NORGES OFFENTLIGE UTREDNINGER

NOU 1997: 17

Finansiering og brukerbetaling for pleie- og omsorgstjenester

Utredning fra et utvalg oppnevnt ved kongelig resolusjon av 30. juni 1995

Avgitt til Sosial- og helsedepartementet 7. mai 1997

STATENS FORVALTNINGSTJENESTE
STATENS TRYKKNING

OSLO 1997

Til Sosial- og helsedepartementet

Utvalg om finansierings- og brukerbetalingsordninger i pleie- og omsorgstjenesten ble oppnevnt ved kongelig resolusjon av 30. juni 1995.
Utvalget legger med dette fram sin innstilling.

Oslo, den 7. mai 1997

Bjarne Jensen leder
Liv Arum
Jon-Olav Aspås
Arild Daleng
Torhild Johnsen
Inger Lindgren
Årstein Risan
Anne Lise Grande Vollan
Per Magne Pedersen
Kai Lindseth
Bjørn Andersen
Sissel Finstad
Ragna Hirsch
Nina Jentoft
Bjørn Johan Pedersen
Petter Andreas Pedersen

KAPITTEL 1

Utvalgets oppnevning, mandat og arbeid

1.1 OPPNEVNING

I St.meld. nr. 35 (1994–95) – Velferdsmeldingen – foreslo Regjeringen å nedsette et utvalg som skulle komme med forslag til mer hensiktsmessige finansieringsordninger i og utenfor institusjonene. Utvalget ble oppnevnt i statsråd 30.06.95 og fikk følgende sammensetning:

Administrerende direktør Bjarne Jensen, Oslo (leder)
Rådgiver Årstein Risan, Oslo (Finansdepartementet)
Avdelingsdirektør Jon-Olav Aspås, Bærum (Sosial- og helsedepartementet)
Ekspedisjonssjef Inger Lindgren, Oslo (Kommunal- og arbeidsdepartementet)
Sekretariatsleder Arild Daleng, Oslo (Norsk pensjonistforbund)
Assisterende generalsekretær Liv Arum, Oslo (Funksjonshemmedes fellesorganisasjon (FFO))
Sosialleder Anne Lise Grande Vollan, Overhalla (Kommunenes sentralforbund (KS))
Daglig leder Torhild Johnsen, Halden (Kommunenes sentralforbund (KS))

Sekretariatet har hatt følgende sammensetning:

Utredningsleder Per Magne Pedersen, Sosial- og helsedepartementet (heltid fra desember 1995)
Utredningsleder Kai Lindseth, Sosial- og helsedepartementet (heltid)
Førstekonsulent Bjørn Andersen, Sosial- og helsedepartementet (varierende stillingsbrøk)
Førstekonsulent Sissel Finstad, Sosial- og helsedepartementet (heltid fra april 1996)
Førstekonsulent Ragna Hirsch, Sosial og helsedepartementet (heltid fra april 1996)
Rådgiver Nina Jentoft, Finansdepartementet (kvart tid)
Rådgiver Bjørn Pedersen, Kommunal- og arbeidsdepartementet (halvtid)
Førstekonsulent Petter Andreas Pedersen, Finansdepartementet (halvtid)

1.2 FOREDRAG OG MANDAT

Foredrag

> «Det mest sentrale trekk ved utviklingen i befolkningsstrukturen i Norge fram mot år 2030 vil være en sterk vekst i eldrebefolkningen. Spesielt vil antallet av de eldste eldre, personer over 80 år, øke i hele perioden. Samlet vil etterspørselen etter pleie- og omsorgstjenester øke jevnt i hele perioden, fordi det er de eldste eldre som har høyest forbruk av disse tjenestene. Uførepensjonister vil også være etterspørrere av pleie- og omsorgstjenester. Dessuten antar en at det i dag er et udekket behov for disse tjenestene blant familier med funksjonshemmede.
>
> I dag er kostnadene til pleie- og omsorgssektoren i kommunene på om lag 24 milliarder kroner. Om en beregner framtidige kostnader ut fra befolkningsutviklingen, vil utgiftene til pleie- og omsorgssektoren være på 27 milliarder kr. i år 2000, 30 milliarder kr. i år 2010 og 41 milliarder kr. i år 2030. Dette viser at samfunnet står overfor store økonomiske utfordringer i årene framover når det gjelder finansiering av pleie- og omsorgstjenester.

Inntektsnivået blant alderspensjonister vil øke sterkt i årene framover. Utbetalingene både fra Folketrygden og fra tjenestepensjoner vil øke.

Både den enkelte og kommunene har interesse av at det utvikles boligløsninger som er tilpasset behovene den enkelte har for pleie og omsorg. Mange eldre vil ønske å flytte fra sine boliger til boliger som er mer tilpasset livssituasjonen og egnet for å motta tjenester. I framtida vil det være ønskelig at det skilles klarere mellom kommunenes ansvar for å planlegge og tilby slike boliger, og ansvaret for å dekke bokostnadene. For å sikre tilstrekkelige offentlige ressurser til pleie-, omsorgs- og helsetjenester, kan det være nødvendig å redusere kommunale boligsubsidier ved at bokostnader i kommunale boligtilbud i større grad blir et personlig ansvar. Boligkonsum subsidieres i dag både gjennom kommunale og statlige ordninger. I flere kommuner arbeides det med økt samordning av de kommunale og statlige ordningene. Det bør kunne legge grunnlag for en mer langsiktig boligplanlegging for hele livsløpet i befolkningen.

Det er videre grunn til å anta at framtidas eldre vil ha større krav til kvalitet og variasjon i tilbudet av pleie- og omsorgstjenestene enn dagens eldre.

Gjennomsnittstall for inntekt vil imidlertid skjule ulik utvikling i ulike grupper og blant enkeltindivider. Det er derfor viktig å tilstrebe finansieringsordninger som skjermer eldre med lav inntekt og/eller lav formue. Mange uførepensjonister har lav inntekt og lav eller ingen opptjening i Folketrygden. Det må ses spesielt på skjermingsordninger for denne gruppen.

Generelt er pleietyngden større i institusjon enn i hjemmebasert omsorg. Størstedelen av kommunenes kostnader er knyttet til den institusjonsbaserte omsorgen. I de senere år har det likevel skjedd en framvekst av ulike former for omsorgs- og serviceboliger som kan sies å være en mellomform mellom sykehjem/aldershjem og eget hjem. Dette betyr at vi ikke har en entydig sammenheng mellom boform og kjennetegn ved den enkelte bruker. Det er ikke bare den enkeltes pleietyngde som bestemmer hvilken boform som benyttes.

Betalingsordningene og nivået på brukerbetalingen varierer etter hvilken boform den enkelte har. Skillet går i hovedsak mellom alders- og sykehjem på den ene siden, og omsorgsboliger/boliger for funksjonshemmede og egne hjem på den andre siden. Disse forskjellene er i stor grad historisk bestemt idet man tradisjonelt har hatt et klart skille mellom betalingsordninger for opphold i institusjoner, som reguleres etter vederlagsforskriften, og betaling for tjenester som gis i brukerens eget hjem.

