Avgifter och högkostnadsskydd inom äldre- och handikappomsorgen

Ur KB:s samlingar
Digitaliserad år 2014

National Library of Sweden

SOU
1992:50

Betänkande av Ädelavgiftsutredningen

Avgifter och högkostnadsskydd inom äldre- och handikappomsorgen

SOU

1992:50

Betänkande av Ädelavgiftsutredningen

SOU
1992:50B

Statens offentliga utredningar
1992:50
Socialdepartementet

Avgifter och högkostnadsskydd inom äldre- och handikappomsorgen

Betänkande av Ädelavgiftsutredningen
Stockholm 1992

SOU och Ds kan köpas från Allmänna Förlaget, som också på uppdrag av regeringskansliets förvaltningskontor ombesörjer remissutsändningar av dessa publikationer.

Adress: Allmänna Förlaget
Kundtjänst
106 47 Stockholm
Tel 08/739 96 30
Telefax: 08/739 95 48

Publikationerna kan också köpas i Informationsbokhandeln, Malmtorgsgatan 5, Stockholm.

Graphic Systems AB, Göteborg 1992

ISBN 91-38-13061-0
ISSN 0375-250X

Till statsrådet och chefen för socialdepartementet

Genom beslut vid regeringssammanträde den 5 september 1991 bemyndigades statsrådet Bengt Lindqvist att tillkalla en särskild utredare att göra en översyn av avgiftssystemen inom vissa delar av socialtjänsten samt den fr.o.m. den 1 januari 1992 kommunala hälso- och sjukvården (S 1991:12).

För utredningen antogs namnet Ädelavgiftsutredningen.

Med stöd av detta bemyndigande förordnades den 9 september 1991 riksdagsledamoten Anita Persson att vara *särskild utredare*.

Till *sakkunniga* förordnades den 9 september 1991:

Programledaren Gert Alaby, Svenska Kommunförbundet
Sekreteraren Tom Nilsson, Svenska Kommunförbundet
Utredaren Ulf Winblad, Landstingsförbundet
Byrådirektören Ulla Höjgård, Socialstyrelsen
Departementssekreteraren Kristina Jennbert, Socialdepartementet
Departementssekreteraren Per-Olof Bürén, Socialdepartementet

Till *experter* förordnades den 9 september 1991:

Departementssekreteraren Kristina Olofsson, Finansdepartementet
Docenten Per Gunnar Edebalk, Socialhögskolan, Lunds universitet

Den 30 november 1991 entledigades Anita Persson från uppdraget som särskild utredare. Till *ny särskild utredare* förordnades samma dag statssekreteraren vid socialdepartementet Carl-Anders Ifvarsson.

Sekreterare i utredningen har varit socionomen och ekonomisk-historikern Bernt Lundgren.

Utredningens förslag har analyserats från fördelningspolitiska aspekter av experten Kristina Olofsson, Finansdepartementet. Utredningen har även biträtts av Per Sedigh, Svenska Kommunförbundet vid beräkningar om förändrat kostnadsansvar mellan kommuner, landsting och stat.

I betänkandet redovisas ett system med ett statligt reglerat kommunalt högkostnadsskydd som anger gränser för uttag av avgifter för service, omvårdnad och vård inom kommunens ansvarsområde. Genom systemet möjliggörs en neutral och rättvis avgiftssättning samtidigt som kommunerna tillförsäkras möjligheter till ökade intäkter.

Arbetet med utredningen är härmed avslutat.

Stockholm i maj 1992

Carl-Anders Ifvarsson

/Bernt Lundgren

Innehåll

Sammanfattning 7

Författningsförslag 25

1 Utredningsuppdraget 35

2 Nuvarande system för avgifter 39

2.1 Inledning 39
2.2 Nuvarande avgiftssystem 40
2.3 Problem med nuvarande avgiftssystem 45

3 Grunder för en ny inriktning 49

3.1 Inledning 49
3.2 Omsorg och vård i ett längre tidsperspektiv 50
3.3 Tidigare bedömningar av avgiftsfrågan 51
3.3.1 Inledning 51
3.3.2 Avgifter för boende och vård i ålderdomshem 51
3.3.3 Avgifter för boende och vård i sjukhem 54
3.4 Friare avgiftssättning 56
3.4.1 Inledning 56
3.4.2 Avregleringen av avgifter inom öppen hälso- och sjukvård 56
3.4.3 Nytt statsbidrag och minskad styrning 57
3.5 Vår bedömning 57

4 En modell för ett kommunalt högkostnadsskydd 61

4.1 Inledning 61
4.2 Hyressättning av nuvarande helinackorderingsboenden 63
4.3 Samordning mellan ett kommunalt högkostnadsskydd och högkostnadsskyddet för öppen hälso- och sjukvård 64
4.4 Avgränsningen av service, omvårdnad och vård 65
4.5 Konstruktion av ett kommunalt högkostnadsskydd 67
4.5.1 Grundgaranti 67
4.5.2 Förbehållsbelopp 70
4.5.3 KBT-utredningens förslag om bostadsbidrag 71
4.6 Inkomstbegreppet 72
4.7 Särskilda frågor 73
4.7.1 Korttidsboende, växelvård och rehabilitering 73
4.7.2 Nedsättning av avgift 74
4.7.3 Yngre personer i behov av service, omvårdnad och vård 74

5 Analys av modellen. Effekter för enskilda och kommuner 77

5.1 Inledning 77
5.2 Utgångspunkter för analysen 78
5.3 Boende- och matkostnader 79
5.3.1 Boendekostnader 79
5.3.2 Kostnader för mat 81
5.4 Effekter för enskilda vid varierande inkomster 81
5.5 Genomsnittliga effekter för enskilda i 13 kommuner 87
5.6 Sammantagna effekter i testkommunerna för enskilda, kommuner och stat vid maximalt uttag av avgifter 90
5.7 Vår bedömning 92

6 Motiv för föreslagna lagändringar 95

6.1 Inledning 95
6.2 Begreppen service och omvårdnad 95
6.3 Det kommunala högkostnadsskyddet för service, omvårdnad och vård 96
6.3.1 Huvudförslaget om ett kommunalt högkostnadsskydd 96
6.3.2 Följdförändringar angående särskilda boendeformer 98
6.3.3 Följdförändringar angående inrättningar för somatisk långtidssjukvård som kommunen har betalningsansvar för 99
6.4 Resor 99
6.5 Kostnadsfria förbrukningsartiklar 100

7 Förändring av kostnadsansvar mellan kommuner, landsting och stat 101

7.1 Inledning 101
7.2 Avgifter för vård i sjukhem 101
7.3 Resor 102
7.4 Läkemedel och läkarvård 103
7.5 Kostnadsfria förbrukningsartiklar (KOFFA) 103
7.6 Bostadsbidrag 104
7.7 Förändrad kostnadsfördelning 105
7.8 Vår bedömning 106

8 Tidpunkt för genomförande 107

Bilaga 1 Utredningens direktiv 109

Bilaga 2 Fördelningseffekter – Metoder och resultat 117

Underbilaga 1 131

Sammanfattning

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. äldrereformen. 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 helinack-

ordering (ålderdomshem) betalar i avgift 70 % av inkomster från folkpension 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 förvärvsarbetande 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 avgiftsystem 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 avgifter 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 statsmakternas 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 betänkandet 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 förbehållet 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
Hushålls-kostnader	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 kvin-

nor. 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 kostnadsslag 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 jämställs 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. Nämnda 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 in-

komst 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.

Vård

Sjukvårdsinsatser, t.ex.

* omläggningar, injektioner, medicinutdelning, provtagning, blodtrycks- och pulskontroller, 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 generellt 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.

Hyressättning av nuvarande helinackorderingsboenden

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 klargörs 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 vinns 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 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 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 emellertid 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 hemhjälpsavgifter 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.

Sammantagna effekter i testkommunerna för enskilda, kommuner och stat vid maximalt uttag av avgifter

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 antanganden 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 avgiftssättning 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 förslagna kommunala högkostnadsskyddet är enligt utredningens mening väl avvägt. Utformningen av skyddet möjliggör en rättvis avgiftssättning 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 styreffekter 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-

ar 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.

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 högkostnadsskyddet inom öppen hälso- och sjukvård. Eftersom även läkarvård ingår i detta högkostnadsskydd 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 högkostnadsskyddet 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. Nämnda paragraf avser öppenvård och är därmed i princip tillämplig vid vård på de inrättningar som överförts 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 äldrereformen.

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 realt 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

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.

Författningsförslag

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 att ha kontakter med andra.	Socialnämnden bör genom färdtjänst, *service och omvårdnad, dagverksamheter eller annan liknande social tjänst* underlätta för den enskilde att bo hemma och att 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.

[1] Lagen omtryckt 1988:871
[2] Senaste lydelse 1991:1951

Nuvarande lydelse *Föreslagen lydelse*

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 skäliga avgifter enligt grunder som kommunen bestämmer. Avgifterna får dock inte överstiga kommunens självkostnader.	För plats i förskola eller i fritidshem, färdtjänst, *service och omvårdnad* eller annan liknande social tjänst får kommunen ta ut skäliga avgifter enligt grunder som kommunen bestämmer. Avgifterna får dock inte överstiga kommunens självkostnader.

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

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

Denna lag träder i kraft den

[3] Senaste lydelse 1990:1403

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

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

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
26 §[1]	
Av patienterna får tas ut vårdavgifter enligt grunder som landstingskommunen eller kommunen bestämmer, i den mån inte annat är föreskrivet. Patienter som är bosatta inom landstingskommunen respektive kommunen skall därvid behandlas lika.	
	Endast kommunen får dock ta ut vårdavgifter för sådan vård som den har betalningsansvar för enligt 4 och 5 §§ lagen (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård.
	Avgifter för vård enligt 18 § eller för sådan vård som en kommun har betalningsansvar för enligt 4 och 5 §§ 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 enligt de särskilda föreskrifter som regeringen får meddela med stöd av 35 § socialtjänstlagen.
En fordran på vårdavgift preskriberas tre år efter tillkomsten. I övrigt gäller preskriptionslagen (1981:130) i fråga om sådana fordringar.	

Denna lag träder i kraft den

[1] Senaste lydelse 1990:1465

3 Förslag till 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	*Föreslagen lydelse*
	4 §
Ersättning för somatisk långtidssjukvård vid en inrättning som tillhör en landstingskommun lämnas antingen med ett belopp som motsvarar landstingskommunens genomsnittliga årliga självkostnad för den aktuella vårdformen eller, om landstingskommun 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.	
Regeringen fastställer de belopp som avses i första stycket.	
	En kommun och en landstingskommun får komma överens om att landstinget skall uppbära de avgifter som patienterna skall erlägga till kommunen enligt 26 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763).

Denna lag träder i kraft den

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

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

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

[1] Lagen omtryckt 1982:120

[2] Senaste lydelse 1991:1975

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

2 kap. 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 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 och förtidspension enligt denna lag, pensionstillskott enligt lagen (1969:205) om pensionstillskott och särskilt pensionstillägg enligt lagen (1990:773) om särskilt pensionstillägg till folkpension för långvarig vård av sjukt eller handikappat barn. Avgiften skall utgöra en tredjedel av summan av pensionsförmånerna räknade per dag, dock högst 65 kronor för varje vårddag. Vid beräkningen av avgiften per vårddag skall förmånernas månadsbelopp delas med 30. Avgiften per vårddag avrundas till närmast lägre krontal. Avgiften för en kalendermånad får aldrig överstiga avgiften för 30 vårddagar.

[3] Senaste lydelse 1991:325

Nuvarande lydelse *Föreslagen lydelse*

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 somatisk långtidssjukvård som en kommun har betalningsansvar för enligt lagen (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård skall avgift inte tas ut enligt vad som sägs i 12 §.

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 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.

[4] Senaste lydelse 1991:1640

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
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.	

Denna lag träder i kraft den

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

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

dels att 2 a § skall upphöra att gälla,

dels att 10 § skall ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
	10 §[1]
Kostnader för förmåner enligt denna lag ersätts av den allmänna försäkringen *om inte annat följer av andra stycket.*	Kostnader för förmåner enligt denna lag ersätts av den allmänna försäkringen.

[1] Senaste lydelse 1991:1987

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
Kostnader 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.	

Denna lag träder i kraft den	

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

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

dels att 2 a § skall upphöra att gälla,

dels att 10 § skall ha följande lydelse

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
10 §	
Kostnader för läkemedel enligt denna lag ersätts av den allmänna försäkringen. Om *inte annat följer av andra stycket*,	Kostnader för läkemedel enligt denna lag ersätts av den allmänna försäkringen.

[1] Senaste lydelse 1991:1987.

1 Utredningsuppdraget

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.

I direktiven till utredningen (dir. 1991:79) anges att förslag skall lämnas om

* avgiftssystem för de särskilda boendeformerna för service och omvårdnad samt avgiftssystem för social hemhjälp och hemsjukvård,
* taxekonstruktion som innehåller ett högkostnadsskydd, så att inte personer med omfattande behov av insatser drabbas av alltför höga avgifter,
* patientavgifter vid bl.a. läkarbesök och uttag av läkemedel med hänsyn till att vård vid sjukhem och andra vårdinrättningar som överförs till kommunerna i rättsligt avseende likställs med vård i eget hem.

Till uppdraget hör även att bedöma behovet av att minska skillnaderna i avgiftsuttag kommunerna emellan samt att överväga behovet av och förutsättningarna för ett högkostnadsskydd med vidare inriktning när det gäller service och omvårdnad för äldre.

De förslag utredningen redovisar skall vara analyserade med hänsyn till finansiella effekter för kommunerna och fördelningspolitiska effekter för äldre. Även de styreffekter som avgifter kan ha skall beaktas.

Enligt direktiven gäller i övrigt att inriktningen bör vara att åstadkomma ett system som ger förutsättningar för lika avgifter för likartade insatser samt att likhet även bör gälla mellan kommunalt drivna sjukhem och sjukhem för vilka landsting har verksamhetsansvar. Ett framtida avgiftssystem bör också medge att avgifterna för t.ex. boende med service och omvårdnad skall kunna variera beroende på insatsernas kvalitet. De bedömningar äldredelegationen har gjort (DsS 1989:27) bör beaktas.

Utöver uppgifter enligt nämnda direktiv ankommer det på utredningen att lämna förslag i frågan om kostnadsansvar för förbrukningsartiklar som kostnadsfritt tillhandahålls personer som vistas på sådana sjukhem

och andra vårdinrättningar för somatisk långtidssjukvård som kommunerna övertagit från landstingen den 1 januari 1992. Enligt beslut av riksdagen (prop. 1991/92:40, SfU5, rskr. 81) har kommunerna kostnadsansvar för vissa i förordning angivna förbrukningsartiklar i avvaktan på resultatet av utredningens översyn av avgiftssystemen.

Utredningen har även behandlat frågan om avgiftssystem för service, omvårdnad och vård i bostäder med särskild service.

Under utredningstiden har sekretariatet haft fortlöpande kontakter med sekretariaten för 1989 års handikapputredning (dir. 1988:53), Merkostnadsutredningen (dir. 1990:34) och KBT-utredningen (1991:25).

Pensionärsförbunden och handikappförbunden har informerats om principerna för utredningens förslag.

Bakgrund

Behovet av en översyn av avgiftssystemen är en följd av kommunernas nya ansvar genom den s.k. äldrereformen. Reformen innebär (prop. 1990/91:14, SoU9, rskr. 97) att kommunerna från den 1 januari 1992 har det samlade ansvaret för långvarig service och vård till äldre och handikappade. För genomförande av reformen har en ekonomisk reglering beslutats (prop. 1990/91:150, bil. 1:3, SoU25, rskr. 384).

Genom reformen ges kommunerna en i socialtjänstlagen (1980:620) 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 handikappade. Med särskilda boendeformer avses bl.a. servicebostäder, gruppboende, ålderdomshem och sjukhem.

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.

Olika privatekonomiska villkor

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 helin-

ackordering (ålderdomshem) betalar i avgift 70 % av inkomster från folkpension 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 uppbär 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 förvärvsarbetande 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 sjukvård, 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 fråga om avgiftsregler och avgiftsnivåer mellan kommuner kan medföra markant olika villkor för en person beroende på var denne bor.

2 Nuvarande system för avgifter

2.1 Inledning

Till följd av äldrereformen har fr.o.m. den 1 januari 1992 ca 500 lokala sjukhem med omkring 31 000 platser överförts från landstingen till kommunerna. För ca 3 400 sjukhemsplatser i landstingsregi har kommunerna från nämnda datum ett betalningsansvar. Sådant ansvar tillämpas även för omkring 2 500 platser i sjukhem som drivs av enskild huvudman. Drygt 200 dagverksamheter har genom reformen överförts till kommunerna. Avtal om kommunalt ansvar för hemsjukvård har träffats mellan landsting och 110 kommuner i 19 län. I ytterligare två län har 14 kommuner tagit över delar av hemsjukvården.

Genom reformen har kommunerna ålagts ett samlat ansvar för långvarig service och vård till äldre och handikappade. De överförda resurserna har sammanförts med kommunernas traditionella verksamheter för nämnda grupper. Statistik över dessa verksamheter visar att kommunerna år 1990 gav social hemhjälp till drygt 302 000 personer, varav ca 64 000 även erhöll sjukvård i hemmet. Hemhjälp och sjukvård gavs till enskilda i deras ordinarie hem och i servicebostäder. Vid slutet av år 1990 bodde omkring 52 000 personer i servicehus med lägenheter eller i servicelägenheter i vanliga bostadshus. Service, omvårdnad och vård gavs också till drygt 37 000 personer boende i s.k. ålderdomshem med eller utan helinackordering. För öppen service till i första hand äldre fanns i kommunal regi omkring 1 600 dagcentraler, varav 1 100 i ålderdomshem och servicehus och 500 i friliggande byggnader.

Reformen har inledningsvis inte inneburit någon väsentlig förändring i fråga om avgiftsuttag för tjänster. Samma regler för avgifter gäller i huvudsak som innan reformen trädde i kraft. Det innebär vid en jämförelse att markanta skillnader finns i avgiftssättning för service, omvårdnad och vård i ordinärt boende, i boende i ålderdomshem och i boende i sjukhem. Det samlade ansvaret aktualiserar därför behovet av ett enhetligt system för avgifter som är neutralt i förhållande till de skilda boendeformer i vilka tjänsterna ges.

Problemen med de nuvarande avgiftsreglerna gäller såväl avgifternas styreffekter på resursernas användning som den orättvisa enskilda kan uppleva när de vid samma inkomstsituation och samma mängd och kvalitet på erhållna tjänster ändå får betala väsentligt olika avgifter.

För att få en fast grund för överväganden skall i detta kapitel de nuvarande avgiftssystemen beskrivas och problemen med dessa diskuteras.

2.2 Nuvarande avgiftssystem

Avgifter i särskilda boendeformer och i bostäder med särskild service

Kommunen skall enligt 20 § andra stycket socialtjänstlagen (1980:620) inrätta särskilda boendeformer för service och omvårdnad för äldre människor med behov av särskilt stöd.

Av 21 § tredje stycket samma lag framgår att kommunen även skall inrätta bostäder med särskild service för dem som till följd av fysiska, psykiska eller andra skäl behöver ett sådant stöd.

I 35 § första stycket anges att för bl.a. boende i särskilda boendeformer för service och omvårdnad och för boende i bostäder med särskild service får kommunen ta ut skäliga avgifter enligt grunder som kommunen bestämmer. Avgifterna får dock inte överstiga kommunens självkostnader.

Kommunens rätt att själv fastställa avgiftsnivåer gäller inte då helinackordering tillämpas. Av 35 § tredje stycket framgår att avgifter som avser helinackordering i en särskild boendeform för service och omvårdnad skall bestämmas så att den boende förbehålls tillräckliga medel för sina personliga utgifter. Regeringen meddelar föreskrifter om sådana avgifter.

Förutom vid helinackordering i särskilda boendeformer gäller undantag från fri avgiftssättning för de sjukhem och andra vårdinrättningar som kommunen enligt lagen (1990:1402) om övertagande av vissa sjukhem och andra vårdinrättningar tagit över från landsting den 1 januari 1992. För dessa stadgas i 35 § fjärde stycket att regeringen meddelar föreskrifter om avgifter.

Avgifter vid helinackordering i ålderdomshem

För boende i ålderdomshem tillämpas som regel helinackorderingsavgifter.

Regeringens föreskrifter om förbehållsbelopp vid helinackordering finns angivna i socialtjänstförordningen (1981:750).

I 46 § i förordningen anges att den helinackorderades egna inkomster efter skatt skall ligga till grund för avgiften. Det belopp som skall förbehållas den enskilde bestäms på sätt som framgår av 47 och 48 §§. Av 47 § följer att förbehållsbeloppet skall motsvara 30 procent av folkpensionen för en ogift ålderspensionär jämte pensionstillskott.

Om den enskilde har inkomster som är större än det pensionsbelopp som anges i 47 § skall enligt 48 § förbehållsbeloppet höjas med ett belopp som motsvarar 20 procent av skillnaden mellan hans sammalagda inkomst efter avdrag för skatt och den för ålderspensionär utgående folkpensionen jämte pensionstillskott. När höjningen av förbehållsbeloppet beräknas skall inkomsterna bestämmas enligt de regler som gäller för att beräkna sammanräknad nettoinkomst vid taxering till statlig inkomstskatt.

Helinackorderingsavgiften omfattar boende, mat samt service och

omvårdnad i samband med boendet. Någon rätt att inom ramen för avgiften erhålla tjänster som t.ex. öppen hälso- och sjukvård, läkemedel och tandvård finns inte enligt föreskrifterna.

Avgifter vid boende i sjukhem

Sjukhem och andra vårdinrättningar som övertagits av kommunerna skall enligt lagen om övertagande av vissa sjukhem och andra vårdinrättningar anses som sådana särskilda boendeformer som anges i 20 § andra stycket socialtjänstlagen. Genom överförandet av inrättningarna och definitionen av dem som särskilda boendeformer gäller att vården som meddelas vid inrättningarna i rättsligt avseende likställs med öppen vård. Från denna princip har riksdagen i avvaktan på översynen av avgiftssystemen beslutat om flera undantag.

Till undantagen hör att den avgift den enskilde betalar för boende och vård fortfarande regleras i lagen om allmän försäkring (1962:381) på samma sätt som gäller för sluten sjukvård. Enligt 2 kap. 12 b § lagen om allmän försäkring skall avgift tas ut enligt vad som sägs i 12 § samma kapitel och lag.

I 12 § anges att för sjukhusvård på grund av sjukdom får avgift tas ut från den som uppbär hel ålderspension eller hel förtidspension med en tredjedel av pensionsförmånerna från den allmänna försäkringen räknade per dag, dock med högst 65 kronor för varje vårddag.

För sjukpenningförsäkrade personer gäller enligt 3 kap. 4 § fr.o.m. den 1 januari 1992 att för varje dag den försäkrade ges sjukhusvård får sjukvårdshuvudmannen ta ut en avgift med högst 70 kronor.

Även i fråga om avgifter för läkarvård, läkemedel, vissa förbrukningsartiklar och sjukresor gäller undantagsregler för de till kommunerna överförda inrättningarna i avvaktan på översynen av avgiftssystemen.

För läkarvård betalar den enskilde ingen extra avgift. Landstinget har skyldighet att erbjuda läkarvård i de inrättningar som övertagits av kommunen. Landstinget har kostnadsansvar för denna vård.

För läkemedel gäller enligt 2 a § lagen (1981:49) om begränsning av läkemedelskostnader m.m. att den som vistas vid en övertagen inrättning har rätt att utan kostnad erhålla läkemedel. Landstingen svarar för nämnda läkemedelskostnader. Detta kostnadsansvar gäller även om den enskilde köper sina läkemedel på apotek.

Av 6 § lagen om begränsning av läkemedelskostnader m.m. 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. Nämnda paragraf avser en öppenvårdssituation och är därmed i princip tillämplig i samband med vård vid de inrättningar som överförts från landsting till kommuner. Vid öppen vård har staten hela kostnadsansvaret för artiklarna. Riksdagen har dock beslutat om undantag så att kommunen enligt 10 § samma lag har kostnadsansvar för de kostnadsfria förbrukningsartiklar enligt 6 § som enskilda erhåller vid vård i övertagna inrättningar. Kommunerna har

som regel fått ersättning för nämnda förbrukningsartiklar genom s.k. skatteväxling.

I fråga om resekostnader har en bestämmelse införts i 2 kap. 6 § punkt 6 lagen om allmän försäkring som innebär att reseersättning lämnas av landstingen för resekostnader i samband med vistelse vid en vårdinrättning som har överförts till kommunen. Bestämmelsen innebär att den enskilde endast betalar en självrisk på högst 40 kronor för resa när vistelsen vid inrättningen inleds och avslutas. I punkten 8 anges att för samtliga särskilda boendeformer och boende med särskild service finns en undantagsbestämmelse. Enligt bestämmelsen berättigar inte besök för sjukvårdande behandling som ges med stöd av bestämmelserna om den kommunala hälso- och sjukvården i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) till ersättning för resekostnader om resan går från eller till en sådan bostad i en särskild boendeform för service och omvårdnad eller bostad med särskild service enligt 20 § andra och tredje styckena socialtjänstlagen. Riksdagen har vid behandling och beslut i frågan ansett att en resa från nämnda boendeformer till och från kommunal dagverksamhet för sjukvårdande behandling är att betrakta som en s.k. överflyttningsresa mellan kommunala vårdinrättningar (prop. 1991/92:40, SfU5, rskr. 81). För dessa överflyttningsresor har kommunen kostnadsansvaret.

