



REGERINGSKANSLIET

Socialdepartementet

*Bilagor*

Promemoria

dnr S2006/5255/ST

2006-06-21

*LS 0606-1281*

Huvudmannskap för hemsjukvård m.m.

Promemorians huvudsakliga innehåll

I promemorian lämnas förslag till hur huvudmannskapet för bl.a. hemsjukvården kan flyttas över från landsting till kommuner. Eftersom det finns exempel där ett mellan kommuner och landsting delat ansvar för hemsjukvården fungerar väl skall det dock även i fortsättningen finnas möjligheter att avtala om en fördelning av ansvaret mellan dessa huvudmän.

## Innehållsförteckning

1 Lagtext.....	3
1.1 Förslag till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763).....	3
1.2 Förslag till lag om ändring i tandvårdslagen (1985:125).....	10
2 Bakgrund.....	11
3 Kommunalt huvudmannaskap för hemsjukvården.....	13
4 Ekonomisk reglering.....	17
5 Ekonomiska konsekvenser.....	20
6 Ikraftträdande- och övergångsbestämmelser.....	23
7 Författningskommentar.....	24
7.1 Förslaget till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763).....	24
7.2 Förslaget till lag om ändring i tandvårdslagen (1985:125).....	27

## 1. Lagtext

### 1.1 Förslag till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)

I promemorian lämnas följande förslag till lagtext.

*Senaste lydelse*

*Föreslagen lydelse*

#### 3 §<sup>1</sup>

Varje landsting skall erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som är bosatta inom landstinget. Detsamma gäller dem som är kvarskrivna enligt 16 § folkbokföringslagen (1991:481) och stadigvarande vistas inom landstinget. Även i övrigt skall landstinget verka för en god hälsa hos hela befolkningen. Vad som i denna lag sägs om landsting gäller också kommuner som inte ingår i ett landsting, i den mån inte annat följer av 17 §. Vad här sagts utgör inte hinder för annan att bedriva hälso- och sjukvård.

Landstingets ansvar omfattar dock inte sådan hälso- och sjukvård som en kommun inom landstinget har ansvar för enligt 18 § första och tredje styckena.

Landstingets ansvar omfattar dock inte sådan hälso- och sjukvård som en kommun inom landstinget har ansvar för enligt 18 § första stycket.

Ett landsting får sluta avtal med någon annan om att utföra de uppgifter som landstinget ansvarar för enligt denna lag och skall därvid ange de särskilda villkor som gäller för överlämnandet. En uppgift som innefattar myndighetsutövning får dock inte med stöd av denna bestämmelse överlämnas till ett bolag, en förening, en samfällighet, en stiftelse eller en enskild individ.

Överlämnar landstinget enligt tredje stycket till någon annan att bedriva hälso- och sjukvård som ges vid ett sjukhus, skall avtalet innehålla villkor om

1. att verksamheten skall drivas utan syfte att ge vinst åt ägare eller motsvarande intressent, och
2. att vården skall bedrivas uteslutande med offentlig finansiering och vårdavgifter enligt 26 §.

Uppgiften att bedriva hälso- och sjukvård som ges vid ett regionsjukhus eller en regionklinik får inte överlämnas till någon annan.

Landstinget får även träffa överenskommelse med kommun, Försäkringskassan och länsarbetsnämnden om att inom ramen för landstingets uppgifter enligt denna lag samverka i syfte att uppnå en effektivare användning av tillgängliga resurser. Landstinget skall bidra till finansieringen av sådan verksamhet som bedrivs i samverkan. Enligt bestämmelser i lagen (2003:1210) om finansiell samordning av rehabiliteringsinsatser får landstinget delta i finansiell samordning inom rehabiliteringsområdet.

<sup>1</sup> Senaste lydelse 2005:534.

Riksrevisionen får granska sådan verksamhet som bedrivits i samverkan med och delvis finansierats av Försäkringskassan eller länsarbetsnämnden. Vid en sådan granskning har Riksrevisionen rätt att ta del av de uppgifter som behövs för att granska verksamheten.

### 3 c §<sup>2</sup>

Landstinget skall även erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som, utan att vara bosatta i Sverige, har rätt till vårdförmåner i Sverige vid sjukdom och moderskap enligt vad som följer av förordning (EEG) nr 1408/71 om tillämpningen av systemen för social trygghet när anställda, egenföretagare eller deras familjemedlemmar flyttar inom gemenskapen. Vården skall i dessa fall erbjudas av det landsting inom vars område personen är förvärvsverksam eller, när det gäller en person som är arbetslös, det landsting inom vars område denne är registrerad som arbetssökande. I den utsträckning familjemedlemmar till dessa personer har rätt till vårdförmåner i Sverige vid sjukdom och moderskap enligt vad som följer av den nämnda förordningen, skall familjemedlemmarna erbjudas vård av samma landsting. Om familjemedlemmarna är bosatta i Sverige, gäller dock 3 §.

Landstinget skall även, *med undantag för sådan hälso- och sjukvård som kommunen enligt 18 § ansvarar för*, erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som, utan att vara bosatta i Sverige, har rätt till vårdförmåner i Sverige vid sjukdom och moderskap enligt vad som följer av förordning (EEG) nr 1408/71 om tillämpningen av systemen för social trygghet när anställda, egenföretagare eller deras familjemedlemmar flyttar inom gemenskapen. Vården skall i dessa fall erbjudas av det landsting inom vars område personen är förvärvsverksam eller, när det gäller en person som är arbetslös, det landsting inom vars område denne är registrerad som arbetssökande. I den utsträckning familjemedlemmar till dessa personer har rätt till vårdförmåner i Sverige vid sjukdom och moderskap enligt vad som följer av den nämnda förordningen, skall familjemedlemmarna erbjudas vård av samma landsting. Om familjemedlemmarna är bosatta i Sverige, gäller dock 3 §.

### 5 §<sup>3</sup>

För hälso- och sjukvård som kräver intagning i vårdinrättning skall det finnas sjukhus. Varje landsting skall bedriva hälso- och sjukvård vid minst ett sjukhus utan att uppgift överlämnas enligt 3 § tredje och fjärde styckena. Vård som ges

För hälso- och sjukvård som kräver intagning i vårdinrättning skall det finnas sjukhus. Varje landsting skall bedriva hälso- och sjukvård vid minst ett sjukhus utan att uppgift överlämnas enligt 3 § tredje och fjärde styckena. Vård som ges

<sup>2</sup> Senaste lydelse 1998:1660.

<sup>3</sup> Senaste lydelse 2005:534.

under intagning benämns sluten vård. Annan hälso- och sjukvård benämns öppen vård. Primärvården skall som en del av den öppna vården utan avgränsning vad gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper svara för befolkningens behov av sådan grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser eller annan särskild kompetens.

under intagning benämns sluten vård. Annan hälso- och sjukvård benämns öppen vård. Primärvården skall, *med undantag för det ansvar som enligt 18 § åligger kommunerna*, som en del av den öppna vården utan avgränsning vad gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper svara för befolkningens behov av sådan grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser eller annan särskild kompetens.

Landstinget skall organisera primärvården så att alla som är bosatta inom landstinget får tillgång till och kan välja en fast läkarkontakt. En sådan läkare skall ha specialistkompetens i allmänmedicin. Landstinget får inte begränsa den enskildes val till ett visst geografiskt område inom landstinget.

#### 18 §<sup>4</sup>

Varje kommun skall erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som bor i en sådan boendeform eller bostad som avses i 5 kap. 5 § andra stycket eller 5 kap. 7 § tredje stycket socialtjänstlagen (2001:453) eller som efter beslut av kommunen bor i sådan särskild boendeform som avses i 7 kap. 1 § första stycket 2 samma lag. Varje kommun skall även i samband med dagverksamhet, som omfattas av 3 kap. 6 § socialtjänstlagen, erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som vistas där.

