erhåller sådan vård skall enligt 3 kap. 4 a § AFL betala en avgift om för närvarande 70 kr per vård dag. Även i den delen föreligger i nyss nämnda proposition förslag till höjning av beloppet.

Den 1 januari 1992 övertog kommunerna med stöd i lagen (1990:1402) om övertagande av vissa sjukhem och andra vårdinrättningar ansvaret för 500 enheter för långtidssjukvård med sammanlagt 31 000 vårdplatser. För de övertagna sjukhemmen fick kommunerna ett samlat ansvar för driften och verksamheten. De är enligt nämnda lag att anse som sådana boendeformer som anges i 20 § andra stycket socialtjänstlagen. Med syfte att ge kommunerna ett samlat ekonomiskt ansvar för all långvarig vård, infördes ett betalningsansvar för sådana enheter för somatisk långtidssjukvård som fortfarande drivs av landstingen och som i allmänhet har ett upptagningsområde som täcker flera kommuner. Samtidigt gavs möjlighet för kommuner och landsting att komma överens om betalningsansvar också för psykiatrisk långtidssjukvård med huvudsaklig omvårdnadsinriktning. Bestämmelserna om betalningsansvaret regleras i lagen (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård. Betalningsansvaret omfattade den 1 januari 1992 drygt 3 400 platser för somatisk långtidssjukvård i sammanlagt 14 landsting och 59 kommuner. Vården vid enheter där kommunerna har ett betalningsansvar räknas fortfarande som sluten vård och för dem som vistas på sådana landstingskommunala vårdenheter debiterar sjukvårdshuvudmannen en avgift på för närvarande 70 kr per vård dag.

Mitt förslag: Avgifter för hjälp i hemmet, service och omvårdnad samt boende skall bestämmas så att den enskilde förbehålls tillräckliga medel för sina personliga behov. Därutöver skall liksom nu gälla att avgifterna skall vara skäliga och att de inte får överstiga kommunens självkostnad.

Särregleringen avseende helinackordering i särskilda boendeformer för service och omvårdnad enligt 35 § tredje stycket socialtjänstlagen upphävs.

Avgifter för vård i sjukhem och andra vårdinrättningar som kommunerna övertagit från landstingen får fr.o.m. den 1 januari 1993 uppbäras av kommunerna och uttas enligt samma grunder som övriga kommunala avgifter för hjälp i hemmet, service och omvårdnad samt boende. Särregleringen i 35 § fjärde stycket socialtjänstlagen avseende sådan vård upphävs, liksom de särskilda avgiftsreglerna som gäller sådan vård i AFL.

Endast kommunen får ta ut vårdavgift för sådan långtidssjukvård som den har betalningsansvar för enligt 2 och 9 §§ lagen (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård. Sådan vård undantas från avgiftsbestämmelserna i AFL. Vårdavgifter som kommunen fastställer skall bestämmas så att de, tillsammans med avgifter för hjälp i hemmet, service och omvårdnad samt boende enligt socialtjänstlagen, inte uppgår till så stort belopp att den enskilde inte förbehålls tillräckliga medel för sina personliga behov.

Socialstyrelsen och Riksrevisionsverket avses få i uppdrag att noga följa effekterna av föreslagna förändringar av avgiftsreglerna.

Utredarens förslag: Staten bör inte reglera utformning av och nivå på avgifter för kommunernas tjänster inom området service, omvårdnad och vård. Kvarstående olikheter och hinder i nuvarande regelsystem bör undanröjas för att därmed ge ökade förutsättningar för en neutral avgiftssättning mellan olika boendeformer. Ett statligt reglerat högkostnadsskydd för kommunala tjänster avseende service, omvårdnad och vård bör införas för att garantera den enskilde skäligt utrymme för bostadskostnader och andra levnadsomkostnader. Förslaget innebär att avgifterna i de särskilda boendeformer som övertagits från landstingen, kommer att öka i förhållande till nuvarande situation.

Remissinstanserna: *Socialstyrelsen* tillstyrker huvudprincipen för utredningens förslag att kommunens avgifter för service, omvårdnad och vård skall vara neutrala i förhållande till de boendeformer i vilka tjänsterna ges. De stora skillnader som råder med nuvarande avgiftssystem för tjänster i olika boendeformer skapar orättvisor mellan enskilda. När det gäller konstruktionen av det föreslagna högkostnadsskyddet anser

Socialstyrelsen att det finns starka skäl som talar för att även avgifter för färdtjänst och hjälpmedel skall inrymmas i högkostnadsskyddet. När det gäller människor med omfattande behov av service och omvårdnad, t.ex. yngre personer med funktionshinder, anser Socialstyrelsen att nivån på den föreslagna grundgarantin kan ifrågasättas. Enligt Socialstyrelsens mening saknas en genomgripande analys av de sammantagna ekonomiska effekterna som konstruktionen med högkostnadsskyddet får för personer med omfattande behov.

Riksrevisionsverket, RRV, delar utredningens bedömning att staten inte närmare bör reglera utformning av och nivå på avgifter för kommunala tjänster. RRV tar inte ställning till behovet av ett högkostnadsskydd men pekar på några omständigheter som talar mot förslaget. Bl.a. påpekas att det idag inte finns någon motsvarighet till ett högkostnadsskydd inom hemtjänsten.

Statens handikappråd, SHR, avvisar utredningens förslag. I det förslagna inkomstrelaterade högkostnadsskyddet tas enligt SHR inte skälig hänsyn till bl.a. yngre funktionshindrade personers behov av medel för levnadsomkostnader som följer av ett aktivt liv.

Svenska kommunförbundet tillstyrker principen att framtida avgiftssystem skall vara neutralt i förhållande till boendeform. Ett nationellt beslutat högkostnadsskydd begränsar i vissa avseende kommunernas möjligheter att utforma sina avgiftssystem efter lokala önskemål. Från självstyrelsesynpunkt uttalar Svenska kommunförbundet tveksamhet till ytterligare statlig styrning men har också förståelse för behovet av att förbehålla den enskilde ett visst minimibelopp för övriga levnadsomkostnader efter det att service och vård betalats. När det gäller avgifter för tjänster som skall inrymmas inom högkostnadsskyddet framhåller förbundet att det finns skillnader mellan kommuner och över tiden avseende vilka insatser som utgår efter individuell bedömning enligt § 6 socialtjänstlagen respektive i mer generella former enligt § 10 socialtjänstlagen.

Landstingsförbundet tillstyrker i princip utredningens förslag men konstaterar att det krävs ytterligare överväganden och samordning mellan aktuella förslag när det gäller yngre förtidspensionärer.

Merparten av *kommunerna* tillstyrker utredningens förslag att få till stånd ett mer rättvist och neutralt avgiftssystem för olika boendeformer samt modellen för ett statligt reglerat högkostnadsskydd för kommunala tjänster. Några kommuner anser dock att förslaget om högkostnadsskydd begränsar kommunens möjlighet att välja eget avgiftssystem. Bl.a. Åsele kommun menar att kommunerna skall ges möjlighet till fri avgiftsättning utan ytterligare statlig inblandning och reglering. Socialtjänstlagen utgör en tillräcklig garanti för att den enskilde skall garanteras en skälig levnadsnivå. Dessutom ger kommunens kompetens, ansvar, omdöme och närhet till den enskilde förutsättningar som gör det föreslagna högkostnadsskyddet obehövt.

Flertalet kommuner har synpunkter på konstruktionen av högkostnadsskyddet. I likhet med Svenska kommunförbundet anser många kommuner att avgränsningen av service och vård enligt §§ 6 och 10 socialtjänst-

lagen inte är entydig och sannolikt skiftar mellan kommunerna och över tiden. Några kommuner anser att grundgarantinivån är för låg och att därför avgifter för bl.a. färdtjänst, hjälpmedel samt utrymme för privat köpta tjänster bör ligga utanför grundgarantibeloppet. Andra hävdar den motsatta ståndpunkten dvs. att nivån är för hög i förhållande till kommunens socialbidragsnorm. Flera kommuner anser att utredningen bristfälligt har belyst förslaget konsekvenser för bl.a. yngre personer med funktionshinder.

Fyra *landsting* har yttrat sig över Ädelavgiftsutredningens förslag som i princip tillstyrks dock med kommentarer kring konstruktionen av högkostnadsskyddet.

Länsstyrelserna i Kalmar och Göteborg tillstyrker i princip förslaget men har synpunkter på konstruktionen av högkostnadsskyddet, nivån på grundgarantin, självkostnadsprincipen samt frågan om samboendes ekonomiska situation. De anser vidare att frågan om bruksvärdering av sjukhemsplatserna måste analyseras i förhållande till gällande hyreslagstiftning.

Pensionärs- och handikapporganisationerna framför starka invändningar mot utredningens förslag. *Pensionärernas Riksorganisation (PRO)* tillstyrker principen att avgifter för service, omvårdnad och vård skall vara neutrala i förhållande till olika boendeformer och anser det också mycket angeläget med ett statligt reglerat högkostnadsskydd. PRO framför starka invändningar mot bl.a. konstruktionen av högkostnadsskyddet, grundgarantinivån för ensamstående och hyressättningen av sjukhemsbäddar. *Sveriges Pensionärsförbund (SPF)* anser sammanfattningsvis att förslaget får så många icke acceptabla konsekvenser att det inte utan grundlig omarbetning kan ligga till grund för ett nytt avgiftssystem. *Handikappförbundens centralkommitté (HCK)*, *De handikappades riksförbund (DHR)* samt *Synskadades riksförbund (SRF)* avvisar i princip utredningens förslag. DHR anför att vad som förslås i utredningen i alla viktiga delar är oacceptabelt. HCK kräver att utredningen görs om.

Skälen för mitt förslag: Ädelavgiftsutredningen uttalar att staten inte bör reglera utformning av och nivå på avgifter för kommunernas tjänster inom området service, omvårdnad och vård. Kvarstående olikheter och hinder i nuvarande regelsystem bör undanröjas och en neutral avgiftsättning mellan olika boendeformer eftersträvas. Staten bör, enligt utredningen, dock i särskilda föreskrifter garantera den enskilde ett skäligt utrymme för bostadskostnader och andra levnadsomkostnader.