Tandvård har i vissa fall varit avgiftsfri för personer som vistas i inrättningar för långtidssjukvård. Vid beslutet om äldrereformen uttalade riksdagen att den i likhet med föredragande statsrådet utgick ifrån att landstingen i förevarande fall även fortsättningsvis skall tillgodose den enskildes behov av tandvård vid överförda inrättningar och att kostnaderna skall regleras som hittills (prop. 1990/91:14, SoU9, rskr. 97). Avgiftsfri tandvård för nämnda personer är ett frivilligt åtagande från landstingens sida.

De i avsnittet redovisade undantagen från den öppenvårdssituation som avses gälla för de särskilda boendeformerna, innebär i praktiken att de överförda sjukhemmen och vårdinrättningarna för närvarande befinner sig i ett läge mitt emellan boende med service och omvårdnad och sluten sjukvård. Detta problem hör till utredningens viktigaste uppgifter att föreslå lösningar på.

Avgifter vid service- och gruppboende

För service- och gruppboende tillämpas som regel separat betalning för boende, mat och tjänster som omfattar service, omvårdnad och vård. Avgifter för service, omvårdnad och vård bestäms av kommunen enligt 35 § första stycket socialtjänstlagen och 26 § hälso- och sjukvårdslagen.

För boendet gäller normal hyressättning enligt bruksvärdesprincipen. Den enskilde har hyresavtal med fastighetsägaren eller, om kommunen inte är fastighetsägare, andrahandskontrakt med kommunen som i sin tur har avtal med fastighetsägaren. Hyresvillkoren för servicebostäder omfattas ibland av förbehåll. Sådana förbehåll kan t.ex. vara att bostaden inte får överlåtas på annan, att den inte får hyras vidare i andra

hand och att den inte får användas för byte till annan lägenhet.

Den enskilde bestämmer själv sin mathållning. I fråga om social hemhjälp med service, omvårdnad och vård utgår normalt avgifter enligt kommunens hemhjälpstaxa. För gruppboende tillämpas som regel högsta taxa. För den sjukvård som ges i särskilda boendeformer beslutar kommunen om avgifter. I allmänhet tillämpar kommunerna under år 1992 samma avgiftsnivåer som gällde innan huvudmannaskapsskiftet. Som tidigare nämnts omfattas vård i samband med helinackordering i särskild boendeform av speciella villkor.

Avgifter för social hemhjälp

Kommunerna får inom ramen för 35 § första stycket socialtjänstlagen bestämma avgifterna för social hemhjälp. Mellan landets kommuner finns skillnader i fråga om såväl avgiftsregler som avgiftsnivåer.

I en rapport från Kommunförbundet, "Pensionärernas ekonomi och kommunernas taxor" som utkom år 1990 och omfattade uppgifter om alla kommuner, redovisades bl.a. avgiftssystem och avgiftsnivåer i kommunerna.

Av rapporten framgår att 152 kommuner tillämpade en inkomstrelaterad nivåavgift. Såväl inkomst- som omsorgsnivå låg till grund för avgiften.

75 kommuner tog ut en enhetsavgift som var nivårelaterad. Enskilda betalade lika mycket oavsett inkomst, men högre avgift för högre omsorgsnivå.

28 kommuner debiterade en enhetsavgift oberoende av inkomstsituation och omsorgsbehov.

26 kommuner tillämpade en inkomstrelaterad avgift som inte tog hänsyn till omsorgsnivå.

Resterande kommuner debiterade någon form av procentavgift. Med detta avses en avgift som motsvarar en viss procent av inkomsten.

Avgifter för dagverksamheter

Dagverksamheter är enligt prop. 1990/91:14 en samlingsbeteckning för verksamheter för sysselsättning, gemenskap och rehabilitering som bedrivs under dagtid. I begreppet dagverksamhet ingår somatisk dagsjukvård som har lokalt upptagningsområde, dagcentraler och andra verksamheter för sysselsättning, gemenskap och rehabilitering inom socialtjänsten samt särskilda dagverksamheter för personer med åldersdemens och för personer som vårdats under lång tid i den psykiatriska vården.

Grunderna för uttag av avgifter för de verksamheter som kommunerna har tagit över från landstingen finns angivna i 26 § hälso- och sjukvårdslagen och i 35 § socialtjänstlagen.

Avgifter för öppen hälso- och sjukvård

I 26 § hälso- och sjukvårdslagen finns regler om kommunal hälso- och sjukvård och om landstingens öppna hälso- och sjukvård.

I nämnda paragraf föreskrivs att av patienterna får tas ut vårdavgifter enligt grunder som landstingskommunen eller kommunen bestämmer, i den mån inte annat är föreskrivet. Patienter som är bosatta inom landstingskommunen respektive kommunen skall därvid behandlas lika.

I avvaktan på översynen av avgiftssystemen tillämpar flertalet kommuner som har övertagit hemsjukvården från landstingen samma villkor för den enskilde som landstingen tidigare har gjort. Det innebär vanligtvis avgiftsfrihet.

Systemet med statligt reglerade patientavgifter inom den öppna vården avskaffades fr.o.m. år 1991. I samband härmed gjordes ändringar i högkostnadsskyddet för personer med stort behov av öppen sjukvård och läkemedel. I stället för ett egenkostnadstak baserat på antal besök eller läkemedelsinköp under en 12-månadersperiod infördes ett beloppsbaserat tak på 1 500 kronor enligt beslut av riksdagen. Landstingen har möjlighet att tillämpa en lägre gräns för högkostnadsskyddet. Under år 1991 har gränsbeloppen i allmänhet varierat mellan 1 000 och 1 200 kronor. För år 1992 har fyra landsting höjt denna gräns, varav ett till 1 500 kronor.

Avskaffandet av den statliga regleringen har inneburit att landstingen i viss utsträckning har differentierat sina avgifter mellan olika typer av mottagningar. I allmänhet är avgifterna för öppen läkarvård inom såväl primärvården som länssjukvården 100 kr. Hos 10 landsting är avgiften vid öppen länssjukvård något högre. För annan sjukvårdande behandling än läkarvård är avgifterna i regel 50 eller 60 kr. Avgifternas storlek är av stor betydelse för när högkostnadsskyddet skall inträda och berättiga till avgiftsfri öppen hälso- och sjukvård.

En tillämpning av det nuvarande högkostnadsskyddet även för den kommunala hälso- och sjukvården möter inget rättsligt hinder men har heller inte något författningsreglerat stöd. Avtal mellan landsting och kommuner om att högkostnadsskyddet skall omfatta båda parters hälso- och sjukvård har träffats i några län.

Avgifter för tekniska hjälpmedel

Kommunernas hjälpmedelsansvar följer det kommunala hälso- och sjukvårdsansvaret. Skyldigheten gäller inom de särskilda boendeformerna, i bostäder med särskild service och i dagverksamheter. I den mån kommunerna tar över ansvaret för hemsjukvård i ordinärt boende gäller ansvaret även där.

Kommunerna delar ansvaret för tekniska hjälpmedel med landstingen. Organisatoriskt förutsätts kommunerna tillhandahålla enklare hjälpmedel medan landstingen ansvarar för mer avancerade hjälpmedel.

Kommunernas möjligheter att ta ut avgifter följer av bestämmelserna i 26 § hälso- och sjukvårdslagen. Erfarenheterna hittills visar att kommunerna följer de principer som tillämpas av landstingen. Det innebär att

avgifter i allmänhet inte tas ut.

Läkemedelsförmånerna vid öppen vård

Till läkemedelsförmånerna räknas såväl prisnedsatta som kostnadsfria läkemedel vid vissa sjukdomar, kostnadsfria förbrukningsartiklar vid vissa sjukdomar samt prisnedsatta livsmedel för barn under 16 år vid vissa sjukdomar.

Kostnadsfria och prisnedsatta läkemedel infördes redan år 1955 i viss utsträckning och förmånsreglerna har successivt förbättrats. Fr.o.m. år 1973 utökades förmånssystemet till att omfatta även ett antal förbrukningsartiklar vid vissa sjukdomar och fr.o.m. år 1980 infördes även vissa livsmedelsförmåner för barn under 16 år. Landstingens i mitten av 1970-talet införda s.k. högkostnadsskydd för avgifter i öppen sjukvård samordnades fr.o.m. den 1 juli 1981 med avgifterna för öppen vård och inköp av prisnedsatta läkemedel.

Under 1980-talet höjdes läkemedelsavgiften – som även tillämpas för prisnedsatta livsmedel för barn under 16 år – successivt samtidigt som bestämmelsen för hur denna avgift skulle beräknas ändrades. Även andra ändringar företogs som påverkade konsumenternas avgifter för prisnedsatta läkemedel.

Bl.a. infördes den s.k. 90-dagarsregeln och vissa läkemedel undantogs från prisnedsättningen på läkemedel. Läkemedelsavgiften, som den 1 juli 1988 höjdes från 60 till 65 kr och till 75 kr den 1 juli 1990 utgör sedan den 1 juli 1991 90 kr. De olika åtgärder som företogs under framförallt senare delen av 80-talet syftade till att dämpa den kraftiga utgiftsökningen för läkemedelsförmånen. Regeringen har i årets budgetproposition aviserat flera betydande förändringar i avgiftsreglerna av vilka några avses träda i kraft den 1 juli 1992.

Avgifter för tandvård

Barn och ungdomar under 20 år har rätt till avgiftsfri tandvård genom folktandvårdens försorg. De vuxnas avgifter för tandvård finns reglerade i tandvårdstaxan. Bestämmelserna för tandvårdsersättning för vuxna ändrades senast den 1 juli 1991. Från nämnda tidpunkt ersätts tandvårdskostnader upp till 3 000 kronor med 40 procent, tandvårdskostnader mellan 3 000 och 7 000 kronor med 50 procent och kostnader därutöver med 75 procent. Regeringen har i årets budgetproposition aviserat ytterligare ändringar i dessa ersättningsnivåer fr.o.m. den 1 juli 1992.

2.3 Problem med nuvarande avgiftssystem

De redovisade avgiftssystemen skiljer sig åt i flera viktiga avseenden. Reglerna innebär för det första att skillnader finns när det gäller antalet tjänster som avgifterna omfattar. Avgiften för personer boende på sjukhem innefattar såväl boendekostnader, mat, service, omvårdnad,

sjukvårdande behandling, läkarvård, läkemedel och i vissa fall tandvårdsbehandling. För personer boende på ålderdomshem täcker avgiften samma tjänster exklusive läkarvård, läkemedel och tandvårdsbehandling. För personer som bor i övriga boendeformer, särskilda som ordinära, gäller att betalning tas ut för varje tjänst för sig. Den enskilde betalar i särskild ordning utgifter för boende, mat och normala levnadsomkostnader samt avgifter var för sig för social hemhjälp, kommunal sjukvård, öppen hälso- och sjukvård i landstingets regi, läkemedel och tandvård.

En andra skillnad är att reglerna antingen medger ett inkomstdifferentierat avgiftsuttag eller att ett sådant uttag inte kan ske och att avgiften är enhetlig oberoende av inkomst. Avgiften för boende och vård på sjukhem är enhetlig liksom avgiften för öppen hälso- och sjukvård i regi av såväl kommun som landsting. Avgiften för personer boende på ålderdomshem är i princip inkomstdifferentierad. Detsamma gäller avgiften för hemhjälp eftersom kommunens enda restriktion i fråga om avgifter är att dessa inte får överstiga kommunens självkostnad.

En tredje skillnad är att storleken på avgiften antingen är kopplad till omfattningen av en tjänst eller att ett sådant samband saknas. För hemhjälp och öppen hälso- och sjukvård gäller i princip detta samband. För hemhjälp tar flertalet kommuner ut mer i avgifter vid större kvantitet av tjänsten. I öppen hälso- och sjukvård är avgiftsnivåerna olika för t.ex. läkarvård och sjukvårdande behandling. Det nämnda sambandet saknas i fråga om omvårdnad på ålderdomshem med helinackordering och omvårdnad i sjukhem. I dessa boendeformer är avgiften densamma oberoende av omfattningen av de tjänster som ges.

Ogynnsamma styreffekter

Sett från ett samhälls- eller kommunekonomiskt perspektiv kan man säga att de olika avgiftssystemen har ogynnsamma styreffekter. Givet t.ex. att en person har ett så stort omvårdnadsbehov att boende i särskild boendeform erfordras, styr avgiften **i princip** den enskilde att efterfråga sjukhemsboende i stället för boende i ålderdomshem eller bostad i annat serviceboende eftersom avgiften i det förra fallet är både lägre och omfattar fler tjänster. Samtidigt är den genomsnittliga bruttokostnaden för sjukhemsvård högre än för vård på t.ex. ålderdomshem vilket innebär att kopplingen mellan avgift och kostnad är negativ för sjukhem vid en jämförelse med ålderdomshem.

När det gäller kostnader för verksamheter och styrning finns också i princip situationer där service, omvårdnad och vård i den enskildes ordinära hem innebär ett fördelaktigare privatekonomiskt utfall än motsvarande tjänster på ålderdomshem. Om relationen mellan avgift och kostnad är positiv så att vården på ålderdomshem exklusive boendekostnad och mat är dyrare än i ordinärt boende är det inte något problem. Från styrningssynpunkt uppstår däremot ett problem om kommunens kostnad för vården på ålderdomshem är lägre än den i ordinärt boende samtidigt som den enskilde, givet samma inkomstsituation, får betala mer för vården på ålderdomshemmet.

Det är oklart hur omfattande styrningsproblemen är i praktiken. Rimligtvis eftersträvar enskilda i första hand en lämplig boendeform med tanke på de behov av omvårdnad som föreligger och intresserar sig först i andra hand eller inte alls för ekonomiska fördelar. Innehållet i vården och kvalitet i andra avseenden såsom boendestandard, möjlighet till självbestämmande m.m. är sannolikt mer avgörande faktorer än det privatekonomiska utfallet. Detta innebär dock inte att styrningsproblemen får negligeras.

Orättvisa

Förutom att ge felaktiga signaler om kostnader för verksamheterna och att skapa ett potentiellt efterfrågetryck på det privatekonomiskt mest fördelaktiga alternativet, leder skilda avgiftssystem för ålderdomshem och sjukhem till en orättvis situation eftersom avgifterna blir olika även i en situation då två personer har samma inkomster och samma vårdkonsumtion. Särskilt markant blir denna orättvisa om en enskild i sjukhemsboende även har en bättre boendestandard, vilket kan gälla om sjukhemmet är nybyggt och ålderdomshemmet är ett par decennier gammalt och inte har byggts om.

Många äldre kan ha en behovssituation som gör både ålderdomshem och sjukhem lämpliga som 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 vården 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.

Praktiskt svårhanterligt

De nuvarande skilda avgiftssystemen innebär även praktiska svårigheter. Orättvisa system skapar missnöje och kan störa relationen mellan personalen och de äldre och funktionshindrade personerna. Personalen måste använda tid till att förklara skillnaderna och kan ha svårigheter med detta eftersom dessa inte kan försvaras. De skilda systemen kan också påverka människor till att vilja flytta från boendeformer som innebär mindre gynnsamma privatekonomiska villkor relativt sett. Olikformade avgiftssystem kan på det sättet bidra till onödig oro.

Ett annat problem är att skilda avgiftssystem kan vara svåra att administrera.

3 Grunder för en ny inriktning

Vår bedömning: Staten bör inte reglera utformning av och nivå på avgifter för kommunernas tjänster inom service, omvårdnad och vård. Förutsättningar bör skapas för en från boendeformerna neutral avgiftssättning genom att väsentliga olikheter och hinder i nuvarande regelsystem tas bort.

För att skydda den enskilde mot alltför höga avgifter bör ett statligt reglerat kommunalt högkostnadsskydd införas för kommunernas tjänster inom service, omvårdnad och vård.

3.1 Inledning

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 och i äldredelegationens riktlinjer är att kommunernas avgifter 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.

För att uppnå neutralitet behöver en avgränsning göras mot såväl den enskildes normala levnadsomkostnader för boende, mat m.m. som tjänster vilka tillhandahålls av en annan än kommunen, t.ex. läkarvård och läkemedel.

Hur avgränsningar kommer att göras för att skapa ett neutralt avgiftssystem behandlas mer ingående i nästa kapitel. Här skall två andra förutsättningar redovisas och bedömas, nämligen frågorna om inkomstdifferentierade eller enhetliga avgiftssystem och om statlig reglering av dessa system.

Inledningsvis redovisas en komprimerad bild av äldreomsorgens och äldresjukvårdens utveckling under 1900-talet. Därefter behandlas tidigare bedömningar av avgifter för vård på ålderdomshem och sjukhem och den nuvarande inriktningen mot att avreglera avgiftssättningen hos

landsting och kommuner.

3.2 Omsorg och vård i ett längre tidsperspektiv

Sett i ett längre tidsperspektiv – 1900-talet – kan tre faser skönjas i utvecklingen av äldreomsorg och äldresjukvård. Det första skedet sträcker sig fram till 1950-talet och det andra till slutet av 1980-talet. Äldrereformen är en av faktorerna i det tredje skedet.

Fram till 1950-talet är ålderdomshem under kommunalt huvudmannaskap den huvudsakliga formen för omvårdnad och vård av äldre. De samhällsekonomiska resurserna är under perioden begränsade liksom utbudet av service.

1950-talet är ett decennium av vårdideologisk omorientering. I stället för vård i samband med institutionsboende vinner idéer om service i äldres egna bostäder terräng. Den sociala hemhjälpen ges en kraftig expansion från slutet av decenniet och understöds av ett väl tilltaget statsbidrag från mitten av 1960-talet. Parallellt med denna utveckling sker satsningar på äldres ordinära boende. Ålderdomshem fortsätter att byggas men ges inte samma utvecklingsstöd som hemhjälpen får. Statsbidrag till byggande av ålderdomshem upphör t.ex. år 1965, samma år som kommunerna ges en extra stimulans genom bidrag till den sociala hemhjälpen med 35 procent av nettokostnaderna. Statsbidraget ändras år 1975 till 35 procent av bruttokostnaderna.

Genom lagändring år 1951 får landstingen ansvar för de kroniskt sjuka. Ålderdomshemmen avlastas därmed den "klientblandning" som utgjort ett problem för hemmen i deras tillväxtfas från 1920-talet. Kronikervården genomgår samma utveckling som den kommunala åldringsvården, först en kraftig expansion av slutenvårdsresurser och från 1980-talet starkare inslag av hemsjukvård och samspel med kommunernas hemtjänst.

Utvecklingen av insatser för äldre från 1950-tal till 1980-tal har sin grund i en kraftig ekonomisk tillväxt. Välståndet i samhället ökar och den offentliga verksamheten byggs ut till att täcka bl.a. större behov av service, omvårdnad och vård för äldre.

1980-talet är en omorienteringsfas till nya förutsättningar. Det sammantagna antalet platser i ålderdomshem, servicehus och sjukhem stagnerar. Antalet äldre med stora vårdbehov fortsätter emellertid att öka. Hemtjänsten och hemsjukvården ökar i motsvarande grad. En bättre blandning eftersträvas när det gäller öppna och institutionella vårdformer.

Ett nytt skede med dessa förtecken inleds från slutet av 1980-talet markerat av att ålderdomshem ges likvärdiga villkor med hemtjänst i fråga om statsbidrag för personalkostnader. Äldrereformen är nästa steg och utmärks av behovet att rationellt använda resurserna inom öppen service, omvårdnad och vård och att samla differentierade former för särskilt boende under en och samma huvudman. Omorienteringen under 1980-talet har andra förtecken än de som gällde under 1950-talet. Utrymme saknas för nya skattefinansierade resurser medan sådana var i tillväxan-

de från 1950-talet. De s.k. äldre-äldre personerna över 80 år är påtagligt mycket fler och behoven hos dessa är mer tydliga än vid inledningen till det föregående skedet. Avgiftsfrågan får en ny aktualitet till följd av att konkurrerande behov skall klaras inom ramen för en skattekvot som inte växer.

3.3 Tidigare bedömningar av avgiftsfrågan

3.3.1 Inledning

I avsnittet redovisas framväxten av de nuvarande avgiftssystemen med utgångspunkt från betänkanden, propositioner och riksdagsbeslut m.m. Beskrivningen av systemen begränsas till de förhållanden som gäller ålderdomshem och sjukhem.

3.3.2 Avgifter för boende och vård i ålderdomshem

År 1947 beslutade riksdagen att ålderdomshemmen skulle särskiljas från fattigvården och istället bli inackorderingshem för gamla. Beslutet byggde på socialvårdskommitténs betänkande (SOU 1946:52). Kommittén framhöll att utvecklingen i praktiken och utan författningsstöd hade medfört att hemmen utöver försörjningsoförmögna, även fått motta icke sjukvårdsbehövande åldringar med tillräcklig inkomst för att kunna betala del av vårdkostnaden. Till detta kom, enligt kommittén, att pensionärernas betalningsförmåga överhuvudtaget hade förbättrats, bl.a. genom den folkpensionsreform som riksdagen antagit år 1946. Tanken väcktes härigenom att vård- och tillsynskostnader rent allmänt borde kunna betalas genom avgifter. Kommittén förordade att driftskostnaderna vid ålderdomshemmen i första hand skulle bestridas genom uttag av avgifter av pensionärerna och att dessa skulle motsvara folkpension minskad med fickpengar för pensionären.

I prop. 1947:243 angående grunderna för ålderdomshemsvårdens ordnande anförde föredragande departementschefen att förbättrade folkpensionsförmåner skapade möjligheter för pensionärer att erlägga en skälig avgift, även om de inte hade någon annan inkomst än folkpension. Avgifterna borde enligt statsrådet vara enhetliga och lika för alla oberoende av inkomst och förmögenhet. Något förslag om lagfästande av enhetsavgifter framfördes inte i propositionen. Mot departementschefens uttalande i avgiftsfrågan hade riksdagen ingen erinran (SoU 1947:184, rskr. 1947:361).

Socialvårdskommittén föreslog att regler för ålderdomshemmen skulle upptas i en särskild lag. Någon sådan lag kom aldrig till stånd. När fattigvårdslagen från år 1918 moderniserades och antogs av riksdagen år 1955 som socialhjälpslagen, ålades kommunerna i denna lag att anordna och driva hem för åldringar och andra vårdbehövande.

Även 1952 års åldringsvårdsutredning (SOU 1956:1) föreslog att bestämmelser om ålderdomshem skulle överföras till en särskild lag för att bl.a. trygga hemmens karaktär av inackorderingshem. Utredningen före-

slog att avgiftssättningen borde anpassas så att folkpensionens belopp minskat med fickpengar skulle täcka vårdavgiften.

Föredragande statsrådet framhöll i prop. 1957:38 att ålderdomshemmens ställning i princip inte behövde regleras på annat sätt än som skett i socialhjälpslagen. Vidare ansåg statsrådet att ett lagfästande av vårdavgiftens nivå, enligt utredningens förslag, inte var aktuell.

Skälet till att enhetsavgifter inte lagfästes var bl.a. att moderna ålderdomshem började bli populära även bland mer välsituerade äldre personer vilket föranledde en hel del kommuner att ta ut differentierade avgifter i strid mot 1947 års riktlinjer.

Även socialpolitiska kommittén berörde avgiftsfrågan (SOU 1963:47 och 1966:45). Kommittén framhöll att avgifter - med tanke på åldringarnas förbättrade ekonomiska resurser genom ATP-reformen år 1959 – numera kunde betraktas från andra utgångspunkter. Reglering av avgifter var därför inte aktuell.

Några uttryckliga författningsbestämmelser om kommunernas uttag av ålderdomshemsavgifter kom aldrig till stånd under tiden fram till 1970-talet. I avsaknad av sådana kom kommunernas uttag att ske enligt olika system. Två huvudlinjer utvecklades, en med enhetliga avgifter och en med differentierad taxa. Vid en enhetlig dagavgift översteg denna oftast inte folkpensionen reducerad med fickpengar medan den differentierade avgiften utgick från betalningsförmågan. I båda fallen utgjorde kommunens självkostnad en gräns.

År 1968 olagligförklarade regeringsrätten en inkomstbaserad avgift vid ålderdomshem. Avgiften ansågs strida mot likställighetsprincipen. Vid den tidpunkten tillämpades ett inkomstdifferentierat system av flertalet kommuner. Kommunförbundet gjorde därför en hemställan om lagändring i syfte att möjliggöra ett differentierat avgiftsuttag. Uppdraget att belysa frågan gavs till den pågående socialutredningen.

Socialutredningen lämnade förslag i betänkandet Ålderdomshemsavgifter (DsS 1970:6). Flera skäl talade enligt utredningen för ett system med differentierade avgifter. Ett skäl var att det måste anses otillfredsställande att en persons uppehälle och vård bekostas via skattemedel om den enskilde har egna medel. Ett sådant förhållande skulle, menade utredningen, vara svårt att acceptera särskilt med tanke på att det övervägande antalet äldre med egna medel måste bekosta motsvarande utgifter för bostad, mat, vård och hjälp. Utredningen framhöll som ett andra skäl kommunalekonomiska förhållanden. Av likställighets- och rättviseskäl förordade utredningen därför att avgifter borde tas ut för socialvårdens tjänster till den del de omfattar mat och bostad, när personer har egna medel till detta. Om ekonomiska omständigheter medgav det borde, enligt utredningen, även avgifter kunna tas ut för att täcka kostnader för vård m.m. Kostnadsskäl, ansåg utredningen, fick dock inte förhindra att vård- och serviceberoende personer avstod från att anlita socialvårdens tjänster. Därför skulle enskilda garanteras ett fribelopp för personliga utgifter och delaktighet i den allmänna standardstegringen.