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

Landstinget får till en kommun inom landstinget överlåta skyldigheten att erbjuda sådan vård,

Varje kommun skall erbjuda en god hälso- och sjukvård i hemmet (hemsjukvård) åt dem som vistas i kommunen. Varje kommun skall också erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som

1. bor i en sådan boendeform eller bostad som avses i 5 kap. 5 § andra stycket eller 5 kap. 7 § tredje stycket socialtjänstlagen (2001:453),

2. efter beslut av kommunen bor i sådan särskild boendeform som avses i 7 kap. 1 § första stycket 2 socialtjänstlagen,

3. vistas i dagverksamhet, som omfattas av 3 kap. 6 § socialtjänstlagen,

4. bor i ett sådant hem för vård eller boende som avses i 6 kap. 1 § socialtjänstlagen om kommunen bedriver verksamheten, eller

5. vistas utanför det egna hemmet

<sup>4</sup> Senaste lydelse 2006:493.

som sägs i andra stycket, om landstinget och kommunen kommer överens om det. Överenskommelsen får avse även ansvar för förbrukningsartiklar som avses i 3 d §.

Kommunens ansvar enligt första och tredje styckena och kommunens befogenhet enligt andra stycket omfattar, med undantag för vad som anges i 26 d § tredje stycket, inte sådan hälso- och sjukvård som meddelas av läkare.

enligt 9 § första stycket 6-10 lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade om inte landstinget bedriver verksamheten.

En kommun får, utom beträffande dem som avses i första stycket 1-4 överlåta till det landsting kommunen ingår i att erbjuda hälso- och sjukvård, om kommunen och landstinget kommer överens om det. Överenskommelsen får avse även ansvar för förbrukningsartiklar som avses i 3 d §.

Kommunens ansvar för hälso- och sjukvård omfattar, med undantag för vad som anges i 26 d § tredje stycket, inte sådan hälso- och sjukvård som meddelas av läkare och inte heller sådan öppen vård som kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser eller annan särskild kompetens.

En kommun får sluta avtal med någon annan om att utföra de uppgifter som kommunen ansvarar för enligt denna lag och skall därvid ange de särskilda villkor som gäller för överlämnandet. En uppgift som innefattar myndighetsutövning får dock inte med stöd av denna bestämmelse överlämnas till ett bolag, en förening, en samsällighet, en stiftelse eller en enskild individ.

#### 18 a §<sup>3</sup>

När det finns flera behandlingsalternativ som står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet skall kommunen ge den som omfattas av sådan hälso- och sjukvård som avses i 18 § första-tredje styckena möjlighet att välja det alternativ som han eller hon föredrar. Kommunen skall erbjuda den valda behandlingen om det med hänsyn till den aktuella sjukdomen eller skadan och till kostnaderna för behandlingen framstår som befogat.

När det finns flera behandlingsalternativ som står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet skall kommunen ge den som omfattas av sådan hälso- och sjukvård som avses i 18 § första stycket möjlighet att välja det alternativ som han eller hon föredrar. Kommunen skall erbjuda den valda behandlingen om det med hänsyn till den aktuella sjukdomen eller skadan och till kostnaderna för behandlingen framstår som befogat.

<sup>3</sup> Senaste lydelse 1998:1660.

Den enskilde har inte rätt till behandling utanför den kommun inom vilken han eller hon är bosatt, om denna kan erbjuda en behandling som står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet.

#### 18 b §<sup>6</sup>

Kommunen skall i samband med sådan hälso- och sjukvård som avses i 18 § första-tredje styckena erbjuda även habilitering, rehabilitering och hjälpmedel för funktionshindrade.

*Landstinget får även utan samband med överlåtelse av ansvar för hälso- och sjukvård enligt 18 § träffa överenskommelse med en kommun inom landstinget om att kommunen skall ha ansvar för hjälpmedel för funktionshindrade.*

Kommunen skall i samband med sådan hälso- och sjukvård som avses i 18 § första stycket erbjuda även habilitering, rehabilitering och hjälpmedel för funktionshindrade som förskrivs av kommunens hälso- och sjukvårdspersonal.

*Kommunen får även utan samband med överlåtelse av ansvar för hälso- och sjukvård enligt 18 § träffa överenskommelse med det landsting vars område kommunen tillhör om att landstinget skall ha ansvar för hjälpmedel för funktionshindrade.*

Vad som sägs i 3 b § tredje stycket gäller även i fråga om habilitering, rehabilitering och hjälpmedel för funktionshindrade som ombesörjs av en kommun.

#### 19 §<sup>7</sup>

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

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

*Ingår samtliga kommuner inom ett landstings område i överlåtelsen får kommunerna lämna ekonomiska bidrag till varandra, om det behövs för kostnadsutjämning mellan kommunerna.*

#### 22 §<sup>8</sup>

Ledningen av kommunens hälso- och sjukvård utövas av den eller de nämnder som kommunfullmäktige enligt 2 kap. 4 § socialtjänstlagen (2001:453) bestämmer. Särskilda bestämmelser om gemensam nämnd finns i lagen (2003:192) om gemensam nämnd inom vård- och omsorgsområdet.

I en kommun som inte ingår i

I en kommun som inte ingår i

<sup>6</sup> Senaste lydelse 2000:356.

<sup>7</sup> Senaste lydelse 1992:567.

<sup>8</sup> Senaste lydelse 2003:194.

ett landsting utövas ledningen av den hälso- och sjukvård som avses i 18 § första eller andra stycket i enlighet med 10 §.

ett landsting utövas ledningen av den hälso- och sjukvård som avses i 18 § första stycket i enlighet med 10 §.

#### 24 §<sup>9</sup>

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

1. att det finns sådana rutiner att kontakt tas med läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal när en patients tillstånd fordrar det,
2. att beslut om att delegera ansvar för vårduppgifter är förenliga med säkerheten för patienterna,
3. att anmälan görs till den nämnd, som har ledningen av hälso- och sjukvårdsverksamheten, om en patient i samband med vård eller behandling drabbats av eller utsatts för risk att drabbas av allvarlig skada eller sjukdom.

Om ett verksamhetsområde i huvudsak omfattar rehabilitering får en sjukgymnast eller en arbetsterapeut fullgöra uppgifter som sägs i första stycket.

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

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

#### 26 d §<sup>15</sup>

Landstinget skall till kommunerna inom landstinget avsätta de läkarresurser som behövs för att enskilda skall kunna erbjudas god hälso- och sjukvård i särskilt boende och i verksamheter som avses i 18 § första stycket. Detsamma gäller i ordinarie boende om en kommun ansvarar för vården enligt 18 § andra stycket.

Landstinget skall till kommunerna inom landstinget avsätta de läkarresurser som behövs för att enskilda skall kunna erbjudas god hälso- och sjukvård enligt 18 § första stycket.

Landstinget skall med kommunerna inom landstinget sluta avtal om omfattningen av och formerna för läkarmedverkan.

Om landstinget inte uppfyller sina skyldigheter enligt avtalet att tillhandahålla läkare har kommunen rätt att på egen hand anlita läkare och få ersättning för sina kostnader för det från landstinget.

#### 26 e §<sup>11</sup>

<sup>9</sup> Senaste lydelse 1992:567.

<sup>15</sup> Senaste lydelse 2006:493.



Landstinget och kommunen skall samverka så att en enskild som kommunen enligt 18 § första *eller andra* stycket har ansvar för, också får övrig vård och behandling, hjälpmedel samt förbrukningsartiklar enligt 3 d § som hans eller hennes tillstånd fordrar.