Ädelavgiftsutredningens förslag om en friare avgiftsättning har sin utgångspunkt i bl.a. en allmän inriktning att minska den statliga regelstyrningen och att ge större frihet för kommuner och landsting att själva bestämma hur ålagda verksamheter skall skötas. Denna inriktning har kommit till uttryck i bl.a. frikommunförsöken, den nya kommunallagstiftningen, avregleringen av avgifter inom den öppna hälso- och sjukvården samt beslutet om ett nytt statsbidragssystem. Kommunalekonomiska kommittén framhöll i sitt betänkande (SOU 1991:98) Kommunal ekonomi i balans – statsbidrag för ökat handlingsutrymme och nya samarbetsformer, de stora krav som kommer att ställas på förnyelse och

effektivisering av den kommunala verksamheten med tanke på begränsade ekonomiska resurser. Kommittén framhöll också att en ökad avgiftsfinansiering kan vara en möjlighet för kommunsektorn att bedriva mer omfattande verksamhet än vad sparkrav och minskad skattekvot kommer att medge. Som ytterligare argument för avreglering pekar utredningen på det faktum att hemtjänsten som den volymmässigt största delen av den kommunala äldreomsorgen redan idag tillämpar ett i princip oreglerat avgiftssystem.

Ädelavgiftsutredningen föreslår att uttag av avgifter för service, omvårdnad och vård skall begränsas genom införande av ett statligt reglerat högkostnadsskydd. Den enskilde skall enligt förslaget tillförsäkras dels en grundgaranti som uppgår till 125 % av basbeloppet, dels ett förbehåll på 70 % av nettoinkomster överstigande grundgarantibeloppet. Det förbehållna beloppet förutsätts täcka bostadskostnader som i vissa fall måste kompletteras med utgående bostadsbidrag. Utredningen utgår i sitt förslag också från förutsättningen att förslaget om Bostadsstöd till pensionärer (SOU 1992:21) genomförs i huvudsak enligt de riktlinjer och ekonomiska förutsättningar som framgår av betänkandet.

Som jag tidigare redovisat tillstyrker flertalet remissinstanser utredningens förslag till modell för en neutral avgiftssättning i förhållande till olika boendeformer. Ett antal instanser är dock kritiska till förslaget om ytterligare statlig reglering genom bestämmelser om ett kommunalt högkostnadsskydd. Flertalet remissinstanser har också synpunkter på konstruktionen av högkostnadsskyddet. Dessa rör bl.a. nivån på grundgarantin och förbehållsbeloppet, hyressättning av flerbäddsrum på sjukhemmen och risker för ökad administration. Många påpekar att utredningen saknar analys av modellens tillämpbarhet för yngre personer med funktionshinder, förvärvsarbetande och familjeförsörjare med funktionshinder m.fl. grupper.

Ädelavgiftsutredningens huvuduppgift var att redovisa en modell för ett enhetligt avgiftssystem mot bakgrund av de olika avgiftsregler som efter äldreformen existerar inom en kommun. Utredaren har emellertid gjort bedömningen att staten inte skall reglera avgiftssystemen och redovisar därför inte heller någon sådan modell. Utredarens förslag om ett statligt reglerat högkostnadsskydd för kommunala tjänster inom äldre- och handikappomsorgen möts av viss tveksamhet av bl.a. Svenska kommunförbundet och avvisas av några kommuner som menar att socialtjänstlagens allmänna inriktning och det kommunala omdömet borgar för en rättvis och skälig avgiftssättning. Åtskilliga remissinstanser har haft tungt vägande synpunkter på konstruktionen av högkostnadsskyddet och ett antal organisationer som företräder brukarna, avfärdar förslaget i sin helhet.

Jag har uppmärksammat de synpunkter som framförts när det gäller risken för skilda tolkningar avseende vilka tjänster som kommer att avgiftsättas av kommunerna respektive måste inrymmas inom grundgarantin och förbehållsbeloppet. Det faktiska utrymme som återstår av grundgarantin och förbehållsbeloppet för levnadsomkostnader, tandvård, läkarvård och läkemedel, hjälpmedel och tjänster som produceras av

andra än den kommunala sektorn kan komma att bli mycket varierande.

Mot denna bakgrund finner jag att övervägande skäl talar mot att nu införa ett statligt reglerat högkostnadsskydd. Som jag tidigare anfört förutsätter den av Ädelavgiftsutredningen föreslagna modellen vidare ett enhetligt statligt bostadsstödssystem.

Enligt min mening bör kommunerna ges möjlighet att utforma avgiftssystemen med utgångspunkt i lokala förutsättningar. Kommunerna bör, i likhet med gällande regler i 35 § socialtjänstlagen få ta ut skäliga avgifter för bl.a. färdtjänst, hjälp i hemmet, service och omvårdnad samt boende som avses i 20 § andra stycket eller 21 § tredje stycket socialtjänstlagen enligt grunder som kommunen bestämmer. Avgifterna får inte överstiga kommunens självkostnad. Därutöver bör införas att avgifterna för hjälp i hemmet, service och omvårdnad samt boende inte får – tillsammans med kommunala avgifter får hälso- och sjukvård – uppgå till så stort belopp att den enskilde inte förbehålls tillräckliga medel för sina personliga behov. Bestämmelsen innebär att den enskilde skyddas mot för höga kostnader för insatserna i fråga. Mitt förslag innebär också att särregleringen i 35 § tredje stycket socialtjänstlagen avseende avgifter för boende med helinackordering skall slopas.

De av kommunerna övertagna vårdinrättningarna är enligt lagen (1990:1402) om övertagande av vissa sjukhem och andra vårdinrättningar att anse som särskilda boendeformer enligt socialtjänstlagen. Den särreglering i 35 § fjärde stycket som gällt sådant boende i förhållande till annat särskilt boende bör tas bort, liksom vissa regler i AFL som berör sådant boende. Därmed kommer samma avgiftsbestämmelser att gälla för allt särskilt boende enligt socialtjänstlagen. Med de begränsningar som föreslås gälla även fortsättningsvis dvs. att avgifterna skall vara skäliga, inte överstiga kommunens självkostnad samt att de skall bestämmas så att den enskilde förbehålls tillräckliga medel för sina personliga behov, ges kommunerna frihet att själva bestämma avgiftssystemen.

Möjligheterna till större frihet när de gäller avgiftsättning kan riskera att medföra skillnader i avgiftsnivåer mellan kommunerna vilket kan få fördelningspolitiska effekter och av enskilda uppfattas som orättfärdigt. Jag avser därför senare att föreslå regeringen att ge Socialstyrelsen och Riksrevisionsverket i uppdrag att noga följa utveckling och utformning av kommunernas avgiftssystem i den del som rör äldre- och handikappomsorgen. En sådan uppföljning bör bl.a. beskriva dels kommunernas avgiftskonstruktioner, hur förbehåll för personliga utgifter bestäms och vilka skälighetsbedömningar som görs i förhållande till t.ex. självkostnadspriset, dels effekterna för den enskildes ekonomiska situation.

Svenska kommunförbundet avser att ta fram underlag för lokala överväganden om konstruktion av taxor. Detta material bör kunna underlätta för kommunerna att utarbeta taxor som ger den enskilde tillräckliga medel för övriga levnadskostnader.

I detta sammanhang vill jag uppmärksamma några av de synpunkter som många remissinstanser fört fram och som jag också delar. Den enskilde måste förbehållas tillräckliga medel för att kunna bekosta t.ex.

privat utförd städning, hemhandling, snöskottning, fotvård m.fl. tjänster i det fall sådana tjänster inte inryms i det kommunala åtagandet. Personliga behov kan också omfatta kostnader för tandvård, läkarvård, läkemedel och hjälpmedel samt resor och övriga kostnader som möjliggör ett aktivt deltagande i samhällslivet. I synnerhet gäller detta yngre personer med olika funktionshinder som har särskilda behov av service och omvårdnad. En funktionshindrad persons familjesituation och arbetssituation liksom merkostnader till följd av funktionshindret måste kunna påverka avgifternas storlek. Många remissinstanser har kommenterat frågan om samboendes ekonomiska situation i de fall maken är i behov av dagvård eller växelvård eller mer permanent flyttar till en särskild boendeform. Enligt min uppfattning får avgiftsregler inte utformas så att samboende/makar får en sådan försämrad ekonomisk situation vid t.ex. ovan beskrivna förhållande, att kostnadsskäl hindrar nödvändig vård eller att makar tvingas till skilsmässa av ekonomiska skäl. Även när ena maken flyttar till en särskild boendeform skall det vara ekonomiskt möjligt för den andra att bo kvar i sin ursprungliga bostad och med rimliga privatekonomiska villkor. Även för ensamstående bör det ges ekonomiska möjligheter genom rimliga avgifter och bostadsstöd att behålla bostaden en viss tid efter flyttning till särskild boendeform.

För långtidssjukvård i landstingsregi för vilken kommunen har ett betalningsansvar gäller att omvårdnadsfunktionen är densamma som i kommunens särskilda boendeformer. Från styrnings- och rättvisesynpunkt är det därför angeläget att den enskildes avgifter tas ut enligt samma principer som gäller för särskilda boendeformer i kommunen. Det bör därför fastställas att endast kommunen får ta ut avgift för sådan vård som den har betalningsansvar för. Denna bestämmelse avser också de fall där kommunen genom överenskommelse med landstinget har ett motsvarande betalningsansvar för psykiatrisk långtidssjukvård. Avgifterna får inte – tillsammans med avgifter för hjälp i hemmet, service och omvårdnad samt boende – uppgå till så stort belopp att den enskilde inte förbehålls medel för sina personliga behov. Kommuner och landsting bör dock ges möjlighet att komma överens om att landstinget får uppbära avgifterna. Förslaget föranleder också ändringar i lagen (1962:381) om allmän försäkring.

Även om jag väljer att inte följa utredarens förslag om ett statligt reglerat högkostnadsskydd, finner jag dennes bärande idé om en neutral avgiftssättning i olika boendeformer vara av grundläggande betydelse. Under överskådlig tid kommer sannolikt standard vad avser de till kommunerna överförda sjukhemmen att vara lägre än vad som gäller för t.ex. ålderdomshem och serviceboende. Vid en bedömning av boendekostnaden i bl.a. sådana sjukhem bör givetvis hänsyn tas till dessa standardskillnader.

Mitt förslag: Samma regler om kostnadsfria eller prisnedsatta läkemedel och om patientavgifter för läkarvård skall gälla för boende på sjukhem och andra vårdinrättningar vilka kommunerna övertagit från landstingen, som för övrig öppenvård.

Kostnadsansvaret för vissa vid särskilt angivna sjukdomar kostnadsfria förbrukningsartiklar (KOFFA) som tillhandahålls boende på sjukhem och andra vårdinrättningar vilka kommunerna övertagit från landstingen, skall överföras från kommunerna till staten och den allmänna försäkringen.

Resor från särskilda boendeformer och bostäder med särskild service till sjukvård i regi av kommunen, landstinget eller till privatpraktiserande vårdgivare skall anses som sjukresa och därmed berättiga till kostnadsersättning från landstinget.

Utredarens förslag: Överensstämmer med mitt förslag.