Legaliseringen av socialutredningens synpunkter genomfördes så att socialhjälpslagen tillfördes en ny paragraf 19a § där det föreskrevs att

för vård i ålderdomshem skulle utgå avgift enligt grunder som beslutades av kommunen (prop. 1971:121). Avgift för vården fick inte överstiga vad som motsvarade vårdplatsens andel i kostnaden för hemmets anläggning, underhåll och drift. Avgift skulle sättas så att vårdtagaren förbehölls medel för personliga behov i enlighet med föreskrifter som meddelades av regeringen. Sådana garantiregler togs in i kungörelsen (1971:830) om avgifter för ålderdomshem.

I socialutredningens slutbetänkande (SOU 1977:40) förordades en övergång från en mer sluten åldringsvård till social service i anslutning till eget boende. I fråga om avgifter vid helinackordering för äldre borde, enligt utredningen, dessa kunna anpassas till den enskildes betalningsförmåga. De vid tidpunkten gällande avgiftsreglerna i kungörelsen om ålderdomshemsavgifter borde, anförde utredningen, kunna äga fortsatt giltighet.

I socialtjänstpropositionen (prop. 1979/80:1) framhöll föredragande statsrådet att 1964 års riksdagsbeslut om program för bättre bostäder för äldre och stöd i hemmet, pekade på att det behövdes alternativa boendeformer för äldre och att sådana boendeformer först under 1970-talet hade utvecklats i form av servicebostäder. Med en successiv utveckling från helinackordering i ålderdomshem till ett boende med mer individuellt anpassad service borde, enligt föredraganden, avgiftssystemet vid servicehusen på sikt komma till användning även inom ålderdomshemmen. I fråga om avgifter vid servicehus framhöll statsrådet, att han var överens med socialutredningen att man borde sträva efter ett system med betalning för varje särskild tjänst.

Antalet boende i ålderdomshem har under 1980-talet minskat med ca 20 000 personer till omkring 39 000 personer år 1990. Boende i servicehus har under samma tid ökat i motsvarande mån och uppgår till ungefär samma antal personer. Denna strukturella förändring har inneburit att fler personer än för tio år sedan betalar för varje särskild tjänst för sig. Inriktningen mot att bryta vårdprincipen och helinackorderingssystemet vid de kvarvarande ålderdomshemmen till förmån för behovsanpassade insatser och enskilt boende har emellertid haft dåligt genomslag under 1980-talet. Bl.a. har reglerna för statsbidrag varit ett hinder. För statsbidrag till social hemhjälp och för räntebidrag vid ny- och ombyggnad av bostäder har krävts att pensionärerna har haft tillgång till fullvärdiga lägenheter.

Villkoren för ålderdomshem förändrades genom att särskilda bestämmelser om bostadslån för ny- och ombyggnad började tillämpas fr.o.m. den 1 juli 1988. Detta gav i sin tur förutsättningar för statsbidrag även till personalkostnader i ålderdomshem. Fr.o.m den 1 januari 1989 tas i statsbidragbestämmelserna samma hänsyn till personalkostnader vid omvårdnad i ålderdomshem som i ordinärt boende (prop. 1987/88:100, SoU 15, rskr. 311).

3.3.3 Avgifter för boende och vård i sjukhem

Det var först sedan landstingen genom ändring i sjukhuslagen år 1951 fått ett uttryckligt ansvar för kronisk kroppssjukvård som en mer markant utbyggnad av vårdformen påbörjades. Platser inrättades vid bl.a. specialavdelningar på lasarett och sjukstugor.

I den fr.o.m år 1955 gällande lagen om allmän sjukförsäkring stadgades att enskildas kostnader för sjukhusvård skulle betalas genom försäkringen. För att inte åsamka sjukförsäkringen alltför stora utgiftsbelopp fanns regler om begränsad sjukhjälpstid införda i lagen. För personer med pension var denna tid 90 dagar, varefter den enskilde blev utförsäkrad och själv fick betala de avgifter som sjukhushuvudmannen fastställt. Sjukhjälpstiden utvidgades år 1959 till 180 dagar.

Bestämmelser om ersättning för sjukhusvård inarbetades i början av 1960-talet i lagen om allmän försäkring. Denna lag började gälla fr.o.m år 1962. Sjukhjälpstiden för pensionärer utvidgades år 1970 till 360 dagar.

Den kostnad för sjukhusvård som sjukförsäkringen svarade för motsvarade kostnaden för vård på allmän sal. Vårdavgiften per dag var under 1950-talet ett par kronor. År 1959 höjdes taxan från tre till fem kronor. År 1976 var den 20 kronor och år 1992 är den maximalt 65 kronor för pensionärer och 70 kronor för sjukpenningförsäkrade.

Avgiftens nivå har föranlett flera utredningar att göra jämförelser av den privatekonomiska situationen för personer som vårdas i ålderdomshem och i långtidssjukvård.

Socialpolitiska kommittén redovisade i betänkandet Åldringsvårdens läge (SOU 1963:47) överväganden om behoven och bristerna inom åldringsvården och långtidssjukvården. Bl.a. framhöll kommittén att avsevärt lägre avgifter på sjukhem för långvarigt sjuka i förhållande till inackorderingskostnaden på ålderdomshem, medförde ett efterfrågetryck på sjukhemssektorn som kanske inte var påkallat av vårdbehov.

1961 års sjukförsäkringsutredning tog fasta på socialpolitiska kommitténs bedömning och föreslog i betänkandet Förmåner och avgifter i sluten sjukvård m.m. (SOU 1967:63) att systemet med en låg enhetlig avgift för medicinsk vård och underhållskostnader (mat och logi) borde överges och att avgifter borde tas ut för underhållskostnader motsvarande den genomsnittliga kostnaden per vårddag för underhåll av patient vid ålderdomshemmen. Underhållsavgiften skulle, enligt utredningen, uppbäras efter en viss karenstid. Genom en underhållsavgift ansåg utredningen att det s.k. överskottsproblemet skulle få en lösning. Överskottsproblemet bestod av att patienter med långvariga vårdbehov ackumulerade betydande belopp för egen del till följd av låga sjukhusavgifter. Som skäl för sitt förslag anförde utredningen att den enskildes förmåga att bära kostnader vid sjukdom ökat väsentligt genom det ökade välståndet och genom den utbyggnad av förmånerna inom socialförsäkringen som successivt kommit till stånd och som för pensionärer innebar stigande inkomster för varje ny åldersgrupp av ATP-pensionärer. Vidare framhöll utredningen att efterfrågetrycket på vårdplatser inom långtidsvården innebar avsevärda krav på nyinvesteringar i sådan vård.

År 1972 rekommenderade Landstingsförbundet sjukvårdshuvudmännen att tillämpa ett system med differentierade avgifter. Efter prövning i regeringsrätten, där det fastslogs att systemet saknade laglig grund, hävde Landstingsförbundet sin rekommendation.

Efter överenskommelse med sjukvårdshuvudmännen fick socialutredningen år 1975 regeringens uppdrag att utreda frågan om vårdavgifter för utförsäkrade patienter. Socialutredningen redovisade år 1977 i ett delbetänkande, Avgifter inom långtidsvården (DsS 1977:2), de avgiftsregler som tillämpades vid sluten sjukvård för utförsäkrade. I betänkandet tog utredningen inte ställning till avgiftsfrågans lösning utan begränsade sig till diskussioner och överväganden om olika alternativ. Bl.a. redovisade utredningen en modell för differentierade avgifter. Modellen innebar ökade avgiftsintäkter i förhållande till ett oförändrat avgiftssystem.

Ett förslag om differentierade avgifter för utförsäkrade personer lämnades av 1976 års kommunalekonomiska utredning (SOU 1977:78). Genom ett räkneexempel visade utredningen att inkomstökningen för huvudmännen skulle bli 66 miljoner kronor år 1975 och 126 miljoner kronor år 1980 om de utförsäkrade tillförsäkrades ett förbehåll för personliga omkostnader motsvarande 35 procent av ålderspension jämte pensionstillskott och 20 procent av andra inkomster efter skatt. I 1976 års prisläge skulle enligt utredningen landstingen erhålla 250 miljoner kronor mera år 1990 än vid tillämpning av det aktuella avgiftssystemet.

Utredningens förslag vann gehör hos statsmakterna och ett differentierat avgiftssystem infördes för utförsäkrade fr.o.m. den 1 januari 1982 (prop. 1981/82:22, SoU 12, rskr. 57).

Vid riksdagsbehandlingen förutsatte socialutskottet att avgiftssystemet skulle följas upp. En arbetsgrupp inom socialdepartementet tillsattes med denna uppgift. Till följd av kritik mot avgiftssystemet vidgades gruppens uppdrag till att även omfatta möjliga lösningar på avgiftsfrågan.

Som ett resultat av översynen avskaffades systemet med differentierade avgifter vid sjukhusvård för utförsäkrade den 1 april 1986 och en återgång skedde till det tidigare systemet med fasta vårdavgifter (prop. 1985/86:43). Föredragande statsrådet framhöll i propositionen att kritiken mot det differentierade systemet gällde såväl dess avsteg från den generella huvudlinjen i svensk socialpolitik om likabehandling som det sätt varpå avgifterna hade bestämts i enskilda fall. En av kritikpunkterna i det senare avseendet var att vårdavgifterna beräknats inte endast efter pensionsinkomster utan även på alla andra inkomster, t.ex. på inkomster av vad en folkpensionär har sparat ihop för att få en tryggare ålderdom för egen del och för sina anhöriga. Därtill kom att uppgiftslämnandet och kontrollen av enskildas inkomster upplevdes som kränkande. Även mot tillämpningen av systemet framfördes kritik eftersom riksdagens uttalanden om varsamhet och generositet inte hade följts samt för att avgiftsreglerna och därmed de ekonomiska konsekvenserna för enskilda varierade kraftigt från en huvudman till en annan.

Efter återgången under år 1986 till enhetstaxa har avgiftsreglerna förändrats. Det avgiftsfria året vid sjukhusvård avskaffades den 1 januari

1989 för pensionärer med hel ålderspension (prop. 1988/89:33). Motsvarande förändring skedde för pensionärer med hel förtidspension fr.o.m. den 1 juli 1991 (prop. 1990/91:100 bil. 7).

Det huvudsakliga motivet för att slopa friåret var att pensionärernas ekonomiska förhållanden avsevärt förbättrats sedan år 1970 då det avgiftsfria året infördes. Det föredragande statsrådet konstaterade att ATP-pensionärerna blivit allt fler och att folkpensionsförmånerna successivt förbättrats (prop. 1988/89:33).

Till detta system har fogats en möjlighet till individuell nedsättning av avgiften i särskilda fall med hänsyn till pensionärers ekonomiska förhållanden och behov av medel till bostad och/eller till rehabilitering (prop. 1988/89:83).

3.4 Friare avgiftssättning

3.4.1 Inledning

En förändring pågår av den offentliga sektorns styrnings- och regelsystem. Inriktningen är att minska den centrala regelstyrningen och att ge större frihet för kommuner och landsting att själva bestämma hur ålagda verksamheter skall skötas. Uttryck för denna förändring under 1980- och 1990-talen är bl.a. frikommunförsök, ny kommunallag som ger större möjligheter att lokalt avgöra hur verksamheter skall organiseras i nämnder och förvaltningar, försök med kommunal primärvård, avreglering av avgifter i den öppna hälso- och sjukvården och förslag till nytt statsbidragssystem.

Vi anser att denna inriktning har betydelse även för de lösningar vi förordar. I avsnittet skall avregleringen av avgifter inom den öppna hälso- och sjukvården belysas och några av kommunalekonomiska kommitténs synpunkter redovisas.

3.4.2 Avregleringen av avgifter inom öppen hälso- och sjukvård

Systemet med statligt reglerade patientavgifter inom den öppna hälso- och sjukvården avskaffades genom riksdagsbeslut fr.o.m. år 1991. Beslutet var ett resultat av överläggningar mellan staten och sjukvårdshuvudmännen om ersättningar från sjukförsäkringen till sjukvårdshuvudmännen. Förändringen omfattade även de till sjukförsäkringssystemet anslutna privatpraktiserande läkarna och sjukgymnasterna. Det förutsattes också att avgifterna för den sjuk- och hälsovård som lämnas inom företags- och studerandehälsovården skulle anpassas till sjukvårdshuvudmännens avgiftssystem.

Motivet för att avreglera systemet med öppenvårdsavgifter var att skapa förutsättningar för ett effektivare utnyttjande av hälso- och sjukvårdens organisation och resurser, t.ex. genom uttag av olika avgifter för skilda typer av mottagningar och tjänster.

Avregleringen krävde ändringar i det s.k. högkostnadsskyddet för

öppen sjukvård och läkemedel. På förslag av regeringen fastställde riksdagen ett beloppsbaserat högkostnadsskydd. Taknivån för detta högkostnadsskydd är som har redovisats i kapitel två 1 500 kronor för öppen sjukvård och läkemedel under en 12-månadersperiod.

3.4.3 Nytt statsbidragssystem och minskad styrning

Kommunalekonomiska kommittén framhåller i ett nyligen avgivet betänkande, Kommunal ekonomi i balans - statsbidrag för ökat handlingsutrymme och nya samarbetsformer (SOU 1991:98) att målet om samhällsekonomisk balans är överordnat andra krav och måste styra bedömningen av det framtida utrymmet för den kommunala sektorn. De konkurrensutsatta delarna av den svenska ekonomin måste förstärkas och offentliga utgifter hållas tillbaka till förmån för privat och offentligt sparande. Kommunernas reala resurser kan därför inte tillåtas öka under 1900-talet. Den totala skattekvoten i den svenska ekonomin skall sänkas, menar kommittén.

Med tanke på de begränsade framtida ekonomiska resurserna kommer, enligt kommittén, stora krav att ställas på förnyelse och effektivisering av den kommunala verksamheten. En förutsättning för att detta skall lyckas är, anser kommittén, att kommunerna och landstingen får en betydligt större frihet än idag att organisera och prioritera sin verksamhet. En fortsatt avreglering är därför nödvändig, framförallt när det gäller statsbidragen. Kommittén föreslår att 24 av nuvarande ca 65 specialdestinerade statsbidrag slopas och inordnas i ett generellt statsbidrag. Kommittén framhåller även att en ökad avgiftsfinansiering kan vara en möjlighet för kommunsektorn att bedriva en mer omfattande verksamhet än vad sparkrav och minskande skattekvot kommer att medge.

3.5 Vår bedömning

I kapitlets inledning redovisas ett perspektiv på äldreomsorgens och äldresjukvårdens utveckling under 1900-talet. Där framhålls att en ny fas inleds från slutet av 1980-talet markerad av att ålderdomshem ges likvärdiga villkor med hemtjänst i fråga om statsbidrag för personalkostnader och att äldrereformen genomförs. Det nya skedet utmärks av behovet att rationellt använda resurserna inom öppen service, omvårdnad och vård och att samla differentierade former för särskilt boende under en och samma huvudman. Omorienteringen under 1980-talet har andra förtecken än de som gällde under 1950-talet då den föregående fasen inleddes. Möjlighet saknas i nuvarande skede att få fram nya skattefinansierade resurser medan sådana var i tillväxande från 1950-talet. Personerna över 80 år är påtagligt mycket fler och behoven hos dessa är mer tydliga än vid inledningen till det föregående skedet. Avgiftsfrågan får en ny aktualitet till följd av att konkurrerande behov skall klaras inom ramen för en skattekvot som inte växer.

I avsnittet om tidigare gjorda bedömningar i avgiftsfrågan anges om ålderdomshemsavgifter att tanken på enhetliga och lika avgifter oberoen-

de av inkomst och förmögenhet fanns tillsammans med andra modeller redan under 1940-talet. Avgifterna var emellertid oreglerade fram till 1970-talet vilket medförde en successiv utveckling mot en inkomstdifferentierad avgiftssättning. På förslag av socialutredningen lagfästes denna typ av avgifter under 1970-talet och gäller alltjämt vid helinackordering.

För sjukhemsboende har enhetsavgifter för vård, mat och boende varit den grundläggande principen alltsedan 1950-talet. Principen har dock varit starkt ifrågasatt ur rättvisesynpunkt och av finansiella skäl när det gäller långtidsvårdade pensionärer som har blivit utförsäkrade. Förslag om differentierad avgift för denna kategori personer framfördes under 1960- och 1970-talen och underbyggdes av redovisningar om successivt förbättrade ekonomiska villkor för pensionärer och större betalningsförmåga. Ett inkomstdifferentierat avgiftssystem med samma konstruktion som i ålderdomshemmen prövades under knappt fem år på 1980-talet. Systemet mötte kritik i första hand för att landstingen tillämpade det på olika sätt och för att avgifterna inte enbart beräknades med utgångspunkt från löpande inkomster utan även utifrån den enskildes förmögenhetssituation.

Vi anser att valet mellan enhetsavgifter och inkomstdifferentierade avgiftssystem är en fråga om prioriteringar av samhällets resurser. Avgiftssystem som bygger på inkomstdifferentiering ger i regel högre intäkter till den aktuella verksamheten. De kan av det skälet anses önskvärda i nuvarande skede då behovet av insatser för de äldre ökar till följd av den demografiska utvecklingen samtidigt som även andra samhällsområden och åldersgrupper med nödvändighet måste prioriteras högt.

Vi gör därför den bedömningen att varken sjukhemmens nuvarande avgiftsnivå eller system med enhetsavgift bör utgöra modell för avgifter och högkostnadsskydd inom den kommunalt bedrivna äldreomsorgen och handikappomsorgen. Avgifter för service, omvårdnad och vård i övertagna inrättningar bör i princip, menar vi, kunna tas ut inom ramen för inkomstdifferentierade avgiftssystem. Skälen för detta är såväl samhälls- och kommunfinansiella som andra mer pragmatiska. Till de senare hör att de av kommunerna övertagna sjukhemmen utgör mindre delar av en mer omfattande kommunal service- och omvårdnadsverksamhet. I denna verksamhet tillämpar kommunerna av tradition och i merparten fall differentierade avgiftssystem i såväl hemtjänst som i ålderdomshem med helinackordering. För att kunna få till stånd en neutralitet oberoende av boendeform i fråga om kommunernas avgifter för service, omvårdnad och vård är det därför rimligt att en anpassning genomförs av de övertagna inrättningarna och inte tvärtom.

Vi ansluter oss till kommunalekonomiska kommitténs bedömning att begränsade ekonomiska resurser samt krav på förnyelse och effektivisering nödvändiggör en ökad frihet för kommuner och landsting att organisera och prioritera sina verksamheter. Av detta drar vi slutsatsen för vårt uppdrag att staten inte bör reglera utformning av och nivå på avgifter för kommunernas tjänster inom området service, omvårdnad och vård. Vi menar att det steg som tagits vid avregleringen av avgifterna

inom den öppna hälso- och sjukvården bör fullföljas även inom det primärkommunala området. Redan idag tillämpas ett i princip oreglerat avgiftssystem inom den volymmässigt största delen av kommunens sociala verksamhet, hemhjälpen. Ett sådant avgiftssystem bör framöver kunna gälla även för tjänster i boendeformer som i dag har reglerade avgifter, dvs ålderdomshem och sjukhem.

Från statsmakternas sida bör förutsättningar skapas för en från boendeformerna neutral avgiftssättning genom att väsentliga olikheter och hinder i nuvarande regelsystem tas bort.

Om möjlighet till i princip fri avgiftssättning införs för kommunerna blir det dock, enligt vår uppfattning, nödvändigt att införa ett kommunalt högkostnadsskydd och utforma detta så att enskilda inte drabbas av alltför höga avgifter. Ett sådant högkostnadsskydd bör vara inkomstrelaterat och därmed i princip ge utrymme för ett avgiftsuttag som varierar med den enskildes inkomst. Denna utgångspunkt hindrar inte att en kommun tillämpar enhetliga avgiftsnivåer för sina tjänster. Det förhindrar dock att högre avgifter tas ut än vad enskilda kan bära med tanke på andra kostnader än de som gäller för själva vården.

4 En modell för ett kommunalt högkostnadsskydd

Vårt förslag: Uttag av avgifter från enskilda för service, omvårdnad och vård skall begränsas genom införande av ett statligt reglerat kommunalt högkostnadsskydd. Syftet med ett sådant skydd är att garantera den enskilde 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 förbehållet 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 utgör kommunens avgiftstak för service, omvårdnad och vård. Kommunen bestämmer avgiftssystem och avgiftsnivåer inom ramen för det inkomstrelaterade högkostnadsskyddet. Avgifterna får dock inte överstiga kommunens självkostnader.

4.1 Inledning

Ett neutralt avgiftssystem förutsätter en avgränsning av antalet tjänster som avgifterna skall omfatta. Vår modell för detta är att det kommunala högkostnadsskyddet enbart skall gälla respektive kommuns service, omvårdnad och vård till äldre och handikappade. Vi utesluter alltså det som är alla människors normala levnadsomkostnader, dvs. bostad, mat, hygienartiklar m.m. Vi exkluderar också de tjänster och varor som ges

av annan, t.ex. läkarvård, läkemedel m.m.

Alla boendeformer görs därmed likvärdiga i fråga om det kommunala högkostnadsskyddet. Enskilda som bor i sjukhem får betala avgifter för service, omvårdnad och vård på samma sätt som i andra särskilda och ordinära boendeformer. De får även betala för mat och boende samt för tjänster som ges av en annan än kommunen.

Även för personer som nu betalar en helinackorderingsavgift på ålderdomshem sker den förändringen att avgifter för vården separeras från betalning för mat, boende och övriga utgifter.

Uttag av avgifter från enskilda skall 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 förbehållet belopp kompletteras med bostadsbidrag.

Den enskildes nettoinkomster utöver grundgaranti och förbehållsbelopp skall utgöra kommunens avgiftstak för service, omvårdnad och vård. Kommunen bestämmer själv avgiftssystem och avgiftsnivåer inom ramen för det inkomstrelaterade högkostnadsskyddet. Avgifterna får dock inte överstiga kommunens självkostnader.

Ett kommunalt högkostnadsskydd för service, omvårdnad och vård kan specificeras först när väsentliga förutsättningar har behandlats. Så gäller t.ex. att ett sådant skydd för de nämnda tjänsterna måste ha en grund i en definition av tjänsterna. Vidare krävs att sambandet eller samordningen med högkostnadsskyddet för öppen hälso- och sjukvård belyses. Därtill måste avskiljandet av boende- och andra normala levnadskostnader från området för det kommunala högkostnadsskyddet penetreras med tanke på de olika helinackorderingsavgifter som nu gäller för ålderdomshem och sjukhem.

Särskilt viktigt är det att diskutera förutsättningarna för hyressättning av boendeformer som i hög grad varken är fullvärdiga eller har en standard som motsvarar vad som krävs för att räntebidrag till ny- eller ombyggnad skall utgå.

Ett speciellt problem i fråga om boende och hyressättning gäller de institutioner för boende och vård som inte är särskilda boendeformer men som har samma omvårdnadsfunktioner som dessa.

I kapitlet behandlas i tur och ordning boende- och hyresfrågan, det kommunala högkostnadsskyddets förhållande till högkostnadskyddet för öppen hälso- och sjukvård samt avgränsningen av service, omvårdnad och vård. Därefter diskuteras konstruktionen av ett kommunalt högkostnadsskydd, betydelsen av KBT-utredningens förslag om bostadsstöd för pensionärer, inkomstbegrepp, situationer när avgifter bör nedsättas samt

vilka hänsyn som behöver tas till yngre funktionshindrade personer när det gäller uttag av avgifter.

4.2 Hyressättning av nuvarande helinackorderingsboenden

Boendekostnader och andra normala levnadsomkostnader måste särskiljas från de avgifter som tas ut för service, omvårdnad och vård. Det betyder att boendekostnader skall fastställas.

Med boende avses ett permanentboende, dvs att den enskilde har flyttat in i och stadigvarande bor i någon av de särskilda boendeformerna för att på det sättet få sina behov av service, omvårdnad och vård tillgodsedda.

En 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 klargörs 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. En systemförändring nu har dessutom en god förankring i äldrereformen genom att sjukhem och ålderdomshem har definierats som boendeformer och genom att reformen innebär extra resursinsatser för nybyggnad och för ombyggnad av äldre boendeformer.

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 vinns 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. Minskningen

i det senare fallet behöver dock inte vara proportionell eftersom bostadsstöd kan utjämna för högre bostadskostnader. Vi återkommer senare i kapitlet till frågan om bostadsstöd.

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 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 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 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, Bostadsstöd till pensionärer (SOU 1992:21) mellan 300 och 510 kronor per månad.

4.3 Samordning mellan ett kommunalt högkostnadsskydd och högkostnadsskyddet för öppen hälso- och sjukvård

Det s.k. högkostnadsskyddet för öppen hälso- och sjukvård avsågs gälla även för kommunernas hälso- och sjukvård enligt prop. 1990/91:14, Ansvaret för service och vård till äldre och handikappade m.m. Riksdagen fattade emellertid inte något beslut om erforderliga förändringar i gällande lagstiftning. Sedan genomförandet av äldrereformen har högkostnadsskyddet kommit att i princip omfatta enbart landstingens och de landstingsfria kommunernas öppenvård. Överenskommelser mellan kommuner och landsting om ett gemensamt högkostnadsskydd har träffats endast i ett fåtal fall.