Landstinget och kommunen skall samverka så att en enskild som **kommunen** enligt 18 § första stycket har ansvar för, också får övrig vård och behandling, hjälpmedel samt förbrukningsartiklar enligt 3 d § som hans eller hennes tillstånd fordrar.

---

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2008.

## 1.2 Förslag till lag om ändring i tandvårdslagen (1985:125)

*Senaste lydelse*

*Föreslagen lydelse*

### 8 a §<sup>12</sup>

Vid tillämpningen av 8 § skall landstinget särskilt svara för att uppsökande verksamhet bedrivs bland dem som omfattas av lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade samt bland dem som har varaktigt behov av omfattande vård- och omsorgsinsatser och som

- |   |  |
|---|--|
| <p>1. kommunen har hälso- och sjukvårdsansvar för enligt 18 § första stycket hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), eller</p> <p>2. får hälso- och sjukvård i hemmet (hemsjukvård), eller</p> <p>3. är bosatta i egen bostad och har motsvarande behov av vård eller omsorg som personer som omfattas av punkterna 1-2 ovan.</p> | <p>1. kommunen har hälso- och sjukvårdsansvar för enligt 18 § första stycket 1-3 hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), eller</p> |
|---|--|

Landstinget skall också svara för att nödvändig tandvård erbjuds patienter som avses i första stycket.

Landstinget skall vidare se till att tandvård kan erbjudas dem som har behov av särskilda tandvårdsinsatser som ett led i en sjukdomsbehandling under en begränsad tid.

---

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2008.

<sup>12</sup> Senaste lydelse 2003:1209.

## 2 Bakgrund

Äldrevårdsutredningen (S 2003:04) föreslog i sitt betänkande Sammanhållen hemvård (SOU 2004:68) att kommunen enligt lag skall ha ansvar för hälso- och sjukvård i såväl ordinärt som i särskilt boende och skall i en sammanhållen hemvård ansvara för de samlade sociala och medicinska insatserna inklusive rehabilitering och hjälpmedel.

Betänkandet remitterades. Majoriteten av de instanser som kommenterade frågan om ett förändrat huvudmannaskap för hälso- och sjukvården i det ordinära boendet, bl.a. de flesta kommuner, Socialstyrelsen, Handikappombudsmannen, Sveriges läkarförening, Sveriges Socialchefer, Akademikerförbundet, Svensk Förening för Geriatrik och Gerontologi, Riksförbundet för MAS, SKTF, Sveriges Läkareförbund, de flesta länsstyrelser, pensionärsorganisationerna samt Kommunförbundet Gävleborg var positiva till utredningens förslag. Flera remissinstanser, bl.a. Svenska kommunalarbetsareförbundet, Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter, Sveriges psykologförbund, Sveriges pensionärsförbund och Pitcå kommun ansåg att hela primärvården borde tas över av kommunen. Det skulle tydliggöra huvudmannaskapet, förenkla tillgängligheten och ge förutsättningar för bättre kvalitetssäkring. Några remissinstanser, bl.a. Gävleborgs läns landsting, Norrbottens läns landsting, Vilhelmina kommun, Stockholms kommun, Linköpings kommun, Järfälla kommun och Malmö kommun ansåg att Ansvarskommitténs slutsatser borde avvaktas innan en förändring av huvudmannaskapet genomförs. Ett antal remissinstanser, exempelvis Stockholms läns landsting, Västernorrlands läns landsting, Ydre kommun och Örebro läns landsting var positiva till en sammanhållen hemvård men ansåg att övertagandet skall ske på frivillig väg och avstyrkte därför utredningens förslag om ett lagstadgat förändrat huvudmannaskap. Svenska Kommunförbundet och Landstingsförbundet avvisade förslaget om ett generellt huvudmannaskapsbyte för hemsjukvården och ansåg att det borde ske på frivillig väg. Socialstyrelsen ansåg att det finns goda skäl att i hela landet skapa en samlad kommunal hemvård, utan att avvakta eventuella förslag från Ansvarskommittén om mer långtgående förändringar i ansvars- och uppgiftsfördelning inom vård och omsorg. Några remissinstanser tog upp risken för nya eller ändrade gråzoner och att förslaget inte löste samordningsproblemen mellan vårdgivarna. Skåne läns landsting ansåg att det finns en stor risk att en likriktning i hela landet snarare hämmar utvecklingen än gynnar den. En bidragande orsak till att Statskontoret var tveksamt till förslaget är att ansvaret för läkarinsatserna föreslogs ligga kvar på landstingen eftersom det då kommer att uppstå oklarheter kring vem som ansvarar för olika insatser. Hjälpmedelsinstitutet ansåg att det finns behov av att särskilt uppmärksamma samverkan inom hjälpmedelsverksamheten vid en eventuell förändring av huvudmannaskap.

I propositionen Nationell utvecklingsplan för vård och omsorg om äldre (prop. 2005/06:115) uttalade regeringen följande.

*Den medicinska utvecklingen under 1990-talet har medfört att vårdtiderna vid sjukhusvård förkortats betydligt och att människor har möjlighet att få vårdinsatser polikliniskt eller i sitt ordinära boende. Genom hemsjukvården kan människors livskvalitet och autonomi öka. De kortare vårdtiderna är i huvudsak positiva för de flesta människor. Kortare vårdtid är dock förenad med risker vid överföring från sluten till öppen vård och omsorg. Speciellt stora risker föreligger för människor med sammansatta eller snabbt föränderliga vård- och omsorgsbehov som skrivs ut från sluten vård med betydande behov av fortsatt utredning, behandling, rehabilitering och sjukvård. I framtiden kommer sannolikt allt fler och allt sjukare personer att få sin vård i sitt ordinära boende i stället för vid sjukhus, vilket ställer höga krav på att hemsjukvården är tillgänglig, att personalen har hög kompetens och att samverkan mellan olika aktörer fungerar. Det är därför angeläget att förstärka och utveckla hemsjukvården under de närmaste åren.*

*Dagens ansvarsfördelning mellan kommuner och landsting är otydlig och riskerar att skapa konflikter mellan huvudmännen. Det kan medföra att den enskilde inte får den vård och omsorg som han eller hon behöver. Ett väl fungerande samarbete mellan olika yrkeskategorier och verksamheter är en viktig förutsättning för att kunna tillgodose vårdbehoven i det enskilda fallet. Äldrevårdsutredningen konstaterar att landsting och kommuner har svårast att komma överens om en bra arbetsfördelning i de kommuner där landstinget har kvar ansvaret för hemsjukvården.*

*Äldrevårdsutredningen föreslår att kommunens hälso- och sjukvårdsansvar i hemvården skall omfatta sådana insatser som inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser eller annan särskild kompetens (avancerad hemsjukvård). Den exakta avgränsningen av vilka åtgärder som faller under begreppet avancerad hemsjukvård kan förändras, bl.a. genom den medicinsk-tekniska utvecklingen inom hälso- och sjukvården. Bedömningen av om den sjukvård som ges i hemmet är av sådan karaktär att den kräver sjukhusens medicinska eller tekniska resurser eller annan särskild kompetens skall liksom tidigare göras av den behandlande läkaren vid sjukhuset.*

