

Sammanfattning

Uppdraget

Den nationella samordnaren har fått uppdraget att stödja landsting och kommuner i processen att överföra ansvaret för hemsjukvård från landstingen till kommunerna. Syftet med uppdraget har varit att på frivillig väg få ett kommunalt huvudmannaskap för hemsjukvården i landet. Den nationella samordnaren ska också utreda frågan om kommunerna ska ges befogenheter att anställa eller på annat sätt tillhandahålla läkare samt i övrigt belysa frågan om kommunernas faktiska förutsättningar att bedriva hemsjukvård.

Hemsjukvård

Utredningen förslår att kommunerna ges en vidgad befogenhet att tillhandahålla hemsjukvård till att även avse hemsjukvård som är ansluten till den somatiska slutenvården och till den psykiatriska slutenvården. Detta medför tydligare legala förutsättningar att bedriva hemsjukvård. Med hemsjukvård avses således alla hälso- och sjukvårdsinsatser i den enskildes hem, dvs. både i ordinärt och särskilt boende, som tillhandahålls av legitimerad personal, dock inte läkare, samt annan personal med delegation.

Den kommunaliserade hemsjukvården

I dag har hemsjukvården kommunaliserats i tio län. Kommunaliseringen i Kalmar län 2008 och Södermanlands län 2010 är de senaste. På vilket sätt och i vilken omfattning en huvudmannaövergång har skett varierar från län till län. Innehållet i de avtal som ligger till grund för kommunaliseringen skiljer sig åt. En gemensam faktor är att alla bygger på tröskelprincipen, dvs. endast de

personer som inte kan ta sig till en landstingskommunal vårdinrättning kan få hemsjukvård. I några avtal anges också att den enskilde ska ha ett längre vårdbehov för att kvalificera sig för kommunal hemsjukvård.

I ungefär hälften av avtalen anges att barn omfattas av den kommunala hemsjukvården. De flesta avtal om kommunalisering omfattar endast primärvårdansluten hemsjukvård, medan två avtal har vidgat begreppet hemsjukvård, vilket innebär att kommunen tar ansvar för all hemsjukvård oavsett diagnos och ålder från första dagen. Vissa kommuner har övertagit ansvaret för akuta hembesök. I de flesta län finns kommunala sjukgymnaster och arbetsterapeuter, med ansvar för den basala rehabiliteringen och habiliteringen.

Län där hemsjukvården inte är kommunaliserad

De län där en kommunalisering av huvudmannaskapet för hemsjukvården ännu inte har skett är Stockholms, Östergötlands, Jönköpings, Blekinge, Västmanlands, Dalarnas, Gävleborgs, Väster-norrlands, Västerbottens och Norrbottens län.

I några av dessa län har det förekommit långt gångna diskussioner och ett omfattande utredningsarbete har genomförts. I Blekinge län är en kommun negativ till en kommunalisering. I Västmanlands och Norrbottens län har kommunkollektivet och landstinget inte varit överens om hemsjukvårdens kostnader och därför har man inte lyckats enas om skatteväxlingsnivå. Regionfrågan satte stopp för kommunaliseringen i Västernorrland. I Västerbotten var kommuner och landsting överens om skatteväxlingsnivå, men överförandet sprack p.g.a. att kommunerna inte kom överens om ett mellankommunalt utjämningsystem.

I andra län, Stockholms, Jönköpings, Östergötlands, Dalarnas och Gävleborgs län, har man först under 2010–2011 börjat diskutera en kommunalisering. Inom den här gruppen finns stora skillnader. I Gävleborgs län har kommunerna och landstinget fattat en avsiktsförklaring om ett överförande och kommit långt i utredningsarbetet. I Jönköpings, Östergötlands och Dalarnas län har man under 2011 fattat principbeslut och tagit fram utredningsdirektiv och tidsplan. I Stockholms län har landsting och kommuner precis börjat diskutera frågan.