Selve tjenestene er hjemlet i to forskjellige lover. Lov om helsetjenesten i kommunene regulerer blant annet hjemmesykepleie og opphold i sykehjem, mens Lov om sosiale tjenester mv regulerer hjemmehjelp og opphold i aldershjem etc. Adgangen til å kreve betaling for disse tjenestene er hjemlet i forskjellige lover og forskrifter. Selve forskriftene er imidlertid gjennom henvisninger gjort felles for institusjonsopphold og hjemmetjenester etter de to lovene.

Egenbetalingen i en institusjon baseres på en oppholdspris som omfatter husrom, mat, pleie- og omsorgstjenester og ulike helsetjenester. Statlige forskrifter setter øvre grense for beregningen av prisen.

Egenbetalingen for tjenester utenfor institusjon er basert på kommunale satser for den enkelte tjeneste som ytes, eller på en abonnementspris. I dag er det ingen regulering av satsene utover en skjerming av husstander med inntekt under 2 G. Disse betaler maksimalt 50 kr. pr. måned. Denne ordningen gjelder både for hjemmetjenester i brukerens eget hjem og i kommunale omsorgsboliger.

Det er en rekke svakheter ved dagens finansieringsordninger. Finansieringsordningene kan føre til uheldige vridninger i kommunenes planlegging ved at de velger det som er økonomisk mest lønnsomt framfor å vektlegge den enkelte brukers behov.

Det kan finnes flere faglige grunner for å utvikle sykehjemmene i retning av kommunale helseinstitusjoner for særlig tungt pleietrengende eldre. I årene framover vil det være et spørsmål om det er hensiktsmessig at sykehjem er lovregulert som helseinstitusjoner forskjellig fra ulike former for omsorgsboliger/egne hjem med hjemmebaserte tjenester. Skal det eventuelt innføres klarere skiller her, må det vurderes om dette også bør innebære et klarere skille mellom framtidige betalingsordninger.

Den någjeldende vederlagsforskriften skiller ikke mellom de ulike tjenestene beboeren betaler for. Vederlagsforskriften kan videre være vanskelig å forstå og å administrere. På den annen side sikrer vederlagsforskriften lik behandling uavhengig av hvor en bor i landet, ved at selve betalingsordningen og nivået på brukerbetalingen blir fastsatt etter sentralt gitte forskrifter.

De som bor i eget hjem, betaler fullt ut for sin egen bolig, hvis de ikke mottar bostøtte eller annen rentesubsidie. Utgiftene til bofunksjonen i alders- og sykehjem blir finansiert over institusjonens budsjett. Kapitalutgifter inngår ikke i beregningsgrunnlaget for betalingen ved alders- og sykehjem. Mange som bor i en kommunal omsorgsbolig, betaler heller ikke fullt ut for sin bolig ved at kommunene innkrever en husleie som ofte ikke fullt ut reflekterer de faktiske kostnadene. Dette innebærer at det offentlige subsidierer en stor del av de pleietrengendes boligbehov.

Det offentlige tilbudet av helsetjenester til pleie- og omsorgstrengende er regulert etter hvor tjenestene mottas/utføres. Personer som bor i omsorgsboliger og egne hjem, får dekket og betaler for legehjelp, fysioterapi, medisiner m.m. på lik linje med den øvrige del av befolkningen. I hovedsak vil brukerbetalingen sammen med Folketrygdens refusjoner finansiere disse tjenestene. Beboere i alders- og sykehjem derimot får disse helsetjenester dekket av institusjonens sammensatte tilbud, og den enkelte beboers bidrag til finansieringen kanaliseres gjennom den generelle vederlagsbetalingen.

Hvilket forvaltningsnivå som finansierer helsetjenestene avhenger av om den enkelte bor i eller utenfor institusjon. Forskjellen i trygdedekning er imidlertid primært et forhold mellom Folketrygden og kommunene om ansvar for tjenester som i det alt vesentlige dekkes av det offentlige. Husbankens bostøtteordning og Sosial- og helsedepartementets botilskuddsordning gis til beboere i omsorgsboliger, men ikke til beboere i alders- og sykehjem.

Finansieringsansvaret mellom Folketrygden, kommunene og brukerne av ulike helsetjenester i alders- og sykehjem vil være samkjørt fra 1995, men det vil fortsatt være et viktig skille mellom lovregulerte boformer på den ene siden, og omsorgsboliger/egne boliger på den andre siden.

Krav til framtidige finansieringsordninger:

- Finansieringsordningene bør fungere nøytralt, slik at det blir den enkelte brukers behov for tjenester som regulerer tilbudet, og ikke kommunenes økonomiske tilpasning ut fra en lønnsomhetsbetraktning;
- Det bør i størst mulig grad være et likt system for hele landet. Finansieringsordningene må utformes slik at de ikke legger bindinger på kommunenes organisering eller prioritering av tjenestetilbudet;
- Betalingsordningene må inneholde skjermingsordninger for eldre og funksjonshemmede med lav inntekt og/eller lav formue;
- Ordningene bør synliggjøre de reelle kostnader knyttet både til botilbu-

det og pleietilbudet;
- Ordningene bør virke slik at de kan bidra til å vri den kommunale ressursbruk fra boutgifter til pleie- og omsorgstjenester. Dette forutsetter en klargjøring av det personlige ansvaret for å dekke bokostnader og at det offentlige praktiserer dette slik at den enkelte tar hensyn til det, bl.a. i beslutninger om sparing og overføring av formue til arvinger før en blir pleietrengende;
- De bør lette mulighetene for et samspill mellom offentlig og privat omsorg, spesielt muligheten for at ektefeller/samboerpar som ønsker det, kan bo sammen også i de tilfeller der den ene trenger intensiv pleie;
- Betalingsordningene bør være enkle å forstå og administrere;
- De bør bidra til at brukerbetalingen i framtida kan finansiere en større andel av de samlede utgiftene til omsorgssektoren, og avklare på hvilke områder slik brukerbetaling vil være mest aktuelt.»

Mandat

Med utgangspunkt i foredraget over får utvalget følgende mandat:

1. Utvalget skal gjennomføre en beskrivelse og vurdering av de økonomiske, juridiske og administrative sider ved dagens betalingsordninger innen pleie- og omsorgssektoren. Beskrivelsen skal omfatte både ordninger som er fastsatt gjennom statlig regelverk, og ordninger som er utformet i kommunene. Utvalget skal spesielt vurdere hvorvidt dagens finansieringsordninger fører til uheldige tilpasninger både for den enkelte bruker og for kommunesektoren som helhet. Løsningene bør bl.a. ta utgangspunkt i brukernes praktiske behov og bidra til å opprettholde et differensiert pleie- og omsorgstilbud.
2. Utvalget skal utrede ulike alternativer til dagens finansieringsordninger med sikte på bedre å ivareta de hensyn og mål som er skissert i foredraget.
   Utvalget bes spesielt om å utrede en modell hvor brukerbetalingen er oppdelt i følgende kostnadselementer:
   - betaling for selve bofunksjonen, for mat og andre daglige utgifter, for pleie- og omsorgstjenester og betaling for legetjeneste, fysioterapi, medisiner, tekniske hjelpemidler mv.

Utvalget bes videre om å se nærmere på dagens ordning med to forskjellige finansieringsformer for hhv. tjenester i og utenfor institusjon.