*Parallella organisationer för vården och omsorgen skapar onödiga kostnader och en oklar ansvarsfördelning. Med ett samlat huvudmannaskap ökar förutsättningarna för att de medicinska och sociala insatserna kan integreras till en helhet. Ett samlat ansvar för vården och omsorgen om äldre ger bättre förutsättningar för en väl fungerande hemsjukvård. För den enskilde behövs ett team och ett samlat ansvar som kan se till att insatserna planeras och genomförs på ett sätt som tillgodoser den enskildes samlade behov. Både socialt och medicinskt utbildad personal behöver arbeta i team i den enskildes bostad. I dag har landstinget enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) huvudansvaret för hemsjukvården, med undantag för särskilda boenden och dagverksamhet. Cirka hälften av landets kommuner har slutit*

avtal med landstinget om att kommunerna helt eller delvis ansvarar för hemsjukvården. Det finns exempel där kommuner och landsting funnit en väl fungerande lösning och där inblandade parter är nöjda med fördelningen. Att i enlighet med utredningens förslag helt flytta över ansvaret för hemsjukvården till kommunerna är därför enligt regeringens bedömning inte önskvärt. Regeringen avser att i budgetproposition för år 2007 föreslå en reglering som innebär att huvudansvaret för hemsjukvården överförs från landstingen till kommunerna samt att kommuner och landsting tillåts genom avtal komma överens om en annan lösning. En huvudmannaskapsförändring medför dock ett behov av skatteväxling mellan landsting och kommuner. För att möjliggöra detta krävs ändringar i regleringen av det kommunalekonomiska utjämningsystemet. Dessutom kan en huvudmannaskapsförändring underlättas av att kommunerna i ett län ges möjlighet att under en övergångsperiod ge eller ta emot bidrag sinsenslän i en så kallad mellankommunal utjämning. Detta kan behövas för att överbrygga skillnader mellan en intäktsökning och en kostnadsökning för en överlagren verksamhet. Regeringen avser därför att under hösten 2006 återkomma till riksdagen med sådana förslag.

### 3 Kommunalt huvudmannaskap för hemsjukvården

**Förslag:** Huvudansvaret för hemsjukvården skall föras över från landstingen till kommunerna och kommunerna skall därför erbjuda hemsjukvård åt dem som vistas i kommunen. Kommuner och landsting skall ha möjlighet att genom avtal kunna komma överens om en annan ansvarsfördelning. Liksom i dag skall kommunerna dock alltid ha ansvaret för hälso- och sjukvård i särskilda boenden och dagverksamheter enligt socialtjänstlagen (2001:453) samt bl.a. särskilda boenden enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade i de fall inte landstinget bedriver verksamheten. Landstingen skall, på samma sätt som i dag, ansvara för sådan hälso- och sjukvård som meddelas av läkare och för sådan öppen vård som kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser eller annan särskild kompetens.

**Bedömning:** Landstinget bör behålla ansvaret för hälso- och sjukvård i hem för vård- eller boende som drivs av Statens institutionsstyrelse.

#### Skälen för förslaget och bedömningen

Det är angeläget att olika yrkesgrupper arbetar i samma organisation för att kunna tillgodose den enskildes vård och omsorgsbehov. Genom att personal med social och medicinsk kompetens inklusive rehabilitering arbetar tillsammans ökar förutsättningarna för att sätta samman de komplexa tjänster som den enskilde är i behov av. Om den legitimerade hälso- och sjukvårdspersonalen arbetar i en annan organisation än undersköterskor och vårdbiträden, vilket är fallet när landstinget har ansvaret för hemsjukvård i ordinärt boende, försvåras förutsättningarna avsevärt att lära känna, instruera och handleda var och en som utför

hälso- och sjukvårdsuppgifter. Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal skall kunna bedöma om den enskilde anställde som får delegation att utföra hälso- och sjukvårdsuppgifter har nödvändig kompetens och också finnas till hands för instruktion och handledning.

I dag har kommunens medicinskt ansvariga sjuksköterska ingen möjlighet att påverka rutiner i det hemsjukvård som landstinget ansvarar för. Genom att kommunen får ansvar för en sammanhållen hemvård får de medicinskt ansvariga sjuksköterskorna en möjlighet att svara för att enhetliga rutiner tillämpas för en god och säker vård i såväl särskilt boende som i ordinärt boende.

Habilitering, rehabilitering och tillhandahållande av hjälpmedel och vissa förbrukningsartiklar är integrerade delar i en god vård och omsorg i hemmet. I de fall en huvudman har ansvar för både dessa områden och för hemsjukvården föreligger därför normalt sett bäst förutsättningar att nå ett ur den enskildes perspektiv så gott resultat som möjligt. Ansvaret för habilitering, rehabilitering och tillhandahållande av hjälpmedel och vissa förbrukningsartiklar (sådana som behövs vid urininkontinens, minretention eller tarminkontinens) bör därför följa det huvudsakliga hälso- och sjukvårdsansvaret. Oavsett om det är en landstingsanställd läkare eller en kommunalt anställd sjuksköterska som förskriver dessa förbrukningsartiklar bör därför som huvudregel kommunen ansvara för tillhandahållandet av dem, inte bara inom exempelvis de särskilda boendena – som i dag är fallet – utan även inom hemsjukvården. Landstinget skall däremot även i fortsättningen ha ansvar för den förskrivning av hjälpmedel och förbrukningsartiklar som sker vid t.ex. vårdcentraler samt för sådana hjälpmedel som kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser eller annan särskild kompetens.

Ett viktigt motiv för att kommunen ska ansvara för hemsjukvården är att en ensam huvudman kan disponera de samlade resurserna för all vård och omsorg som sker i hemmet och både utveckla verksamheten och omfördela resurserna så att de används kostnadseffektivt. Det är ofta opraktiskt att landsting och kommuner delar på ansvaret för vård och omsorg i den enskildes bostad. Parallella organisationer skapar onödiga kostnader och konstlade behov av samverkan som inte beror på individens behov utan på en oklar ansvarsfördelning och på hur verksamheten är organiserad. Ett delat ansvar medför också starka incitament att skjuta över ansvaret på den andre huvudmannen. Som exempel kan nämnas när kommunen omvandlar sina enheter för särskilt boende till ordinärt boende och landstinget som följd därav tvingas överta hälso- och sjukvårdsansvaret.

Av Äldrevårdsutredningens betänkande Sammanhållen hemvård (SOU 2004:68 s. 58) framgår att hemsjukvården i ordinärt boende är mer utbyggd där kommunerna har ansvar för hemsjukvården i ordinärt boende än där landstinget har ansvaret. Detta tyder på att landstingen

inte satsat lika mycket resurser på att utveckla hemsjukvården sedan Ädelreformen som kommuner med ansvar för hemsjukvård gjort. Hemsjukvårdens utbyggnad varierar dock avsevärt mellan olika landsting och kommuner.

Genom att en huvudman, kommunen, får ansvaret för att utveckla verksamheten skapas tydligare drivkrafter för att göra det som är bäst för individen och för att på sikt forma en bättre vård och omsorg. Kommunen får därigenom långsiktiga förutsättningar för att utveckla en bättre kvalitet i vård och omsorg om personer som behöver både socialt och medicinskt stöd inklusive rehabilitering och hjälpmedel i sin bostad.

Hemsjukvård omfattar patienter oavsett dessas ålder och omfattar därför även barn.

#### *Vistelsebegreppet*

Enligt socialtjänstlagen (2001:453; SoL) har den kommun där den enskilde vistas det yttersta ansvaret för att han eller hon får det stöd eller den hjälp som han eller hon behöver. Det är därför vistelsekommunen som bär ansvaret för t.ex. hemtjänst till sommargäster. Självfallet skall även personer med behov av stöd och hjälp kunna vistas i en annan kommun än sin bosättningskommun, t.ex. för en sommarvistelse, och få den hjälp och det stöd som behövs.