Remissinstanserna: Endast ett fåtal remissinstanser berör utredningens förslag rörande ett förändrat kostnadsansvar mellan huvudmännen som följd av äldreformen. Landstingsförbundet anser att det ekonomiska och administrativa ansvaret för reseersättningar vid resor från allt boende och till primärkommunal sjukvård skall ligga hos kommunerna för att dessa skall ges incitament att arrangera och samordna sjukresor och färdtjänst så effektivt som möjligt. Malmöhus läns landsting förordar att kommunen får det samlade ansvaret för samtliga resor som färdtjänstlegitimerade gör, alltså också resor till och från sjukvård. Svenska kommunförbundet ser positivt på att utredaren fullt ut jämför de till kommunerna överförda sjukhemmen med övriga särskilda boendeformer och tillstyrker därmed de föreslagna förändringarna i ansvaret för resor mellan olika boendeformer och sjukvård.

Skälen för mitt förslag: Sjukhem och andra vårdinrättningar som övertagits av kommunerna skall enligt lagen (1990:1402) om övertagande av vissa sjukhem och andra vårdinrättningar anses som sådan särskild boendeform som anges i 20 § andra stycket socialtjänstlagen (1980:620). Genom överförandet av sjukhemmen till kommunerna och definitionen av dem som en särskild boendeform likställs den vård som ges där i rättsligt avseende med öppen vård. Från denna princip har emellertid riksdagen – i avvaktan på en översyn av avgiftssystemen – beslutat om flera undantag.

Storleken på den avgift som den enskilde betalar för boende och vård vid ett till kommunen överfört sjukhem regleras fortfarande genom bestämmelser i lagen (1962:381) om allmän försäkring på samma sätt som gäller för slutna sjukvård i landstingsregi. Även i fråga om avgifter för läkemedel, vissa förbrukningsartiklar och sjukresor gäller vissa undantagsregler i lagstiftningen.

För läkemedel gäller att den som vistas vid en övertagen inrättning har rätt att utan kostnad erhålla läkemedel och för dessa kostnader svarar landstingen. Denna generella rätt till fria läkemedel inom sådant boende bör upphävas för att likhet skall uppnås med andra särskilda boendeformer.

Vidare gäller att vissa uppräknade förbrukningsartiklar kostnadsfritt skall tillhandahållas den som på grund av allvarlig sjukdom eller efter behandling för sådan sjukdom är i fortlöpande behov av t.ex. injektions-sprutor, katetrar, bandage, blöjor osv. Nämda bestämmelse avser en öppenvårdssituation och är därmed tillämplig också i samband med vård vid de inrättningar som överförts från landstingen till kommunerna. Vid öppen vård har staten kostnadsansvaret för dessa kostnadsfria förbrukningsartiklar. Riksdagen har även här beslutat om ett undantag så att kommunerna givits kostnadsansvaret för kostnadsfria förbrukningsartiklar som enskilda erhåller vid vård på bl.a. de övertagna sjukhemmen. Denna undantagsregel bör i konsekvens med vad jag nyss anfört upphävas.

Beträffande resekostnader gäller att reseersättning lämnas av landstingen för resekostnader i samband med vistelse vid en vårdinrättning som överförs till kommunerna. Den enskilde betalar endast en självrisk på högst 40 kr per resa i samband med att vistelsen vid t.ex. ett sjukhem inleds och när den avslutas. Resa från en särskild boendeform till en sjukvårdande behandling i t.ex. kommunal dagsjukvård berättigar inte till ersättning för resekostnader. Riksdagen har härvid ansett att en sådan resa skall betraktas som en s.k. överflyttningsresa mellan kommunala vårdinrättningar. För dessa överflyttningsresor har således kommunen kostnadsansvaret.

Enligt 11 § 5 förordningen (1984:908) om vissa ersättningar till sjukvårdshuvudman från sjukförsäkringen enligt lagen (1962:381) om allmän försäkring gäller slutligen att patientavgift inte får tas ut för läkarvård som ges vid en sådan vårdinrättning, som har förts över till en kommun med stöd av övergångsbestämmelserna till lagen (1990:1402) om övertagande av vissa sjukhem och andra vårdinrättningar.

De nu redovisade undantagen från den öppenvårdssituation som avses gälla för de särskilda boendeformerna innebär i praktiken att de överförda sjukhemmen och vårdinrättningarna fortfarande befinner sig i en oklar situation mellan särskild boendeform enligt socialtjänstlagen och slutna sjukvård enligt hälso- och sjukvårdslagen.

Jag bedömer det nu som angeläget att genomföra de konsekvensändringar i lagstiftning om kostnadsansvar mellan stat, kommuner och landsting som följer av det förändrade ansvaret för service och vård för äldre och handikappade vilket riksdagen fattade beslut om i december 1990 (prop. 1990/91:14, bet. 1990/91:SoU9, rskr. 1990/91:97). De till kommunerna överförda sjukhemmen likställs i rättsligt hänseende med övriga särskilda boendeformer för service och omvårdnad enligt 20 § andra stycket socialtjänstlagen och den vård som ges där är inte längre slutna vård enligt hälso- och sjukvårdslagen. Jag anser i likhet med utredaren, att de undantagsbestämmelser som fortfarande gäller avseende

5 Förändrad kostnadsfördelning

Mitt förslag i det föregående innebär att kommunerna, och inte som i nuläget staten, kommer att uppbära sjukhemsavgifter. Som en följd härav beräknas statens intäkter minska med 560 miljoner kronor, samtidigt som kommunernas intäkter antas öka med motsvarande belopp. Även de föreslagna förändringarna i fråga om läkemedel, läkarvård, kostnadsfria förbrukningsartiklar (KOFFA) och sjukresor innebär att vissa omfördelningar i kostnader uppstår mellan staten, kommunerna och landstingen. Den sammanlagda effekten framgår av nedanstående tabell. Minustecken i tabellen innebär minskade intäkter alternativt ökade kostnader för en huvudman, plustecken avser ökade intäkter alternativt minskade kostnader.

	Staten försäkr.	Landsting	Kommun
Sjukhem	- 560		+ 560
Läkemedel	- 110	+ 128	
Läkarvård		+ 18	
KOFFA	- 110		+ 110
Resor		- 32	+ 32
	- 780	+ 114	+ 702

Finansministern har tidigare denna dag genom regeringens proposition 1992/93:123 om vissa ekonomiska regleringar år 1993 mellan staten och kommunsektorn, lagt förslag om ekonomisk reglering av dessa belopp.

De föreslagna nya bestämmelserna om avgifter inom de av kommunerna övertagna sjukhemmen ger huvudmännen ett utrymme att ta ut ökade avgifter. Jag bedömer att detta ökade utrymme för kommunerna är i storleksordningen 700-900 miljoner kronor. Det slutliga beloppet kommer fastställas i ett senare sammanhang.

6 Ikraftträdande

De nya reglerna föreslås träda i kraft den 1 januari 1993.

7 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 ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763),

3. lag om ändring i lagen (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård,
4. lag om ändring i lagen (1962:381) om allmän försäkring,
5. lag om ändring i lagen (1981:49) om begränsning av läkemedelskostnader, m.m.

Förslagen under 2-5 har upprättas i samråd med statsrådet Könberg.

8 Specialmotivering

8.1 Förslaget till lag om ändring i socialtjänstlagen (1980:620)

10 §

Begreppet service och omvårdnad har etablerats som en beteckning för insatser som äldre och funktionshindrade yngre personer har behov av utöver hälso- och sjukvård. Begreppet finns också numera i 20 § i denna lag där det anges att kommunerna skall inrätta särskilda boendeformer för service och omvårdnad för äldre människor med behov av särskilt stöd. Mot bakgrund härav har i *första stycket* lagts till begreppet service och omvårdnad. Vidare ersätts begreppet annan service av begreppet annan liknande social tjänst, vilket är det begrepp som används i 35 §. Därtill görs redaktionella ändringar vad gäller ordningen mellan de olika begreppen.

35 §

Begreppet social hemhjälp har i *första stycket* bytts ut mot hjälp i hemmet och service och omvårdnad i enlighet med vad som anförts under 10 §.

I *tredje stycket* har särregleringen för boende med helinackordering tagits bort. Motivet är att skapa likvärdig behandling och neutralitet i fråga om avgifter för olika boendeformer. I stället föreskrivs att avgifter för hjälp i hemmet, service och omvårdnad samt boende, tillsammans med kommunala vårdavgifter, inte får uppgå till så stort belopp att den enskilde inte förbehålls tillräckliga medel för sina personliga behov. Genom bestämmelsen skapas ett skydd för den enskilde mot för höga kostnader för insatserna i fråga. Bestämmelsen gäller vid alla typer av boende enligt denna lag liksom när enbart hjälp i hemmet, service och omvårdnad tillgodoses med stöd av lagen. Därtill gäller redan enligt första stycket att avgiften skall vara skälig och inte överstiga kommunens självkostnader.

Den enskilde kan ha sitt boende samt service och omvårdnad tillgodosett av kommunen i sådan grad att det i omfattning kan jämföras med helinackordering. I dessa fall avses med "tillräckliga medel för sina personliga behov" i princip detsamma som i det nuvarande tredje stycket i denna paragraf, vilken bestämmelse för närvarande uttolkas närmare i 46-49 §§ socialtjänstförordningen (1981:750), där det föreskrivs om vad

som *minst* skall förbehållas den som är helinackorderad för att det skall anses räcka till personliga behov som inte tillgodoses genom kommunen.

I den mån den enskilde har andra kostnader än vad som förutsattes vid dessa bestämmelsers tillkomst måste medel förbehållas även för dessa kostnader. Till de personliga behoven hör bl.a. också att få en rimlig övergångsperiod under vilken man kan behålla sitt ordinarie boende.

Enskilda som exempelvis har en ordinär bostad och enbart behöver viss hjälp i hemmet enligt denna lag skall därutöver tillförsäkras medel för boendekostnader och andra normala levnadskostnader som inte ombesörjs av kommunen.

Enligt förslaget till tillägg i 26 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) skall även kommunala vårdavgifter beräknas så att de tillsammans med avgifter enligt detta stycke, inte uppgår till så stort belopp att den enskilde inte förbehålls tillräckliga medel för sina personliga behov.

Det kan tilläggas att regeringen med stöd av 8 kap. 13 § regeringsformen är oförhindrad att meddela verkställighetsföreskrifter om de nu aktuella avgifterna.

Det nuvarande *fjärde stycket*, där det anges att regeringen meddelar föreskrifter om avgifter vid de inrättningar som enligt lagen (1990:1402) om övertagande av vissa sjukhem och andra vårdinrättningar övertagits av kommunerna, föreslås upphävd. Någon särreglering beträffande avgifter vid sådant boende förutsätts således inte längre, utan det är tredje stycket som skall tillämpas.