For øvrig står utvalget fritt til å utrede og eventuelt foreslå andre finansierings- og brukerbetalingsordninger.

3. Utvalget skal gi en oversikt over og vurdere de statlige og kommunale ordninger som i dag bidrar til å skjerme eldre og funksjonshemmede med lave inntekter/formue eller som er storforbrukere av omsorgstjenester. Utvalget skal som ledd i arbeidet med de ulike alternative modellene vurdere behovet for og foreslå eventuelle nødvendige skjermings- og overgangsordninger for disse gruppene.
   Utvalget skal herunder blant annet se nærmere på utformingen av de kommunale og de statlige bostøtteordningene som ivaretar hensynet til pensjonister med lave inntekter.
4. Utvalget bør utrede spørsmålet om hvilket forvaltningsnivå (staten/folketrygden eller kommunene) som skal dekke utgiftene til helsetjenester, derav legehjelp, fysioterapi, spesialisttjenester, medisiner og hjelpemidler for personer innen pleie- og omsorgstjenestene. Dette spørsmålet må blant annet ses i sammenheng med de aktuelle kontantstøtteordningene. Utvalget skal finne

fram til ordninger som er praktisk gjennomførbare, gir kommunene nødvendig frihet til å utforme og planlegge sitt tilbud på pleie- og omsorgssektoren, og fører til effektiv utnyttelse av offentlige ressurser.

5. Utvalget skal gjennomføre en samlet analyse av fordeler og ulemper ved de ulike alternative modellene for finansiering og brukerbetaling, herunder en vurdering av juridiske, økonomiske og administrative konsekvenser. Utvalget skal foreslå nødvendige endringer i lover og forskrifter. Videre bør mulige provenyvirkninger for det offentlige av ulike modeller utredes. For modeller som innebærer stor grad av kommunal frihet til å fastsette satser for brukerbetaling, må det framgå hvilke krav som stilles til satsene for at kommunenes inntekter over tid skal være minst like høye som det som over tid følger av dagens regelverk og praksis. Utvalget skal også utrede og foreslå regnskapsrutiner som synliggjør kostnadene. Utvalget skal på bakgrunn av en samlet analyse av ulike alternativer tilrå en samlet finansierings- og brukerbetalingsordning for pleie- og omsorgssektoren».

1.3 UTVALGETS ARBEID

1.3.1 Analysearbeid i utvalgets regi

Analysearbeidet i denne utredningen er dels utført av utvalgets sekretariat og dels av eksterne forsknings- og utredningsmiljøer. Dosent Stein Østre ved Høyskolen i Hedmark har bistått utvalget med å utrede ulike finansierings- og brukerbetalingsmodeller. Utvalget har i alt finansiert fire eksterne utredningsprosjekter. Viggo Nordvik ved Norsk Byggforskningsinstitutt har utredet omfanget av kommunal boligsubsidiering. Espen Dahl ved FAFO har bidratt med inntektsstatistikk for brukere og ikke-brukere av pleie- og omsorgstjeneste, Nico Keilmann, Statistisk sentralbyrå (SSB) har utarbeidet husholdningsframskrivninger for utvalget. Mats Ivar Kirkeberg, SSB har utarbeidet inntektsstatistikk for institusjonsbeboere på bakgrunn av informasjon fra Rikstrygdeverket og SSB.

Utvalget har videre engasjert Terje Tangen (bydelsoverlege, Stovner bydel) til beregninger av økonomiske virkninger av ulike modeller.

Sekretariatet har i sitt arbeid med utredningen hatt kontakt med de mest berørte fagdepartementer. I tillegg har en rekke instanser vært behjelpelig med å framskaffe nødvendig underlagsmateriale.

Utvalget har hatt en referansegruppe med følgende sammensetning:
Nils Martin Stølen, Statistisk sentralbyrå
Susan Lingsom, Institutt for anvendt samfunnsforskning (INAS/(nå NOVA)
Ingvar Rolstad, Ressurssenteret for Omsorgstjenester
Åse Ribe, Husbanken
Siri Bøgh, Norsk Helse- og Sosialforbund
Kathrine Cappelen, Norsk Sykepleierforbund
Kjell Samuelsen, Statens eldreråd
Sveinung Homme, Norsk helse- og sosialledelag
Per Erik Solem, Norsk Gerontologisk Institutt (nå NOVA)
Rolf Barlindhaug, Norges Byggforskningsinstitutt
Åse Jofrid Sørby, Statens helsetilsyn
John Leif Sørfjordmo, Norsk Kommuneforbund
Astri Myhrvang, Statens eldreråd
Torild K. Jakobsen, Rådet for funksjonshemmede
Roald Borthne, Den Norske Lægeforening
Lars Ødegård, Norges Handikapforbund
Jan Monsbakken, Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon (FFO)

Utvalget har i sitt arbeid også konsultert representanter fra en gruppe kommuner og Kommunenes sentralforbund. Følgende personer har møtt:
Hans Tune, Drammen kommune
Norvald Tillung, Hurum kommune
Synnøve Seljeseth, Hurum kommune
Olaug Kvakland, Lørenskog kommune
Idar H. Simonsen, Lørenskog kommune
Gerd O. Lie, Fjell kommune
Steinar Nesse, Fjell kommune
Anne Berit M. Evensen, Halden kommune
Marit Aunet, Overhalla kommune
Magne Hustad, Kommunenes sentralforbund

1.3.2 Møter

Utvalget hadde sitt første møte i august 1995 og sitt siste møte i april 1997. Utvalget har i alt hatt 21 møter, hvorav fire todagersmøter. Ett av utvalgets møter ble lagt til Danmark. I denne forbindelse møtte utvalget blant andre representanter fra Socialministeriet, brukerorganisasjonene og representanter fra amt og kommune. Utvalget hadde stort utbytte av besøket. På to av møtene har utvalget invitert foredragsholdere; Kristel Heyerdahl, Sosial- og helsedepartementet orienterte utvalget om juridiske spørsmål rundt valgfrihet og ansvarliggjøring av aldersdemente og Synnøve Seljeseth, Hurum kommune orienterte om erfaringer med omorganiseringen av pleie- og omsorgstjenesten i Hurum kommune.

KAPITTEL 2

Sammendrag

2.1 SENTRALE MÅL, BEGREPER OG HENSYN

I *"Drøfting av sentrale mål, begreper og hensyn"* i kap. 3 drøfter utvalget sentrale mål, begreper og hensyn for finansierings- og brukerbetalingsordninger. Utvalget legger til grunn at finansierings- og brukerbetalingsordningene bør utformes slik at de skal bidra til et fleksibelt og velfungerende tilbud innen pleie- og omsorgstjenesten.

Utvalget drøfter forholdet mellom eget ansvar og det offentliges ansvar for tjenester og finansiering. Det offentlige bør fremdeles ha hovedansvaret for å tilby nødvendige pleie- og omsorgstjenester.

Videre drøfter utvalget formålet med finansierings- og brukerbetalingsordninger. Utvalget har i sin utredning lagt til grunn at kommunale pleie- og omsorgstjenester fortsatt skal fordeles gjennom administrativ tildeling. Dette betyr at brukerbetaling primært blir å betrakte som finansieringskilde, og i mindre grad en pris som skal bidra til effektiv ressursutnyttelse i pleie- og omsorgstjenesten. Utvalget legger til grunn at brukerbetalingen ikke bør settes så høyt at brukerne vil avstå fra å søke tjenester som de etter medisinske og sosiale kriterier ville fått tildelt. Som følge av dette vil ordningenes finansieringspotensiale være begrenset.