En kommuns ansvar enligt SoL för dem som vistas i kommunen omfattar även personer som vistas i kommunen helt tillfälligt eller endast befinner sig på genomresa. Det ansvar för hemsjukvården som kommunerna som huvudregel nu föreslås få utgå från samma vistelsebegrepp. Eftersom hemsjukvård är hälso- och sjukvård som ges i hemmet blir innebörden av uttrycket med nödvändighet något förändrat – för den som endast befinner sig på genomresa i en kommun finns det inte något som kan betraktas som ett hem att ge hälso- och sjukvård i. För den som blir sjuk under en resa är det snarare vid en vårdcentral eller på ett sjukhus som behövlig hälso- och sjukvård kan ges, inte i hemsjukvården.

Däremot kan även den som vistas tillfälligt i en kommun anses ha ett tillfälligt hem där och det kan därför vara nödvändigt att ge hälso- och sjukvård i detta hem. Det kan t.ex. avse en sommarvistelse. På samma sätt som kommuner i dag kan vara skyldiga att bevilja hemtjänst enligt SoL åt den som tillfälligt vistas i kommunen kan de behöva tillgodose behovet av hemsjukvård. Det kan t.ex. gälla när en hjälpbehövande under några helgdagar, högtidsdagar eller liknande vistas hos anhöriga.

*Möjlighet att avtala om annan fördelning av ansvaret*

Som regeringen i propositionen Nationell utvecklingsplan för vård och omsorg om äldre (prop. 2005/06:115 s. 40) anför har dock omkring hälften av landets kommuner slutit avtal med landstinget om att kommunerna helt eller delvis ansvarar för hemsjukvården. Det finns exempel där kommuner och landsting funnit en väl fungerande lösning och där inblandade parter är nöjda med fördelningen även om kommunen inte tagit över allt ansvar. Att helt flytta över ansvaret för hemsjukvården till kommunerna utan att kommuner och landsting i de enskilda fallen skall kunna komma överens om den lösning som lokalt är lämpligast är därför enligt regeringens bedömning inte önskvärt. Kommuner och landsting bör därför även i fortsättningen kunna komma överens om en annan lösning än den i lagtexten utpekade. Detta gäller även avseende tillhandahållande av vissa förbrukningsartiklar. Det kan exempelvis tänkas lörekomma att vissa kommuner och landsting föredrar att låta ansvaret för sådana förbrukningsartiklar följa ansvaret för den som förskriver, beroende på om denne är landstings- eller kommunanställd, och de bör i så fall ha möjlighet att avtala om detta.

#### *Särskilda boenden m.m.*

Redan i dag finns dock vissa områden där kommunerna i lagtext pekas ut som ansvariga för hälso- och sjukvården och där det inte är möjligt att avtala om en annan lösning. Detta gäller beträffande bl.a. dem som bor i särskilda boenden eller vistas i dagverksamheter som avses i socialtjänstlagen (2001:453, SoL). Någon ändring i detta ansvar bör inte göras.

Av förarbetsuttalanden (prop. 1992/93:129 s. 182) framgår att kommunen avses ha ansvar för hälso- och sjukvård även i sådana särskilda boendeformer som avses i lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). Detta har dock inte tidigare kommit till uttryck i lagtexten och denna brist föreslås nu rättas till. I likhet med vad som gäller för särskilda boenden enligt SoL bör ansvaret för hälso- och sjukvård i bl.a. särskilda boenden enligt LSS vara i princip obligatoriskt för kommunen. Det saknas anledning att vad gäller ansvaret för hälso- och sjukvård göra skillnad mellan t.ex. korttidsvistelser och bostäder med särskild service enligt LSS. Det finns dock sådana verksamheter som bedrivs av landstinget och i de fallen bör ansvaret för hälso- och sjukvård i verksamheten i stället åvila landstinget.

Hem för vård- eller boende (HVB) enligt 6 kap. 1 § SoL är inte hem i den mening som förutsätts i begreppet hemsjukvård. Det finns dock HVB vars verksamhet bedrivs av kommunen, inte av t.ex. Statens institutionsstyrelse eller någon privat vårdgivare. I de fall kommunen bedriver verksamheten bör den av effektivitets- och samordningsskäl ha ansvaret även för hälso- och sjukvården i HVB. När någon annan



vårdgivare bedriver verksamheten gör sig inte samma skäl gällande och landstinget bör därför även i fortsättningen ha ansvaret.

#### *Läkarinsatser och insatser som kräver särskild kompetens*

Som hittills ska kommunens ansvar inte omfatta läkarinsatser. Det är landstinget som svarar för dessa även i den enskildes boende. Till landstingets ansvar skall höra även sådan öppen hälso- och sjukvård i boendet som kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser eller annan särskild kompetens; alltså sådan hälso- och sjukvård som inte ingår i begreppet "primärvård" och vad som kan kallas "avancerad hemsjukvård", se prop. 2005/C6:115 Nationell utvecklingsplan för vård och omsorg om äldre s. 30-31. Till sådan hälso- och sjukvård i den enskildes hem som alltså är ett ansvar för landstingen hör t.ex. vad som brukar kallas "sjukhusanknuten hemsjukvård". Till landstingets ansvar hör hälso- och sjukvård som kräver särskild kompetens. Det gäller t.ex. all barnhabilitering och hjälpmedel till barn, vuxenhabiliteringen i den mån den kräver särskild kompetens, rehabiliteringsverksamhet i slutenvård samt rehabilitering och förskrivning av hjälpmedel som utförs av specialiteter som syn- och hörcentraler, ortopedtekniska avdelningar, rehabiliteringskliniker, geriatriska enheter med flera verksamheter. Landstingens ansvar omfattar sådan hälso- och sjukvård där det krävs särskilda kunskaper om problem och livsbetingelser för människor med stora och varaktiga funktionshinder, alltså bl.a. de persongrupper som anges i 1 § LSS samt personer med ovanliga diagnoser. Varje kommun ska självfallet ha den personal som krävs för att tillgodose det behov av hälso- och sjukvård som personer med funktionshinder behöver i boendet, men i de fall insatser kräver sjukhusens medicinska eller tekniska resurser eller annan särskild kompetens i fråga om de persongrupper som nu angetts skall landstinget även i fortsättningen ha ansvaret.

Landsting och kommuner förutsätts kunna komma överens om gränsdragningen mellan sådan hälso- och sjukvård som tillhör kommunens ansvarsområde och sådan hälso- och sjukvård som kräver särskild kompetens och som ska ges den enskilde genom landstinget. Att i lagstiftningen närmare bestämma gränsdragningen anses inte möjligt då utvecklingen av nya metoder, hjälpmedel eller tekniker eller att man vunnit ny kunskap om ett sjukdomstillstånd kan medföra att en viss typ av vård som tidigare krävt särskild kompetens inte längre gör det eller att man kommer fram till att en adekvat vård kräver särskild kompetens, vilket man tidigare saknat kännedom om.

#### 4 Ekonomisk reglering

**Förslag:** I hälso- och sjukvårdslagen tas in en bestämmelse som ger kommunerna i ett län rätt att lämna ekonomiskt bidrag till varandra om så behövs för att utjämna kostnaderna dem emellan.

**Bedömning:** Kommuner och landsting i ett län skall komma överens om vilka kostnader som skall regleras och den skatteväxling som skall genomföras med anledning av det förändrade huvudmannaskapet för hemsjukvården. Den sänkning av landstingets inkomstutjämningsbidrag som följer av skatteväxlingen överflyttas till kommunernas system för kommunalekonomisk utjämning.