8.2 Förslaget till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)

26 §

Hälso- och sjukvårdslagens vårdbegrepp inkluderar – när det gäller den slutna vården – medicinsk behandling, omvårdnad, mat och boende. För sjukhem i landstingsregi gäller att omvårdnadsfunktionerna är desamma som i kommunens särskilda boendeformer. Från styrningssynpunkt är det därför angeläget att den enskildes totala kostnad för boende, mat och omvårdnad har samma nivå som motsvarande insatser i en kommunal särskild boendeform av motsvarande kvalitet. För att åstadkomma detta har i ett nytt *andra stycke* införts en bestämmelse om att endast kommunen får ta ut vårdavgifter för sådan somatisk långtidssjukvård som den har betalningsansvar för. Denna avgift kan kommunen sedan specificera för vård, omvårdnad, mat och boende. Därmed har upprättats en grund för en likvärdig behandling av enskilda i fråga om avgifter i sjukhem för somatiskt långtidssjuka som kommunen har betalningsansvar för och i särskilda boendeformer. Bestämmelsen gäller också i de fall kommunen har åtagit sig betalningsansvar för psykiatrisk långtidssjukvård.

Med utgångspunkt i detta föreslås även införande av ett nytt *tredje stycke* som kopplar samman möjligheterna att ta ut avgifter för sjukvårdsinsatser med motsvarande möjligheter till avgiftsuttag för hjälp i hemmet, service och omvårdnad samt boende enligt 35 § tredje stycket socialtjänstlagen. I stycket föreskrivs att avgifter för vård enligt 18 §

eller för sådan långtidssjukvård som en kommun har betalningsansvar för enligt 2 eller 9 § lagen (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård inte får, tillsammans med avgifter som avses i 35 § tredje stycket socialtjänstlagen (1980:620) uppgå till så stort belopp att den enskilde inte förbehålls tillräckliga medel för sina personliga behov. En regel om sådant förbehåll finns också i 35 § socialtjänstlagen.

8.3 Förslaget till lag om ändring i lagen (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård

4 §

För långtidssjukvård i inrättningar som landstinget driver och som kommunen har ett betalningsansvar för, kan det i vissa fall vara lämpligt att landstinget uppbär vårdavgifter. Kommunens rätt att ensam ta ut vårdavgifter i dessa inrättningar, vilket följer av det föreslagna tillägget i 26 § hälso- och sjukvårdslagen, har därför här i ett nytt *tredje stycke* kompletterats med en regel om att en kommun och ett landsting kan komma överens om att landstinget skall uppbära avgifterna.

8.4 Förslaget till lag om ändring i lagen (1962:381) om allmän försäkring

2 kap. 12 b § och 3 kap. 4 a § föreslås bli upphävda till följd av förslagen om en mer likvärdig behandling av olika boendeformer. I dessa bestämmelser anges att från pensionsberättigad resp. sjukförsäkrad person som vistas vid en sådan vårdinrättning som enligt lagen (1991:1402) om övertagande av vissa sjukhem och andra vårdinrättningar övertagits av kommunen skall avgift tas ut enligt bestämmelserna om avgift för sjukhusvård.

2 kap.

6 §

Landstingen har fr.o.m. den 1 januari 1992 ett administrativt och ekonomiskt ansvar för utbetalning av ersättningar för resor vid besök i hälso- och sjukvård med anledning av sjukdom.

För personer som vistas i ett sjukhem eller annan vårdinrättning som har övertagits av en kommun lämnar landstinget ersättning för resekostnader enligt punkt 6 i denna paragraf i samband med att vistelsen i vårdinrättningen inleds och avslutas. Om en person under tiden för vistelsen i vårdinrättningen behöver besöka landstingets öppna eller slutna hälso- och sjukvård är det för närvarande oklart vad som gäller, vilket har inneburit vissa problem mellan kommuner och landsting om kostnadsansvaret.

Resor mellan särskilda boendeformer eller bostäder med särskild service och dagsjukvård i regi av kommunen anses för närvarande inte som sjukresor utan som överflyttningsresor mellan vårdinrättningar enligt punkt 8. För dessa resor har kommunen kostnadsansvar.

Eftersom särskilda boendeformer och bostäder med särskild service i alla avseenden bör betraktas som boendeformer, har föreslagits att bestämmelsen i nuvarande punkt 6 upphör att gälla och att lydelsen i punkt 8 ändras. Med detta följer att kostnader för resor till sjukvård i regi av kommunen, landstinget eller till sjukförsäkringen ansluten privatpraktiserande vårdgivare berättigar till ersättning av landstinget, men inte exempelvis resor mellan olika boendeformer.

12 §

Paragrafen behandlar avgiftsuttag vid sjukhusvård för pensionsberättigad. Förslaget till ändring i hälso- och sjukvårdslagen som innebär att endast kommunen får ta ut vårdavgift för sådan långtidssjukvård som den har betalningsansvar för har föranlett ett nytt *femte stycke* i denna paragraf. Där föreskrivs att vårdavgift enligt denna paragraf inte skall tas ut från pensionsberättigad som erhåller sådan långtidssjukvård för vilken kommunen får ta ut avgift enligt 26 § andra stycket hälso- och sjukvårdslagen (1982:763).

20 kap.

8 §

Tillägget i *andra stycket* är en följd av ändringen i 2 kap. 12 §. Enligt tillägget skall meddelande till försäkringskassan om in- och utskrivning av en patient enbart ske om patienten är avgiftsskyldig enligt 2 kap. 12 §.

Regeln i det nuvarande tredje stycket, om en motsvarande skyldighet att meddela försäkringskassan om vård på en sådan vårdinrättning som en kommun övertagit av landstinget, föreslås avskaffad.

8.5 Förslaget till lag om ändring i lagen (1981:49) om begränsning av läkemedelskostnader, m.m.

2 a § föreslås bli upphävd. Enligt paragrafen skall den som vistas vid en vårdinrättning som enligt lagen (1990:1402) om övertagande av vissa sjukhem och andra vårdinrättningar övertagits av kommunerna ha rätt att utan kostnad erhålla läkemedel. Samma regler om kostnadsfria och prisnedsatta läkemedel kommer därmed att gälla för boende i av kommunen övertagna sjukhem som i övrigt särskilt boende.

10 §

Till följd av att 2 a § upphävs tas även *första meningen* i *andra stycket* denna paragraf bort.

Av 6 § i denna lag framgår att injektionssprutor, kanyler, katetrar,

bandage och därmed jämförliga förbrukningsartiklar kostnadsfritt skall tillhandahållas den som på grund av allvarlig sjukdom eller efter behandling för sådan sjukdom är i fortlöpande behov av artiklarna. Nämn- da paragraf gäller vid öppen vård och är därmed i princip tillämplig i samband med vård vid de inrättningar som överförts från landsting till kommuner. Vid öppen vård har staten och den allmänna försäkringen hela kostnadsansvaret för artiklarna. I avvaktan på resultatet av Ädelav- giftsutredningens översyn har riksdagen dock beslutat om undantag så att kommunen enligt 10 § andra stycket *andra meningen* samma lag har kostnadsansvar för de kostnadsfria förbrukningsartiklar enligt 6 § som enskilda erhåller vid vård i övertagna inrättningar.

Med utgångspunkten att de sjukhem som överförts till kommunerna är särskilda boendeformer för vilka skall gälla samma villkor som för övriga boendeformer har undantagsreglerna beträffande nämnda förbruk- ningsartiklar slopats. Genom den föreslagna ändringen i denna paragraf skall kostnader för förmåner enligt lagen således ersättas genom den allmänna försäkringen.

9 Hemställan

Med hänvisning till vad jag nu anfört hemställer jag att regeringen före- slår riksdagen att

anta förslagen till

1. lag om ändring i socialtjänstlagen (1980:620),
2. lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763),
3. lag om ändring i lagen (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård,
4. lag om ändring i lagen (1962:381) om allmän försäkring,
5. lag om ändring i lagen (1981:49) om begränsning av läke- medelskostnader, m.m.

10 Beslut

Regeringen ansluter sig till föredragandens överväganden och beslutar att genom proposition föreslå riksdagen att anta de förslag som före- draganden har lagt fram.

Sammanfattning av Ädelavgiftsutredningens betänkande Avgifter och högkostnadsskydd inom äldre- och handikappomsorgen (SOU 1992:50)

Prop. 1992/93:129
Bilaga 1

Inledning

Utredningen har i uppgift att göra en översyn av avgiftssystemen inom vissa delar av socialtjänsten och inom den fr.o.m. den 1 januari 1992 kommunala hälso- och sjukvården. Det främsta syftet med översynen är att lämna förslag till system som ger förutsättningar för mer enhetliga och rättvisa avgiftsregler inom kommunernas äldre- och handikappomsorg.

Behovet av en översyn av avgiftssystemen är en följd av kommunernas nya ansvar genom den s.k. äldreformen. Reformen innebär att kommunerna från den 1 januari 1992 har det samlade ansvaret för långvarig service och vård till äldre och handikappade.

Genom reformen ges kommunerna en i socialtjänstlagen fastlagd skyldighet att inrätta särskilda boendeformer för service och omvårdnad för de äldre som behöver det. Kommunerna är också skyldiga att inrätta bostäder med särskild service för funktionshindrade yngre som behöver ett sådant boende.

Reformen innebär vidare att kommunerna från landstingen fr.o.m. den 1 januari 1992 har övertagit ansvaret för och driften av sådana sjukhem och andra vårdinrättningar för somatisk långtidssjukvård som huvudsakligen har kommunen eller del av kommunen som upptagningsområde.

Ett annan del av reformen är att kommunerna är skyldiga att bedriva sjukvård i de särskilda boendeformerna, i bostäder med särskild service och i dagverksamheter. Kommunerna har även fått befogenhet att svara för hemsjukvård i ordinärt boende. Till sjukvårdsansvaret hör att tillhandahålla enkla tekniska hjälpmedel.

För somatisk långtidssjukvård för vilken kommunerna inte har ett verksamhetsansvar har kommunerna ålagts ett obligatoriskt betalningsansvar. Ett sådant betalningsansvar gäller även för medicinskt färdigbehandlade personer inom akutsjukvården och inom den geriatriska vården.

Problem med nuvarande avgiftssystem

Enskilda har starkt skiftande privatekonomiska villkor till följd av att avgiftssystemen för service, omvårdnad och vård skiljer sig åt i de olika boendeformer där tjänsterna ges.

En person som bor och erhåller omvårdnad i servicehus med helinackordering (ålderdomshem) betalar i avgift 70 % av inkomster från folk-

pension och pensionstillskott och 80 % av nettoinkomster som överstiger folkpension och pensionstillskott. Helinackorderingsavgiften omfattar i allmänhet inte utgifter för läkarvård, läkemedel, tandvård och resor. Om personen har pension och erhåller motsvarande omvårdnad i ett sjukhem debiteras avgift med en tredjedel av de allmänna pensionsförmånerna per dag, dock högst 65 kronor. För den som är förvärvsarbetslös uttas avgift med högst 70 kronor per dag. Avgiften för sjukhemsboende är betydligt lägre än motsvarande avgift för boende i ålderdomshem. Dessutom behöver den enskilde som vistas i sjukhem inte betala något extra för läkarvård, läkemedel och sjukresor. Även i fråga om tandvård tillämpas avgiftsfrihet i vissa landsting för dem som vistas i sjukhem.