Den ekonomiska regleringen vid ett överförande av hemsjukvården

Ett överförande av ansvaret för hemsjukvården från landstingen till kommunerna är en huvudmannaskapsförändring. En sådan ansvarsförändring regleras ekonomiskt genom en skatteväxling mellan kommuner och landsting. Det innebär att mottagaren (kommunerna) i samförstånd höjer sin skattesats med samma procent-sats som landstinget sänker sin.

Vid en skatteväxling påverkas, förutom skatteintäkter, kommunernas och landstingens bidrag/avgifter i inkomstutjämnningen. Det gör att länets samtliga kommuner får samma intäkt per invånare vid en kommunalisering. För att en skatteväxling ska kunna ske krävs att länets samtliga kommuner beslutar om detta. Således räcker det att en enda kommun säger nej för att uppgörelsen ska blockeras.

En kommunalisering av hemsjukvården medför att äldreomsorgens kostnader ökar och hälso- och sjukvårdens minskar. Därmed påverkas kostnadsutjämnningen, främst delmodellen för äldreomsorg. Delmodellen omfördelar i princip resurser från kommuner som har en låg andel äldre till kommuner med en hög andel äldre. När kostnaderna för en viss verksamhet ökar på nationell nivå, vilket exempelvis sker för äldreomsorgen när hemsjukvården överförs till kommunerna, så ökar omfördelningen för den berörda delmodellen inom kostnadsutjämnningen.

Hittills har hemsjukvården kommunaliserats i tio län. Utredningen uppskattar att 216 miljoner kronor omfördelas i äldreomsorgsmodellen i kostnadsutjämnningen som en följd av redan gjorda kommunaliseringar av hemsjukvården. Hemsjukvård är inte en variabel i äldreomsorgsmodellen. Det innebär att samtliga kommuners bidrag respektive avgifter påverkas oavsett om de har huvudmannaskapet för hemsjukvården.

Kommuner med en hög andel äldre skulle i många fall förlora ekonomiskt på en huvudmannaskapsförändring, eftersom deras kostnader för hemsjukvården ofta överstiger intäkterna från en skatteväxling. Dessa kommuner får i de flesta fall ett ökat bidrag i dag i kostnadsutjämnningen som en följd av gjorda kommunaliseringar i andra län.

Utredningen anser att detta är en orimlig konsekvens av kostnadsutjämnningen. Därför föreslås att ett hemsjukvårdstillägg på 1,5 procent av kommunens standardkostnad införs i kostnads-

utjämningsens äldreomsorgsmodell för kommuner som övertagit huvudmannaskapet för hemsjukvården i ordinärt boende. Tillägget innebär en omfördelning på 300 miljoner kronor. Kommuner som har övertagit hemsjukvården får ett positivt utfall, medan kommunerna i län där landstinget fortfarande har huvudmannaskapet får ett negativt utfall jämfört med i dag.

Utredningen föreslår även att möjligheten till länsvisa mellan-kommunala utjämningsystem för hemsjukvården tidsbegränsas till fem år. Förslaget läggs fram mot bakgrund av att en utjämnning redan sker genom kostnadsutjämningsystemet.

Kommunala läkare

Utredningen föreslår att kommunerna inte ska ges befogenheter att anställa läkare. Den enskilde har rätt att välja vårdgivare enligt 5 § HSL, detta gäller även patienter/brukare som bor på särskilt boende. Landstingen ansvarar även fortsättningsvis för läkarmedverkan i den kommunala hälso- och sjukvården enligt 26 d § HSL. Däremot finns det oklarheter i lagstiftningen om hur de två bestämmelserna förhåller sig till varandra.

Ersättning för hemsjukvårdspatienter från EES-länder m.fl.

I utredningen föreslås att även kommuner kan få ersättning från Försäkringskassan för den vård de tillhandhåller patienter som tillfälligt vistas i kommunen. Denna rättighet tillkommer i dag bara landstingen.