### Skälen för förslaget och bedömningen

Under 1990-talet har fördelningen av huvudmannaskap mellan kommuner och landsting ändrats i och med att ansvaret för ett antal olika verksamheter överförts från landstingen till kommunerna. Den ekonomiska regleringen vid dessa huvudmannaskapsförändringar har huvudsakligen skett genom skatteväxlingar och justeringar i rådande skatteutjämningsystem. Vid skatteväxlingen motsvaras landstingets skattesänkning av en lika stor skattechöjning i länets kommuner. Därigenom har ett ekonomiskt utrymme, motsvarande de överflyttade verksamheternas kostnader, överförts från landstinget till kommunerna i respektive län. Skatteväxlingar har skett på olika nivåer i olika län beroende på att omfattningen av den överförda verksamheten varierat mellan olika delar av landet.

Sedan slutet av 1980-talet har landstinget och kommunerna i länet sammantaget en identisk skattebas. Det innebär att en viss sänkning av landstingets skattesats och en lika stor höjning för kommunerna i länet sammantaget ger exakt samma skatteinkomstökning som minskningen för landstinget. En skatteväxling påverkar också storleken på kommunernas och landstingens bidrag och avgifter i utjämningsystemet. Skatteväxlingar mellan kommuner och landsting har under 1990-talet använts som instrument för ekonomiska regleringar vid huvudmannaskapsförändringar inom länen. Avsikten med den ekonomiska regleringen är att föra över ekonomiska resurser från den gamla huvudmannen till de nya. Normalt har den ekonomiska regleringen på länsnivå motsvarat kostnaderna för den verksamhet som tagits över.

Den ekonomiska regleringen av ett kommunalt övertagande från landstingen av ansvaret för hemsjukvården förutsätts ske genom en skatteväxling mellan landstinget och kommunerna i länet. När och på vilken nivå denna skall genomföras beslutar lämpligen kommuner och landsting själva. Vid en skatteväxling måste även förändringar i storleken på kommunernas och landstingens bidrag och avgifter i det från 2005 införda systemet för kommunalekonomisk utjämning beaktas.

Av olika skäl, t.ex. skiftande åldersstrukturer bland befolkningen eller skiftande utbyggnad av de särskilda boendena för äldre i kommunerna, kan kostnaderna per invånare för den verksamhet som skall övertas variera mellan kommunerna inom länet. Det kan därför finnas behov av komplettera skatteväxlingen med tidsbegränsade mellankommunala utjämningsystem mellan kommunerna inom landstingsområdet för att överbrygga skillnaderna mellan kostnadsökningen för den övertagna verksamheten och den intäktsökning som följer av skatteväxlingen.

I samband med Ädelreformen 1992 (prop. 1990/91:14 Ansvaret för service och vård till äldre och handikappade m.m.) infördes ett nationellt kostnadsutjämningsystem för att utjämna skillnaderna mellan övertagna kostnader och de intäkter som kommunerna fick till följd av skatteväxling, förändringar i dåvarande skatteutjämningsystem och ett nytt riktat statsbidrag till verksamheten. Tidsbegränsade länsvisa mellankommunala kostnadsutjämningsystem infördes även i samtliga län under första hälften av 90-talet.

I betänkandet Sammanhållen hemvård (SOU 2004:68) framgår att kostnaderna per län för de kostnader som kan komma att överföras från landstingen till kommunerna vid ett ändrat huvudmannaskap för hemsjukvården, är betydligt lägre än för de båda ovannämnda huvudmannaskapsförändringarna. Av betänkandet framgår dock att skillnaderna i behovet av och kostnaderna för hemsjukvård mellan kommunerna inom ett län kan vara så stora att ett kostnadsutjämningsystem kan behövas för att intäkterna av en skatteväxling och ökade bidrag i den kommunalekonomiska utjämningen skall motsvara de kostnader som tas över. Utjämningsystem mellan kommuner kräver emellertid lagstöd. I hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) skall därför tas in en bestämmelse som ger kommunerna i ett län rätt att lämna ekonomiskt bidrag till varandra om så behövs för att utjämna de övertagna kostnaderna dem emellan. Sådana mellankommunala kostnadsutjämningsystem bör dock tillämpas endast övergångsvis och som längst under fem år.

#### *Vistelsekommunens ansvar*

Förbundet Sveriges Kommuner och Landsting har under år 2005 samlat in statistik angående hemtjänst och hemsjukvård som ges till personer från en annan kommun, cirkuläret Hemtjänst vid semestervistelse. I svaren har ca 2 100 timmar redovisats som hemsjukvård som givits till personer från en annan kommun. Kostnaden för dessa timmar uppgick till 736 000 kronor för hela riket. Detta trots att, som tidigare anförts, redan i dag omkring

hälften av landets kommuner genom avtal med landstingen helt eller delvis tagit över ansvaret för hemsjukvården. Verksamheten med hemsjukvård som ges åt personer från andra kommuner är därför sett ur ett nationellt perspektiv försvinnande liten och även ur enskilda kommuners perspektiv kan det antas att påverkan på kommunernas organisation och ekonomi kommer att vara liten även om fler kommuner än i dag kommer att vara ansvariga för hemsjukvården. En del av förklaringen till detta kan antas vara att den som är i behov av hemsjukvård är mindre benägen och på grund av sina besvär i mindre utsträckning än friska personer orkar lämna sin ordinarie bostad för att vistas på annan ort.

I fråga om särskilda boenden enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) kan det uppstå situationer där en placerande kommun inte har kostnader för den hälso- och sjukvård som behövs. Denna situation skiljer sig dock inte från den i dag och den grupp som berörs är så liten att dess påverkan på kommunernas organisation och ekonomi får anses försumbar.

## 5 Ekonomiska konsekvenser

De föreslagna förändringarna innebär inget utökat ansvar eller ökade kostnader för kommunsektorn och de föranleder därför ingen tillämpning av den kommunala finansieringsprincipen. Däremot måste den ändrade ansvarsfördelningen mellan kommuner och landsting regleras ekonomiskt. Den ekonomiska regleringen av ett kommunalt övertagande från landstingen av ansvaret för hemsjukvården förutsätts ske genom en skatteväxling mellan landstinget och kommunerna i länet. Den överenskomna skatteväxlingssatsen beaktas även vid beräkningen av inkomstutjämningsbidrag och inkomstutjämningsavgifter i det från år 2005 införda systemet för kommunalekonomisk utjämning. Skatteväxlingen måste beaktas i den kommunalekonomiska utjämningen för att samtliga kommuner i länet, trots skillnader i egen skattekraft, skall få en lika stor intäktsökning per invånare. När överenskommelse om skatteväxlingssatsen träffas måste därför förändringar i storleken på berörda kommuners och landstings inkomstutjämningsbidrag och inkomstutjämningsavgifter ingå i beräkningsunderlaget. Den sänkning av landstingets inkomstutjämningsbidrag som följer av skatteväxlingen överflyttas till kommunernas system för kommunalekonomisk utjämning.

Genom att kommuner och landsting har skilda utjämningsnivåer i den kommunalekonomiska inkomstutjämningen finns vissa praktiska problem vid skatteväxlingar. Kommunerna i ett län får vid en skatteväxling med landstinget ett ökat inkomstutjämnings-

bidrag som baseras på skillnaden mellan en utjämningsnivå på 115 procent av medelskattkraften och det egna skatteunderlaget. Vid skatteväxlingen förlorar landstinget inkomstutjämningsbidrag motsvarande skillnaden mellan en utjämningsnivå på 110 procent av medelskattkraften och det egna skatteunderlaget. Det innebär att kommunerna i ett län vid skatteväxling sammantaget får ett inkomstutjämningsbidrag som är större än det landstinget förlorar. Utfallet av en skatteväxling blir således inte neutralt så länge kommuner och landsting har skilda utjämningsnivåer. Utfallet mellan kommunerna i det berörda länet blir dock neutralt; eftersom samtliga kommuner i länet får en lika stor intäktsökning per invånare. Kostnadsökningen för kommunernas inkomstutjämnning till följd av skatteväxlingen blir således större än det belopp som överförs från landstingssystemet. Denna kostnadsökning påverkar landets samtliga kommuner.