Dernest drøfter utvalget hvilke hensyn som bør legges til grunn for et framtidig brukerbetalingssystem. Disse hensynene er basert på mandatets krav til framtidige finansierings- og brukerbetalingsordninger. Utvalget drøfter nærmere følgende hensyn: brukermedvirkning, likhet, effektivitet, skjerming, synliggjøring av kostnader, enkelhet og fleksibilitet i ordningene og forholdet mellom disse hensynene.

2.2 FINANSIERING, RESSURSBRUK OG UTVIKLING

I *"Finansiering, ressursbruk og utvikling"* i kap. 4 beskriver utvalget ressursbruk og utvikling av pleie- og omsorgstjenesten. De samlede drifts- og kapitalutgiftene i pleie- og omsorgstjenesten kan anslås til 26,5 milliarder kroner i 1994, hvor driftsutgiftene utgjorde i underkant av 25,2 milliarder kroner. Pleie- og omsorgstjenesten er arbeidsintensiv. Lønnsutgiftene utgjorde 78 prosent av driftsutgiftene i institusjon og 87 prosent av driftsutgiftene i hjemmetjenestene. Av de samlede utgiftene i 1993 gikk vel 2/3 til de institusjonsbaserte tjenestene og resten til de hjemmebaserte tjenestene.

Utgiftsfordelingen mellom stat, kommune og bruker vil variere ut fra hvordan pleie- og omsorgstjenesten avgrenses. Avhengig av avgrensningen kan en si at statens bidrag ligger mellom 10–15 prosent, brukernes bidrag mellom 8,5–10 prosent og kommunenes bidrag mellom 75–80 prosent av de samlede utgiftene til pleie- og omsorgstjenesten.

Mer vekt på hjemmebasert omsorg har lenge vært et politisk uttalt mål, og omfanget av institusjonsplasser har gått noe ned fra slutten av 1980-tallet. Flere aldershjemsplasser er bygd om til sykehjemsplasser. Et annet trekk er at kommunen også har bygd ut ulike boformer tilpasset eldre og funksjonshemmede, hvor beboer betaler vanlig husleie eller står som eier av boligen. Beboerne tildeles i prinsippet service på samme måte som andre hjemmeboende, men ofte vil nærheten til omsorgssystemet (både fysisk og organisatorisk) innebære at tilgangen til omsorgstjenestene er lettere enn for andre hjemmeboende.

Et viktig supplement til den offentlige omsorgen er den uformelle omsorgen ytt av familie, slektninger, venner mv. og som ikke er betalt. Ut fra forskjellige undersøkelser er det grunn til å tro at den uformelle omsorgen i antall årsverk er større enn den offentlige omsorgen. Den uformelle omsorgen er en ressurs som er avgjørende for å kunne klare pleie- og omsorgsoppgavene også i årene framover. Antall enslige eldre vil øke sterkt i årene framover. Storparten av den uformelle omsorgen utføres av andre medlemmer av husholdningen. Dette kan bety at potensialet for uformell omsorg vil bli redusert.

Levekårsundersøkelsen i 1987 viste at omfanget av privat leid hjelp også er betydelig. 13 prosent av de eldre leide privat hjelp til rengjøring. Med bedre økonomi blant de eldre kan nok slik hjelp få større omfang i framtida.

Avslutningsvis beskriver utvalget finansieringssystemer i andre land. Utvalget vil her spesielt vise til Danmark. Danmark innførte i 1995 en brukerbetalingsmodell som har flere likhetstrekk med den tjenestebaserte brukerbetalingsmodellen utvalget har utredet i *"En tjenestebasert brukerbetalingsmodell"* i kap. 12.

2.3 DAGENS FINANSIERINGS- OG BRUKERBETALINGSORDNINGER

I *"Dagens finansierings- og brukerbetalingsordninger"* i kap. 5 gir utvalget en beskrivelse av dagens finansierings- og brukerbetalingsordninger. Finansieringsordningene, dvs. brukerbetalingsordningene og tilskuddsordningene fra folketrygden og staten, varierer i dag mellom de ulike boformene. Skillet går mellom institusjoner (sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie og aldershjem eller bolig med heldøgns omsorgstjeneste) på den ene siden og omsorgsboliger og egne hjem på den andre siden.

Selve tjenestene er hjemlet i to ulike lover. Kommunehelsetjenesteloven regulerer opphold i sykehjem og boform med heldøgns omsorg og pleie og hjemmesykepleie, mens lov om sosiale tjenester regulerer opphold i aldershjem (bolig med heldøgns omsorgstjeneste) og hjemmehjelp.

Brukerbetaling for langtidsopphold i institusjon beregnes i dag som en del av brukerens inntekt og omfatter kost, losji, pleie og omsorg, nødvendig tannbehandling, medisiner mv. og helsetjenester som kommunen organiserer etter lov om helsetjenesten i kommunene § 1–3 andre ledd. Statlige forskrifter setter en øvre grense for brukerbetalingen i forhold til inntekt og den kan ikke overstige institusjonens selvkost pr. plass. Den någjeldende vederlagsforskriften i institusjon mv. skiller ikke mellom de ulike tjenestene det betales for. Den kan være vanskelig å forstå og administrere, særlig i forhold til inntekts- og fradragsberegningene. Spesielt nevnes at arbeidsdelingen mellom kommune og trygdekontor kan være uoversiktlig og innebære beregningsproblemer.

Brukerbetaling for korttidsopphold i institusjon er basert på en sentralt fastsatt døgnpris. Brukerbetalingen for korttidsopphold er normalt lavere enn for langtidsopphold, fordi den som benytter tilbudet vil ha samme faste utgifter til bl.a. bolig som hjemmeboende. Lavere brukerbetaling og høyere kostnader for institusjonen forbundet med korttidsopphold gjør at kommunene dekker en større andel av utgiftene ved korttidsopphold i forhold til langtidsopphold. Antall plasser brukt til korttidsopphold har gått noe ned den senere tid.

Brukerbetaling for tjenester utenfor institusjon er basert på kommunale satser for den enkelte tjeneste som ytes, eller på en abonnementspris. I dag er det ingen sentral regulering av satsene utover at brukerbetalingen ikke kan overstige selvkost og en skjerming av husstander med inntekt under 2 G. Disse betaler maksimalt 50 kroner pr. måned. Denne ordningen gjelder både for tjenester som mottas i eget

hjem og i omsorgsboliger. Dette har gitt til dels store variasjoner i brukerbetalingen mellom kommunene for brukere med inntekt over 2 G.

Bostøtte gis i dag til dem som bor i eget hjem eller i omsorgsbolig, men ikke til institusjonsbeboere. Dette betyr at de som bor i eget hjem, fullt ut betaler sin egen bolig om de ikke mottar bostøtte. Det samme gjelder i utgangspunktet de som bor i kommunal omsorgsbolig, selv om dette ofte ikke er tilfelle fordi mange kommuner krever en lavere husleie enn de faktiske kostnadene ved boligen. Det er opp til den enkelte kommune å vurdere hensiktsmessigheten av slike subsidieordninger. I institusjon betales det ikke særskilt husleie, men dette inngår i det generelle vederlaget.