För social hemhjälp, besök vid dagverksamheter och för hemsjukvård som kommunen tagit över ansvaret för finns inga statligt reglerade avgiftsnivåer. För dagverksamheter och hemsjukvård gäller att personer som är bosatta inom kommunen skall behandlas lika. För social hemhjälp bestämmer kommunen avgifter med självkostnaden som taknivå. De skillnader för social hemhjälp som finns i avgiftsregler och avgiftsnivåer mellan kommuner kan medföra markant olika villkor för en person beroende på var denne bor.

De stora skillnader som gäller för avgiftssystemen både i fråga om det antal tjänster som avgifterna omfattar och nivån på avgifterna leder till en orättvis situation, i synnerhet då avgifterna i en och samma kommun är olika stora för samma mängd och typ av tjänster och vid samma betalningsförutsättningar hos brukarna. För många äldre kan t.ex. både ålderdomshem och sjukhem utgöra lämpliga boendeformer. Vilket boende den enskilde väljer kan emellertid vara slumpmässigt. Ett för tillfället tomt rum eller en ledig lägenhet kan i praktiken vara avgörande för i vilken boendeform omvårdnad kommer att ges och därmed vilken avgift som tas ut och vilka privatekonomiska villkor den enskilde får. En sådan slumpfaktor är ytterligare exempel på den orättvisa som finns inbyggd i nuvarande avgiftssystem.

Sett från ett samhälls- eller kommunekonomiskt perspektiv ger nuvarande avgiftssystem även upphov till ogynnsamma styrningseffekter. Tjänster som är mer kostnadskrävande för kommunen än andra kan samtidigt vara de lägst avgiftssatta för den enskilde. Detta gäller t.ex. om omvårdnad i sjukhem vid en jämförelse med motsvarande insatser i ålderdomshem. Även om enskilda i första hand eftersträvar en lämplig vårdform med tanke på de behov som föreligger kan inte privatekonomiska fördelar i vissa boendeformer i förhållande till andra ses som betydelselösa. Från kommunal synpunkt är det angeläget att avgiftssystem ändras som motverkar kostnadseffektiva lösningar på de olika behov av insatser som föreligger för äldre och yngre funktionshindrade personer.

Grunder för en ny inriktning

För att åstadkomma en neutralitet i fråga om styreffekter och för att nå en större rättvisa vid avgiftssättning behöver avgiftssystemen ändras.

Huvudprincipen i direktiven till utredningen är att kommunernas av-

gifter för service, omvårdnad och vård skall vara neutrala i förhållande till de boendeformer i vilka tjänsterna ges. Det betyder att avgiftssystemet skall gälla lika oberoende av om tjänsterna ges i den enskildes eget hem, i någon av de särskilda boendeformerna eller i bostäder med särskild service. Enligt direktiven bör likhet även gälla mellan sjukhem som drivs av en kommun och sjukhem som landsting har verksamhetsansvar för.

Vid överväganden om system för att skapa en sådan neutralitet har utredningen kommit till den slutsatsen att staten varken bör reglera utformningen av eller nivån på de avgifter kommunerna skall kunna ta ut för service, omvårdnad och vård. Från statsmakernas sida bör i stället förutsättningar skapas för en från boendeformerna neutral avgiftssättning genom att väsentliga olikheter och hinder i nuvarande regelsystem tas bort. Med en sådan inriktning fullföljs enligt utredningens mening det steg som tagits genom avregleringen fr.o.m. år 1991 av avgifterna inom den öppna hälso- och sjukvården. Vidare fullföljs den kommunalekonomiska kommitténs grundläggande tankar i betänkan- det SOU 1991:98 att begränsade ekonomiska resurser samt krav på förnyelse och effektivisering nödvändiggör en ökad frihet för kommuner och landsting att organisera och prioritera sina verksamheter.

Med möjlighet till i princip fri avgiftssättning för kommunerna blir det dock nödvändigt att införa ett kommunalt högkostnadsskydd och utforma detta så att enskilda inte drabbas av alltför höga avgifter.

Utformning av en modell för ett kommunalt högkostnadsskydd

Modellens konstruktion

Uttag av avgifter från enskilda för service, omvårdnad och vård skall enligt utredningens förslag begränsas genom införande av ett statligt reglerat kommunalt högkostnadsskydd. Syftet med ett sådant skydd är att garantera enskilda ett skäligt utrymme för bostadskostnader och andra levnadsomkostnader.

Skyddet skall vara så utformat att den enskilde – innan avgifter för service, omvårdnad och vård betalas – tillförsäkras dels en grundgaranti för normala levnadsomkostnader, dels ett förbehåll för nettoinkomster som överstiger grundgarantibeloppet. Avsikten med ett förbehåll utöver grundgarantin är i första hand att den enskilde skall ha egna medel för betalning av boendekostnader. Vid låga inkomster förutsätts att förbehål- let belopp kompletteras med bostadsbidrag.

Grundgarantin utgör 125 % av basbeloppet för ensamstående och 221 % av basbeloppet för samboende. Förbehållet belopp för såväl ensamstående som samboende är 70 % av nettoinkomster överstigande grundgarantibeloppet.

Skillnaden mellan den enskildes nettoinkomster och grundgaranti tillsammans med förbehållsbelopp skall utgöra kommunens avgiftstak för service, omvårdnad och vård. Kommunens maximala avgiftsuttag blir

därmed 30 % av nettoinkomster som överstiger nivån för grundgarantin.

Kommunen bestämmer själv avgiftssystem och avgiftsnivåer inom ramen för det kommunala högkostnadsskyddet. Avgifterna får dock inte överstiga kommunens självkostnader.

Grundgarantibelopp

Grundgarantin är för ensamstående personer 125 % av basbeloppet och för samboende 221 % av basbeloppet. Samboendes grundgaranti har beräknats genom användning av relationen mellan ensamståendes grundgaranti och pension för ensamstående i form av folkpension och pensionstillskott. Kvoten mellan dessa belopp – 125 % av basbeloppet och 150 % av basbeloppet – är drygt 0,83. När denna kvot tillämpas på den pension makar har om båda har folkpension och pensionstillskott (265 % av basbeloppet), erhålls värdet 221 % av basbeloppet. I nedanstående tabell anges *grundgarantibeloppet* för ensamstående och för samboende beräknat per månad.

Tabell. Grundgarantibelopp för ensamstående och samboende

	Ensamstående		Samboende	
	Ordinärt boende	Särskild boendeform	Ordinärt boende	Särskild boendeform
Individuella kostnader	2 170	2 695	4 380	4 980
Hushållskostnader	1 060	535	1 265	665
Övriga kostnader	280	280	560	560
Summa	3 510	3 510	6 205	6 205
	125 % av basbeloppet räknat per månad		221 % av basbeloppet räknat per månad	

I begreppet individuella kostnader enligt tabellen ingår livsmedel, kläder och skor, fritid, hälsa och hygien. Hushållskostnader omfattar förbrukningsvaror, möbler, husgeråd, TV och radio, dagstidning, telefon och TV-licens, hushållsel. och hemförsäkring. Övriga kostnader utgörs av läkarvård, läkemedel, tandvård och resor, inklusive sjukresor.

Individuella kostnader för ensamstående i ett ordinärt boende motsvarar konsumentverkets regler för ensamstående person över 61 år efter att en utjämning har gjorts för de skilda belopp som avser män och kvinnor. Även hushållskostnader motsvarar konsumentverkets regler för denna kategori. För övriga kostnader har utredningen gjort en egen beräkning av skäliga kostnader för läkarvård, läkemedel, tandvård och resor. Av angivna 280 kronor per månad för en ensamstående person ingår läkarvård och läkemedel med 125 kronor, tandvård med 30 kronor och resor, inklusive sjukresor med 125 kronor.

Kostnaderna för ensamstående i en särskild boendeform har samma totalsumma som gäller för ensamstående i ett ordinärt boende. Fördelningen mellan posterna är dock annorlunda och har styrts av att kostnaderna för lagade måltider är större i en särskild boendeform än motsvarande kostnader för mat till en person som bor i ett ordinärt boende. Vidare är hushållskostnader lägre i en särskild boendeform än i ett ordinärt boende. För måltider i en särskild boendeform har beräknats en månadskostnad på maximalt 2 200 kronor, dvs. knappt 75 kronor per dygn.

Även för samboende i en särskild boendeform gäller att matkostnaderna utgör en stor post och att hushållskostnaderna är lägre. Måltidskostnaderna har för samboende i en särskild boendeform beräknats till 4 000 kronor per månad, dvs. drygt 133 kronor per dag eller 67 kronor per person. Vid beräkningen har förutsatts att samboende personer kan tillaga en del mål själva och därmed nedbringa kostnaderna i viss utsträckning.

För samboende i ett ordinärt boende tillämpas samma totalsumma som för samboende i en särskild boendeform. Här har fördelningen mellan olika kostnadslag skett genom användning av såväl konsumentverkets som socialstyrelsens underlag.

Med *samboende* avser utredningen ett faktiskt samboende mellan personer som är gifta eller som har varit gifta med varandra eller som har eller har haft barn tillsammans. Med dessa jämföras personer som lever samman under äktenskapsliknande förhållanden även i andra fall än när de tidigare har varit gifta med varandra eller har eller har haft barn tillsammans. En ekonomisk hushållsgemenskap kan anses föreligga i det senare fallet om samboendetiden överstiger sex månader.

Om makar eller med makar jämställda personer stadigvarande lever åtskilda från varandra skall de i avgiftshänseende räknas som ensamstående personer. Med stadigvarande åtskillnad avses att de bor på olika adresser och inte har någon permanent hushållsgemenskap. Om den ena maken eller med make jämställd person stadigvarande bor i en särskild boendeform, i en bostad med särskild service eller i motsvarande vård- eller boendeform skall de anses som ensamstående i avgiftshänseende även om de under t.ex. veckoslut och helger bor tillsammans i sitt hem.

För tre grupper har utredningen inte kunnat bedöma effekterna av det föreslagna systemet. Den ena gruppen är ensamstående personer under 65 år som inte har förtidspension och som därmed inte kan få ett pensionsanknutet bostadsstöd. Den andra gruppen är *föräldrar med barn* som har funktionshinder och behov av service, omvårdnad och vård. Den tredje gruppen är förtidspensionärer med barn.