I propositionen Ändringar i det kommunala utjämningsystemet (prop. 2003/04:155) uttalar regeringen att man strävar efter att, på några års sikt, inordna ytterligare bidrag i inkomstutjämningsystemet och att då ta ställning till möjligheterna för att kunna höja utjämningsnivåerna för kommuner och landsting till samma nivå. En sådan förändring skulle innebära att utfallet av en skatteväxling skulle bli neutralt mellan kommun- och landstingssystemet.

I flertalet av de län, i vilka kommunerna ännu inte övertagit ansvaret för hemsjukvården, som ännu inte övertagit ansvaret för hemsjukvården fick kommunerna en intäktsminskning i inkomstutjämnningen när nuvarande system för kommunalekonomisk utjämnning infördes år 2005. Storleken på skatteväxlingarna påverkar den s.k. länsvisa skattesatsen som tillämpas vid beräkningen av inkomstutjämningsbidraget/avgiften och fördelningen mellan kommunerna och landstinget i ett län. Genom att man inte övertagit hemsjukvården i samband med Ädelreformen hade kommunerna i flertalet av dessa län skatteväxlat på en lägre nivå än genomsnittligt och detta gav ett lägre inkomstutjämningsbidrag än om en skatteväxling på högre nivå skett. En metod att åstadkomma ett neutralt utfall i kommunsystemet kunde vara att införa en skatteväxlingsavgift vars nivå motsvarar den bidragsvinst som berörda kommuner skulle komma att göra.

I betänkandet Sammanhållen hemvård (SOU 2004:63) har den genomsnittliga skatteväxlingen i berörda län beräknats till 0,38 procent. Tidigare nämnda "underkompensation" tillsammans med att "överkompensationen" begränsas till drygt 30 kronor per invånare vid en skatteväxling på 0,38 procent (38 öre) bör inte föranleda förslag om att införa en sådan skatteväxlingsavgift.

I betänkandet redovisas skatteväxlingsbelopp och skatteväxlingens storlek i berörda län. Av tabell 1 framgår kommunernas intäktsökningar och landstingets intäktsminskning till följd av en skatteväxling på 0,5 procent år 2006 i Blekinge län fördelad på inkomstutjämning och skatteinkomster. Kommunernas ökade skatteinkomster motsvarar exakt landstingets minskade skatteinkomster. I genomsnitt 83 procent av kommunernas intäktsökning är skatteinkomster.

Tabell 1 Intäktsförändring vid skatteväxling i Blekinge län med 0,5 procent år 2006

Kommun/ landsting	Inkomstut- jämnings- bidrag, Mnkr	Skatte- inkomster Mnkr	Summa Mnkr	Summa Kr/inv
Karlshamn	4,6	23,6	28,2	911
Karlskrona	9,1	46,8	55,9	911
Olofström	2,0	10,2	12,2	911
Ronneby	5,1	20,8	15,8	911
Sölvesborg	2,8	12,3	15,0	911
S:a kommuner	+23,5	+113,6	137,1	+911
Landstinget	-17,6	-113,6	-132,2	-872
Summa länet	+5,9	0	+5,9	+39

Källa: Finansdepartementet

Genom inkomstutjämningen får samtliga kommuner i länet lika stor inkomstökning per invånare vid skatteväxlingen. Kommunernas intäktsökning överstiger landstingets intäktsminskning med 5,9 miljoner kronor beroende på skillnaderna i utjämningsnivå mellan kommun- och landstingssystemet. Det motsvarar skillnaden mellan det belopp på 17,6 miljoner kronor som förs från landstingens till kommunernas system för kommunalekonomisk utjämning och den ökade kostnad för kommunernas inkomstutjämning i utjämningsystemet. Det motsvarar 39 kronor per invånare i Blekinge län och kostar kommunsystemet ca 0,65 kronor per invånare utslaget på samtliga kommuner i länet.

Med utgångspunkt från de kostnader som enligt Äldre- och sjukvårdsutredningens beräkningar behöver överföras till kommunerna från de 12 landsting som fortfarande har ansvaret för hemsjukvården har behov av en genomsnittlig skatteväxling på 0,38 procent angivits. En skatteväxling förutsätter att bidrag från anslaget kommunalekonomisk utjämning överförs från landstingssystemet till kommunsystemet. Med det nya systemet för kommunalekonomisk utjämning får emellertid kommunerna i de 12 länen vid en skatteväxling med 0,38 procent ca 130 miljoner kronor mer i inkomstutjämningsbidrag än det belopp som

överförs från landstingssystemet. Det påverkar regleringsbidraget/avgiften i systemet och kostar samtliga kommuner i landet 14 kronor per invånare om samtliga 12 län skatteväxlade. Alla kommuner i landet skulle således få vara med och betala genom ändring i regleringsbidrag/avgift, även de som skatteväxlar. I den beräkning för Blekinge län som redovisats ovan skulle "vinster" för kommunerna i länet reduceras till ca 25 kronor per invånare om samtliga 12 län skatteväxlade. Man kan i sammanhanget påpeka att kommuner i län med en högre länsvis skattesats för kommuner än genomsnittet på grund av att man tidigare skatteväxlat på högre nivåer "tjänade" på detta när den kommunalekonomiska utjämningen infördes år 1995.

#### 6 Kraftträdande- och övergångsbestämmelser

Kommuner och landsting måste beredas rimlig tid för att förbereda och genomföra ett övertagande av huvudmannaskapet för hemsjukvården för att ingå avtal om ansvarsfördelningen och den ekonomiska regleringen dem emellan. Lagändringen kan därför inte träda i kraft tidigare än den 1 januari 2008. Det föreligger inte behov av några övergångsbestämmelser.

## 7 Författningskommentar

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

#### 3 §

Ändringen i paragrafen är endast en följd av att styckeindelningen i 18 § ändras.

#### 3 c §

I paragrafen förtydligas att landstinget ansvarar för hälso- och sjukvård i andra fall än sådana där kommunen enligt 18 § har ansvaret.

#### 5 §

5 § återfinns under huvudrubriken "Landstingens hälso- och sjukvård" och ändringen i paragrafen är därför en följdändring av att kommunen enligt 18 § skall ha det huvudsakliga ansvaret för hemsjukvården. Genom ändringen undantas landstinget ansvar för sådan primärvård som faller under kommunernas ansvar.

#### 18 §

I *första stycket* stadgas att varje kommun skall erbjuda en god hälso- och sjukvård i hemmet (hemsjukvård) åt den som vistas i kommunen. Det huvudsakliga ansvaret för hemsjukvården förs genom denna ändring över från landstingen till kommunerna oavsett vilken ålder patienten har. Även fortsättningsvis bör dock kommuner och landsting genom överenskommelser kunna fördela ansvaret för hemsjukvården på annat sätt mellan sig. En bestämmelse om detta finns därför i *andra stycket*. Överlåtelsen av ansvar till landstinget får avse även förbrukningsartiklar som avses i 3 d §.

Av uttalanden i prop. 1990/91:14 Ansvaret för service och vård till äldre och handikappade m.m. (s. 60), då begreppet hemsjukvård fördes in i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), framgår att man med begreppet avsåg hälso- och sjukvård som meddelas i enskildas hem i det vanliga bostadsbeståndet. Hälso- och sjukvård som ges åt exempelvis den som bor i en särskild boendeform enligt socialtjänstlagen (2001:453, SoL) är därför inte att betrakta som hemsjukvård.