Finansiering av helsetjenester varierer etter hvor tjenestene mottas/utføres. Personer som bor i omsorgsboliger betaler for legehjelp, fysioterapi, medisiner m.m. på lik linje med den øvrige del av befolkningen. Tjenestetilbudet finansieres av brukerbetaling, refusjoner og øremerkede tilskudd fra henholdsvis folketrygden og staten og av kommunen. Beboere i institusjoner derimot får slike helsetjenester dekket som en del av institusjonens samlede tilbud, og den enkelte beboers bidrag til finansieringen skjer gjennom den generelle vederlagsbetalingen. Det ytes ikke refusjon til helsetjenester fra folketrygden for beboere i institusjon. Av dette følger at kommunene i dag har et større finansieringsansvar for helsetjenester i institusjon enn utenfor.

Nivået på den samlede brukerbetalingen varierer også etter boform. Utvalget peker på at forskjellig nivå på betalingen, avhengig av om tjenester mottas i eller utenfor institusjon kan være et problem.

2.4 BRUKERNE

I *"Brukerne"* i kap. 6 beskriver utvalget brukerne av pleie- og omsorgstjenesten. Brukerne av hjemmetjenester utgjør om lag 2/3 brukerne, mens beboere i institusjon utgjør den resterende 1/3 av brukerne. Andelen som har et institusjonstilbud øker sterkt med alderen, og for eldre over 90 år har bortimot halvparten et institusjonstilbud. Brukerne i de yngre aldersgruppene får i stor grad dekket sitt behov gjennom de hjemmebaserte tjenester.

Gjennomgående mottar de minst pleietrengende brukerne hjemmetjenester i sitt opprinnelige hjem, de med moderat pleiebehov mottar tjenester i omsorgsboliger, og de aller mest pleietrengende har et sykehjemstilbud. En del tungt pleietrengende bor imidlertid også i omsorgsboliger og egne hjem. Yngre brukere har gjennomgående flere timer kommunal hjelp pr. uke enn eldre brukere, uavhengig av boligtype.

For brukere av hjemmehjelp og hjemmesykepleie er gjennomsnittlig samlet inntekt lavere enn for ikke-brukere. En forklaring er at de eldste er overrepresentert blant personer som benytter disse tjenestene. En annen forklaring er at helsetilstanden er dårligere for denne gruppen brukere og at dette har medført at de har vanskeligere levekår og lav inntekt. En betydelig kvinnedominans blant brukerne har sannsynligvis også betydning.

Gjennomsnittlig samlet inntekt for institusjonsbeboere ligger betydelig lavere enn for pensjonister ellers, men er på linje med inntektene til brukerne av hjemmehjelp og hjemmesykepleie. Som for brukere av hjemmetjenestene har også menn gjennomgående høyere inntekt enn kvinner i institusjon, og inntekten for begge kjønn avtar med alder.

Boforholdsundersøkelsene fra 1981 og framover viser at både eldre og funksjonshemmede utenfor institusjon generelt bor godt. Dette gjelder imidlertid ikke i samme grad i institusjon. Særlig er det grunn til å påpeke situasjonen for dem som bor på flersengsrom. Utenfor institusjon er det også en del av disse gruppene som

bor lite tilfredsstillende, både når det gjelder tilgjengelighet i boligen og tilpasning av denne til redusert funksjonsevne. Det ligger fortsatt utfordringer i å stimulere til bedre boligløsninger for disse gruppene, både med hensyn til utformingen av nye boliger og utbedring av den eksisterende boligmassen. I institusjon er det fortsatt dårlig bostandard.

2.5 FRAMTIDIG BEHOV

I *"Framtidig behov for pleie- og omsorgstjenester"* i kap. 7 drøfter utvalget utviklingstrekk som vil påvirke framtidig behov for pleie- og omsorgstjenester. Det knytter seg naturligvis usikkerhet til slike framskrivninger. En del forhold trekker imidlertid klart i retning av økt behov for denne type tjenester. Økningen i antall eldre vil medføre at med samme dekningsgrad som i dag vil antall brukere øke fra rundt 160 000 i 1993 til ca. 300 000 i år 2030. Samtidig vil antall aleneboende over 65 år øke fra 225 000 i 1990 til 475 000 i år 2020.

Utvalget drøfter også hvordan utviklingen i husholdningsstruktur, sykelighet mv. kan få betydning for behovet for institusjonsplasser i framtida. Under ulike forutsetninger kan behovet for institusjonsplasser i år 2020 ligge mellom 45 000–172 000 plasser. Det er imidlertid grunn til å behandle tallene med forsiktighet, men de viser at politikk og tiltak i årene framover kan bli avgjørende for utviklingen i institusjonsbehovet.

De fleste alderspensjonister og uførepensjonister vil øke sine inntekter vesentlig i årene framover. Dette vil kunne gi økt grunnlag for betaling for offentlige pleie- og omsorgstjenester, og vil dessuten kunne medføre at flere skaffer seg slike tjenester i det private marked.

Det er grunn til å regne med at eldre og funksjonshemmedes boforhold vil bli ytterligere forbedret i årene framover. Stadig flere boliger blir bygget med livsløpsstandard. Det kan bety at behovet for institusjonsplasser kan bli redusert. Slike kvaliteter er viktige og bør stimuleres ytterligere også i boligmassen generelt.

Utvalget legger til grunn den framskrivning av kostnadsutviklingen i pleie- og omsorgstjenesten som er beskrevet i foredraget til utvalgets mandat, og som er basert på beregningen i Velferdsmeldingen. Disse framskrivningene tilsier at kostnadene vil kunne øke fra 24 milliarder kroner i 1994 til ca. 30 milliarder i 2010 og videre til 41 milliarder i 2030, under forutsetning av gitt standard og dekningsgrad. Dette betyr at en står foran betydelige utfordringer på dette området i årene framover.

2.6 STATUS OG UTVIKLING I SYKEHJEM M.V.

I *"Status og utvikling i sykehjem mv."* i kap. 8 beskrives nærmere hva som særpreger sykehjemmene og hva som i framtida vil kunne være spesielt for dette tjenestetilbudet. Sykehjemmenes oppgaver og innhold reguleres av forskrift for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie. I tilknytning til oppholdet skal det være organisert legetjeneste, fysioterapitjeneste og sykepleietjeneste mv. Sykehjemmene skiller seg fra de andre boformene ved at de har som forskriftsfestet formål å ivareta medisinske og helserettede oppgaver. Det er knyttet en rekke krav til driften av sykehjem, bl.a. personellmessige og bygningsmessige krav.

Sykehjemmene har i dag i hovedsak fire hovedkategorier beboere. Disse er personer med alvorlig mental svikt, fysisk skrøpelige gamle som ikke lenger kan klare seg med hjemmebasert omsorg, personer med rehabiliteringsbehov og personer med behov for korttids- og avlastningsopphold. Sammensetningen av brukerne varierer imidlertid fra kommune til kommune.