Den service och omvårdnad som familjer med funktionshindrade barn i första hand erhåller är ledsagning, avlösning och praktisk hjälp i hemmet. Vissa kommuner tillämpar barnomsorgsavgift för dessa insatser medan andra tillämpar hemtjänstavgift.

Förbehållsbelopp

Av nettoinkomster som överstiger nivån för grundgarantin skall den enskilde förbehållas en viss andel innan avgifter för service, omvårdnad och vård tas ut. Avsikten med ett sådant förbehållsbelopp är i första hand att den enskilde skall tillförsäkras egna medel för betalning av boendekostnader. Vid låga inkomster förutsätts att förbehållet belopp kompletteras med bostadsbidrag.

Hur reglerna för bostadsbidrag är utformade är av avgörande betydelse för vilken nivå som bör gälla för förbehållsbeloppet. För våra beräkningar och förslag utgår vi ifrån det grundförslag som KBT-utredningen redovisar i betänkandet, Bostadsstöd till pensionärer (SOU 1992:21).

En nivå på förbehållsbeloppet som relativt väl samvarierar med KBT-utredningens grundförslag är 70 % av nettoinkomster överstigande grundgarantin. Genom ett sådant förbehåll kompletterat med bostadsbidrag har personer i alla inkomstlägen fr.o.m. folkpension och pensionstillskott möjlighet att bo med kostnader som uppgår till 4 500 kronor per månad. Nämda kostnad utgör KBT-utredningens takkostnad för bostadsbidrag.

Kommunens maximala avgiftsuttag

Ett förbehåll på 70 % av nettoinkomster överstigande grundgarantin innebär att kommunens maximala avgiftsuttag för service, omvårdnad och vård blir 30 % av nettoinkomster utöver grundgarantin. I några inkomstlägen inträffar vid en högsta boendekostnad på 4 500 kronor att den enskilde som en följd av nämnda förbehållsbelopp och bostadsbidrag inte har tillräckliga medel till att betala bostadskostnaderna. Där detta inträffar i vissa enstaka fall bör avgiften för service, omvårdnad och vård sättas ned så att den enskilde inte tvingas ta medel från grundgarantibeloppet för betalning av bostadskostnaden. Grundgarantibeloppet bör alltid utgöra en garanterad summa för den enskilde.

Inkomstbegreppet

KBT-utredningen har i sitt betänkande SOU 1992:21 redovisat förslag om inkomstbegrepp i samband med bostadsbidrag. Utredningen föreslår att inkomstbegreppet skall omfatta dels faktisk periodisk inkomst och dels en viss faktisk inkomst av kapital.

Som faktisk periodisk inkomst räknar utredningen framtida inkomster i form av pensioner, arbetsinkomster m.m. Några specifika inkomster, främst bidrag och kostnadsersättningar, räknas dock inte in i årsinkomsten, inte heller arbetsinkomster för ålderspensionär. Valet av faktisk periodisk inkomst beror på att KBT-utredningen anser att taxerad inkomst är en inaktuell uppgift.

Inkomst av kapital är svårare att beräkna för kommande år. Därför använder KBT-utredningen ett färdigt mått. Som faktisk inkomst av kapital räknas ränteinkomster, utdelningar och inkomst av uthyrning som

ingår i senast taxerade inkomst av kapital. Skuldräntor beaktas dock inte.

För vår del anser vi – liksom KBT-utredningen – att inkomstbegreppet bör avse en aktuell inkomst. Eftersom avvägningarna i vårt system har sin utgångspunkt i de förslag till nya regler för bostadsbidrag som framförs av KBT-utredningen är det även av det skälet rimligt att använda samma inkomstbegrepp vid beräkning av det kommunala högkostnadsskyddet som vid beräkning av bostadsbidrag.

Avgränsningen av service, omvårdnad och vård

De tjänster enligt socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen som skall omfattas av det kommunala högkostnadsskyddet är service, omvårdnad och vård som kommunen själv bedriver i ordinärt boende, i särskilda boendeformer för service och omvårdnad, i bostäder med särskild service och i dagverksamheter. Vid vård i sjukhem som kommunen har betalningsansvar för men inte verksamhetsansvar, skall principerna för det kommunala högkostnadsskyddet tillämpas så som anges under nästa rubrik.

Service och omvårdnad används här som generella begrepp och täcker in t.ex. begreppet social hemhjälp enligt 6 och 10 §§ socialtjänstlagen.

Det innebär att individuellt bedömda tjänster enligt socialtjänstlagen skall omfattas av högkostnadsskyddet. Dessa kan vara följande.

Service

Hjälp med praktiska sysslor i det dagliga livet, t.ex.

- * städning, tvätt, hemsändning av varor, matlagning, bank- och postärenden, matdistribution.

Teknik som ger trygghet och som underlättar kontakt/omvårdnad,

- * trygghetstelefon/larm.

Omvårdnad

Tillgodoseende av såväl fysiska som psykiska och sociala behov som den enskilde normalt själv kan tillgodose men som vederbörande behöver hjälp med.

Fysiska t.ex.

- * äta och dricka, sköta personlig hygien, klä sig, förflytta sig.

Psykosociala t.ex.

- * informera sig, aktivera sig (hobbies, promenader, utflykter, studiecirkelverksamhet etc.), upprätthålla kontakter, få gemenskap och uppskattning, känna trygghet.

Det innebär vidare att bl.a. följande hälso- och sjukvårdstjänster *enligt hälso- och sjukvårdslagen* skall omfattas av det kommunala högkostnadsskyddet.

Prop. 1992/93:129
Bilaga 1

Vård

Sjukvårdsinsatser, t.ex.

- * omläggningar, injektioner, medicinutdelning, provtagning, blodtrycks- och pulscontroller, sondmatning, smärtlindring, sjukgymnastik och arbetsterapi.

I ovanstående tjänster inom service, omvårdnad och vård ingår inte hårvård, fotvård, tekniska hjälpmedel, färdtjänst och snöröjning eller liknande separata tjänster. För dessa tjänster liksom för öppen hälso- och sjukvård i landstingsregi, läkemedel, sjukresor och tandvård får den enskilde betala inom ramen för det ekonomiska utrymme som skapas genom grundgaranti och förbehållsbelopp.

För färdtjänst gäller därtill att frågan om avgifter inte tillhör utredningens uppdrag. Handikapputredningen har nyligen lämnat ett betänkande, Handikapp Välfärd Rättvisa (SOU 1991:46) som bl.a. behandlar avgifter för färdtjänst.

Tekniska hjälpmedel skulle kunna omfattas av det kommunala högkostnadsskyddet men svårigheter finns att föra in dessa under en generell verkande regel till följd av att ansvaret för tekniska hjälpmedel är uppdelat mellan kommuner och landsting och att ansvarsförhållandena skiftar på den lokala nivån. Vidare är ansvarsområdet så nytt för kommunerna att det är svårt att redan nu bedöma hur kommunerna kommer att hantera frågan om avgifter för hjälpmedel, t.ex. när det gäller besöks- eller depositionsavgifter. Erfarenheterna hittills visar att kommunerna följer de avgiftsprinciper som tillämpas av landstingen. Det innebär att avgifter i allmänhet inte tas ut.

Den hjälp och teknik som redovisas under begreppet service utgör traditionella insatser. Utvecklingen under senare år har inneburit en tendens att minska dessa insatser till förmån för en större grad av renodling till omvårdnadsinsatser. Att nämnda serviceinsatser finns med inom ramen för det kommunala högkostnadsskyddet kan därmed eventuellt anses stå i motsättning till önskvärda utvecklingslinjer. En sådan motsättning behöver dock inte uppkomma. Det avgörande är att en helhetssyn tillämpas på den enskildes situation och att frågan om insatser görs i samband med en behovsbedömning. I det sammanhanget går det inte att utesluta hjälpen med praktiska sysslor av det skälet att den kan ha en avgörande betydelse för den enskildes välfärd. Även teknik för larm kan ha en sådan väsentlig betydelse och bör finnas med bland de tjänster som ryms inom det kommunala högkostnadsskyddet.

Ett slopande av helinackorderingsformen innebär att bostaden skall upplåtas genom avtal och att hyra skall betalas. Hyressättning skall i princip ske enligt bruksvärdesprincipen. Den enskildes egen bostadsyta, gemensamma utrymmen och standardfaktorer som toalett, dusch, balkong etc. skall värderas. Avtal om hyra sluts mellan den enskilde och fastighetsägaren. I avtalet klagörs de förutsättningar som är förknippade med uthyrningen. Dessa kan t.ex. vara förbehållsvillkor om att bostaden inte får överlåtas på annan, att den inte får hyras vidare i andra hand eller att den inte får användas för byte till annan bostad. Om kommunen inte är fastighetsägare kan den enskilde ha andrahandsavtal med kommunen som i sin tur har avtal med fastighetsägaren.

Nuvarande helinackorderingsboenden har i allmänhet en låg boendestandard. I ålderdomshem har i stort sett alla ett eget rum men bostadsytan är ofta liten, två personer delar ibland hygienutrymme och oftast har den enskilde varken kokvrå eller kokskåp i rummet. I sjukhem bor en majoritet av de äldre i tvåbädds- eller fyrbäddsrum. Trots att detta inte överensstämmer med vad som vanligtvis betecknas som boende anser vi att ett avgörande steg behöver tas nu för att förverkliga idén om att betalning skall tas ut för varje särskild tjänst för sig och för att alla skall behandlas lika i fråga om normala levnadsomkostnader. Ett utmönstrande av sådana kostnader inklusive hyressättning av boendet är också nödvändigt för att förverkliga ett avgiftssystem för service, omvårdnad och vård som är neutralt.

Genom tillämpning av bruksvärdesprincipen kommer den hyra som fastställs att bestämmas av den kvalitet som finns i bostaden. God kvalitet ger en relativt hög hyra medan det omvända gäller om standarden är sämre. Genom att skilja boendekostnaden från avgiften för service, omvårdnad och vård vinnas för den enskildes räkning den fördelen att om boendestandarden är låg och ger en låg hyra så får personen mer medel över för annan konsumtion eller för sparande. Vid en högre standard och hyra minskar på samma sätt möjligheten till sparande.

När det gäller sjukhem i andra huvudmäns regi som kommunen har betalningsansvar för blir frågan om hyressättning mer svårlöst. Sjukhem som drivs av landsting och sjukhem som drivs av en enskild huvudman är inte särskilda boendeformer utan vårdinrättningar.

De enskilda sjukhemmen måste enligt vår uppfattning betraktas som en särskild boendeform. Detta förutsätter dock ändring av den stadga om enskilda vårdhem m.m. som gäller sedan den 1 juli 1970. En översyn av stadgan har diskuterats under flera års tid och en sådan bör påskyndas till följd av behovet att skapa en neutral avgiftssättning för såväl kommunens särskilda boendeformer som de privata sjukhem för vilka kommunen har ett betalningsansvar. Vi utgår därför från att regeringen kommer att lägga förslag om ändring av stadgan för enskilda vårdhem.