I den situationen är det möjligt att diskutera vilket högkostnadsskydd som skall gälla för den kommunala hälso- och sjukvården. Vi anser att starka skäl talar för att kommunens hälso- och sjukvård och socialtjänst skall föras samman till en samlad service, omvårdnad och vård och att avgiftsuttaget skall begränsas av ett kommunalt högkostnadsskydd. Ett

huvudskäl är att kommunens hälso- och sjukvård skall integreras med den sociala hemhjälpsverksamheten. Härigenom blir det allt svårare att åtskilja sjukvårds- och sociala tjänster i det vardagliga arbetet. Ett inte oväsentligt skäl är också att personalen tillhör samma huvudman. Ytterligare ett skäl är behovet av att hålla nere kostnader för administration.

Om det kommunala högkostnadsskyddet således inte bör integreras med högkostnadsskyddet för öppen hälso- och sjukvård, bör det vara utformat så att kostnader för tjänster som omfattas av nuvarande högkostnadsskydd beaktas. En sådan samordning kan ske genom att det kommunala högkostnadsskyddet utformas så att enskilda får medel över för att klara även utgifter för tjänster som tillhandhålls av en annan (eller i vissa fall kommuner), dvs. öppen hälso- och sjukvård genom landstingen, läkemedel, sjukresor och tandvård. Vi återkommer till detta vid beskrivningen av vår modell.

4.4 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 bedriver i ordinärt boende, i särskilda boendeformer för service och omvårdnad, i bostäder med särskild service och i dagverksamheter. För vård i sjukhem som kommunen har betalningsansvar för enligt 4 och 5 §§ lagen (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård, skall principerna för det kommunala högkostnadsskyddet tillämpas så som har beskrivits i avsnitt 4.2.

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

Det innebär att individuellt bedömda tjänster som lämnas *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 kan tillgodose själv men som vederbörande behö-

ver 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.

Vård

Sjukvårdsinsatser, t.ex.

* omläggningar, injektioner, medicinutdelning, provtagning, blodtrycks- och pulskontroller, 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 ges av 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 generellt 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.

Tjänster för omvårdnad och vård är i sammanhanget mer självklara.

4.5 Konstruktion av ett kommunalt högkostnadsskydd

4.5.1 Grundgaranti

Nivån för normala levnadsomkostnader kan specificeras med utgångspunkt i socialstyrelsens vägledande norm för socialbidrag, konsumentverkets kostnadsberäkningar eller riksskatteverkets normalbelopp vid införsel och utmätning.

En jämförelse mellan de olika bedömningarna visar följande.

Tabell 1. Levnadsomkostnader. Beräkningar av socialstyrelsen, konsumentverket och riksskatteverket.

	Socialstyrelsen	Konsumentverket	Riksskatteverket Införsel	Utmätning
Ensamstående	3 258	3 130–3 610	3 360	3 529
Samboende	5 392	5 250–5 720	5 570	5 850
Barn			1 914	2 010
0–3 år	1 573	1 370–1 610		
4–10 år	1 853	1 730–1 760		
11–18 (20) år	2 134	1 860–2 220		
	Ingår		*Ingår*	
	Mindre utg för läkar- och tandvård		Fackavgift Mindre utg för tillfälliga behov	

Källa: Konsumentverket, jan. 1992.

Den grundgaranti som söks bör hålla sig inom gränserna för nämnda beräkningar men även ta hänsyn till de högre kostnader som äldre har för måltider vid boende i särskilda boendeformer. Grundgarantin bör i övrigt utformas så att beloppen för ensamstående respektive samboende blir lika oberoende av boendeform. Detta följer av vår allmänna inriktning att skapa förutsättningar för ett neutralt avgiftssystem i förhållande

till boendet. Grundgarantin anknyts till basbeloppet.

I våra överväganden har en grundgaranti på 125 % av basbeloppet använts för ensamstående personer och 221 % av basbeloppet för samboende. 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 2. Grundgarantibelopp för ensamstående och samboende personer.

	Ensamstående		Samboende	
	Ordinärt boende	Särskild boendeform	Ordinärt boende	Särskild boendeform
Individuella kostnader	2 170	2 695	4 380	4 980
Hushålls-kostnader	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 samt 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. Fördel-

ningen 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 kostnadsslag skett genom användning av såväl konsumentverkets som socialstyrelsens underlag.

Samboendebegreppet

Begreppet samboende har hittills använts utan att någon definition har redovisats. Med samboende avses 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 jämställs 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.

Personer med barn

För två grupper med barn har utredningen inte kunnat bedöma effekterna av det föreslagna systemet. Den ena gruppen är föräldrar med barn som har funktionshinder och behov av service, omvårdnad och vård. Den andra 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.

4.5.2 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). Detta förslag presenteras i nästa avsnitt.

En nivå på förbehållsbeloppet som relativt väl samvarierar med KBT-utredningens grundförslag är 70 % av nettoinkomster överstigande grundgarantin. Med 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. Nämnda kostnad utgör KBT-utredningens takkostnad för bostadsbidrag.

KBT-utredningen redovisar även andra förslag som medför kostnader utöver den kostnadsram som har gällt för utredningen. Av dessa förordar utredningen ett som har en lägre kostnadsgräns (självrisk) än i grundförslaget och en högre ersättningsnivå. Om detta alternativa förslag eller något annat förslag än grundförslaget beslutas av riksdagen, måste detta naturligtvis beaktas även i fråga om nivån på förbehållsbeloppet.

Som framhållits i avsnitt 4.2 innebär en åtskillnad av bostadskostnaden från avgiften för service, omvårdnad och vård att den enskilde vid relativt sett lägre boendekostnader kan tillgodogöra sig eventuella överskottsmedel. Kombinationen av förbehållsbelopp och bostadsbidrag har den effekten att den enskilde får mer pengar över för egen del ju lägre bostadskostnaden är. På det sättet finns en inbyggd kompensation i systemet för t.ex. de personer som bor i särskilda boendeformer i äldre fastigheter där utrymmesstandarden eller annan standard är låg. På samma sätt ges en kompensation till personer som bor tillsammans med någon annan i samma rum även där fastigheten kan vara relativt nybyggd. Lägre boendekostnader vid lägre standard följer av bruksvärdesprincipen.

Uppkomsten av överskottsmedel vid minskande bostadskostnad gäller generellt oberoende av inkomstnivåer hos de boende. För personer med högre inkomster är effekterna mer accentuerade än för personer med lägre inkomster. Som exempel kan nämnas att en person som har en så hög inkomst att bostadsbidrag inte utgår vid en boendekostnad på 4 500 kronor, får ett vidgat utrymme för konsumtion eller sparande med 1 000 kronor per månad för varje 1 000-tal kronor som bostadskostnaden sänks ned per månad.

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.

4.5.3 KBT-utredningens förslag om bostadsbidrag

KBT-utredningen föreslår att staten tar över kostnadsansvaret från kommunerna för bostadsbidrag till pensionärer. Som grundalternativ inom angivna kostnadsramar föreslår utredningen att följande regler skall gälla.

– Nedre kostnadsgräns (självrisk) 300 kr. Övre kostnadsgräns 4 500 kr. Ersättningsnivå för kostnader mellan 300 och 4 500 kr är 95 %.

– Från den framräknade inkomsten dras för varje pensionär ett allmänt fribelopp om 3 000 kr samt ett fribelopp som motsvarar hel folkpension och helt pensionstillskott. Det senare fribeloppet blir vid

förtidspension för ogift	2 basbelopp
förtidspension för gift	1,825 basbelopp
övrig pension för ogift	1,5 basbelopp
övrig pension för gift	1,325 basbelopp

Återstående inkomst reducerar bostadsbidrag med

35 % av den del av årsinkomsten som uppgår till 0,5 basbelopp
40 % av den del av årsinkomsten som överstiger 0,5 men inte 1,5 basbelopp.
45 % av den del av årsinkomsten som överstiger 1,5 basbelopp

Det innebär att vid en bruttoinkomst omkring 170 000 kr för ensamstående utges inte bostadsbidrag vid någon hyresnivå upp till 4 500 kronor per månad.

I KBT-utredningens alternativa modell till bostadsbidrag föreslås att den nedre kostnadsgränsen (självrisken) blir 200 kronor och ersättningsnivån 100 % för bostadskostnader mellan 200 kronor och 4 500 kronor per månad. Kostnaden för det alternativa förslaget beräknas uppgå till 9,6 miljarder kronor och för grundförslaget till knappt 8 miljarder kronor.

Ädelavgiftsutredningen har samverkat med KBT-utredningen i fråga om möjligheten att utge bostadsbidrag till boende i särskilda boendeformer. KBT-utredningen har i specialmotiveringen till författningsförslagen beträffande för vilken bostadskostnad bidraget kan betalas ut, angett följande:

> När en person stadigvarande bor eller vårdas på vårdinrättning eller i annat likartat boende skall folkbokföringen inte styra för vilken bostad som bostadsbidrag kan lämnas. I sådant fall skall

bostadsbidrag lämnas för den bostad pensionären faktiskt bor i. (sid. 258)

KBT-utredningen har även gjort kostnadsberäkningar för bostadsbidrag till personer boende i ålderdomshem och sjukhem. Bostadsbidrag för dessa personer uppskattas av utredningen till 150 miljoner kronor per år. Utredningen har emellertid inte noterat dessa kostnader inom de kostnadsramar som anges för grund- och alternativförslagen. Vi återkommer till detta förhållande i kap. 7. Här redovisas synpunkter på den övre kostnadsgränsen i KBT-utredningens förslag.

KBT-utredningens grund- och alternativförslag anger en övre kostnadsgräns på 4 500 kronor per månad för såväl ensamstående som samboende personer. Denna gräns kan i vissa fall medföra att nybyggda särskilda boendeformer inte blir åtkomliga för pensionärer med låga årsinkomster. För nybyggda bostäder år 1993 beräknar Boverket en genomsnittlig kvadratmeterkostnad i landet till 900 kronor. Vid en sådan kostnad nås kostnadsgränsen på 4 500 kronor per månad vid en boendeyta på 60 kvadratmeter. För storstadsområden är kvadratmeterkostnaden för bostäder i allmänhet högre än den genomsnittliga kostnaden i landet. Detta förhållande samt att markkostnad inte utgör grund för räntebidrag fr.o.m. år 1993, kan komma att ytterligare vidga skillnaden mellan storstadsområden och andra områden.

Personer som till följd av ålderdom eller funktionshinder har behov av boende i en särskild boendeform eller i en bostad med särskild service har inte samma valmöjligheter i fråga om bostäder som befolkningen i övrigt. Den föreslagna taknivån för bostadsbidrag kan därför innebära i vissa fall att kommunerna behöver ge en extra subvention till boendet utöver bostadsbidraget eller att kommunerna till följd av högre boendekostnader än taknivån för bostadsbidrag behöver jämka avgifterna för service, omvårdnad och vård i betydande omfattning. En sådan situation kan innebära ett negativt incitament för kommunerna och att utbyggnaden av särskilda boendeformer påverkas. Vi anser att problemet bör uppmärksammas vid beredningen av KBT-utredningens förslag och i samband med att bostadsbidragsreformen följs upp.

4.6 Inkomstbegreppet

För beräkning av förbehållsbelopp vid boende i ålderdomshem har i princip gällt sammanräknad inkomst vid taxering till statlig skatt. Samma inkomstbegrepp har använts för avgiftssättning vid hemtjänst.

För sjukhem gäller att avgift får tas ut från den som uppbär hel ålderspension eller hel förtidspension med en tredjedel av de allmänna pensionsförmånerna räknade per dag, dock högst 65 kr för varje vårddag.

I samband med öppen hälso- och sjukvård används inget inkomstbegrepp.

I det nya inkomstskattesystemet finns bara tre inkomstslag, nämligen tjänst, kapital och näringsverksamhet.

KBT-utredningen har i sitt betänkande 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. För pensionärer finns två vanliga situationer, menar utredningen, då den ekonomiska situationen påtagligt påverkas - pensionsinträdet och makes dödsfall. Att då använda en inaktuell uppgift skulle för många vara betungande då många pensionärer är resurssvaga och därmed beroende av ett aktuellt inkomstbegrepp.

Inkomst av kapital är svårare att bestämma framåt i tiden. Därför använder 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. Skuldräntor i den taxerade inkomsten av kapital avser alla skuldräntor, dvs räntor avseende småhus, bostadsrätter, sommarstugor, kontokortsskulder, studieskulder, reverser etc. Om skuldräntan i taxerad inkomst av kapital räknas in i årsinkomsten för bostadsbidrag kommer alla skuldräntor att påverka bostadsbidraget. En skuldränta avseende t.ex. småhus ökar då bostadskostnaden, minskar inkomsten för bostadsbidrag och minskar skatten. Konsekvensen blir att det för en pensionär blir lönsamt att belåna bostaden, dvs. pensionärens ekonomi förbättras med ökad belåning. Därför bör inte skuldränta påverka inkomsten.

För att undvika att pensionärer får sänkt bostadsstöd vid användning av faktisk inkomst av kapital har fribeloppet utökats innan nedtrappning sker av bostadsbidraget.

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 utredningen är det även av det skälet rimligt att använda samma inkomstbegrepp vid beräkning av det kommunala högkostnadsskyddet som vid beräkning av bostadsbidrag.

4.7 Särskilda frågor

4.7.1 Korttidsboende, växelvård och rehabilitering

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 insats i sitt stadigvarande boende varför avgiften inte behöver ändras.

Den enskildes kostnad för boendet kan på samma sätt avgöras av varje enskild kommun med utgångspunkt i aktuell kostnadsbild samt med beaktande av den enskildes ekonomiska situation.

4.7.2 Nedsättning av avgift

Regler om nedsättning av avgift har samma utgångspunkter för såväl ålderdomshem som sjukhem men har olika utformning och lagstöd.

För sjukhem gäller att när det avgiftsfria året avskaffades för pensionärer med hel ålderspension den 1 januari 1989, infördes i lagen om allmän försäkring en regel om möjlighet till individuell nedsättning av avgiften i särskilda fall med hänsyn till pensionärernas ekonomiska förhållanden och behov av medel till bostad och/eller till rehabilitering. (prop. 1988/89:83).

För ålderdomshem gäller regler i socialtjänstförordningen. I förordningens 49 § sägs att om någon annan är beroende för sitt uppehälle av den som är helinackorderad i ålderdomshem skall kommunen ta skälig hänsyn till det när avgiften bestäms. Även i annat fall skall avgiften sättas ned om det finns särskilda skäl till det.

I förarbetena till socialtjänstlagen ges exempel på fall där nedsättning av avgiften ska ske. Det kan t.ex. gälla en 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 anges 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.

4.7.3 Yngre personer i behov av service, omvårdnad och vård

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.

Vid samma grundgaranti och förbehållsbelopp får en förtidspensionär med en låg hel förtidspension ett bättre privatekonomiskt utfall efter betalning av vårdavgift än en ålderspensionär. Skälet till detta är att förtidspensionären har ett större pensionstillskott än ålderspensionären och att detta större pensionstillskott inte påverkar nedtrappningen av bostadsbidraget.

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 vilket ger möjligheter till en god boendestandard trots eventuellt låga inkomster hos den enskilde. Bostadsbidraget till 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.

Förutom att det allmänna bostadsbidraget är sämre för de som inte är pensionärer finns den komplikationen när det gäller avgiftssättning att vissa kommuner har regler för kommunalt bostadsbidrag till handikappade (KBH) medan andra inte har det. Därtill kommer att vissa personer kan ha handikappersättning som möjliggör att kostnader för personlig hjälp och merkostnader inte belastar individen. Till sist finns den svårigheten att uppgifter saknas om antalet personer som både har låga inkomster, lågt vanligt bostadsbidrag, inget KBH och ingen handikappersättning. Hur stora problemen är och hur hårt de drabbar enskilda är därför oklart.

Problemen med låga vanliga bostadsbidrag kan 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 inkomsten 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.

5 Analys av modellen. Effekter för enskilda och kommuner

Vår bedömning: Utformningen av det föreslagna kommunala högkostnadsskyddet möjliggör en neutral och rättvis avgiftssättning samtidigt som kommunerna genom det nya systemet tillförsäkras möjligheter till ökade intäkter.

Personer som bor i ålderdomshem får i allmänhet lägre kostnader medan de som bor på sjukhem får ökade kostnader. För insatser i ordinärt boende sker genom det nya systemet en utjämning av skillnader i avgiftsuttag mellan kommuner.

5.1 Inledning

En förändring av nuvarande avgiftssystem enligt utredningens förslag kommer att få betydelse för enskilda, kommuner, landsting, stat och försäkring. Personer som bor på sjukhem får som en följd av förslaget ökade totala kostnader, oavsett vilken aktuell inkomst de har medan enskilda som bor i ålderdomshem i huvudsak vinner på förändringen.

För personer som har social hemhjälp innebär det kommunala högkostnadsskyddet en entydig gräns för avgiftsuttag. Denna gräns ligger emellertid högre än de avgifter som kommunerna för närvarande tar ut i genomsnitt. Högkostnadsskyddet utgör därmed inget hinder för en höjning av avgifterna generellt sett. Det har dock den effekten att de skillnader mellan kommuner som finns beträffande avgiftsuttag minskar.

Mellan kommuner, landsting och stat kommer förskjutningar att ske i fråga om ansvar, kostnader och intäkter. Enligt utredningens förslag kommer t.ex. kommunerna att få ta ut avgifter från enskilda i sjukhem och därigenom få tillgodogöra sig nya intäkter medan stat och försäkring förlorar de avgiftsbelopp som avräknas från pension eller sjukpenning.

I kapitlet skall utgångspunkterna för analysen av utredningens modell för ett kommunalt högkostnadsskydd beskrivas översiktligt och effekterna för enskilda och kommuner redovisas.

5.2 Utgångspunkter för analysen

För testning 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.

Som mått på kommunernas kostnader har ett strukturkostnadsindex använts och som mått på standard har äldres disponibla inkomster med beaktande av hemtjänsttaxor, kommunalt bostadstillägg och skatt utnyttjats. "Standardfaktorn" har tagits fram genom användning av databasmaterialet till skriften Pensionärernas ekonomi och kommunernas taxor (Kommunförbundet 1990). Materialet visar att vissa kommuner har en avgifts-, KBT- och skattepolitik som medför höga disponibla inkomster för alla personer oavsett storleken på inkomster och omfattningen av konsumtion av social hemhjälp medan andra visar en motsatt bild. Genom att använda en tudelning för standard tillsammans med indelningen efter strukturkostnader får vi fram kommuner som har följande drag.

* Hög standard och låga strukturkostnader.
* Hög standard och höga strukturkostnader.
* Låg standard och låga strukturkostnader.
* Låg standard och höga strukturkostnader.

Med utgångspunkt från nämnda tillvägagångssätt har tolv kommuner tagits fram. Dessa är från norr till söder Boden, Bjurholm, Strömsund, Orsa, Håbo, Sundbyberg, Solna, Munkedal, Tanum, Tingsryd, Bromölla och Lomma.

Utan användning av kriterierna för kostnader och standard har till dessa små och medelstora kommuner tillagts en storstadskommun. Av de tre största kommunerna har Stockholm valts. Skälet för detta är att Stockholm till skillnad från Göteborg och Malmö inte samtidigt innehar landstingsuppgifter.

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.

Uppgifterna om vårdkonsumtion avser för social hemhjälp och ålderdomshem år 1990 medan motsvarande för sjukhem gäller november–december år 1991. Avgiftsreglerna avser år 1992. Uppgifter om personalkostnader avser år 1990 för social hemhjälp och ålderdomshem samt år 1992 för sjukhem. Uppgifter om personalkostnader som redovisas utförligt i underbilaga till bilaga 2 har omräknats till 1992 års prisnivå.

Kommunerna har getts möjlighet att ge synpunkter på modellen för ett kommunalt högkostnadsskydd. Utredningen har i övrigt gjort två typer

av analyser. Den ena omfattar typfallsberäkningar vid fyra olika inkomstnivåer för en ålderspensionär, samboende ålderspensionärer och en förtidspensionär (avsnitt 5.4). Den andra utgörs av en databearbetning på finansdepartementet av modellens fördelningspolitiska och kommunfinansiella effekter (avsnitt 5.5). Metoder för och resultat av den senare analysen redovisas i bilaga 2.

I kapiteltexten anges enbart de fördelningspolitiska resultaten i huvudsak för enskilda samt resultat för enskilda, kommuner och stat vid summering av uppgifter från samtliga 13 kommuner ingående i undersökningen.

5.3 Boende- och matkostnader

5.3.1 Boendekostnader

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. Från de 13 kommunerna som utredningen haft kontakt med finns uppgifter i några fall som kan användas för att ange ett intervall för boendekostnader i ålderdomshem. För sjukhem saknas uppgifter helt.

Allmänt gäller att standarden i ålderdomshem med helinackordering och i sjukhem avviker från den utrymmes- och utrustningsstandard som krävs enligt förordningen (1991:1933) om statligt räntebidrag för ny- och ombyggnad av bostäder. I förordningens 4 § andra och tredje styckena anges följande om utrymmes- och utrustningsstandard.

> Ifråga om särskilda boendeformer för äldre får godtas att bostadslägenheterna består av endast ett rum under förutsättning att
>
> 1. lägenheten är försedd med kokskåp och att det finns särskilt hygienutrymme med toalett och dusch samt entréutrymme (kapprum),
>
> 2. rummet och övriga utrymmen i lägenheten har en sådan storlek och utformning att de kan användas av en rullstolsburen person och
>
> 3. den lägre utrymmes- och utrustningsstandarden i lägenheten kompenseras av gemensamma utrymmen för matlagning, måltider och samvaro och av den utrustning som finns där.
>
> Kravet på kokskåp enligt andra stycket behöver inte vara uppfyllt i fråga om gruppbostäder för åldersdementa.

Statistik om standard

Den senast tillgängliga statistiken om standard i ålderdomshem och sjukhem visar följande.

ÅLDERDOMSHEM[1]

Antal ålderdomshem	855	
Platser inkl. avd för långvarigt sjuka	39 364	
Därav – i enkelrum	36 666	93 %
– med egen toalettt	32 646	83 %
– med dusch	5 669	14 %
– med balkong/uteplats	2 600	7 %
– med kokvrå/kokskåp	2 700	7 %

SJUKHEM[2]

	Lokala sjukhem		Centrala sjukhem	
Platser per rum				
– enkelrum	6 547	32 %	3 630	24 %
– dubbelrum	6 740	33 %	3 964	26 %
– 3-bäddsrum	555	3 %	474	3 %
– 4-bäddsrum	6 544	32 %	6 789	45 %

Uppgifterna om sjukhem avser år 1985. Enligt en senare uppgift hade år 1988 37 procent av patienterna i lokala sjukhem enbäddsrum. För långvårdsklinikerna var motsvarande andel 22 procent (Landstingsförbundet, Patientinventering inom somatisk långtidssjukvård den 27 september 1988).

Som framgår av statistiken är det i bästa fall sju procent av bostäderna i ålderdomshem som i princip motsvarar den nämnda förordningens krav på standard. Statistiken för sjukhem anger inte något mått på standard utöver hur många personer i lokala och centrala sjukhem som kan få tillgång till ett eget rum. Antalet platser är något fler i såväl dubbel- som flerbäddsrum än i enkelrum.

Statistiken beträffande sjukhem är sju år gammal. Vi vet därför inte hur fördelningen av platser är i dag men antar att antalet enkelrumsbostäder har ökat i lokala sjukhem. Landstingets patientinventering från år 1988 stödjer ett sådant antagande.

Uppgifter från kommunerna

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

---

[1] SCB S 23 SM 9101 angående standard den 31 december 1990.

[2] Socialstyrelsen, Att bo på institution, 1987, angående standard den 20 november 1985.

samboende personer finns även i materialet och varierar i kostnad mellan 1 400 kronor och 2 800 kronor.

Antagande om genomsnittshyror

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.

5.3.2 Kostnader för mat

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. En redovisning av dessa belopp har gjorts i avsnitt 4.5.1.

5.4 Effekter för enskilda vid varierande inkomster

I avsnittet redovisas typfallsberäkningar vid fyra olika inkomstnivåer för en ensamstående ålderspensionär, samboende ålderspensionärer och en ensamstående förtidspensionär. Bostadskostnaderna för ålderspensionärerna motsvarar de tidigare nämnda genomsnittshyrorna. För en förtidspensionär visas utfallet vid boende i en bostad med särskild service med antagen hyreskostnad på 3 500 kronor.

För ålderdomshem och sjukhem antas 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.

Redovisningen i tabellerna utgår från exempel på nettoinkomster per månad vid en kommunal utdebitering med 30 %. Från dessa nettoinkomster avräknas i tur och ordning grundgarantin, avgifter för service, omvårdnad och vård (max.uttag 30 % av nettoinkomster överstigande grundgarantin) och egna boendekostnader. Efter avräkning återstår ett belopp för fri disposition. Detta belopp utgör medel ur förbehållsbeloppet som kvarstår efter att bostadskostnad och avgift för service, omvårdnad och vård (max.avgift) har betalats. Under ordet *summerat,* sammanförs de kostnader den enskilde har för boende, mat och service, omvårdnad och vård. Dessa kostnader kan i princip jämföras med de avgifter som för närvarande tas ut.

För en ensamstående ålderspensionär görs en jämförelse mellan nuvarande avgifter för social hemhjälp och maximal avgift för service, om-

vårdnad och vård enligt det nya systemet. Jämförelsen sker mellan Kommunförbundets rekommenderade avgifter, faktiska avgifter i de 13 kommunerna och maximala avgifter enligt det föreslagna systemet. Minustecken används i tabellerna för att beteckna ett avdrag från föregående summa.

Tabell 3 a. Antagna inkomster i tabellerna 3 b-d för en ensamstående ålderspensionär.