Terskelen for å få sykehjemsplass i dag er høy. Personer som i dag får tilbud om langtidsopphold er personer med stort pleie- eller behandlingsbehov. Gruppen personer med alvorlig mental svikt er den klart største gruppen.

Korttidsopphold, dvs. opphold hvor det fra innflytting foreligger vedtak om utskrivning, er et tilbud rettet mot hjemmeboende. Korttidsoppholdene har ulike formål – det kan være medisinsk rehabilitering eller avlastning. Sykehjemmenes ansvar for rehabiliteringstjenester antas å øke i takt med at pasienter utskrives tidligere fra sykehus.

I Velferdsmeldingen uttales at etter hvert som flere oppgaver legges til omsorgsboligene, vil sykehjemmene kunne innrettes mot mer helserettede pleieoppgaver. Det blir likevel lagt opp til at oppgavefordelingen mellom sykehjem og omsorgsbolig og andre tiltak i praksis vil kunne variere avhengig av lokale forhold. Sykehjemmene skal fortsatt være en del av en samlet pleie- og omsorgstjeneste i kommunene og bør først og fremst tilby tjenester knyttet til rehabilitering, overgangspleie etter sykehusopphold, krevende langtidspleie og terminalpleie. For å møte utfordringen med økt antall eldre må det satses ytterligere på korttidsplasser. Om flere får tilbud om opptrenings- og avlastningsopphold, kan flere opprettholde et høyere funksjonsnivå og klare seg lengre hjemme.

Et hovedspørsmål ved valg av framtidig finansierings- og brukerbetalingsmodell vil være om sykehjemmene utvikler seg mer i retning av rene helseinstitusjoner, eventuelt med spesialfunksjoner, eller om de også i framtida skal være et mere langvarig botilbud for store grupper eldre, også mentalt friske eldre. I dette kapitlet konkluderer utvalget med at jo mer likt tjenestetilbudet i og utenfor institusjon i framtida blir, jo større grunn vil det være til å tilstrebe likhet i finansierings- og brukerbetalingsordningene.

2.7 SKJERMINGSORDNINGER

I *"Skjermingsprinsipper"* i kap. 9 drøfter utvalget alternative skjermingsordninger og inntektsbegrep. I prinsippet er det to hovedmåter å utforme brukerbetalingen på – etter inntekt eller etter forbruk. I utgangspunktet antar utvalget at inntektsgraderte brukerbetalingordninger vil ivareta fordelingshensyn, mens forbruksbaserte brukerbetalingsordninger kan ivareta effektivitetshensyn. Skjermingsregler innenfor et samlet brukerbetalingssystem kan utformes på flere måter. Det kan være unntaksbestemmelser for spesielle person- eller sykdomsgrupper, betalingen kan gjøres avhengig av brukernes inntekt, det kan settes utgiftstak for de samlede utgiftene til en eller flere tjenester, det kan gis betalingsfritak for visse tjenester eller det kan gis kompensasjon gjennom kontantstønadsordninger.

Utvalget konkluderer med at det for pleie og omsorg bør utformes en kombinasjonsløsning hvor det tas hensyn til både inntekt og forbruk. Begrunnelsen er at brukeren har liten valgmulighet med hensyn til om han/hun ønsker tjenester, og at tjenestene gjerne tildeles etter helse- og sosialfaglige kriterier. I en slik situasjon kan fordelingshensyn tale for inntektsgraderte betalingssatser. Fordi det oppfattes som urimelig at brukere med svært ulikt behov for tjenester betaler det samme, kan det likevel være hensiktsmessig å foreta en viss gradering også etter forbruk av tjenester, selv om en slik kombinasjonsløsning vil være forholdsvis tung å administrere.

Utvalget har også drøftet om det i tillegg til de generelle skjermingsordningene er hensiktsmessig med andre skjermingsordninger. I denne forbindelse har utvalget særlig drøftet skjerming av funksjonshemmede og skjerming av tjenestetyper. Utvalget legger til grunn at likhets- og rettferdighetsbetraktninger taler for skjerming av funksjonshemmede. Funksjonshemmedes behovssituasjon kan medføre at de generelle skjermingssystemene ikke er tilstrekkelige for å ivareta denne bruker-

gruppen. Utvalget har drøftet avgrensning av gruppen funksjonshemmede i forhold til diagnose, stønadsmottak og pensjonsordning og kommet fram til at det er vanskelig å utforme en treffsikker skjermingsordning knyttet til slike kriterier.

Utvalget går ikke inn for en skjermingsordning i forhold til inndeling av tjenester til dekning av primære og sekundære behov. Begrunnelsen er at en slik ordning i praksis vil kunne bli svært skjønnsmessig og åpne opp for stor grad av forskjellsbehandling. Utvalget drøfter også ev. skjerming av hjemmesykepleie og påpeker at det vil kunne være til hinder for en fleksibel organisering av tjenestetilbudet. Utvalgets medlemmer fra Funksjonshemmedes fellesorganisasjon og Norsk Pensjonistforbund er prinsipielt imot egenandeler på helse-, pleie- og omsorgstjenester.

Inntektsbegrepet for brukerbetaling i institusjon har medført tolkningsproblemer. Utvalget drøfter derfor muligheten for at alminnelig inntekt etter skatt kan legges til grunn for beregning av vederlag. En slik forenkling kan i enkelte tilfeller medføre større avvik mellom betalingsevne og det som framgår av beregningsgrunnlaget. En mulighet kan derfor være å legge disponibel inntekt til grunn, dersom den enkelte dokumenterer store avvik mellom alminnelig inntekt etter skatt og faktisk disponibel inntekt. Utenfor institusjon foreslår utvalget at alminnelig inntekt før særfradrag videreføres som beregningsgrunnlag for betaling av pleie- og omsorgstjenester. Dette er også en aktuell ordning dersom det skal betales særskilt for pleie og omsorg i institusjon.

Et samlet utvalg går inn for å videreføre dagens ordning hvor husstandsinntekten er utgangspunktet for beregning av vederlag utenfor institusjon og individinntekten i institusjon.

2.8 BOLIGFORMUEN

I *"Boligformuen"* i kap. 10 drøftes ulike måter å stimulere til at oppspart boligkapital kan bli brukt til å tilrettelegge for en bedre alderdom. Det er særlig viktig å stimulere til at boligkapitalen benyttes til å skaffe en bolig som er tilpasset redusert funksjonsevne i alderdommen. Det bør tilrettelegges for et godt og variert boligtilbud for eldre, gjerne som selveierboliger eller i borettslag.

Utvalget drøfter innskudd i institusjon som mulig virkemiddel for å sikre at de eldre tar ansvar for sine bokostnader også i en pleiesituasjon i institusjon, men finner at dette vil ha flere uheldige virkninger og foreslår derfor ikke en slik ordning. Utvalget foreslår heller ikke at det åpnes for mulighet for omstøting av beslutning om forskudd på arv, selv om dette fører til at det offentlige får større kostnader til subsidiering av bolig. Det konkluderes med at en slik ordningen vil gripe for sterkt inn i enkeltindividets frihet til å foreta økonomiske disposisjoner.