Kommunens ansvar för hemsjukvård omfattar dem som vistas i kommunen. Den som endast befinner sig på genomresa i en kommun och därvid blir i behov av hälso- och sjukvård kan dock inte sägas ha något hem att ge hälso- och sjukvård i. En sådan resande torde dock vara i behov av den hälso- och sjukvård som kan ges vid vårdcentral eller sjukhus. Däremot kan den som vistas någon tid i kommunen, t.ex. under hela eller delar av sommaren anses ha ett hem, som i vart fall under den vistelsen får anses vara det ordinarie, i den kommunen och han eller hon kan därför bli föremål för hemsjukvård.



Kommunen har redan i dag alltid ansvaret för att ge hälso- och sjukvård åt dem som bor i en sådan boendeform eller bostad som avses i 5 kap. 5 § andra stycket eller 5 kap. 7 § tredje stycket SoL eller som efter beslut av kommunen bor i sådan särskild boendeform som avses i 7 kap. 1 § första stycket 2 samma lag. Varje kommun skall även i samband med dagverksamhet, som omfattas av 3 kap. 6 § socialtjänstlagen, erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som vistas där. Någon ändring av detta ansvar är inte avsett. I lagen har det inte tidigare kommit till uttryck att kommunen skall ha ansvaret för hälso- och sjukvård i vissa verksamheter enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade trots att detta varit avsikten. Denna brist åtgärdas nu. Det finns inte skäl att göra skillnad mellan t.ex. särskilda bostäder och korttidsvistelse. Kommunen får därför ansvaret för hälso- och sjukvård i samtliga fall, utom då verksamheten bedrivs av landstinget. I de fallen skall landstinget av effektivitets- och samordningsskäl ha ansvaret för den hälso- och sjukvård som ges i verksamheten.

Hem för vård- eller boende (HVB) enligt 6 kap. 1 § SoL är inte hem i den mening som förutsätts i begreppet hemsjukvård. Det finns dock HVB vars verksamhet bedrivs av kommunen, inte av t.ex. Statens institutionsstyrelse eller någon privat vårdgivare. I de fall kommunen bedriver verksamheten bör den av effektivitets- och samordningsskäl ha ansvaret även för hälso- och sjukvården i HVB. När någon annan vårdgivare bedriver verksamheten gör sig inte samma skäl gällande och landstinget har därför även i fortsättningen ansvaret.

Av *tredje stycket* framgår att kommunens ansvar för hemsjukvård, med undantag för vad som anges i 26 c § tredje stycket, inte omfattar sådan hälso- och sjukvård som meddelas av läkare och inte heller sådan öppen vård som kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser eller annan särskild kompetens. Se avsnitt 3 och 4.

#### 18 a §

Ändringen i paragrafen är endast en följd av att styckeindelningen i 18 § ändras.

#### 18 b §

Ändringen i *första stycket* är dels en följd av att styckeindelningen i 18 § ändras, dels ett klargörande av att kommunen har kostnadsansvaret för att tillhandahålla ett hjälpmedel som förskrivs av kommunens hälso- och sjukvårdspersonal. I andra fall har landstinget ansvar för kostnaderna för att tillhandahålla hjälpmedel.

I dag finns en möjlighet för kommunerna att genom avtal med landstinget ta över det ansvaret. I andra stycket stadgas i dag att kommunen kan ta över ansvaret för hjälpmedel för personer med funktionshinder även utan samband med överlåtelse av ansvaret för

hemsjukvård. Genom ändringarna i 18 § förs det huvudsakliga ansvaret för hemsjukvården över från landstingen till kommunerna. Kommuner och landsting kan dock komma överens om en annan lösning. *Andra stycket* ändras därför så att landstinget kan ta över ansvaret för hjälpmedel för personer med funktionshinder även utan samband med överlåtelse av ansvaret för hemsjukvård.

#### 19 §

Ändringen i *första stycket* är en följd av att huvudansvaret för hemsjukvården förs över från landstinget till kommunerna. Enligt 18 § *andra stycket* skall ett landsting och en kommun kunna komma överens om att ansvaret för hemsjukvården skall föras över till landstinget utan att alla kommuner inom landstingets område frånsäger sig samma ansvar. I sådana fall måste den ekonomiska regleringen ske i annan ordning. Utan en i lag fastställd befogenhet saknas kompetens för kommuner att ge bidrag till landsting.

För att möjliggöra ett överförande av ansvar från en kommun till landstinget behövs därför en bestämmelse som ger kommunen befogenhet att lämna ekonomiskt bidrag till landstinget. Paragrafen ändras därför på så sätt att kommunen i *första stycket* ges en befogenhet att lämna ekonomiskt bidrag till landstinget i stället för vad som i dag stadgas om att landstinget ges en befogenhet att lämna ekonomiskt bidrag till kommunen.

Kommunerna inom ett landstings område ges i *andra stycket* befogenhet att lämna ekonomiskt bidrag till varandra, då detta kan behövas för att jämna ut kostnaderna mellan kommunerna under förutsättning att samtliga kommuner inom landstinget omfattas av överlåtelsen.

Motsvarande möjligheter finns bland annat i lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade.

I de fall samtliga kommuner inom ett landsting omfattas av överenskommelsen kan landstinget sänka sin skattesats så mycket som motsvarar de minskade kostnaderna. Förändringen i landstingets inkomstutjämningsbidrag/avgift till följd av skattesänkningen skall därvid beaktas. Utrymme finns då för kommunerna i länet att höja sina skattesatser högst lika mycket. I vissa kommuner kan dock de ökade kostnaderna vid övertagandet av huvudmannaskap för hemsjukvården motsvara en större höjning av skatten, inklusive förändringen i kommunens inkomstutjämningsbidrag/avgift till följd av skattehöjningen, än som motsvaras av landstingets skattesänkning. I andra kommuner i länet är då förhållandet det motsatta. I sådana fall bör kommunerna inom länet kunna utjämna kostnaderna sig emellan. Den föreslagna bestämmelsen i *andra stycket* ger kommunerna befogenhet att lämna bidrag till varandra om det behövs för att jämna ut kostnaderna mellan dem.

Systemet med kostnadsutjämning mellan kommunerna inom ett län bör endast användas övergångsvis och som längst under fem år. Se avsnitt 4.

#### 22 §

Ändringen i paragrafen är endast en följd av att styckeindelningen i 18 § ändras.

#### 24 §

Ändringen i paragrafen är endast en följd av att styckeindelningen i 18 § ändras.

#### 26 d §

Ändringen i paragrafen är endast en följd av att huvudansvaret för hemsjukvården flyttas över till kommunerna från landstingen och att styckeindelningen i 18 § ändras. Någon ändring i sak är inte avsedd.

#### 26 e §

Ändringen i paragrafen är endast en följd av att styckeindelningen i 18 § ändras.

### 7.2 Förslaget till lag om ändring i tandvårdslagen (1985:125)

#### 8 a §

Någon ändring i sak är inte avsedd. Ändringen är en följd av att huvudansvaret för hemsjukvården flyttas över till kommunerna från landstingen och av hur detta kommit att utformas i 18 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763, HSL).

Den kategori som nämns i 18 § första stycket 4 i HSL har inte tidigare omfattats av regleringen i 8 a § tandvårdslagen och den kategori som nämns i 18 § första stycket 5 i HSL omfattas redan av inledningen till 8 a § tandvårdslagen varför hänvisningen i *första punkten* kan begränsas till 18 § första stycket 1-3 i HSL.

-----