Antagna inkomster				
Bruttoink./år	50 550	66 052	99 752	113 452
Nettoink./år	50 550	58 279	75 546	98 206
Nettoink./mån.	4 213	4 856	6 297	8 185

Tabell 3 b. Ensamstående ålderspensionär. Avgifter och kostnader för boende i ålderdomshem. Förändring av konsumtionsutrymme. Kronor per månad.

I. Avräkning enligt det nya systemet				
Nettoink./mån.	4 213	4 856	6 297	8 185
– Grundgaranti				
* mat	**2 200**	**2 200**	**2 200**	**2 200**
* övrigt	1 310	1 310	1 310	1 310
	703	1 346	2 787	4 675
– Avgift för omvårdnad maxuttag 30 %	**210**	**403**	**836**	**1 402**
Förbehåll 70 %	493	943	1 951	3 273
– Egen boendekostnad	**360**	**725**	**1 500**	**1 500**
* Bostadsbidrag	1 140	775		
* Hyra	1 500	1 500	1 500	1 500
För fri disposition	133	218	451	1 773
Summerat (boende, mat, omvårdnad)	**2 770**	**3 328**	**4 536**	**5 102**
II. Förändring i förhållande till nuvarande system				
Nuvarande avgift	2 949	3 464	4 616	6 126
Summerat (nya systemet)	2 770	3 328	4 536	5 102
Förändring	*+ 179*	*+ 136*	*+ 80*	*+ 1 024*

Tabell 3 c. Ensamstående ålderspensionär. Avgifter och kostnader för boende i sjukhem. Förändring av konsumtionsutrymme. Kronor per månad.

I. Avräkning enligt det nya systemet				
Nettoink./mån.	4 213	4 856	6 297	8 185
– Grundgaranti				
* mat	**2 200**	**2 200**	**2 200**	**2 200**
* övrigt	1 310	1 310	1 310	1 310
	703	1 346	2 787	4 675
– Avgift för omvårdnad maxuttag 30 %	**210**	**403**	**836**	**1 402**
Förbehåll 70 %	493	943	1 951	3 273
– Egen boendekostnad	**335**	**700**	**1 000**	**1 000**
* Bostadsbidrag	665	300		
* Hyra	1 000	1 000	1 000	1 000
För fri disposition	157	242	951	2 273
Summerat (boende, mat, omvårdnad)	**2 745**	**3 303**	**4 036**	**4 602**
II. Förändring i förhållande till nuvarande system				
Nuvarande avgift	1 380	1 830	1 950	1 950
Summerat (nya systemet)	2 745	3 303	4 036	4 602
Förändring	*–1 365*	*–1 473*	*–2 086*	*–2 652*

I tabell 3 d. anges (I) avgifter i kronor per månad år 1992 för social hemhjälp enligt Kommunförbundets rekommendationer vid olika omvårdnadsnivåer. Nivåerna motsvarar hjälp 0–9 timmar per månad (låg nivå), 10–24 timmar per månad (medelnivå) och 25 eller fler timmar per månad (hög nivå). I tabellen anges (II) vidare avgiftsintervall i kronor per månad år 1992 i de 13 testkommunerna för motsvarande omvårdnadsnivåer. Slutligen anges (III) den maximala avgiften för service, omvårdnad och vård enligt det nya systemet.

Tabell 3 d. Ensamstående ålderspensionär. Avgifter för service, omvårdnad och vård i ordinärt hem. Kronor per månad.

Nettoink./mån.	4 213	4 856	6 297	8 185
I. Kommunförbundets rekommenderade avgifter				
Omvårdnadsnivå				
* Låg	110	145	315	315
* Medel	120	165	405	555
* Hög	130	180	500	755
II. Avgiftsintervall för de 13 testkommunerna				
Omvårdnadsnivå				
* Låg	120–430	140–430	150–605	150–650
* Medel	130–430	155–430	215–850	215–1188
* Hög	140–430	165–430	225–1056	225–1617
III. Maximala avgifter enligt det nya systemet				
Avgift för omvårdnad, max.uttag	210	403	836	1 402

Tabell 4. Makar med ålderspension varav den ena har folkpension och pensionstillskott och den andra har folkpension och ATP. Avgifter och kostnader då båda bor i ålderdomshem. Förändring av konsumtionsutrymme. Kronor per månad.

Antagna inkomster				
Bruttoink./år	89 306	104 808	138 508	172 208
Nettoink./år	89 306	97 035	115 802	138 912
Nettoink./mån.	7 442	8 078	9 642	11 573
I. Avräkning enligt det nya systemet				
- Grundgaranti				
* mat	**4 000**	**4 000**	**4 000**	**4 000**
* övrigt	2 205	2 205	2 205	2 205
	1 237	1 873	3 437	5 368
- Avgift för omvårdnad, maxuttag 30 %	371	561	1 031	1 608
Förbehåll 70 %	866	1 312	2 406	3 760
- Egen boendekostnad	**410**	**460**	**1 780**	**2 500**
* Bostadsbidrag	2 090	2 040	720	
* Hyra	2 500	2 500	2 500	2 500
För fri disposition	456	851	626	1 255
Summerat (boende, mat, omvårdnad)	**4 781**	**5 021**	**6 811**	**8 108**
II. Förändring i förhållande till nuvarande system				
Nuvarande avgift	5 198	5 719	6 970	8 515
Summerat (nya systemet)	4 781	5 021	6 811	8 108
Förändring	*+ 417*	*+ 698*	*+ 159*	*+ 407*

Tabell 5. Ensamstående förtidspensionär. Avgifter och kostnader för boende i en bostad med särskild service. Kronor per månad.

Bruttoink./år	67 400	99 752	133 452	163 782
Nettoink./år	58 959	75 546	98 206	118 538
Nettoink./mån.	4 914	6 297	8 185	9 878
Avräkning enligt det nya systemet				
– Grundgaranti				
* mat	**2 200**	**2 200**	**2 200**	**2 200**
* övrigt	1 310	1 310	1 310	1 310
	1 404	2 787	4 675	6 368
– Avgift för omvårdnad				
maxuttag 30 %	**421**	**836**	**1 402**	**1 910**
Förbehåll 70 %	983	1 951	3 273	4 458
– Egen boendekostnad	**460**	**1 366**	**2 541**	**3 500**
* Bostadsbidrag	3 040	2 134	959	
* Hyra	3 500	3 500	3 500	3 500
För fri disposition	523	585	732	958
Summerat (boende, mat, omvårdnad)	**3 081**	**4 402**	**6 143**	**7 610**

Tolkning av effekter

Som framgår av tabellerna kan effekterna av det föreslagna högkostnadsskyddet vid angivna inkomster och bostadskostnader tolkas så att både ensamstående och samboende pensionärer i ålderdomshem får något lägre kostnader totalt sett jämfört med nuvarande avgiftssystem.

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

För en ensamstående förtidspensionär redovisas resultatet utan referens till något aktuellt alternativ. Avsikten med exemplet är att i första hand ange det totala utfallet, inklusive de medel som återstår för fri disposition.

Jämförelsen av nuvarande hemhjälpsavgifter 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.

5.5 Genomsnittliga effekter för enskilda i 13 kommuner

Antalet personer över 64 år i de 13 testkommunerna uppgår till ca 185 000 personer. Det övervägande flertalet av dessa, 85 % använder inte de insatser som ges i form av social hemhjälp och omvårdnad i ålderdomshem och i sjukhem. Statistiken när det gäller konsumtion av nämnda tjänster visar att drygt 20 000 har social hemhjälp, ca 1 500 bor och har omvårdnad i ålderdomshem medan omkring 4 500 får motsvarande insatser i sjukhem.

Med utgångspunkt från fördelningen i olika omvårdnadsformer har ett slumpmässigt urval gjorts av ensamstående personer som använder tjänster inom respektive omvårdnadsform. Slumpvalsmetodiken och förutsättningarna i övrigt redovisas i bilaga 2.

De valda personernas inkomster och nuvarande avgifter utgör utgångspunkt för jämförelser med samma personers situation enligt det föreslagna systemet. För ungefär hälften av de 13 kommunerna gäller att dessa för närvarande tillämpar takregler för avgifter i ålderdomshem som är mer gynnsamma än de regler som är angivna i socialtjänstförordningen och som har använts vid beräkningarna i föregående avsnitt. Detta påverkar utfallet så att personer i ålderdomshem i vissa inkomstgrupper kan få ökade kostnader vid en jämförelse med maximalt uttag enligt det nya systemet. Även nedtrappningsreglerna för bostadsbidraget kan i vissa inkomstgrupper ha liknande effekter.

I följande tabeller visas den sammantagna förändringen för ensamstående personer tillhörande olika inkomstklasser. Inkomsterna i tabellerna utgörs av årsvisa nettoinkomster i tusen kronor (tkr). Även boendekostnader, bostadsbidrag och matkostnader anges med årsbelopp. Boendekostnaderna antas vara 1 500 kronor per månad för ålderdomshem och 1 000 kronor per månad för sjukhem. Matkostnaden antas vara 2 200 kronor per månad. De nämnda beloppen för boende och mat är desamma som används i föregående avsnitt. De värden som redovisas i de olika kolumnerna är genomsnittliga. Även förändringen är genomsnittlig och fördelad efter nettoinkomst. Nettoinkomstberäkningen utgår bl.a. från kommunernas faktiska utdebitering av kommunalskatt.

Tabell 6. Ålderdomshem.
Genomsnittliga avgifter och kostnader enligt nuvarande respektive föreslagna regler efter nettoinkomst. Pensionärer i 13 kommuner. Förändring av konsumtionsutrymme. Kronor per år.

Nettoinkomst tkr	Nuvarande avgift	Ny max. kostnad	*Förändring*
– 50	30 700	32 200	*– 1 500*
50–100	44 000	42 000	*+ 2 000*
100–150	81 800	69 100	*+12 700*
150–200	119 500	78 500	*+41 000*
–200	171 900	145 200	*+26 700*
Samtliga individer	49 500	46 000	*+ 3 500*

Källa: Finansdepartementet.

Tabell 7. Sjukhem.
Genomsnittliga avgifter och kostnader enligt nuvarande respektive föreslagna regler efter nettoinkomst. Pensionärer i 13 kommuner. Förändring av konsumtionsutrymme. Kronor per år.

Nettoinkomst tkr	Nuvarande avgift	Ny max. kostnad	*Förändring*
– 50	15 400	32 700	*–17 300*
50–100	19 200	44 000	*–24 800*
100–150	22 200	61 200	*–39 000*
150–200	22 600	77 600	*–55 000*
–200	22 400	103 800	*–81 400*
Samtliga individer	20 200	53 800	*–33 600*

Källa: Finansdepartementet.

Tabell 8. Ordinärt boende.
Genomsnittliga avgifter enligt nuvarande respektive föreslagna regler efter nettoinkomst. Pensionärer i 13 kommuner. Förändring av konsumtionsutrymme. Kronor per år.

Nettoinkomst tkr	Nuvarande avgift	Ny max. avgift	*Förändring*
- 50	4 500	2 400	*+ 2 100*
50–100	3 500	7 000	*- 3 500*
100–150	5 100	15 900	*-10 800*
150–200	5 700	23 900	*-18 200*
-200	4 100	27 800	*-22 200*
Samtliga individer	4 100	10 000	*- 5 900*

Källa: Finansdepartementet.

En summering av de genomsnittliga effekterna för enskilda i de 13 testkommunerna enligt tabellerna 6, 7 och 8 redovisas i tabell 9.

Tabell 9. Genomsnittliga avgifter och kostnader enligt nuvarande respektive föreslagna regler. Pensionärer i 13 kommuner. Förändring av konsumtionsutrymme. Kronor per år.

	Ålderdomshem	Sjukhem	Omvårdnad i ordinärt hem
Nuvarande avgift	49 500	20 200	4 100
Ny max. kostnad	8 900	16 900	10 000
Årlig boendekostnad	18 000	12 000	-
Bostadsbidrag	7 300	1 600	-
Matkostnad	26 400	26 400	-
Ny kostnad	46 000	53 800	10 000
Förändring			
kr	*+3 500*	*- 33 600*	*- 5 900*
%	*+7*	*-166*	*-144*

Källa: Finansdepartementet.

Tolkning av effekter

Tabellerna ger i stort sett samma bild av effekter som redovisades i föregående avsnitt. 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.

5.6 Sammantagna effekter i testkommunerna för enskilda, kommuner och stat vid maximalt uttag av avgifter

Med utgångspunkt från 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 följande i de 13 testkommunerna. Beloppen anges i miljoner kronor (Mkr). Plus och minus framför sifferuppgifterna i tabellerna anger intäkt respektive kostnad.

Tabell 10. Ålderdomshem.
Ekonomiska effekter för enskilda, kommun och stat. Pensionärer i 13 kommuner. Mkr per år.

	Enskilda	Kommuner	Stat
Nuvarande avgifter	– 76	+ 76	
Max. nya avgifter	– 14	+ 14	
Matkostnad	– 40	+ 40	
Bostadskostnad	– 28	+ 28	
Bostadsbidrag	+ 11		– 11
Summerat enl. nytt system	– 70	+ 81	– 11
Förändring	*+ 6*	*+ 5*	*– 11*

Källa: Finansdepartementet.

Tabell 11. Sjukhem.
Ekonomiska effekter för enskilda, kommun och stat. Pensionärer i 13 kommuner. Mkr per år.

	Enskilda	Kommuner	Stat
Nuvarande avgifter	- 92		+ 92
Max. nya avgifter	- 77	+ 77	
Matkostnad	-119	+119	
Bostadskostnad	- 54	+ 54	
Bostadsbidrag	+ 7		- 7
Summerat enl. nytt system	-243	+250	- 7
Förändring	*-152*	*+250*	*-99*

Källa: Finansdepartementet.

Tabell 12. Ordinärt boende.
Ekonomiska effekter för enskilda, kommun och stat. Pensionärer i 13 kommuner. Mkr per år.

	Enskilda	Kommuner	Stat
Nuvarande avgifter	- 86	+ 86	
Max. nya avgifter	-212	+212	
Förändring	*-126*	*+126*	

Källa: Finansdepartementet.

Tabell 13. Sammantagna ekonomiska effekter för enskilda, kommun och stat. Pensionärer i 13 kommuner. Mkr per år.

	Enskilda	Kommuner	Stat
Nuvarande avgifter	-254	+162	+92
Max. nya kostnader inkl. bostadsbidrag	-525	+543	-18
Förändring	*-271*	*+381*	*-110*

Källa: Finansdepartementet.

Tolkning av effekterna

Det bör understrykas att uppgifterna i tabellerna enbart avser en skattning i de 13 kommuner som har testats. Urvalet av kommuner är inte gjort för att kunna representera landets samtliga kommuner utan för att illustrera de förändringar som kan bli en följd av förslagen.

Inom ramen för beräkningsmodellen, som utgår från ett maximalt uttag av avgifter upp till den gräns där det kommunala högkostnadsskyddet inträder, är effekterna räknat på de 13 kommunerna att dessa kan tillgodogöra sig nya intäkter, medan staten förlorar intäkter. De enskildas kostnader ökar vid sjukhemsboende och vid ett maximalt avgiftsuttag i ordinärt boende.

Frånvaron av representativitet i urvalet av kommuner gör att uppgifterna inte kan generaliseras till nationell nivå. En slutsats som kan dras är emellertid att kommunernas sammantagna intäkter ökar till följd av att kommunerna genom det förslagna systemet får ta ut avgifter för service, omvårdnad och vård i sjukhem samtidigt som det nya systemet medger ett högre avgiftsuttag än det som idag tillämpas för stat och försäkring. Beträffande effekter för enskilda anser vi att beräkningarna i avsnitt 5.4, som är typfall för att illustrera det nya systemet och gjorda oberoende av förhållandena i de 13 kommunerna, ger en korrekt bild av förändringen av regelsystemen.

Förutom att stat och försäkring inte längre får några intäkter av avgifter för sjukhem, får staten nya kostnader för bostadsbidrag. I avsaknad av andra uppgifter än de som gäller beräkningarna för testkommunerna skall vi för denna enda variabel göra en generalisering. Med utgångspunkt från antaganden om att samtliga personer i ålderdomshem och sjukhem som kan få bostadsbidrag även ansöker om och beviljas detta och att hyrorna är 1 500 kronor för ålderdomshem och 1 000 kronor för sjukhem, kan statens kostnader för bostadsbidrag i nämnda boendeformer beräknas till drygt 300 miljoner kronor. Förutom de redovisade antagandena bygger beräkningen på jämförelser mellan de 13 kommunerna och landet i sin helhet i fråga om antal äldre personer som bor i sjukhem och i ålderdomshem. De äldre som bor i sjukhem i de 13 kommunerna utgör 13 % av motsvarande antal sjukhemsboende i landet. För ålderdomshem är andelen 4 %. Genom att dividera bostadsbidragssummorna för sjukhem och ålderdomshem i de 13 kommunerna med nämnda procentandelar erhålls efter summering det redovisade värdet för statens nya kostnader för bostadsbidrag.

5.7 Vår bedömning

Grundgarantin som är 125 % av basbeloppet för ensamstående och 221 % av basbeloppet för samboende ger, enligt vår bedömning, ett rimligt utrymme för såväl normala levnadsomkostnader som tjänster och varor som tillhandahålls av en annan, t.ex. läkarvård, läkemedel, sjukresor och tandvård. Förbehållsbeloppet som utgör 70 % av nettoinkomster överstigande grundgarantin medger tillsammans med bostadsbidrag en-

ligt KBT-utredningens grundförslag att enskilda oberoende av inkomstnivå har möjligheter att bo i en bostad med en månadshyra upp till 4 500 kr. Grundgarantin och förbehållsbeloppet har avvägts i förhållande till de två andra subventionssystem – högkostnadsskyddet för öppenvård och bostadsstödet för pensionärer enligt KBT-utredningens grundförslag – som är av stor betydelse för äldre och funktionshindrade yngre personer.

Det kommunala högkostnadsskyddet med grundgaranti och förbehållsbelopp medger en neutral avgiftssättning för kommunal service, omvårdnad och vård oberoende av vilken 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 i kapitlet blir den generella effekten av förslaget att personer boende i ålderdomshem får något lägre kostnader än i dag medan personer som bor i sjukhem får väsentligt högre kostnader i genomsnitt. Denna effekt är förväntad och visar tydligt de mycket olika villkor som gäller för närvarande vid omvårdnad i sjukhem och i ålderdomshem.

Vid en jämförelse mellan det nuvarande genomsnittliga uttaget av avgifter för social hemhjälp och ett maximalt avgiftsuttag enligt det nya systemet för service, omvårdnad och vård ligger det förra på en lägre nivå. Det föreslagna kommunala högkostnadsskyddet utgör alltså inget hinder för ytterligare avgiftsuttag generellt sett. Jämförelsen visar emellertid att det föreslagna högkostnadsskyddet jämnar ut de skillnader i avgifter som idag finns mellan kommunerna. Kommuner med ett högt avgiftsuttag måste till följd av högkostnadsskyddet sänka sina avgifter.

En sammanfattande bedömning är att det förslagna kommunala högkostnadsskyddet är väl avvägt och att utformningen av skyddet möjliggör en rättvis avgiftssättning samtidigt som kommunerna genom systemet tillförsäkras nya intäkter.

6 Motiv för föreslagna lagändringar

6.1 Inledning

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 styreffekter innebär även att ändringar blir nödvändiga i fråga om reglerna angående de inrättningar för långtidssjukvård som kommunen har ett betalningsansvar för utan att vara huvudman.

Utredningens principiella utgångspunkter föranleder vidare lagändringar 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 och kostnadsfria förbrukningsartiklar till personer i de sjukhem som har överförts till kommunen.

Strukturen på föreslagna lagändringar och motiven för ändringarna skall redovisas med utgångspunkt från de olika sakfrågorna.

6.2 Begreppen service och omvårdnad

En samlad definition av begreppen service, omvårdnad och vård redovisades första gången i betänkandet, Bo på egna villkor (SOU 1984:78). Begreppen har därefter blivit allmänt använda i såväl praktisk verksamhet som i utredningar och rapporter genom att de på ett klargörande sätt betecknar de differentierade insatser som äldre och funktionshindrade yngre personer har behov av. Till följd av äldrereformen har begreppen service och omvårdnad även införts i lagstiftningen. I 20 § socialtjänstlagen andra stycket anges att kommunerna skall inrätta särskilda boendeformer för service och omvårdnad för äldre människor med behov av särskilt stöd.

I detta betänkande används genomgående de nämnda begreppen. Utredningens huvudförslag om ett kommunalt högkostnadsskydd avser regler om maximering av avgiftsuttag för service, omvårdnad och vård.

Det kommunala högkostnadsskyddet avses gälla för insatser både i enskildas ordinära boende, i särskilda boendeformer, i bostäder med särskild service och i de inrättningar för långtidssjukvård för vilka kommunen har ett betalningsansvar enligt 4 och 5 §§ lagen (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård. Genom förslaget får begreppen en generell räckvidd och status.

Mot bakgrund härav föreslår utredningen att begreppet hjälp i hemmet i 10 § socialtjänstlagen (1980:620) ersätts av begreppet service och omvårdnad. Vidare förslås att service och omvårdnad även införs som begrepp i 35 § första stycket där det anges för vilka tjänster kommunen får ta ut avgifter. Ändringen i den senare paragrafen innebär att såväl begreppet social hemhjälp som formuleringen "sådant boende som avses i 20 § andra stycket eller 21 § tredje stycket" tas bort. Upphävandet av formuleringen med innebörden att avgift skall tas ut för boendet är principiellt viktigt. Skälet för detta är att enbart service, omvårdnad och vård men inte boendet som sådant avses omfattas av utredningens förslag om ett kommunalt högkostnadsskydd.

I samband med att 10 § socialtjänstlagen ändras föreslår utredningen även att begreppet annan service ersätts av begreppet annan liknande social tjänst, vilket är det begrepp som används i 35 §. Därtill föreslås en redaktionell ändring i 10 § så att ordet dagverksamheter anges innan begreppet annan liknande social tjänst.

6.3 Det kommunala högkostnadsskyddet för service, omvårdnad och vård

6.3.1 Huvudförslaget om ett kommunalt högkostnadsskydd

Det kommunala högkostnadsskyddet för service, omvårdnad och vård föreslås bli reglerat i socialtjänstlagen (1980:620) och i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763).

I 35 § tredje stycket socialtjänstlagen anges enligt förslaget att avgifter för service och omvårdnad skall bestämmas så att den enskilde förbehålls tillräckliga medel för sina personliga behov samt att regeringen meddelar föreskrifter om sådana avgifter.

26 § hälso- och sjukvårdslagen föreslås bli kompletterad med ett nytt stycke som innebär att endast kommunen får ta ut vårdavgifter för sådan somatisk långtidssjukvård som den har betalningsansvar för enligt 4 och 5 §§ lagen (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård. Genom detta nya stycke upprättas en grund för en likvärdig behandling av enskilda i fråga om avgifter i såväl sjukhem som kommunen har betalningsansvar för som i särskilda boendeformer.

Med utgångspunkt från detta föreslås införande av ytterligare ett stycke i 26 § hälso- och sjukvårdslagen med en lydelse som kopplar samman möjligheterna att ta ut avgifter för sjukvårdsinsatser med motsvarande möjligheter till avgiftsuttag för service och omvårdnad enligt 35 § tredje stycket socialtjänstlagen. De sjukvårdsinsatser som avses är dels kom-

munal hälso- och sjukvård enligt 18 § hälso- och sjukvårdslagen och dels somatisk långtidssjukvård som kommunen har betalningsansvar för enligt betalningsansvarslagen.

Den exakta föreslagna lydelsen i 26 § tredje stycket är följande:

> Avgifter för vård enligt 18 § eller för sådan vård som en kommun har betalningsansvar för enligt 4 och 5 §§ 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 enligt de föreskrifter som regeringen får meddela med stöd av 35 § socialtjänstlagen.

Tillräckliga medel för personliga behov är enligt utredningens förslag liktydigt med dels en grundgaranti på 125 % av basbeloppet för ensamstående och 221 % av basbeloppet för samboende, dels ett förbehållsbelopp på 70 % av nettoinkomster överstigande grundgarantibeloppet.

Syftet med det kommunala högkostnadsskyddet är att begränsa uttaget av avgifter från den enskilde för service och omvårdnad enligt 6 och 10 §§ socialtjänstlagen och kommunal hälso- och sjukvård enligt 18 § hälso- och sjukvårdslagen så att denne tillförsäkras medel för boendekostnader och andra normala levnadsomkostnader samt för tjänster och varor som tillhandahålls av en annan, t.ex. läkarvård, läkemedel, sjukresor och tandvård. 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 förbehållet belopp kompletteras med bostadsbidrag.

Nivåerna på grundgarantin och förbehållet har i förslaget balanserats med tanke såväl på det nuvarande högkostnadsskyddet för läkarvård och läkemedel i öppen hälso- och sjukvård som på det grundförslag för bostadsbidrag som KBT-utredningen nyligen redovisat i betänkandet, Bostadsstöd för pensionärer (SOU 1992:21).

Hälso- och sjukvårdslagens vårdbegrepp inkluderar medicinsk behandling, omvårdnad, mat och boende. När kommunen tar ut vårdavgift för vård i sjukhem för somatisk långtidssjukvård som den har betalningsansvar för, bör därför avgiften kunna delas upp i dels mat- och boendekostnader och dels vård så att en med särskilda boendeformer likvärdig situation upprättas i fråga om det kommunala högkostnadsskyddet. Kostnaden för själva boendet i ett sjukhem i landstingsregi föreslås i avsnitt 4.2 ligga i intervallet 300–510 kronor per månad. Detta intervall motsvarar "självrisken" vid bostadbidrag i enlighet med KBT-utredningens grundförslag.