Utvalget har også vurdert om formue i større grad skal trekkes inn i en brukerbetalingssammenheng. Selv om dette ut fra mange hensyn kunne være riktig, konkluderer utvalget likevel med at det vil ha så mange uheldige virkninger at en ikke finner å kunne anbefale det. Avkastning av formuen bør som nå inngå i beregningsgrunnlaget for brukerbetaling.

2.9 FINANSIERING AV HELSETJENESTER

I *"Finansiering av helsetjenester"* i kap. 11 beskriver og vurderer utvalget ulike modeller med både kommunal og statlig finansiering av helsetjenester for brukere i pleie- og omsorgstjenesten. Av de to mulige løsningene er i hovedsak den siste vurdert. Utvalget vil ikke foreslå en gjennomgripende reform med kommunal finansiering av helsetjenestene, fordi dette spørsmålet reiser vanskelige avgrensn-

ingsspørsmål mellom brukere av pleie- og omsorgstjenesten og den øvrige befolkningen.

Utvalget har vurdert muligheten å innføre samme finansieringsordninger for helsetjenester i institusjon som gjelder i egne hjem/omsorgsboliger. På grunn av organiseringen av tjenestene i sykehjem har utvalget ansett dette som problematisk og lite hensiktsmessig. En slik modell vil etter utvalgets syn være vanskelig å administrere og praktisere, samt kunne virke kostnadsdrivende for folketrygden.

Utvalget har videre vurdert en modell med samlet refusjon fra staten til kommunene for alle helsetjenester i institusjon. Refusjonen kan enten være fastsatt sentralt eller lokalt med bakrunn i utgiftsbehovet til slike helsetjenester i hver enkelt kommune. Modellen vil ikke fullt ut være lik i og utenfor institusjon siden refusjonen er en sjablonmessig tilpasning til regelverket som gjelder for egne hjem. Den vil imidlertid innebære at samme forvaltningsnivå finansierer helsetjenestene i og utenfor institusjon.

Utvalget har drøftet fordeler og ulemper ved sentral og lokal fastsetting av refusjonen. Utvalget har vurdert modellen med sentralt fastsatt refusjon som mest aktuell, men presiserer at modellen ikke løser problemene i dagens ordning fullt ut, samtidig som den innebærer nye ulemper i forhold til dagens ordning.

Utvalget har også beskrevet aktivitetsbasert finansiering som en mulighet for statlig finansiering i institusjon. En slik modell forutsetter imidlertid et meningsfullt DRG-begrep (diagnoserelaterte grupper) som gjenspeiler de reelle kostnadene ved behandling av brukerne. Dersom en finner meningsfulle DRG-begrep, kan en i framtida tenke seg refusjonsordninger basert på denne ordningen. Særlig vil dette være aktuelt når det gjelder korttidsopphold/rehabilitering.

Utvalget konkluderer med at det vil være vanskelig å innføre samme finansieringsordninger i institusjon som i egne hjem. Hvis staten også skal bidra til å finansiere helsetjenester i institusjon, er én mulighet å innføre en sentralt fastsatt refusjon for alle helsetjenester. Utvalget mener videre at aktivitetsbasert finansiering fra staten for korttidsplasser og rehabilitering i sykehjem bør utredes nærmere i forbindelse med utredning av innsatsstyrt finansiering i sykehus og utredning av rehabiliteringsvirksomheten.

2.10 EN TJENESTEBASERT BRUKERBETALINGSMODELL

I *"En tjenestebasert brukerbetalingsmodell"* i kap. 12 drøfter utvalget hvordan en tjenestebasert modell slik det er skissert i mandatet, kan utformes i praksis.

Brukerbetalingen er i denne modellen delt opp i fire elementer: bofunksjonen, mat og andre daglige utgifter, pleie- og omsorgstjenester og helsetjenester. Hovedtanken bak modellen er å skape like rammebetingelser for finansiering og brukerbetaling i og utenfor institusjon, og å klargjøre det personlige ansvaret for boligfunksjonen, mat og andre daglige utgifter. Det offentlige bør ha hovedansvaret for helse- og pleie- og omsorgstjenester.

Når det gjelder mat og andre daglige utgifter kan det være naturlig at det betales for dette elementet på bakgrunn av selvkost, og at det legges opp til økt valgfrihet. Det kan også være aktuelt at kommunene får anledning til å ta betaling ut fra en eller flere standardpakker.

Utvalget drøfter videre prinsipper for fastsetting av husleie i kommunale utleieboliger for eldre og funksjonshemmende. Husleien bør ta utgangspunkt i kapitalkostnader, vedlikeholdskostnader, avskriving og driftskostnader. Kapitalkostnadene bør beregnes ut fra periodiserte kapitalkostnader og ikke ut fra markedsverdi. Utvalget er enig i at kommunenes kostnader i forbindelse med boligene bør synliggjøres i regnskapet slik at ev. subsidiering skjer ut fra bevisste prioriteringer.

I institusjon kan husleien i en slik modell fastsettes ut fra de samme prinsipper, men arealet bør deles opp i en boligdel med en del fellesarealer, som inngår i beregningen av husleien. Servicedelen av institusjonene bør skilles ut og det forutsettes at kommunene dekker kostnadene ved denne delen.

En klar forutsetning for at det skal kunne innføres husleie i institusjon vil være å innføre en egen bostøtteordning for institusjonene. Husleien bør ev. avspeile standard på rommene, noe som vil bety redusert husleie i flersengsrom, dersom en slik modell innføres.

Brukerbetaling for helsetjenester kan på bakgrunn av konklusjonene i *"Finansiering av helsetjenester"* i kap. 11 skje gjennom en forhøyet takordning. Det betyr at takordningen utenfor institusjon legges til grunn, men at institusjonsbeboere i tillegg betaler et fast beløp for de helsetjenester som ikke inngår i frikortordningen.

For pleie og omsorg drøfter utvalget ulike modeller for betaling ut fra inntekt og/eller forbruk. Konklusjonen er at kommunene fortsatt bør ha stor grad av frihet til å fastsette betalingsordning, men at det i en ev. tjenestebasert modell bør være en sammenheng mellom betaling i og utenfor institusjon. For å hindre urimelige forskjeller i kommunenes betalingsnivå, foreslås det at staten fastsetter maksimal betaling for pleie og omsorg i forhold til inntekt. Videre bør kommuner som velger abonnementsordning utenfor institusjon, også legge disse satsene til grunn i institusjon. Kommuner som utenfor institusjon velger betaling etter forbruk, bør sette et øvre tak for hvor mange timer det skal tas betaling for. Dette taket legges så til grunn for betalingen i institusjon.

For korttidsplasser og dag-/nattplasser drøfter utvalget muligheten for graderte betalingssatser. I tilfelle bør betalingen for denne typen plasser (unntatt mat), inngå i betalingstaket for hjemmebaserte tjenester.

Utvalget drøfter også en totalskjermingsordning som skal sikre at ingen institusjonsbeboere kommer dårligere ut enn etter dagens vederlagsforskrift i institusjon.

Utvalgets utredning i dette kapitlet beskriver hvordan en modell slik den er skissert i mandatet kan utformes i praksis. Utvalget anbefaler ikke at denne modellen gjennomføres. I *"Utvalgets vurderinger og forslag"* i kapittel 15 har utvalget drøftet og presisert sine vurderinger med hensyn til valg av modell. Fire av utvalgets medlemmer anbefaler en tjenestebasert modell som er endret i forhold til beskrivelsen i *"En tjenestebasert brukerbetalingsmodell"* i kapittel 12.