För sjukhem i landstingsregi gäller att omvårdnadsfunktionerna är desamma som i kommunens särskilda boendeformer. Från styrnings-synpunkt är det därför angeläget att den enskildes totala kostnad för

boende, mat och omvårdnad har samma nivå som motsvarande insatser i en kommunal särskild boendeform av motsvarande kvalitet. För att åstadkomma detta föreslår vi att endast kommunen ges möjlighet att fastställa vårdavgift. Denna avgift kan kommunen sedan specificera i fråga om vård och omvårdnad samt mat och boendekostnad. Kostnaden för själva boendet föreslår vi skall ligga i det intervall för egenkostnad som personer med låga inkomster och bostadsbidrag får betala för sitt boende. Detta intervall blir enligt grundförslaget i KBT-utredningens betänkande SOU 1992:21 mellan 300 och 510 kronor per månad.

Särskilda frågor – korttidsboende, nedsättning av avgift m.m.

För korttids-, växelvård och rehabilitering i särskilda boendeformer bör i princip gälla att avgift för service, omvårdnad och vård skall kunna tas ut som vid permanentboende. Detsamma bör gälla i fråga om måltidskostnader. Hur avgiftssystem och avgiftsnivåer skall utformas med tanke på nämnda tjänster är en fråga för varje kommun att avgöra. Som regel torde enskilda personer ha motsvarande insatser i sitt stadigvarande boende varför avgiften inte behöver ändras.

I förarbetena till socialtjänstlagen ges exempel på fall där nedsättning av avgiften ska ske. Det kan t.ex. gälla närstående person som är ekonomiskt beroende av pensionären eller att pensionären fortfarande har kvar sin bostad.

Samma principer bör kunna gälla utan förändring även i samband med att ett kommunalt högkostnadsskydd för service, omvårdnad och vård införs. Regler om nedsättning av avgift behöver dock inte utformas särskilt. Det ankommer på varje kommun att utforma sina regler i fråga om nedsättning av avgifter.

I en situation där pensionären har kvar en annan bostad bör reglerna för bostadsbidrag kunna utgöra utgångspunkt. Enligt KBT-utredningens förslag skall minskning eller indragning av bostadsbidrag för ordinärt boende ske först sex månader efter att försäkringskassan fattat beslut. Om den nya bostaden (särskild boendeform etc.) har en högre bostadskostnad bör bostadsbidraget omgående beräknas för den nya bostaden.

För personer under 65 år med behov av service, omvårdnad och vård måste särskild hänsyn tas vid avgiftssättningen så att utrymme finns för social habilitering eller rehabilitering och levnadsomkostnader i övrigt.

För yngre personer utan pension som är i behov av service, omvårdnad och vård har modellen med grundgaranti och förbehållsbelopp svagheter. Modellen lutar sig mot bostadsbidragssystemet för pensionärer enligt KBT-utredningens grundförslag vilket ger möjligheter till en relativt god boendestandard trots eventuellt låga inkomster hos den enskilde. Bostadsbidraget för personer som inte har pension är väsentligt sämre för ensamstående yngre och äldre personer. För äldre ensamstående, dvs över 28 år, är bostadsbidraget maximalt 570 kronor per månad. Detta bostadsbidrag upphör helt vid årliga bruttoinkomster över 126 000 kronor. Problemen med låga vanliga bostadsbidrag kan emeller-

tid inte hanteras inom modellen för ett kommunalt högkostnadsskydd. Med tanke på personer som inte har pension är det därför angeläget att nuvarande bostadsbidrag till ensamstående personer äldre än 28 år behandlas i annat sammanhang.

För yngre personer med förtidspension har frågan övervägts att avgränsa ett fribelopp för en viss del av inkomster innan grundgaranti, förbehållsbelopp och avgift beräknas. Vi har emellertid kommit fram till att fribelopp inte erfordras med tanke på det relativt goda privatekonomiska utfall som gäller för förtidspensionärer inom ramen för grundgarantin och förbehållsbeloppet.

Effekter för enskilda och kommuner

För analys av modellen för ett kommunalt högkostnadsskydd för service, omvårdnad och vård har uppgifter om vårdkonsumtion, avgifter och vårdkostnader inhämtats från 13 av landets kommuner. Vid valet av kommuner har representativitet inte eftersträvats. Istället har utredningen haft ambitionen att välja ut ett mindre antal kommuner som sinsemellan uppvisar en stor spännvidd när det gäller kommunala kostnader och villkor som erbjuds äldre i form av skatter, kommunala bostadstillägg och avgifter.

Genom SCB-statistik och direkt från kommunerna har uppgifter inhämtats om konsumtionen efter ålder och kön av social hemhjälp, omvårdnad i ålderdomshem och i sjukhem. Vidare har avgiftsreglerna i respektive kommun inhämtats samt personalkostnader för service, omvårdnad och vård beräknats.

Boende- och matkostnader

För sjukhem och ålderdomshem med helinackordering finns ingen samlad statistik om kostnader för själva boendet. En bedömning av boendekostnader måste av det skälet bygga på en selektiv information.

Allmänt gäller att nuvarande helinackorderingsboenden som regel har en låg boendestandard. I ålderdomshem har i stort sett alla ett eget rum men bostadsytan är ofta liten, två personer delar ibland hygienutrymme och oftast har den enskilde varken kokvrå eller kokskåp i rummet. I sjukhem bor en majoritet av de äldre i tvåbädds- eller fyrbäddsrum.

Av de tretton testkommunerna anger fyra en hyreskostnad i ålderdomshem. Hyrorna varierar för enkelrum från 405 kronor till 1 645 kronor per månad beroende på ytstorlek och annan standard. Rum för samboende personer finns även i materialet och varierar i kostnad mellan 1 400 kronor och 2 800 kronor.

För analysen och för beräkning av statens kostnad för bostadsbidrag antar vi en genomsnittskostnad för boende i ålderdomshem på 1 500 kronor och i sjukhem på 1 000 kronor. För samboende i ålderdomshem antas en kostnad på 2 500 kronor.

De aktuella kostnaderna för måltider i särskilda boendeformer varierar mellan de 13 kommunerna. I stort sett alla förutom Stockholm tar ut

omkring 70 kronor per dygn för mat och kaffe. I Stockholm är kostnaden större och kan variera mellan 85 och 100 kronor per dygn.

För testning har utredningen valt det belopp som har angivits i grundgarantin, dvs. 2 200 kronor per månad för en ensamstående person och 4 000 kronor för samboende.

Effekter för enskilda vid varierande inkomster

Utredningen redovisar först typfall i fråga om det kommunala högkostnadsskyddets effekter för enskilda. Beräkningarna för dessa typfall gäller fyra olika inkomstnivåer för en ålderspensionär, samboende ålderspensionärer och en förtidspensionär. För ålderdomshem och sjukhem antas nuvarande avgiftsuttag ske med utgångspunkt från reglerna i socialtjänstförordningen om helinackordering i ålderdomshem och reglerna i lagen om allmän försäkring om avgiftuttag vid vistelse i sjukhem.

Resultaten av analysen är att ensamstående ålderspensionärer genom det nya systemet får något lägre kostnader totalt sett vid boende i ålderdomshem jämfört med nuvarande avgiftssystem.

För personer i sjukhemsboende ökar kostnaderna väsentligt i förhållande till den nuvarande situationen. Denna effekt är förväntad och visar tydligt de mycket olika villkor som för närvarande gäller vid omvårdnad i sjukhem och i ålderdomshem.

Jämförelsen av nuvarande hemhjälpavgifter med ett maximalt uttag av avgifter för service, omvårdnad och vård i ordinärt boende visar att det föreslagna högkostnadsskyddet jämnar ut de skillnader i avgifter som i dag finns mellan kommunerna. Kommuner med ett högt avgiftsuttag måste till följd av högkostnadsskyddet sänka sina avgifter.

För samboende ålderspensionärer och för förtidspensionärer är effekterna i stort sett desamma som för ensamstående ålderspensionärer.

Genomsnittliga effekter för enskilda i 13 kommuner

Med utgångspunkt i fördelningen av personer i olika omvårdnadsformer i de 13 kommunerna har ett slumpmässigt urval gjorts av ensamstående personer som använder tjänster inom respektive omvårdnadsform. De valda personernas inkomster och nuvarande avgifter utgör utgångspunkt för jämförelser med samma personers situation enligt det föreslagna systemet.

Analysen ger i stort sett samma bild av effekter som i beräkningarna av typfall. Totalt sett minskar kostnaderna för personer som bor på ålderdomshem medan personer som bor på sjukhem får ökade kostnader. För personer som erhåller service, omvårdnad och vård (hemhjälp) i ordinärt boende ökar kostnaderna om avgifter tas ut upp till taket för högkostnadsskyddet eller upp till självkostnaden för givna tjänster i de fall där den enskilde har en mindre konsumtion i förhållande till inkomsten.

Med utgångspunkt i ett antagande om att personer i ålderdomshem och i sjukhem får betala avgift upp till högkostnadsskyddet och att även avgifter tas ut till taknivån eller till självkostnad för service, omvårdnad och vård i ordinärt boende blir de sammantagna effekterna att kommunerna kan tillgodogöra sig nya intäkter, medan staten förlorar intäkter samt enskildas kostnader ökar vid sjukhemsboende och vid ett maximalt avgiftsuttag i ordinärt boende.

Förutom att stat och försäkring förlorar nuvarande intäkter av avgifter för sjukhem, får staten nya kostnader för bostadsbidrag. Med utgångspunkt från antaganden om att samtliga personer i ålderdomshem och sjukhem som kan få bostadsbidrag även söker och får detta och att hyrorna är 1 500 kronor för ålderdomshem och 1 000 kronor för sjukhem, har statens kostnader för bostadsbidrag i nämnda boendeformer beräknats till ca 300 miljoner kronor.

Utredningen gör den samlade bedömningen att det föreslagna kommunala högkostnadsskyddet med grundgaranti och förbehållsbelopp medger en neutral avgiftsättning för kommunal service, omvårdnad och vård oberoende av den boendeform som den enskilde bor i. Genom högkostnadsskyddet skapas förutsättningar för att upphäva de väsentligt olika ekonomiska villkor för enskilda som gäller för närvarande i ålderdomshem och i sjukhem. Som visas av analysen blir den generella effekten av förslaget att personer boende i ålderdomshem får något lägre kostnader än i dag, medan personer som bor i sjukhem i genomsnitt får väsentligt högre kostnader än de som gäller i dag. Denna effekt är förväntad och visar tydligt de mycket olika villkor som gäller för närvarande vid omvårdnad i sjukhem och i ålderdomshem.