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 kan därför behöva kompletteras med en regel om att en kommun och ett landsting kan komma överens om att landstinget skall uppbära avgifter-

na. För att möjliggöra sådana överenskommelser föreslås att ett nytt tredje stycke införs med den innebörden i 4 § lagen (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård.

För uttag av vårdavgifter i privata sjukhem har utredningen övervägt att föreslå en utformning av 5 § betalningsansvarslagen som för långtidssjukvård i landstingsregi. Utredningen har dock inte funnit tillräckligt starka skäl för en sådan ny lydelse.

Det är enligt vår uppfattning naturligt att de enskilda sjukhemmen 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 utarbeta förslag om ändring av nämnda stadga så att dessa privata vårdinrättningar kan definieras som privata särskilda boendeformer.

6.3.2 Följdförändringar angående särskilda boendeformer

Genom lagändringen i 35 § tredje stycket socialtjänstlagen upphör nuvarande formuleringar i samma paragraf och stycke om avgifter i samband med helinackordering i en särskild boendeform att gälla. Vidare bortfaller hela det fjärde stycket i samma paragraf 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.

Följdförändringar sker även i lagen (1962:381) om allmän försäkring genom att 2 kap. 12 b § och 3 kap. 4 a § upphör att gälla. I dessa bestämmelser anges att avgift för pensionsberättigad respektive sjukförsäkrad person skall tas ut enligt bestämmelser om avgift för sjukhusvård i samband med vistelse i en vårdinrättning som enligt lagen (1990:1402) om övertagande av vissa sjukhem och andra vårdinrättningar har övertagits av kommunen. Vidare upphävs reglerna i 20 kap. 8 § tredje stycket där det anges att 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 upphör.

Även reglerna i 2 a § lagen (1981:49) om begränsning av läkemedelskostnader upphör att gälla. Enligt paragrafen skall den som vistas vid en vårdinrättning som enligt lagen (1990:1402) om övertagande av vissa sjukhem och andra vårdinrättningar övertagits av kommunen ha rätt att utan kostnad erhålla läkemedel.

6.3.3 Följdförändringar angående inrättningar för somatisk långtidssjukvård som kommunen har betalningsansvar för

Förslaget om att endast kommunen får ta ut vårdavgift för sådan långtidssjukvård som den har betalningsansvar för enligt betalningsansvarslagen medför behov av följdförändringar i lagen om allmän försäkring. Regler om avgiftsuttag för sjukhusvård för pensionsberättigad finns angivna i 2 kap. 12 §. Vi föreslår att ett nytt femte stycke införs i nämnda paragraf som anger att vårdavgift för pensionsberättigad person som erhåller sådan somatisk långtidssjukvård som en kommun har betalningsansvar för enligt lagen (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård inte skall tas ut enligt vad som anges i 12 §.

Ändringen i 2 kap. 12 § medför en följdändring av 20 kap. 8 §. I paragrafens andra stycke föreslår vi ett tillägg med innebörden att meddelande till försäkringskassan om in- och utskrivning av en patient enbart skall ske om patienten är avgiftsskyldig enligt 2 kap. 12 §.

6.4 Resor

Landstingen har fr.o.m den 1 januari 1992 ett administrativt och ekonomiskt ansvar för ersättningar för resor vid 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 enligt bestämmelser i 2 kap. 6 § punkt 6 lagen om allmän försäkring 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 är det för närvarande oklart vad som gäller, vilket har inneburit vissa problem mellan kommuner och landsting om kostnadsansvaret.

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 enligt samma paragraf punkt 8. För dessa resor har kommunen kostnadsansvar.

Utredningens förslag om ett kommunalt högkostnadsskydd för service, omvårdnad och vård utgår från den principiella grunden att särskilda boendeformer och bostäder med särskild service skall i alla avseenden betraktas som boendeformer. Med detta följer att resor till *sjukvård* i regi av kommunen, landstinget eller till sjukförsäkringen ansluten privatpraktiserande vårdgivare föreslås bli ersättningsberättigade genom landstingets försorg.

Förslaget innebär att bestämmelserna i nuvarande punkt 8 ändras och att punkten 6 upphör att gälla.

6.5 Kostnadsfria förbrukningsartiklar

Av 6 § lagen (1981:49) om begränsning av läkemedelskostnader m.m. 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. Nämnda paragraf gäller vid öppenvård och är därmed i princip tillämplig i samband med vård vid de inrättningar som överförts från landsting till kommuner. Vid öppen vård har stat och försäkring hela kostnadsansvaret för artiklarna. I avvaktan på resultatet av utredningens översyn har riksdagen dock beslutat om undantag så att kommunen enligt 10 § samma lag har kostnadsansvar för de kostnadsfria förbrukningsartiklar enligt 6 § som enskilda erhåller vid vård i övertagna inrättningar. Kommunerna har i regel fått ersättning för nämnda förbrukningsartiklar genom s.k. skatteväxling.

Med utgångspunkten att de sjukhem som överförts till kommunerna är särskilda boendeformer för vilka skall gälla samma villkor som för övriga boendeformer gör utredningen den bedömningen att även undantagsreglerna beträffande nämnda förbrukningsartiklar skall slopas. Utredningen föreslår därför att 10 § skall ändras så att kostnader för förmåner enligt lagen skall ersättas genom den allmänna försäkringen.

7 Förändring av kostnadsansvar mellan kommuner, landsting och stat

Vår bedömning: De omfördelningar av kostnader och intäkter som följer av våra förslag innebär inte något realt sett ökat resurstryck för stat, landsting och kommuner förutom nya statliga kostnader för bostadsbidrag.

Vi anser som en följd av KBT-utredningens två förslag till bostadsstöd till pensionärer att innan regeringen förelägger riksdagen en proposition i frågan bör även kostnader för bostadsbidrag till äldre i ålderdomshem och sjukhem beaktas.

7.1 Inledning

Utredningens utgångspunkt i frågor som påverkar ansvar, kostnader och intäkter hos kommuner, landsting och stat är principen om likabehandling av enskilda oberoende av i vilken boendeform dessa erhåller kommunal service, omvårdnad och vård. Principen medför att de undantag som i flera avseenden gäller övergångsvis för sjukhemsboende föreslås bli borttagna, t.ex. landstingens kostnadsansvar för läkarvård och för läkemedel i sjukhem. Även kommunernas kostnadsansvar för kostnadsfria förbrukningsartiklar i sjukhem föreslås bli ändrat. Skillnader mellan särskilda boendeformer och ordinärt boende beträffande villkor för sjukresor är ytterligare en fråga som utredningen anser bör åtgärdas.

I kapitlet skall förändringar av ansvar, kostnader och intäkter mellan kommuner, landsting och stat redovisas.

Uppgifter om kostnader i det följande avser 1991 års prisnivå.

7.2 Avgifter för vård i sjukhem

Avgifter för vård i sjukhem och andra vårdinrättningar som kommunerna har övertagit från landstingen tas i dag ut genom avdrag på de allmänna pensionsförmånerna via försäkringskassorna och riksförsäkrings-

verket. Med det nya systemet kommer avgifterna att uppbäras av kommunerna.

Med hjälp av inkomststatistik efter ålder och kön och uppgifter om patienternas ålders- och könsfördelning inom somatisk långtidssjukvård samt vid en beläggning på 93 procent (340 vårddagar per år) blir genomsnittsavgiften 53 kronor per dag.[1]

Med denna avgift per vårddag blir avgiftssumman för de övertagna sjukhemmen enligt förordning (SFS 1991:1277) totalt 560 miljoner kronor.

Med vår modell bortfaller alltså avgiftsintäkter för stat och försäkring på sammanlagt ca 560 miljoner kronor per år.

7.3 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 vilka 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 utgår dock inte självklart ersättning för reskostnader. För dessa resor finns ingen lagfäst regel.

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.

Vår 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 blir ersättningsberättigade. För kostnader utöver den enskildes avgiftstak, för närvarande högst 40 kronor per enkelresa, är landstinget kostnadsansvarigt.

Underlaget för en kostnadskalkyl i fråga om nämnda resor är ofullständigt. Vid en snabbenkät till samtliga kommunförbund i länen inkom svar från ett mindre antal kommuner i hälften av länen. Frågorna som ställdes gällde resor enligt följande.

---

[1] Uppgifterna bygger på följande källor: Finansdepartementet, IoF-data; Landstingsförbundet, Antal patienter och hjälpbehov inom somatisk långtidssjukvård 19 november 1991; Landstingsförbundet, LKELP, tabell 2.3, långtidssjukvård 1990. Genomsnittsavgiften 53 kronor per dag är viktad.

a. Resa för boende på sjukhem till och från landstingens sjukhus och öppna hälso- och sjukvård.

b. Resa från en särskild boendeform inklusive sjukhem till kommunal dagverksamhet med sjukvårdande behandling knuten till ett kommunalt sjukhem eller belägen på annan plats och åter.

För resor av det första slaget har beräknats en årskostnad brutto per plats på sjukhem på 655 kronor. Räknat på samtliga överförda sjukhemsplatser blir årskostnaden 20 miljoner kronor. För resor av det andra slaget har beräknats ett högsta belopp på 12 miljoner kronor per år. Sammanlagt ökar således landstingens kostnader för sjukresor med uppskattningsvis högst 32 miljoner kronor.

7.4 Läkemedel och läkarvård

Läkemedel tillhandahålls i dag kostnadsfritt av landstingen för personer boende i sjukhem.

Apoteksbolaget har gjort en skattning 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 per vårdplats, dvs. drygt 11 kronor per vårddag. Totalt för riket innebär det en årskostnad för läkemedel 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 högkostnadsskyddet inom öppen hälso- och sjukvård. Eftersom även läkarvård och sjukvårdande behandling ingår i detta högkostnadsskydd måste ett antagande göras om hur mycket av den enskildes merkostnad som belöper sig på stat och försäkring respektive landsting. Här antas merkostnaden fördelas lika på stat och försäkring respektive landsting. Det genomsnittliga gränsen för högkostnadsskyddet var i mars 1992 ca 1 175 kronor, med hänsyn taget till fördelningen i landet av antalet sjukhemsplatser. Hälften av 1 175 kronor är 588 kronor. För staten och försäkringen blir summan 4 120 – 588 kronor per plats, dvs. 3 532 kronor per plats eller 110 miljoner kronor per år. För den enskilde blir det en genomsnittlig merkostnad på 1 175 kronor som kan beräknas minska statens och landstingens kostnader med vardera 18 miljoner kronor.

7.5 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. Nämnda paragraf avser öppenvård och

är därmed i princip tillämplig vid vård på de inrättningar som överförts från landsting till kommuner. Vid öppen vård har staten hela kostnadsansvaret för artiklarna. I avvaktan på resultat av utredningens 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 äldrereformen.

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

Diabetes

Av befolkningen i landet har ca 250 000 personer diabetes, varav 60 000 behandlas med insulin. Uppgifter om antalet insulinanvändare boende på sjukhem är okänt. Enligt en uppskattning av Apoteksbolaget beräknas kostnaden för insulin avseende sjukhemsboende till ca 5 miljoner kronor under år 1991.

Inkontinens

Apoteksbolaget har uppgifter om kostnader för artiklar till följd av inkontinens inom öppenvården, inklusive eget boende, gruppboende och servicehus. Siffrorna bygger på 120 000 personers behov och visar en kostnad på ca 5 500 kronor per person och år.

Med utgångspunkt från dessa uppgifter och ett antagande om att 58 % av de sjukhemsboende är inkontinenta (Landstingsförbundet; Antal patienter och hjälpbehov inom somatisk långtidssjukvård 19 november 1991) blir merutgiften för staten ca 100 miljoner kronor per år. Enligt landstingsrapporten toalettränades ca 30 procent av de inkontinenta personerna, vilket torde reducera kostnaderna i mindre utsträckning.

Stomi

I riket finns totalt 15 000 stomiopererade personer. Uppgifter om antalet sjukhemsboende stomiopererade personer saknas. Enligt Apoteksbolaget kan kostnaderna per år för förbrukningsartiklar till personer på sjukhem beräknas till ca 5 miljoner kronor.

Sammantaget kan antas att kommunernas nuvarande kostnader för kostnadsfria förbrukningsartiklar i övertagna sjukhem uppgår till ca 110 miljoner kronor per år. Kostnaderna överförs med vår modell till stat och försäkring.

7.6 Bostadsbidrag

Förutom att stat och försäkring med det nya systemet inte längre får några intäkter av avgifter för sjukhem m.m., får staten nya kostnader

för bostadsbidrag. I avsaknad av andra uppgifter än de som gäller beräkningarna för testkommunerna redovisar vi i kapitel 5 en generalisering till nationell nivå av nämnda beräkningar.

Med utgångspunkt från antaganden om att samtliga personer i ålderdomshem och sjukhem som kan få bostadsbidrag även ansöker om och erhåller 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.

Utöver nämnda antaganden bygger beräkningen på jämförelser mellan de 13 kommunerna och landet i sin helhet i fråga om antal äldre personer som bor i sjukhem och i ålderdomshem. De äldre som bor i sjukhem i de 13 kommunerna utgör 13 % av motsvarande antal sjukhemsboende i landet. För ålderdomshem är andelen 4 %. Genom att dividera bostadsbidragssummorna för sjukhem och ålderdomshem i de 13 kommunerna med nämnda procentandelar erhålls efter summering det redovisade värdet för statens nya kostnader för bostadsbidrag i landet som helhet.

7.7 Förändrad kostnadsfördelning

En sammanfattning av nämnda förändringar av kostnadsfördelningen redovisas i följande tabell. Plustecken avser ny intäkt eller minskad kostnad och minustecken en ny kostnad eller minskad intäkt. Beloppen anges i miljoner kronor i 1991 års prisnivå.

Tabell 14. Förändrad kostnadsfördelning mellan kommuner, landsting, stat och försäkring till följd av utredningens förslag. Mkr.

	Stat och försäkring (mkr)	Landsting (mkr)	Kommun (mkr)
Sjukhem	– 560		+ 560
Resor a)		– 20	+ 20
Resor b)		– 12	+ 12
Läkemedel	– 110	+128	
Läkarvård		+ 18	
KOFFA	– 110		+ 110
Bostadbidrag	– 300		
Summa	**–1 080**	**+114**	**+ 702**

För stat och försäkring innebär omfördelningen av kostnader och intäkter en sammantagen kostnad på drygt 1 000 miljoner kronor till följd av att uttaget av sjukhemsavgifter övergår till kommunerna, att kostnaderna

ökar för läkemedel och förbrukningsartiklar samt att nya 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.

I dag råder olika bestämmelser om mervärdeskatt och fastighetsskatt i fråga om bostäder och vårdinrättningar. Genom äldrereformen och ädelavgiftsutredningens förslag klargörs att även ålderdomshem och sjukhem som kommunen har verksamhetsansvar för är boendeformer. För dessa kan inte kommunen lyfta av mervärdeskatt såsom är fallet med vårdinrättningar. Utredningens förslag kan i det avseendet leda till ökade kostnader för kommunen.

För kommunerna gäller därtill att utöver redovisade uppgifter i tabellen, även ytterligare intäkter tillkommer genom att den kommunala högkostnadsskyddsmodellen ger totalt sett större intäkter från personer som bor i sjukhem än vad som framgår av tabellen. I tabellen redovisas enbart den intäkt kommunerna får som en följd av att nuvarande rätt att ta ut avgifter för sjukhemsboende övergår från stat och försäkring till kommunerna.

7.8 Vår bedömning

De omfördelningar av kostnader och intäkter som följer av våra förslag innebär inte något realt sett ökat resurstryck för stat, landsting och kommuner förutom nya statliga kostnader för bostadsbidrag.

Vi 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.

Kostnader för bostadsbidrag till personer boende i ålderdomshem och i sjukhem har berörts av KBT-utredningen i betänkandet, Bostadsstöd till pensionärer (SOU 1992:21). Utredningen har gjort en skönsmässig uppskattning av kostnaderna och redovisat ett belopp som är väsentligt lägre än det vi anger. KBT-utredningen har emellertid inte beaktat den egna beräknade kostnaden vid överväganden om grund- och alternativförslagen samt om kostnadsramarna för dessa. Detta sammantaget medför att vi anser att regeringen bör beakta även kostnader för bostadsbidrag till äldre i ålderdomshem och i sjukhem innan en proposition om bostadsstöd till pensionärer föreläggs riksdagen.

8 Tidpunkt för genomförande av utredningens förslag

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 vid samma tidpunkt.

Bilaga 1

Kommittédirektiv

Avgiftssystemen inom vissa delar av socialtjänsten och kommunala hälso- och sjukvården

Dir. 1991:79

Beslut vid regeringssammanträde 1991-09-05

Statsrådet Bengt Lindqvist anför.

Mitt förslag

Jag föreslår att en särskild utredare tillkallas med uppdrag att göra en översyn av avgiftssystemen inom vissa delar av socialtjänsten samt i den fr.o.m. den 1 januari 1992 kommunala hälso- och sjukvården. Översynen bör göras som en följd av huvudmannaskapsförändringen inom äldre- och handikappomsorgen, vilket innebär att kommunerna fr.o.m. den 1 januari 1992 ges ett samlat ansvar för långvarig service och vård för äldre och handikappade. Det främsta syftet med översynen bör vara att redovisa en modell för ett enhetligt avgiftssystem inom området.

Kommunernas nya ansvar

Med anledning av förslagen i regeringens proposition om ansvaret för service och vård till äldre och handikappade m.m. (prop. 1990/91:14) fattade riksdagen i december 1990 beslut om att ge kommunerna ett samlat ansvar för långvarig service och vård till äldre och handikappade (SoU9, rskr. 97). Genom reformen ges kommunerna en i socialtjänstlagen (1980:620) fastlagd skyldighet att inrätta särskilda boendeformer för service och omvårdnad för de äldre som behöver det. Kommunerna blir också skyldiga att inrätta bostäder med service för handikappade. Med särskilda boendeformer avses bl.a. servicebostäder, gruppboende, ålderdomshem och lokala sjukhem.

Vidare innebär reformen att kommunerna från landstingskommunerna fr.o.m. den 1 januari 1992 övertar ansvaret för och driften av sådana sjukhem och andra vårdinrättningar för somatisk långtidssjukvård som huvudsakligen har kommunen eller en del av kommunen som upptagningsområde. Ett ytterligare resultat av reformen är att kommunerna blir

skyldiga att bedriva sjukvård i de särskilda boendeformerna och i bostäder med särskild service. Kommunerna har även fått befogenhet att svara för hemsjukvård i ordinärt boende. Förslagen i propositionen grundades i huvudsak på de bedömningar och förslag som äldredelegationen lade fram i sin rapport Ansvaret för äldreomsorgen (Ds 1989:27).

Riksdagen fattade i juni 1991 beslut om den ekonomiska reglering som följer av äldrereformen (prop. 1990/91:150, bil. 1:3, SoU25, rskr. 384).

Nuvarande regler för avgifter m.m.

Kommunernas och landstingens uttag av avgifter från enskilda skiljer sig åt när det gäller olika former av service och vård. Äldrereformen aktualiserar därför frågan om vilka avgifter som den enskilde skall betala när han i framtiden får del av den service och omvårdnad som kommunerna har att svara för.

De nuvarande reglerna för avgiftsuttag inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten är i huvudsak utformade enligt följande.

För hälso- och sjukvårdens del finns den grundläggande bestämmelsen i 17 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763). Den medger sjukvårdshuvudmannen att ta ut vårdavgifter enligt grunder som huvudmannen bestämmer, i den mån inte något annat är särskilt föreskrivet.

I den öppna hälso- och sjukvården har det tidigare systemet med statligt reglerade patientavgifter förändrats fr.o.m. den 1 januari 1991. Förändringen innebär att sjukvårdshuvudmännen själva får fastställa avgiften vid öppen hälso- och sjukvård. 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. Systemet ger sjukvårdshuvudmännen möjlighet att besluta om ett högkostnadsskydd som inträder vid ett lägre belopp än 1 500 kr.

Bestämmelser om uttag av avgifter inom den slutna sjukvården finns i lagen (1963:381) om allmän försäkring. Enligt dessa skall försäkringskassan, för varje dag som en person med hel ålderspension får sjukhusvård, ta ut en avgift som utgör en tredjedel av pensionen räknat per dag, dock högst 65 kr. för varje vårddag. Detsamma gäller för den som har hel förtidspension och som förtidspensionär erhållit sjukhusvård under 365 dagar. Den enskilde pensionären har möjlighet att helt eller delvis befrias från avgiften om det finns särskilda skäl med hänsyn till hans ekonomiska förhållanden och behov av medel till bostad eller särskilda rehabiliteringsinsatser. Genom beslut av riksdagen är sedan den 1 juli i år systemet med ett avgiftsfritt år för förtidspensionärer avskaffat, varför även dessa omfattas av nämnda avgiftssystem.

För försäkrade som är berättigade till sjukpenning skall avdrag göras från sjukpenningen för varje dag med sjukhusvård med 70 kr., dock högst en tredjedel av sjukpenningens belopp. Systemet med sjukpenningavdrag för sjukhusvård väntas upphöra att gälla fr.o.m. år 1992.

Av 35 § socialtjänstlagen 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. Regeringen meddelar ytterligare föreskrifter om sådana avgifter. I 46 § socialtjänstförordningen (1981:750) föreskrivs att endast den enskildes egna inkomster får läggas till grund för avgiften för helinackordering i servicehus. Det belopp som skall förbehållas den enskilde bestäms på det sätt som anges i 47 och 48 §§. Av 47 § följer att den enskildes förbehållsbelopp skall motsvara 30 % av folkpensionen för en ogift ålderspensionär jämte pensionstillskott. Enligt 48 § skall förbehållsbeloppet, om den enskilde har inkomster som är större än det folkpensionsbelopp som nämns i 47 §, höjas med ett belopp som motsvarar 20 % av skillnaden mellan de sammanlagda inkomsterna efter avdrag för skatt och det nämnda folkpensionsbeloppet.

På grundval av propositionen om ansvaret för service och vård till äldre och handikappade m.m. har beslutats om ändringar i bl.a. 35 § socialtjänstlagen och 46 § socialtjänstförordningen av innebörd att begreppet servicehus fr.o.m. år 1992 utgår och inryms under det vidare begreppet särskild boendeform för service och omvårdnad. Regeringen har bemyndigats att meddela föreskrifter om avgifter vid de sjukhem och andra vårdinrättningar som enligt lag övertas av kommunerna.

Riksrevisionsverket (RRV) har på uppdrag av regeringen kartlagt och analyserat den enskildes sammantagna ekonomiska situation vid service och vård i olika vård- och boendeformer för äldre. Resultatet av RRVs kartläggning har redovisats i rapporten Den enskildes sammantagna ekonomiska situation inom äldreomsorgen (1989). Av rapporten framgår att det privatekonomiska utfallet för äldre är något bättre vid ordinärt boende än i serviceboende. Äldre som bor på ålderdomshem får det sämsta ekonomiska utfallet, medan de som bor på sjukhem och som gjort sig av med bostaden får det bästa utfallet. Variationerna i fråga om avgifter är stora mellan kommunerna när det gäller ordinärt boende och serviceboende.

Svenska kommunförbundet har i rapporten Pensionärernas ekonomi och kommunens taxor (1990) redovisat en kartläggning av kommunernas skilda avgiftssystem för social hemhjälp och villkor för kommunalt bostadstillägg till pensionärer (KBT). Av rapporten framgår att det kan skilja upp till 2 000 kr. per månad i disponibel inkomst för pensionärer med samma bruttoinkomst beroende på i vilken kommun de bor.

Äldredelegationens behandling av avgiftsfrågan

I den tidigare nämnda rapporten från äldredelegationen framhålls att de nuvarande skillnaderna i avgiftssystemen mellan hälso- och sjukvård å ena sidan och socialtjänst å den andra inte är rimliga. Enligt delegationen fordras ett mer enhetligt avgiftssystem för sådan service och vård

som kommunerna föreslås bli ansvariga för. Om inriktningen av ett framtida avgiftssystem uttalar delegationen bl.a. följande:

"Mycket talar för att avgifterna skall vara oberoende av den enskildes inkomst- och förmögenhetsförhållanden. Vidare finns, enligt delegationens mening, skäl att överväga en taxekonstruktion som innehåller ett högkostnadsskydd, så att inte de personer som behöver omfattande insatser får allt för höga avgifter. ... De måste utformas så att de nya avgifterna uppfattas som skäliga av dem som berörs. Enligt delegationens mening bör den vägledande principen vara att de som i dag får vård genom landstingets försorg inte får höjd avgift på grund av att kommunen tar över huvudmannaskapet för viss hälso- och sjukvård."

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

I propositionen om ansvaret för service och vård till äldre och handikappade m.m. anförs att kommunerna bör få bestämma storleken på avgifterna inom den kommunala hälso- och sjukvården och att enskilda bör garanteras att under en period av tolv månader inte behöva betala mer än sammanlagt 1 500 kr. för läkemedelskostnader och vårdbesök hos landsting och kommuner.

I propositionen förordades, i avvaktan på översyn av avgiftssystemen för kommunala tjänster inom äldre- och handikappomsorgen, att nuvarande avgiftssystem för olika insatser för vård vid de sjukhem som förs över till kommunerna borde gälla. Innebörden av detta är att avgiften skall dras av från sjukpenning resp. pension på samma sätt som vid sjukhusvård. Vidare konstaterades att när sjukhem och andra vårdinrättningar överförs till kommunerna kommer hälso- och sjukvården där inte längre att ses som sluten utan som öppen vård, i rättsligt avseende likställd med vård i den enskildes hem. Patientavgift för t.ex. läkarbesök och uttag av förskrivna läkemedel skulle därmed komma att betalas av den enskilde med de belopp landstinget resp. staten fastställt. Jag föreslog i propositionen att reformen tills vidare inte borde få innebära någon omfördelning av kostnadsansvaret för läkemedel. Socialutskottet tillstyrkte regeringens förslag i dessa hänseenden och riksdagen beslutade i enlighet med utskottets hemställan.

Pågående utredningar inom området

I direktiven för 1989 års handikapputredning (dir. 1988:53) konstateras att kommunerna skiljer sig avsevärt sinsemellan bl.a. i fråga om avgiftsuttag för olika åtgärder inom handikappområdet (t.ex. färdtjänst och social hemhjälp). Enligt direktiven skall utredningen analysera och bedöma vilka effekter skillnaderna i avgiftssättning får för funktionshindrade med omfattande behov av insatser. Handikapputredningen beräknas avlämna sitt slutbetänkande vid årsskiftet 1991/92.

I kommunalekonomiska kommitténs (dir. 1990:20) uppdrag ingår att analysera de kommunala avgifternas roll som styrinstrument och finan-

sieringskälla. Förutsättningarna för och effekterna av eventuella förändringar i fråga om avgiftssättningen bör belysas, och härvid ingår att analysera de fördelningspolitiska effekterna. Utredningen beräknas kunna avsluta sitt arbete före årsskiftet 1991/92.

KBT-utredningen (dir. 1991:25) skall enligt direktiven göra en allmän översyn av systemet med kommunala bostadstillägg. En huvuduppgift för utredningen är att belysa olikheterna i KBT-nivåerna mellan landets kommuner och de förklaringar som kan finnas till denna skillnad. Utredningen bör lägga fram förslag om ett nytt och enhetligare system för bostadstilläggen.

Enligt utredningsdirektiven till merkostnadskommittén (dir. 1990:34) skall kommitténs överväganden ta sikte på i första hand systemet med läkemedelsförmåner, varvid bl.a. möjligheterna bör prövas att utvidga prisnedsättningen av läkemedel till vissa produkter för vilka den enskilde i dag helt får stå för kostnaderna samt ett slopande av åldersgränsen 16 år för prisnedsättning av speciallivsmedel vid vissa sjukdomar. I direkiven anges därvid att till läkemedelsförmånerna bör i detta sammanhang även räknas det högkostnadsskydd som finns för läkemedel och öppen sjukvård.

Avgiftsutredningen (dir. 1990:18) har att göra en samlad översyn av principerna för avgiftsuttag inom det kommunala området. Arbetet beräknas vara slutfört den 1 november 1991.

Regeringen har nyligen beslutat om kommittédirektiv angående en allmän översyn av socialtjänstlagen (dir. 1991:50). Översynen skall bl.a. innefatta en utvärdering av socialtjänstlagens tillämpning och syfta till att tydligare avgränsa och klargöra socialtjänstens uppgifter och ansvarsområden.

Uppdraget

Som jag konstaterade i proposition 1990/91:14 innebär de nuvarande avgiftsreglerna att det för den enskildes del i allmänhet är väsentligt billigare att få omvårdnad vid landstingets sjukhem än att bo på ett kommunalt ålderdomshem. Vidare är, som framgått, reglerna om avgifter inom den öppna hälso- och sjukvården inkl. hemsjukvården, utformade på ett annorlunda sätt än avgiftsreglerna för social hemhjälp. Äldrereformen innebär därför, som jag framhöll i propositionen, att frågan om det rimliga i att ha olika avgifter för olika boendeformer för service och omvårdnad i kommunerna aktualiseras. Samma fråga måste ställas då det gäller avgifter för den sociala hemtjänsten kontra hemsjukvården.

Mot bakgrund av vad jag nu sagt bör en särskild utredare tillkallas med uppgift att göra en översyn av avgiftsreglerna inom berörda delar av socialtjänsten samt den kommunala hälso- och sjukvården. Utredarens främsta uppgift bör vara att redovisa förslag till system som ger mer enhetliga och rättvisa avgiftsregler. Härvid kan främst två större verksamhetsområden urskiljas. Det handlar om avgiftssättningen vad gäller dels de särskilda boendeformerna för service och omvårdnad för

äldre människor (dvs. för boende och omvårdnad i bl.a. servicebostäder, ålderdomshem, gruppbostäder och sjukhem), dels social hemhjälp och hemsjukvård. Inriktningen bör vara att åstadkomma ett system som ger förutsättningar för lika avgifter för likartade insatser. Därvid bör bl.a. beaktas att likhet även bör gälla mellan kommunalt drivna sjukhem och centrala sjukhem drivna av en sjukvårdshuvudman. Vad jag framhållit om inriktningen av ett framtida avgiftssystem innebär att ett sådant bör kunna medge att avgifterna för t.ex. boende med service och omvårdnad skall kunna variera beroende på insatsernas kvalitet. Den särskilda utredaren bör i sitt arbete beakta de bedömningar som äldredelegationen gjort och som delvis redovisats i det föregående när det gäller inriktningen av nya avgiftsregler.

Utredaren bör även lämna förslag om hur frågan om patientavgifter vid bl.a. läkarbesök och uttag av läkemedel långsiktigt skall lösas med hänsyn till att vård vid de sjukhem och andra vårdinrättningar som överförs till kommunerna i rättsligt avseende likställs med vård i eget hem.

Det är av vikt att utredaren analyserar såväl förslagens finansiella effekter för kommunerna som de fördelningspolitiska effekterna för enskilda äldre. Även de styreffekter som avgifter kan ha bör beaktas.

Av olika studier har framkommit att det finns omfattande skillnader i avgiftsuttag mellan olika kommuner. Som nämnts har t.ex. Svenska kommunförbundet i en rapport från år 1990 visat att det kan skilja upp till 2 000 kr. per månad i disponibel inkomst för pensionärer beroende på varierande villkor för avgifter och KBT i kommunerna. Det är angeläget att utredaren ägnar uppmärksamhet åt frågan om skillnader i avgiftsnivåer. Utredaren bör belysa skillnaderna och de förklaringar som kan finnas till dessa samt bedöma behovet av åtgärder för att minska spännvidden i avgiftsuttag kommunerna emellan.

Som jag påpekat uttalade äldredelegationen att det kan finnas anledning att överväga en taxekonstruktion som innehåller ett högkostnadsskydd, så att inte personer med omfattande behov av insatser drabbas av alltför höga avgifter. Som nämnts avses det nuvarande högkostnadsskyddet för läkemedel och öppen hälso- och sjukvård även omfatta vårdtillfällen inom den kommunala hälso- och sjukvården. Utredaren bör lägga fram förslag om hur detta skall ske. Utredaren bör därutöver överväga behovet av och förutsättningarna för införande av ett högkostnadsskydd med vidare inriktning när det gäller service och omvårdnad för äldre. Om utredaren bedömer att det föreligger behov av och förutsättningar för ett sådant högkostnadsskydd bör förslag härom redovisas.

De förslag till system för avgifter som utredaren lägger fram bör stå i överensstämmelse med de allmänna målen för äldrereformen. Systemen bör vidare vara så enkla som möjligt att administrera.

Det bör stå utredaren fritt att behandla även andra aspekter som rör frågan om avgifter för service och omvårdnad för äldre och som bedöms vara av betydelse i sammanhanget.

Utredaren bör under arbetets gång samråda med 1989 års handikapputredning, KBT-utredningen, merkostnadskommittén, socialtjänstkommit-

tén, kommunalekonomiska kommittén samt med avgiftsutredningen. Samråden bör också ske med pensionärsorganisationerna och handikapporganisationerna.

Ramar för arbetet

För arbetet gäller regeringens direktiv till samtliga kommittéer och särskilda utredare angående dels utredningsförslagens inriktning (dir. 1984:5), dels beaktandet av EG-aspekter i utredningsverksamheten (dir. 1988:43).

Utredningsarbetet bör bedrivas skyndsamt. Den särskilda utredaren bör ha slutfört sitt arbete senast den 1 mars 1992.

Hemställan

Med hänvisning till vad jag nu har anfört hemställer jag att regeringen bemyndigar det statsråd som har till uppgift att föredra ärenden som rör omsorg om äldre

att tillkalla en särskild utredare – omfattad av kommittéförordningen (1976:119) – med uppdrag att göra en översyn av avgiftssystemen inom vissa delar av socialtjänsten samt den fr.o.m. den 1 januari 1992 kommunala hälso- och sjukvården,

att besluta om sakkunniga, experter, sekreterare och annat biträde åt utredaren.

Vidare hemställer jag att regeringen beslutar

att kostnaderna skall belasta femte huvudtitelns anslag Utredningar m.m.

Beslut

Regeringen ansluter sig till föredragandens överväganden och bifaller hans hemställan.

(Socialdepartementet)

Bilaga 2

Fördelningseffekter – Metoder och resultat

Av Kristina Olofsson, fördelningspolitiska gruppen, Finansdepartementet

I bilagan belyses fördelningseffekter av det förslag till ett nytt avgiftssystem inom vissa delar av socialtjänsten och den kommunala hälso- och sjukvården som presenteras i betänkandet. Vissa finansiella effekter för staten och vissa kommuner redovisas också, dvs. förändringar i kostnader och intäkter, för produktion av service, omvårdnad, vård och boende. Beräkningarna skall betraktas som illustrationer av möjliga effekter av förslaget, inte som prognoser av sannolika konsekvenser. Analysen har genomförts av Finansdepartementet på uppdrag av utredningen. Utredningen ansvarar för de antaganden m.m. som ligger till grund för resultatet.

1 Förutsättningar

Det finns i dag inga samlade uppgifter tillgängliga om vilka avgiftsregler som gäller för pensionärer som behöver vård, hur mycket pensionärerna betalar, vilka fördelnings- och kostnadseffekter som avgiftssystemen medför. För att ge utredningen ett underlag som beskriver effekterna av nuvarande och föreslagna regler har det varit nödvändigt att basera konsekvensanalyserna på en förenklad modell och ett specialkonstruerat statistiskt underlag. De resultat som redovisas i bilagan är beräknade under förutsättning av oförändrad vårdkonsumtion. Det måste dock förutsättas att både vårdkonsumenter och producenter anpassar sig till nya ekonomiska förutsättningar. Den statiska beräkningen visar således situationen före en anpassning, men också de systemeffekter som kan leda till olika anpassningar.

Metod

Beräkningarna avser år 1992 och har utförts i en mikrosimuleringsmodell utarbetad av SCB och Finansdepartementet. Den baseras på SCB:s inkomst- och förmögenhetsundersökning år 1989 som består av ett urval

individer och deras inkomst- och förmögenhetsförhållanden. Data är framskrivna till år 1992 med ekonomiska koefficienter för löner, priser m.m. Ursprungligen innehåller databasen ett urval omfattande 144 000 individer, vilka samtliga tillhör hushåll där åtminstone en medlem är pensionär. Urvalet är stratifierat med avseende på pensionsförmån, hushållstyp, sammanräknad inkomst och kommun. Dessa hushåll är representativa för pensionärshushållen dels inom respektive kommun, dels i landet. Modellen efterbildar också 1992 års skatte- och transfereringsregler.

Modellen har för denna studie kompletterats med uppgifter om pensionärernas konsumtion av service, omvårdnad och vård i 13 av landets kommuner. Kartläggningen omfattar ålderdomshem, sjukhem och vård i eget boende samt de nuvarande reglerna för avgifter.[1] Kommunerna är valda enligt ett strukturkostnadsindex i syfte att vid analysen beakta kommunala skillnader vad beträffar kostnader och villkor i form av skatter, transfereringar och avgifter. Pensionärerna i dessa kommuner, ca 15 000 individer, varav 8 500 är ålderspensionärer, utgör således urvalet för denna analys.

De insamlade uppgifterna om vårdkonsumtionen avser antal äldre i de olika formerna för service, omvårdnad och vård fördelade efter ålder och kön i resp. kommun. Utifrån den informationen har sannolikheter bildats för de äldre att konsumera viss vård i de olika kommunerna. Förekomsten av de olika formerna av vårdkonsumtion har fördelats slumpmässigt på urvalet pensionärer i de 13 kommunerna (s.k. imputering med betingade sannolikheter).

Denna metod genererar en syntetisk fördelning av vårdkonsumtionen i de studerade kommunerna som efterbildar den faktiska fördelningen men som inte med nödvändighet överensstämmer med de faktiska förhållandena. Varje ny sannolikhetsberäkning ger fördelningar av delvis olika utseende av sambanden mellan inkomst och vårdkonsumtion. Följande beräkningar har utförts på en sådan slumpfördelning, som efter granskning visade förväntningsnära resultat. Analysen illustrerar följaktligen vilka effekter som skulle uppkomma om den faktiska fördelningen av vårdkonsumtionen i de 13 kommunerna skulle överensstämma med den konstruerade. Slutsatser av analysen för de äldres vårdkonsumtion i dessa kommuner kan inte göras för hela landet. *Kommunurvalet är inte gjort för att representera landets samtliga kommuner och pensionärer.*

---

[1] De 13 kommunerna i urvalet är Boden, Bjurholm, Strömsund, Orsa, Håbo, Sundbyberg, Solna, Stockholm, Munkedal, Tanum, Tingsryd, Bromölla och Lomma.

Ålders- och könsfördelad statistik för omvårdnad i sjukhem samt 1992-års avgiftsregler för social hemhjälp och boende i ålderdomshem har inhämtats av utredningen direkt från kommunerna. För konsumtion av social hemhjälp har använts underlagen I/RS 614 och I/RS 615 till SCB:s statistiska meddelande S 21 SM 9101. För konsumtion av omvårdnad i ålderdomshem har använts underlaget I/RS 613 till SCB:s statistiska meddelande S 23 SM 9101.

Det avser endast att illustrera de ekonomiska förändringar som följer av utredningens förslag för pensionärer i olika former av vård.

Förutom dessa tekniska begränsningar finns också den statistiska osäkerhet som härrör ur urval och små redovisningsgrupper. Särskilt för boende i ålderdomshem skall beräkningarna främst ses som en summering av typexempel.

Även om modellen har vissa tekniska begränsningar ger den helt nya möjligheter att för första gången samtidigt analysera skatte-, transfererings- och avgiftseffekter, effekter för hushållen samt kostnadseffekter för stat och kommuner. Den statistiska osäkerheten kan mer än väl anses uppvägas av de nya möjligheter till systemanalyser som modellen medger.

Avgifter

De 13 kommunernas nuvarande avgiftsregler har inhämtats och efterbildats i mikromodellen. Därefter har de föreslagna reglerna för ett kommunalt högkostnadsskydd efterbildats. I syfte att uppnå jämförbarhet mellan dagens avgiftssystem och det föreslagna har en ny kostnad skapats för de äldre i de särskilda boendeformerna ålderdomshem och sjukhem. Den skall innehållsmässigt motsvara den nuvarande avgiften för äldre i dessa boendeformer. Den nuvarande avgiften för boende i ålderdomshem och sjukhem inkluderar kostnader för såväl boendet, maten som vården. Eftersom avgiften i det föreslagna systemet endast avser service, omvårdnad och vård har antaganden om mat- och boendekostnader i dessa boendeformer fått göras. Kostnaden för mat har för en ensamstående person antagits uppgå till 26 400 kr per år, hyran vid ålderdomshemsboende har antagits uppgå till 18 000 kr per år och hyran vid sjukhemsboende till 12 000 kr per år. Utredningen har bedömt dessa kostnader som rimliga genomsnittliga belopp att användas vid beräkningarna. Naturligtvis skall dessa uppfattas endast som sådana, då det kommer att uppstå skillnader både inom och mellan olika kommuners särskilda boendeformer såväl som mellan enskilda äldre. KBT-utredningens huvudförslag till nytt bostadsstöd till pensionärer har använts vid beräkningarna (se SOU 1992:21).

Avgifterna beräknas på den nettoinkomst som de pensionärer har som genom slumpmetoden tilldelats vårdkonsumtion. Detta inkomstbegrepp avser bruttoinkomst (dvs. faktorinkomst och skattepliktiga transfereringar) minus statlig och kommunal skatt samt minus kapitalskatt.

Från nettoinkomsten avräknas en grundgaranti, vilket är ett fast belopp i andel av basbeloppet, 125 % för ensamstående och 221 % för makar. Förbehållsbeloppet utgör 70 % av den nettoinkomst som återstår efter det att grundgarantin är avdragen. Således utgör de återstående 30 % av nettoinkomsten efter avdrag för grundgaranti det möjliga och samtidigt maximala utrymmet för avgiftsuttag för service, omvårdnad och vård.

Den beräknade nya avgiften för vård är en maximal avgift. Beräkningarna visar således den högsta avgift efter grundgaranti och förbehållsbelopp som de enskilda kan komma att betala. I samtliga beräkningar,

både de som avser det nuvarande systemet och det föreslagna, finns dessutom kommunernas faktiska kostnad för vårdpersonal i verksamheten med som gräns för högsta möjliga avgiftsuttag (underbilaga 1).

2 Vårdkonsumtionens fördelning

Fördelningseffekterna av och inkomsterna från egenavgifter bestäms i första hand av vårdkonsumtionens fördelning. De äldsta pensionärerna konsumerar mest vård. Det visas bl.a. i kartläggningen i pensionsberedningens bilaga om kostnader för de äldres service och vård (Thorslund M, Bilaga G, SOU 1990:77). Det är däremot ingen anmärkningsvärd skillnad i vårdkonsumtion mellan män och kvinnor. Graden av vårdutnyttjande är endast något högre bland kvinnor. Antalsmässigt, i samtliga åldrar och former av vård, är kvinnorna dock betydligt fler än männen.

Den syntetiska fördelningen av vårdkonsumtionen i de 13 kommunerna stämmer väl överens med de insamlade uppgifterna från kommunerna. Fördelningen i dessa kommuner uppvisar samma huvudsakliga mönster som fördelningen i riket. Däremot är det betydande skillnader i bl.a. nivåer mellan den konstruerade fördelningen och fördelningen i riket. Av de 185 000 pensionärer, 65 år och äldre, som är bosatta i de 13 kommunerna är det ca 15 % som erhåller någon form av service, omvårdnad eller vård. De flesta av dem, ca 77 %, får vård i eget boende, medan de återstående får vård i särskilt boende, ca 6 % i ålderdomshem och ca 17 % i sjukhem. Andelen som konsumerar vård ökar kraftigt med stigande ålder. I de yngsta åldrarna, 65–84 år, är det drygt en tiondel som mottar någon vård, medan motsvarande andel för de över 84 år är närmare hälften.

Studier av inkomstfördelningen hos de äldre visar ett tydligt samband mellan ålder och inkomstens storlek. Detta samband kan särskilt urskiljas för pensionsinkomster som är relativt sett lägre vid högre ålder. Kvinnor har lägre inkomster än män i samtliga åldrar. Kvinnornas ATP-inkomster har visserligen ökat kraftigt under 1980-talet. Närmare hälften av kvinnorna befinner sig dock på en inkomst i nivå med folkpension och pensionstillskott.

Det största behovet av vård finns bland de äldre pensionärerna, av vilka flertalet är kvinnor. Hos denna grupp äldre återfinns också de med de lägsta disponibla inkomsterna.

Tabell 1. Andel män och kvinnor i olika åldersklasser fördelade efter konsumtion av service, omvårdnad och vård i procent.

	Ålderdomshem		Sjukhem		Vård i eget hem		Ingen vård		Samtliga
	Urval	Riket	Urval	Riket	Urval	Riket	Urval	Riket	Urval/Riket
65–74 år									
Män	0,2	0,4	0,8	0,8	3,4	4,9	95,6	93,9	100
Kvinnor	0,2	0,3	1,0	0,7	4,3	6,4	94,5	92,6	100
75–79 år									
Män	0,7	1,6	2,8	2,5	9,0	13,9	87,5	82,0	100
Kvinnor	0,1	1,8	2,2	2,7	14,4	19,5	83,3	76,0	100
80–84 år									
Män	0,7	4,5	5,7	5,1	18,5	26,8	75,1	63,6	100
Kvinnor	1,7	5,6	2,9	6,2	20,8	34,6	74,6	53,6	100
85–89 år									
Män	0,9	11,0	10,7	8,6	20,0	39,4	68,4	41,0	100
Kvinnor	2,9	13,1	5,3	12,3	32,6	44,4	59,2	30,2	100
90– år									
Män	2,2	22,2	39,1	13,5	21,7	47,5	37,0	16,8	100
Kvinnor	14,3	23,0	6,5	23,1	59,0	43,7	20,2	10,2	100
Samtliga individer	0,8	–	2,5	–	11,5	–	85,2	–	100

Källa: Finansdepartementet och SOU 1990:77, bilaga G.

Sambandet mellan ålder och konsumtion respektive ålder och inkomst innebär att egenavgifterna i nuvarande avgiftssystem har en starkt regressiv profil. Vid lägre disponibla inkomster är vårdkonsumtionen större och därmed betalar dessa pensionärer totalt sett högre avgifter. Avgiftssystemen i kombination med vårdkonsumtionen förstärker således skillnaderna i disponibel inkomst efter avgifter mellan pensionärerna. Den stora skillnaden i inkomst återfinns naturligtvis mellan de pensionärer som konsumerar vård och de som inte gör det.

Såvitt känt finns det inga studier gjorda av direkta samband mellan inkomst och vårdkonsumtion bland de äldre. Ett indirekt samband mellan inkomst och vårdkonsumtion är däremot tydligt. Det framgår vid studier av hur vårdkonsumtionen är fördelad efter ålder och kön samt hur inkomsterna är fördelade efter dessa variabler. Beräknat för alla pensionärshushåll så betalar pensionärer med lägre disponibla inkomster en mycket högre andel av sin inkomst i avgift enligt nuvarande regler i förhållande till hushåll med högre inkomster.

3 Fördelningseffekter av nya avgiftsregler

I det föreslagna systemet kommer, vid maximalt uttag av avgifter, samtliga på ålderdomshem och sjukhem att betala en avgift för vård som utgör 30 % av nettoinkomsten efter avdrag för grundgaranti. Av de som får vård i eget hem blir det ca 70 % som får betala maximal avgift medan ca 30 % betalar en avgift som motsvarar självkostnaden för verksamheten.

Av samtliga vårdkonsumenter blir det ca 75 % som betalar maximal avgift och ca 25 % som betalar kommunens självkostnad för att producera vården. Detta förhållande beror på att kostnaden för att producera service, omvårdnad och vård är mycket hög i förhållande till pensionärernas inkomster. För flertalet vårdkonsumenter medför förslaget således marginaleffekter med 30 % av nettoinkomsten. Endast den fjärdedel pensionärer med vård i eget hem, som har tillräckliga ekonomiska resurser att betala sin vård med, berörs inte.

I förhållande till dagens system så innebär förslaget att boende på sjukhem i genomsnitt får ökade marginaleffekter, medan boende på ålderdomshem och konsumenter av vård i eget hem i genomsnitt får minskade effekter.

Tabell 2. Andel individer med vård som i det föreslagna systemet betalar en avgift som motsvarar 30 % av nettoinkomsten respektive en avgift som är lika med självkostnaden. Pensionärer i 13 kommuner.

	Maximal avgift	Självkostnad	Samtliga individer
Ålderdomshem	100	0	100
Sjukhem	100	0	100
Vård i eget hem	70	30	100
Samtliga individer	*75*	*25*	*100*

Källa: Finansdepartementet.

Tabell 3. Genomsnittliga avgifter och kostnader enligt nuvarande respektive föreslagna regler. Pensionärer i 13 kommuner.

	Ålderdomshem	Sjukhem	Vård i eget hem
Nuvarande avgift	49 500	20 200	4 100
Ny avgift	8 900	16 900	10 000
Årlig			
Boendekostnad	18 000	12 000	–
Bostadsbidrag	–7 300	–1 500	–
Matkostnad	26 400	26 400	–
Ny kostnad	46 000	53 800	10 000
Förändring			
kr	*–3 500*	*+33 600*	*+5 900*
%	*–7*	*+166*	*+144*

Källa: Finansdepartementet.

De nya reglerna innebär framför allt att avgifterna för de boende på ålderdomshem och sjukhem i stort sett blir lika stora. De avspeglar i högre grad den faktiska kostnaden för vården än de nuvarande avgifterna. Kostnaden för att producera en sjukhemsplats är högre än för ålderdomshem och det får återverkan i de nya avgifterna. I det nuvarande systemet betalar pensionärerna på ålderdomshem i genomsnitt ca 145 % mer i avgift för sin plats än en pensionär på sjukhem. I det föreslagna systemet kommer pensionärerna på sjukhem att betala ca 17 % mer för sin vård, mat och sitt boende än pensionärerna på ålderdomshem.

Kostnaderna för enskilda i sjukhem ökar mest. Kostnaden för en plats på sjukhem ökar med ca 34 000 kr per år. Det är en ökning med ca 166 %, från i genomsnitt 20 000 kr till 54 000 kr per år. I det nuvarande systemet är avgiften på sjukhem maximerad till 65 kr per dag och i genomsnitt betalar de boende 56 kr per dag. I det föreslagna systemet blir kostnaden 149 kr per dag. Även avgifterna för vård i eget hem ökar kraftigt, med 144 %, från i genomsnitt ca 4 000 kr per år till ca 10 000 kr per år. För ålderdomshemsboende minskar kostnaden med i genomsnitt ca 7 %. I dagens system är avgiften i genomsnitt ca 50 000 kr per år och med utredningens förslag blir kostnaden ca 46 000 kr.