Det föreslagna kommunala högkostnadsskyddet är enligt utredningens mening väl avvägt. Utformningen av skyddet möjliggör en rättvis avgiftsättning samtidigt som kommunerna genom systemet tillförsäkras nya intäkter.

Motiv för föreslagna lagändringar

Utredningens förslag om ett kommunalt högkostnadsskydd för service, omvårdnad och vård förutsätter olika författningsändringar. Högkostnadsskyddet som sådant behöver lagregleras. Modellen för högkostnadsskyddet förutsätter därtill att regler om helinackordering i ålderdomshem upphävs och att undantagsregler som gäller boende och omvårdnad i de till kommunerna överförda sjukhemmen slopas. Utredningens inriktning att skapa en neutralitet i fråga om avgifters styreflekter innebär även att ändringar blir nödvändiga i fråga om reglerna angående de inrättningar för långtidssjukvård som kommunen har ett betalningsansvar för enligt 4 och 5 §§ lagen (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård.

Utredningens principiella utgångspunkter föranleder vidare lagändring-

är inom områden som i mer eller mindre omfattning påverkar den enskilde. Dessa områden avser kostnadsansvaret för resor till och från sjukvård, inklusive dagsjukvård i kommunal regi samt läkemedel, läkarvård och kostnadsfria förbrukningsartiklar till personer i de sjukhem som har överförts till kommunen.

Förändring av kostnadsansvar mellan kommuner, landsting och stat

De praktiska konsekvenserna av utredningens författningsförslag följs upp genom redovisning av förändringar som gäller ansvar, kostnader och intäkter hos kommuner, landsting, stat och försäkring.

Avgifter för vård i sjukhem

Avgifter för vård i sjukhem och andra vårdinrättningar som kommunerna har övertagit från landstingen tas i dag ut av de allmänna försäkringskassorna och riksförsäkringsverket via avdrag på de allmänna pensionsförmånerna. Med det nya systemet kommer avgifterna att uppbäras av kommunerna.

Med utredningens modell minskar avgiftsinkomsterna för stat och försäkring med sammanlagt ca 560 miljoner kronor per år.

Resor

Landstingen har fr.o.m den 1 januari 1992 administrativt och ekonomiskt ansvar för reseersättningar vid resor till och från besök i hälso- och sjukvård.

För personer som vistas i ett sjukhem eller annan vårdinrättning som har övertagits av en kommun lämnar landstinget ersättning för resekostnader i samband med att vistelsen vid inrättningen inleds och avslutas. Om en person under tiden för vistelsen i vårdinrättningen behöver besöka landstingets öppna eller slutna hälso- och sjukvård råder det för närvarande oklarhet om ersättning för resekostnader.

Resor mellan särskilda boendeformer, sjukhem såväl som övriga, och bostäder med särskild service och dagsjukvård i regi av kommunen anses för närvarande inte som en sjukresa utan som en överflyttningsresa mellan vårdinrättningar. För dessa resor har kommunen kostnadsansvar.

Utredningens modell innebär att särskilda boendeformer och bostäder med särskild service skall fullt ut accepteras som boendeformer. Merparten personer har i dessa ett stadigvarande boende. Med detta följer att resor till *sjukvård* i regi av kommunen, landstinget eller till sjukförsäkringen ansluten privatpraktiserande vårdgivare skall bli ersättningsberättigad. Resekostnader utöver den enskildes avgiftstak, för närvarande högst 40 kronor per enkelresa, ersätts av landstinget.

Sammanlagt ökar landstingens kostnader för sjukresor med uppskattningsvis högst 32 miljoner kronor.

Prop. 1992/93:129
Bilaga 1

Läkemedel och läkarvård

Läkemedel tillhandahålls i dag kostnadsfritt av landstingen för personer boende i sjukhem. Även läkarvård ges utan extra kostnad.

Apoteksbolaget har gjort en överslagsberäkning omfattande ca 4 000 platser på de sjukhem som finns i olika delar av landet. Med ledning härav har beräknats att under år 1991 var den genomsnittliga årskostnaden 4 120 kronor för läkemedel per vårdplats. Totalt för riket innebär det en årskostnad på 128 miljoner kronor för de sjukhem som har övertagits. Vid antagande om en genomsnittlig årskostnad på 4 120 kronor per vårdplats uppgår utgiftsminskningen för landstingen till motsvarande belopp om principen tillämpas och kostnadsansvaret för läkemedel övergår till staten och försäkringen.

För den enskilde blir merkostnaden högst lika stor som högkostnads-skyddet inom öppen hälso- och sjukvård. Eftersom även läkarvård ingår i detta högkostnads-skydd måste ett antagande göras om hur mycket av den enskildes merkostnad som faller på stat och försäkring respektive landsting. Utredningen har antagit att merkostnaden fördelas lika på stat och försäkring respektive landsting, dvs. att hälften tillfaller vardera staten och landstinget. Den genomsnittliga gränsen för högkostnads-skyddet var i mars 1992 ca 1 175 kronor, med hänsyn tagen till fördelningen i landet av antalet sjukhemsplatser. För stat och försäkring blir därmed kostnaden 4 120–588 kronor eller 3 532 kronor per plats. Denna summa motsvarar 110 miljoner kronor per år. För den enskilde blir det en genomsnittlig merutgift på 1 175 kronor som medför ökade inkomster för staten och landstingen med vardera 18 miljoner kronor.

Kostnadsfria förbrukningsartiklar (KOFFA)

Av 6 § lagen om begränsning av läkemedelskostnader m.m framgår att vissa förbrukningsartiklar kostnadsfritt skall tillhandahållas den som på grund av allvarlig sjukdom eller efter behandling för sådan sjukdom är i fortlöpande behov av artiklarna. Nämnade paragraf avser öppenvård och är därmed i princip tillämplig vid vård på de inrättningar som överförs från landsting till kommuner. Vid öppen vård har staten hela kostnadsansvaret för artiklarna. I avvaktan på resultaten av denna utrednings översyn har riksdagen dock beslutat om undantag fr.o.m. år 1992 så att kommunen enligt 10 § samma lag har kostnadsansvar för de kostnadsfria förbrukningsartiklar som enskilda erhåller vid vård i överförda inrättningar. För dessa kostnader har kommunerna fått ersättning i samband med skatteväxlingen till följd av äldreformen.

Av förbrukningsartiklarna är det produkter för användning vid diabetes samt olika former av stomi och inkontinens som avses.

Sammantaget antas att kommunernas nuvarande kostnader för kostnadsfria förbrukningsartiklar i övertagna sjukhem uppgår till ca 110 miljoner kronor per år.

Kostnadsansvaret överförs med utredningens modell till staten.

Bostadsbidrag

Förutom att stat och försäkring inte kommer att uppbära nuvarande intäkter av avgifter för sjukhem m.m., får staten nya kostnader för bostadsbidrag. I avsaknad av andra uppgifter än de som gäller beräkningarna för de 13 testkommunerna redovisas i betänkandet en generalisering till nationell nivå av nämnda beräkningar.

Med utgångspunkt från antagandena om att samtliga personer boende i ålderdomshem och sjukhem som kan få bostadsbidrag även söker och beviljas detta samt att hyrorna är 1 500 kronor för ålderdomshem och 1 000 kronor för sjukhem, görs bedömningen att statens kostnader för bostadsbidrag i nämnda boendeformer i hela landet kan beräknas till ca 300 miljoner kronor per år.

Förändrad kostnadsfördelning

För stat och försäkring innebär omfördelningen av kostnader och intäkter en sammantagen merkostnad på drygt 1 000 miljoner kronor till följd av att debitering och uppbörd av sjukhemsavgifter övergår till kommunerna, att kostnaderna ökar för läkemedel och förbrukningsartiklar samt att kostnader tillkommer för bostadsbidrag till personer i ålderdomshem och i sjukhem.

Kommuner och landsting får intäkter av omfördelningen. För kommunerna blir dessa 700 miljoner kronor och för landstingen drygt 100 miljoner kronor.

För kommunerna gäller att utöver redovisade uppgifter i avsnittet, även ytterligare intäkter tillkommer genom att den kommunala högkostnadsskyddsmodellen ger totalt mer intäkter från personer som bor i sjukhem än de som för närvarande uppbärs av stat och försäkring.

De omfördelningar av kostnader och intäkter som följer av utredningens förslag innebär inte något reellt sett ökat resurstryck för stat, landsting och kommuner utöver nya kostnader för staten för bostadsbidrag.

Utredningen förutsätter att omfördelningarna av kostnader och intäkter blir föremål för förhandlingar mellan staten och landsting och kommuner. Effekterna för kommunerna av att mervärdeskatt vid byggande av nya särskilda boendeformer inte kan lyftas av såsom gäller i dag för vårdinrättningar, bör tas med i förhandlingarna. Utredningens bedömning beträffande bostadsbidrag till personer i ålderdomshem och i sjukhem bör även beaktas av regeringen i samband med att regeringen förelägger riksdagen en proposition om bostadsstöd till pensionärer.

Tidpunkt för genomförande av utredningens förslag

Prop. 1992/93:129
Bilaga 1

Utredningen har gjort bedömningen att förslagen i betänkandet bör genomföras vid samma tidpunkt som ett nytt bostadsstöd för pensionärer införs. Skälet till detta är att utredningens huvudförslag om ett statligt reglerat kommunalt högkostnadsskydd för service, omvårdnad och vård är systematiskt kopplat till KBT-utredningens förslag om bostadsstöd till pensionärer. KBT-utredningen har i sitt betänkande angett att ett nytt bostadsstöd bör införas fr.o.m. den 1 juli 1993. Med utgångspunkt från detta föreslår Ädelavgiftsutredningen att förslagen i detta betänkande genomförs från samma tidpunkt.

Proposition	1
Propositionens huvudsakliga innehåll	1
Propositionens lagförslag	2
Utdrag ur protokoll vid regeringssammanträde den 29 oktober 1992	10
1 Inledning	10
2 Bakgrund	11
3 Överväganden	13
4 Förändring av kostnadsansvar mellan kommuner, landsting och stat	19
5 Förändrad kostnadsfördelning	21
6 Ikraftträdande	21
7 Upprättade lagförslag	21
8 Specialmotivering	22
8.1 Förslaget till lag om ändring i socialtjänstlagen (1980:620)	22
8.2 Förslaget till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)	23
8.3 Förslaget till lag om ändring i lagen (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård	24
8.4 Förslaget till lag om ändring i lagen (1962:381) om allmän försäkring	24
8.5 Förslaget till lag om ändring i lagen (1981:49) om begränsning av läkemedelskostnader, m.m.	25
9 Hemställan	26
10 Beslut	26
 Bilaga 1 Sammanfattning av Ädelavgiftsutredningens betänkande (SOU 1992:50) Avgifter och högkostnadsskydd inom äldre- och handikappomsorgen	 27