I dagens system betalar de yngre ålderspensionärerna i de 13 kommunerna i genomsnitt en högre avgift än de äldre, vilket beror på den tidigare beskrivna inkomstfördelningen och att avgifterna i hög grad är inkomstberoende. Det föreslagna systemet innebär ingen större omfördelning mellan olika vårdtagare inom resp. vårdform. Den stora förändringen sker mellan olika vårdformer (tabell 4).

Tabell 4. Genomsnittliga avgifter och kostnader enligt nuvarande respektive föreslagna regler fördelade efter ålder och kön kr per år. Pensionärer i 13 kommuner.

	Ålderdomshem		Sjukhem		Vård i eget hem	
	Nuvarande avgift	Föreslagen kostnad	Nuvarande avgift	Föreslagen kostnad	Nuvarande avgift	Föreslagen kostnad
65–74 år	51 700	57 000	21 500	59 600	5 400	15 000
75–79 år	55 700	49 900	21 900	53 500	4 700	11 500
80–84 år	43 700	41 500	20 500	51 800	3 700	8 200
85–89 år	55 900	47 000	19 100	52 000	3 200	7 300
90– år	46 900	43 600	16 300	52 500	3 100	8 500
Män	55 100	56 800	21 100	61 000	4 800	12 900
Kvinnor	48 000	43 400	19 500	48 000	3 800	9 100
Samtliga	*49 500*	*46 000*	*20 200*	*53 800*	*4 100*	*10 000*

Källa: Finansdepartementet.

Två tredjedelar av de boende i ålderdomshem får minskade kostnader med förslaget till nya avgiftsregler. Detta gäller framför allt de som bor i ålderdomshem som i dag tillämpar förbehållsbeloppet i socialtjänstförordningen. Det belopp som pensionärer i ålderdomshem förbehålls är större i det föreslagna systemet än i det nuvarande. Den återstående tredjedelen får med de nya reglerna en högre egen kostnad än i dagens system. Det beror på att de bor på ålderdomshem som tillämpar ett för den enskilde gynnsammare förbehållsbelopp än det minimum som regleras i socialtjänstförordningen. Det framgår också av att de äldre i dessa hem har en lägre genomsnittlig avgift i dagens system än i det föreslagna. Dessa hem kan dock mycket väl komma att bibehålla sitt nuvarande avgiftsuttag då det *av utredningen föreslagna endast reglerar det maximala uttaget* som kommunen kan göra.

För de ålderdomshemsboende som får ökade kostnader för sitt boende och sin vård, blir ökningen i genomsnitt ca 26 %. För de som får en sänkt kostnad minskar den med ca 18 %. Detta skall dock ses i belysningen av att de som får minskade kostnader i genomsnitt i dagens system betalar ca 50 % mer för sin vård.

Samtliga boende i sjukhem får kraftigt ökade kostnader till följd av utredningens förslag. Det beror som nämnts på att avgiften i dagens system är maximerad till 65 kr per dag.

Flertalet av de som får vård i eget hem (ca 90 %) får, om kommunerna tar ut maximal avgift, också ökade avgifter. De som får minskade avgifter i denna vårdform har alla inkomster i nivå med folkpension och pensionstillskott och garanteras i det föreslagna systemet få behålla huvuddelen av inkomsterna i form av grundgaranti och förbehållsbelopp.

Tabell 5. Genomsnittliga avgifter och kostnader enligt nuvarande respektive föreslagna regler kr per år. Pensionärer i 13 kommuner.

	Nuvarande avgift	Ny kostnad	Förändring	Antal
Ålderdomshem				
Ökad avgift	37 000	46 700	+9 700	500
Minskad avgift	55 600	45 700	-9 900	1 000
Samtliga individer	*49 500*	*46 000*	*-3 500*	*1 500*
Sjukhem				
Ökad avgift	20 200	53 800	+33 600	4 500
Samtliga individer	*20 200*	*53 800*	*+33 600*	*4 500*
Vård i eget hem				
Ökad avgift	3 900	10 700	+6 800	19 300
Minskad avgift	5 900	3 200	-2 700	1 900
Samtliga individer	*4 100*	*10 000*	*+5 900*	*21 200*

Källa: Finansdepartementet.

De nya avgiftsreglerna kommer, vid maximalt avgiftsuttag, att medföra större avgiftshöjningar för vård i eget hem bland hushåll med höga inkomster jämfört med de med låga inkomster. För boende i sjukhem blir fördelningsprofilen likartad. För boende i ålderdomshem är resultaten ytterst osäkra, men tendensen är sänkta kostnader för hushåll med högre ekonomisk standard (tabell 6).

Tabell 6. Genomsnittliga avgifter och kostnader enligt nuvarande respektive föreslagna regler efter nettoinkomst kr per år. Pensionärer i 13 kommuner.

	Nettoinkomst, tkr					
	–50	50–100	100–150	150–200	200–	Samtliga
Ålderdomshem						
Nuvarande avgift	30 700	44 000	81 800	119 500	171 900	49 500
Ny kostnad	32 200	42 000	69 100	78 500	145 200	46 000
Förändring	*+1 500*	*-2 000*	*-12 700*	*-41 000*	*-26 700*	*-3 500*
Sjukhem						
Nuvarande avgift	15 400	19 200	22 200	22 600	22 400	20 200
Ny kostnad	32 700	44 000	61 200	77 600	103 800	53 800
Förändring	*+17 300*	*+24 800*	*+39 000*	*+55 000*	*+81 400*	*+33 600*
Vård i eget hem						
Nuvarande avgift	4 500	3 500	5 100	5 700	5 600	4 100
Ny avgift	2 400	7 000	15 900	23 900	27 800	10 000
Förändring	*-2 100*	*+3 500*	*+10 800*	*+18 200*	*+22 200*	*+5 900*

Källa: Finansdepartementet.

Indelningen av pensionärshushållen i kvintiler efter disponibel inkomst baseras på samtliga pensionärshushåll (tabell 7). Även de som inte konsumerar vård ingår således i indelningsgrunden. I första kvintilen ingår de 20 % av hushållen som har de lägsta disponibla inkomsterna. Avsikten är att åskådliggöra hur vårdkonsumtionen fördelar sig mellan pensionärer med olika ekonomisk standard. Förändringen av pensionärernas kostnader för vården får då en annorlunda profil än beräkningar som endast omfattar pensionärer som konsumerar vård.

Den samlade profilen för de tre vårdformerna tillsammans blir, att de höjda egenkostnader som kan följa med nya regler främst kommer att betalas av de pensionärer som har de lägsta inkomsterna. Det beror på att vårdkonsumtionen är högre bland pensionärer med låga inkomster. Ett nytt system kommer således att ytterligare förstärka skillnaderna i disponibel inkomst efter kostnader för vård.

Tabell 7. Genomsnittlig förändring av kostnader i kvintiler efter hushållens disponibla inkomst kr per år. Pensionärer i 13 kommuner.

	Förändring av kostnad i kr					
Kvintil	Ålderdomshem	Sjukhem	Vård i eget hem	Andel med vård i %	Medelkostnad samtliga	Nettoinkomst
1	+14 100	+36 500	+2 400	26,2	+3 100	60 500
2	+10 300	+53 900	+5 100	18,2	+2 300	82 500
3	-1 400	+66 100	+6 100	12,7	+1 800	99 200
4	-24 300	+88 500	+9 500	8,7	+1 600	112 100
5	-9 500	+115 300	+13 900	6,9	+1 500	184 200

Källa: Finansdepartementet.

4 Kostnadseffekter

Även kostnadseffekterna är baserade på den konstruerade fördelningen av vårdkonsumtionen i de 13 kommunerna. I beräkningarna ingår också antagandet att kommunerna tar ut maximala avgifter, dvs. 30 % av den del av nettoinkomsten som överstiger grundgarantin.

Bostadsstöd

I utredningens uppdrag ingår att bedöma hur stor del av de nuvarande avgifterna som avser kostnader för boende. Dessutom ingår att uppskatta statens ökade kostnader för bostadsstöd till pensionärer i de särskilda boendeformerna. En mycket schablonmässig kalkyl, baserad på KBT-utredningens föreslagna regler (huvudförslaget) och vid hyresantaganden om 18 000 kr per år för ålderdomshem och 12 000 kr per år för sjukhem, pekar på att statens kostnader för bostadsstöd för hela landet kan komma att bli ca 300 milj.kr.

Beräkningen bygger på antagandet, att de boende i de 13 kommunerna representerar ca 4 % respektive 13 % av samtliga boende i landet vid ålderdomshem resp. sjukhem, att samtliga bidragsberättigade erhåller bostadsstöd samt att inkomstfördelningen i de 13 kommunerna speglar den i hela landet.

Ekonomiska effekter för stat, kommuner och enskilda

I nedanstående tabeller redovisas de ekonomiska effekterna av förslaget för staten, de 13 kommunerna och de enskilda som kollektiv. I den första tabellen visas de samlade kostnaderna resp. intäkterna samt den förändring som följer av förslaget till nytt system inom de tre vårdformerna. I de därpå följande tabellerna redovisas effekterna inom resp. vård-

form. Samtliga resultat bygger på beräkningar vid oförändrad vårdkonsumtion.

Staten får till följd av förslaget till nytt system ökade kostnader i de 13 kommunerna med drygt 100 miljoner kronor (tabell 8). Det beror framför allt på att avgiftsintäkterna i det nuvarande systemet avräknas ifrån pensionerna medan de i det föreslagna systemet uppbärs av kommunerna. Staten får som nämnts också ökade kostnader för utbetalning av bostadsstöd. Kommunerna får i beräkningarna ökade intäkter med utredningens förslag. Dessa består i första hand av avgifter ifrån de sjukhemsboende. Även intäkterna från de som erhåller omvårdnad i eget hem ökar kraftigt. De äldre får tillsammans ökade kostnader för sin service, omvårdnad och vård. I de 13 kommunerna innebär det nya systemet att kostnaderna för de enskilda blir dubbelt så höga.

Som tidigare nämnts är beräkningarna osäkra beroende på att de utvalda kommunerna inte är ett statistiskt urval. Förväntningsriktiga estimat kan således inte erhållas. Imputationsmetoden i denna analys innebär att resultaten endast är giltiga om vårdkonsumtionen inte varierar med inkomstens storlek och att de 13 kommunerna har en inkomstfördelning som motsvarar den i riket. Beräkningarna ger dock betydligt säkrare resultat än schablonberäkningar som baseras på offentlig statistik. I tabellerna nedan redovisas kostnader som minus och intäkter som plus.

Tabell 8. Sammanlagda ekonomiska effekter för stat, kommun och enskilda i mkr år 1992. Pensionärer i 13 kommuner.

	Stat	Kommuner	Enskilda
Nuvarande system	+ 92	+ 162	- 254
Nytt system	- 18	+ 543	- 525
Förändring	*-110*	*+ 381*	*- 271*

Källa: Finansdepartementet.

Tabell 9. Ålderdomshem
Ekonomiska effekter för stat, kommun och enskilda i mkr år 1992. Pensionärer i 13 kommuner.

	Stat	Kommuner	Enskilda
Nuvarande system	–	+ 76	– 76
Föreslagna avgifter			
för vård	–	+ 14	– 14
Matkostnader	–	+ 40	– 40
Hyra	–	+ 28	– 28
Bostadsbidrag	– 11		+ 11
S:a nytt system	– 11	+ 81	– 70
Förändring	*– 11*	*+ 5*	*+ 6*

Källa: Finansdepartementet

Tabell 10. Sjukhem
Ekonomiska effekter för stat, kommun och enskilda i mkr år 1992. Pensionärer i 13 kommuner.

	Stat	Kommuner	Enskilda
Nuvarande system	+ 92		– 92
Föreslagna avgifter			
för vård		+ 77	– 77
Matkostnader		+ 119	– 119
Hyra		+ 54	– 54
Bostadsbidrag	– 7		+ 7
S:a nytt system	– 7	+ 250	– 243
Förändring	*– 99*	*+ 250*	*– 151*

Källa: Finansdepartementet.

Tabell 11. Vård i eget hem
Ekonomiska effekter för stat, kommun och enskilda i mkr år 1992. Pensionärer i 13 kommuner.

	Stat	Kommuner	Enskilda
Nuvarande system	–	+ 86	– 86
Föreslagna avgifter för vård	–	+ 212	– 212
Förändring	–	*+ 126*	*– 126*

Källa: Finansdepartementet

Underbilaga 1

Beräkningar av personalkostnader för service, omvårdnad och vård i ordinärt boende, i ålderdomshem och i sjukhem

Tabell 1. Social hemhjälp i ordinärt boende under år 1990 till äldre och handikappade. Antal hjälpta under året, antal arbetade timmar och kostnader.[1]

	Antal hjälpta	Antal tim. (1 000)	Personal-kostn. (tkr)	Tim. kostn. (kr)	Tim.k just. (kr)
Boden	987	418,8	58 797,2	140	187
Bjurholm	250	57,1	8 004,3	140	187
Strömsund	787	267,4	34 656,9	130	173
Orsa	313	103,9	12 333,7	119	157
Håbo	148	45,0	5 782,6	129	172
Sundbyberg	923	302,5	43 849,2	145	193
Solna	1 636	518,9	70 793,4	136	181
Stockholm	28 903	10 733,1	1 287 664,8	120	160
Munkedal	346	93,0	15 659,8	168	224
Tanum	498	199,4	25 647,3	129	172
Tingsryd	901	143,5	24 771,8	173	231
Bromölla	413	127,3	15 898,2	125	167
Lomma	315	95,4	15 078,0	159	212
Hela riket	**302 385**	**103 828**	**13 821 672**	**133**	**177**

Källa: Se uppgifter i not 1.

Tabell 2. Service, omvårdnad och vård i ålderdomshem under år 1990. Personalkostnader för vård per vårdplats under året och per dygn.[2]

	Personalk./ Summa bruttok.	Personalk. per vårdplats och år (kr)	Personalk. per vårdplats och dygn (kr)
Boden	0,68	116 962	320
Bjurholm	0,64	143 723	394
Strömsund	0,73	138 968	381
Orsa	0,72	110 371	302
Håbo	0,82	141 094	387
Sundbyberg	0,60	167 469	459
Solna	0,785	149 349	409
Stockholm*	0,55	158 980	435
Munkedal	0,70	121 841	334
Tanum**	0,68	168 555	461
Tingsryd***	0,64	106 902	293
Bromölla	0,61	126 528	347
Lomma	0,58	172 217	472
Hela riket	**0,68**	**135 615**	**372**

Källa: Se uppgifter i not 2.

Tabell 3. Service, omvårdnad och vård i sjukhem under år 1992. Antagen personalkostnad för vård per plats under året och per dygn.[3]

	Personalk./ Summa bruttok.	Personalk. per vårdplats och år (kr)	Personalk. per vårdplats och dygn (kr)
Boden	0,77	288 100	789
Bjurholm	0,69	338 774	928
Strömsund	0,62	297 318	815
Stockholm	0,74	326 500	895
Tanum	0,75	314 500	862
Bromölla	0,73	314 500	862
Medelvärde			859

Källa: Se uppgifter i not 3.

Noter

[1] Uppgifter ur S 21 SM 9101 och S 25 SM 9101.

Anm: Antal timmar är faktiskt arbetade timmar, dvs tid i hemmen, planering, gångtid, fortbildning etc. avseende vårdbiträden och gruppledare men exklusive

semester, tjänstledighet och sjukledighet överstigande två veckor. Timmar för barnvårdare och hemvårdare är borttagna.

Personalkostnader avser "Övrig bidragsberättigad verksamhet", dvs. personalkostnader exkl arbetsledande personal utöver gruppledare. Ersättning till huvudmän för privata ålderdomshem och till organisationer är borttaget. Även löner för barnvårdare och hemvårdare är borträknade. För att få ett mått på personalkostnaden **per utförd timme har ett justerat timkostnadsmått** införts som tar hänsyn till att 25 % går bort av arbetstiden enligt följande antagande: 15 % restid, planering, gruppmöten och viss utbildning samt 10 % raster.

[2] Beräkningen är gjord med utgångspunkt från SCB-s uppgifter i S 23 SM 9101.

* Enligt statistiken är kvoten personalkostnad och summa bruttokostnad = 0,12. Statistiken är fel. Enligt samtal med Stockholms kommun var biträdeskostnaden 53 Mkr, som är approximativt 0,875 av vårdpersonalkostnaden. Summa vårdplatskostnad blir 61 Mkr.

** Tanum har korrigerat statistikuppgifterna om personalkostnader per vårdplats från 171 735 kronor/år och 471 kronor/dygn till de värden som anges i tabellen.

*** Beloppen är räknade på 51 platser vilket enligt kommunen är korrekt. I statistiken anges 148 platser.

[3] Uppgifter saknas för riket i sin helhet. De redovisade underlaget har inhämtats direkt från sex av de 13 kommunerna. Medelvärdet för de sex namngivna kommunerna har använts som mått för övriga sju kommuner.

Tabell 2. Service, omvårdnad och vård i platsen under år 1981. Antagen personalkostnad för vård per plats under året och per dygn.[1]

	Personalkostnad per vårdplats och år (kr)	Personalkostnad per vårdplats och dygn (kr)
Boden	0,68	394
Bjurholm	0,64	394
Storuman	0,73	384
Orsa	0,72	402
Hälsingland	0,62	384
Sundsvallsregion	0,80	384
Solna	0,739	384
Stockholm*	0,85	425
Munkedal	0,70	341
Tranås**	0,68	341
Ungerd***	0,64	341
Bromölla	0,61	341
Lomma	0,58	472
Hela riket	0,68	374

Källa: Se uppgifter i not 2.

Tabell 3. Service, omvårdnad och vård i platsen under år 1981. Antagen personalkostnad för vård per plats under året och per dygn.[2]

	Personalkostnad per vårdplats och år (kr)	Personalkostnad per vårdplats och dygn (kr)
Boden	0,77	789
Bjurholm	0,69	828
Storuman	0,82	815
Stockholm	0,74	895
Tranås	0,75	862
Bromölla	0,73	862
Medelvärde		859

Källa: Se uppgifter i not 3.

Noter

[1] Uppgifter ur S 21 SM 9161 och S 25 SM 9161.

Anm: Antal timmar är inklusive sjuk- och de timmar, dvs vid i hemmen, planering, gångtid, fortbildning etc. avser endast vårdpersonal. Antal timmar exclusive

Statens offentliga utredningar 1992

Kronologisk förteckning

1. Frihet – ansvar – kompetens. Grundutbildningens villkor i högskolan. U.
2. Regler för risker. Ett seminarium om varför vi tillåter mer föroreningar inne än ute. M.
3. Psykiskt stördas situation i kommunerna –en probleminventering ur socialtjänstens perspektiv. S.
4. Psykiatrin i Norden –ett jämförande perspektiv. S.
5. Koncession för försäkringssammanslutningar. Fi.
6. Ny mervärdesskattelag.
   – Motiv. Del 1.
   – Författningstext och bilagor. Del 2. Fi.
7. Kompetensutveckling - en nationell strategi. A.
8. Fastighetstaxering m.m. – Bostadsrätter. Fi.
9. Ekonomi och rätt i kyrkan. C.
10. Ett nytt bolag för rundradiosändningar. Ku.
11. Fastighetsskatt. Fi.
12. Konstnärlig högskoleutbildning. U.
13. Bundna aktier. Ju.
14. Mindre kadmium i handelsgödsel. Jo.
15. Ledning och ledarskap i högskolan – några perspektiv och möjligheter. U.
16. Kroppen efter döden. S.
17. Den sista undersökningen – obduktionen i ett psykologiskt perspektiv. S.
18. Tvångsvård i socialtjänsten – ansvar och innehåll. S.
19. Långtidsutredningen 1992. Fi.
20. Statens hundskola. Ombildning från myndighet till aktiebolag. S.
21. Bostadsstöd till pensionärer. S.
22. EES-anpassning av kreditupplysningslagen. Ju.
23. Kontrollfrågor i tulldatoriseringen m.m. Fi.
24. Avreglerad bostadsmarknad. Fi.
25. Utvärdering av försöksverksamheten med 3-årig yrkesinriktad utbildning i gymnasieskolan. U.
26. Rätten till folkpension – kvalifikationsregler i internationella förhållanden. S.
27. Årsarbetstid. A.
28. Kartläggning av kasinospel – enligt internationella regler. Fi.
29. Smittskyddsinstitutet – ny organisation för Sveriges nationella smittskyddsfunktioner. S.
30. Kreditförsäkring – Några aktuella problem. Fi.
31. Lagstiftning om satellitsändningar av TV-program.Ku.
32. Nya Inlandsbanan. K.
33. Kasinospelsverksamhet i folkrörelsernas tjänst? C.
34. Fastighetsdatasystemets datorstruktur. M.
35. Kart- och mätningsutbildningar i nya skolformer. M.
36. Radio och TV i ett. Ku.
37. Psykiatrin och dess patienter – levnadsförhållanden, vårdens innehåll och utveckling. S.
38. Fristående skolor. Bidrag och elevavgifter. U.
39. Begreppet arbetsskada. S.
40. Risk- och skadehantering i statlig verksamhet. Fi.
41. Angående vattenskotrar. M.
42. Kretslopp – Basen för hållbar stadsutveckling. M.
43. Ecocycles – The Basis of Sustainable Urban Development. M.
44. Resurser för högskolans grundutbildning. U.
45. Miljöfarligt avfall – ansvar och riktlinjer. M.
46. Livskvalitet för psykiskt långtidssjuka – forskning kring service, stöd och vård. S.
47. Avreglerad bostadsmarknad, Del II. Fi.
48. Effektivare statistikstyrning – Den statliga statistikens finansiering och samordning. Fi.
49. EES-anpassning av marknadsföringslagstiftningen. C.
50. Avgifter och högkostnadsskydd inom äldre- och handikappomsorgen. S

Statens offentliga utredningar 1992

Systematisk förteckning

Justitiedepartementet

Bundna aktier. [13]
EES-anpassning av kreditupplysningslagen. [22]

Socialdepartementet

Psykiskt stördas situation i kommunerna
–en probleminventering ur socialtjänstens perspektiv. [3]
Psykiatrin i Norden – ett jämförande perspektiv. [4]
Kroppen efter döden. [16]
Den sista undersökningen – obduktionen i ett psykologiskt perspektiv. [17]
Tvångsvård i socialtjänsten – ansvar och innehåll. [18]
Statens hundskola. Ombildning från myndighet till aktiebolag. [20]
Bostadsstöd till pensionärer. [21]
Rätten till folkpension – kvalifikationsregler i internationella förhållanden. [26]
Smittskyddsinstitutet – ny organisation för Sveriges nationella smittskyddsfunktioner. [29]
Psykiatrin och dess patienter – levnadsförhållanden, vårdens innehåll och utveckling. [37]
Begreppet arbetsskada. [39]
Livskvalitet för psykiskt långtidssjuka
– forskning kring service, stöd och vård. [46]
Avgifter och högkostnadsskydd inom äldre- och handikappomsorgen. [50]

Kommunikationsdepartementet

Nya Inlandsbanan. [32]

Finansdepartementet

Koncession för försäkringssammanslutningar. [5]
Ny mervärdesskattelag.
– Motiv. Del 1.
– Författningstext och bilagor. Del 2. [6]
Fastighetstaxering m.m. – Bostadsrätter. [8]
Fastighetsskatt. [11]
Långtidsutredningen 1992. [19]
Kontrollfrågor i tulldatoriseringen m.m. [23]
Avreglerad bostadsmarknad. [24]
Kartläggning av kasinospel – enligt internationella regler. [28]
Kreditförsäkring – Några aktuella problem. [30]
Risk- och skadehantering i statlig verksamhet. [40]
Avreglerad bostadsmarknad, Del II. [47]
Effektivare statistikstyrning – Den statliga statistikens finansiering och samordning. [48]

Utbildningsdepartementet

Frihet – ansvar – kompetens. Grundutbildningens villkor i högskolan. [1]
Konstnärlig högskoleutbildning. [12]
Ledning och ledarskap i högskolan – några perspektiv och möjligheter. [15]
Utvärdering av försöksverksamheten med 3-årig yrkesinriktad utbildning i gymnasieskolan. [25]
Fristående skolor. Bidrag och elevavgifter. [38]
Resurser för högskolans grundutbildning. [44]

Jordbruksdepartementet

Mindre kadmium i handelsgödsel. [14]

Kulturdepartementet

Ett nytt bolag för rundradiosändningar. [10]
Lagstiftning om satellitsändningar av TV-program. [31]
Radio och TV i ett. [36]

Arbetsmarknadsdepartementet

Kompetensutveckling - en nationell strategi. [7]
Årsarbetstid. [27]

Civildepartementet

Ekonomi och rätt i kyrkan. [9]
Kasinospelsverksamhet i folkrörelsernas tjänst? [33]
EES-anpassning av marknadsföringslagstiftningen.[49]

Miljö- och naturresursdepartementet

Regler för risker. Ett seminarium om varför vi tillåter mer föroreningar inne än ute. [2]
Fastighetsdatasystemets datorstruktur. [34]
Kart- och mätningsutbildningar i nya skolformer. [35]
Angående vattenskotrar. [41]
Kretslopp – Basen för hållbar stadsutveckling. [42]
Ecocycles – The Basis of Sustainable Urban Development. [43]
Miljöfarligt avfall – ansvar och riktlinjer. [45]

ALLMÄNNA FÖRLAGET

BESTÄLLNINGAR: ALLMÄNNA FÖRLAGET, KUNDTJÄNST, 106 47 STOCKHOLM,
TEL: 08-739 96 30, FAX: 08-739 95 48.
INFORMATIONSBOKHANDELN, MALMTORGSGATAN 5 (VID BRUNKEBERGSTORG), STOCKHOLM.