2.11 DAGENS BRUKERBETALINGSMODELL OG ENDRINGSMULIGHETER

Hovedalternativet til en tjenestebasert modell for brukerbetaling er endringer i dagens ordninger. I *"Dagens brukerbetalingsmodell og endringsmuligheter"* i kap. 13 drøfter utvalget aktuelle endringer i dagens modell. En del av forslagene som er drøftet i *"En tjenestebasert brukerbetalingsmodell"* i kap. 12, er også aktuelle hvis en skal beholde dagens modell. Det gjelder forslagene i tilknytning til husleie i kommunale boliger, øking av bostøttetak, maksimalsatser for brukerbetaling for hjemmebaserte tjenester og gradert betaling for korttids-/dag- og nattplasser.

Et av problemene i tilknytning til vederlagsforskriften i institusjon har sammenheng med inntektsbegrepet og beregning av brukerbetaling. En mulighet er derfor, som skissert i *"Skjermingsprinsipper"* i kap. 9, å legge alminnelig inntekt etter skatt til grunn for betalingen. Fribeløpet kan falle bort, kombinert med endring i andelen av inntekten som betales i vederlag. Når det gjelder fradrag for hjemmeboende ektefelle, kan dette beregnes ut fra både beboers og hjemmeboendes inntekt. Både nytt inntektsbegrep og nye regler for fradrag for hjemmeboende ektefelle muliggjør

at trygdekontorets rolle i vederlagsberegningen i stor grad kan avvikles, men at det fortsatt kan foretas trekk i beboerens pensjon når det er ønskelig.

Utvalget drøfter også prinsipper for ev. redusert betaling for beboere i flersengsrom.

Utvalget foreslår at den betalingsfrie perioden ved innflytting i institusjon settes til en kalendermåned for langtidsopphold.

2.12 ØKONOMISKE VIRKNINGER AV MODELLENE

I *"Økonomiske virkninger av de ulike modellene"* i kap. 14 gjennomgår utvalget de økonomiske konsekvensene av en tjenestebasert brukerbetalingsmodell i forhold til dagens modell. I den tjenestebaserte modellen er brukerbetalingen for tre av elementene konstant, mens det er beregnet virkninger for ulike varianter av brukerbetalingsordning for pleie og omsorg.

Slik den tjenestebaserte modellen er skissert i kap.12, vil den gi lavere inntekt for det *offentlige* (nettoinntekt for stat og kommune). Dette gjelder både i dag og i framtida. Årsaken til dette er forutsetningen at beboerne ikke skal komme dårligere ut økonomisk enn etter dagens ordning. For *kommunene* vil imidlertid den tjenestebaserte modellen i dag gi høyere inntekt enn dagens ordning, mens den på sikt vil gi lavere inntekter. Når en tar hensyn til *statens* kostnader ved innføring av bostøtte i institusjon, vil de samlede inntekter for det offentlige bli redusert fra 90 til 160 mill. kroner. I år 2030 vil inntektstapet bli på mellom 350 og 950 mill. kroner.

Med dagens inntektsnivå blant institusjonsbeboerne vil i overkant av 70 prosent av beboerne skjermes etter regelverket i vederlagsforskriften. For disse beboerne vil ikke en tjenestebasert modell innebære noen reell endring i forhold til dagens ordning. Utvalget har derfor vurdert ulike tiltak for å unngå at flertallet unntas fra en ordning som er ment å være lik for alle beboerne.

Dersom både boutgiftstaket og refusjonsprosenten økes til henholdsvis 52 000 kroner og 100 prosent, vil statens utgifter til bostøtte øke med om lag 600 mill. kroner. Antallet beboere som har behov for skjerming etter vederlagsforskriften vil da reduseres til under 10 prosent av brukerne. En økning i bostøtten vil imidlertid ikke endre det offentliges nettoinntekt fra brukerbetaling.

Utvalget har også vurdert redusert betaling for pleie og omsorg. Beregningene viser at gratis pleie og omsorg bare vil redusere behovet for totalskjerming med 2–3 prosent.

For brukerne vil en tjenestebasert modell med de forutsetninger som er lagt til grunn, gi samme betaling for lavinntektsgruppene som dagens modell. For høyinntektsgruppene vil betalingen bli langt lavere. Den tjenestebaserte modellen vil derfor innebære en betalingslettelse for beboere med høy inntekt, mens brukere med lav inntekt betaler samme beløp som etter vederlagsforskriften.

Utvalget vil bemerke at beregningene bygger på usikre forutsetninger. I beregningsframskrivningene er det forutsatt dagens forhold mellom institusjonsbasert og hjemmebasert omsorg. I tillegg er det ikke beregnet økonomiske virkninger av mulige atferdsendringer hos kommunen og brukerne ved å opprettholde dagens ordning, eller ved en innføring av den tjenestebaserte modellen. Dersom sykehjem og omsorgsboliger i framtida blir alternative tilbud for brukerne og kommunen, og dersom brukerne får større innflytelse på valg av omsorgsløsning, vil ulike nivåer i brukerbetalingen kunne innebære uheldige tilpasninger fra både kommune og bruker. Brukeren og kommunen vil ha motstridende økonomiske hensyn i valg av omsorgsløsning.

Utvalgets medlemmer Arum, Daleng, Jensen og Johnsen foreslår i *"Utvalgets vurderinger og forslag"* i kap. 15 en modifisert tjenestebasert brukerbetalingsmod-

ell som gir andre økonomiske virkninger. Det vises til egen gjennomgang av de økonomiske virkningene av denne modellen.

2.13 UTVALGETS VURDERINGER OG FORSLAG

I *"Utvalgets vurderinger og forslag"* i kap. 15 presenterer utvalget sitt forslag til nytt/endringer i dagens finansierings- og brukerbetalingssystem for pleie- og omsorgstjenesten. Utvalget er delt i vurderingene av dagens system og i forslag til framtidig system.

2.13.1 Forslag som er uavhengig av modell

I dette avsnittet presenterer utvalget de forslag som er uavhengig av hvilken hovedmodell som blir valgt for finansiering og brukerbetaling for pleie- og omsorgstjenesten.

Utvalget er enstemmig på følgende punkter og foreslår at:

- de øvre grensene for boutgifter i bostøtteordningen økes til kostnadsnivået knyttet til en nøktern bolig.
- for å synliggjøre bokostnadene i kommunale boliger for eldre og funksjonshemmede beregner kommunene disse ut fra periodiserte kapitalkostnader.
- det bør stimuleres til bygging av flere omsorgsboliger og tilrettelagte boliger som i større grad enn i dag organiseres som selveierboliger eller borettslag.
- staten fastsetter maksimal betaling for pleie- og omsorgstjenester utenfor institusjon i forhold til inntekten.
- alminnelig inntekt før særfradrag legges til grunn for brukerbetalingsberegning for pleie og omsorgstjenester.
- husstandens inntekt fortsatt skal ligge til grunn for beregning av brukerbetalingen i hjemmebaserte tjenester.
- den betalingsfrie perioden settes til én måned for langtidsopphold. Ordningen skal også gjelde for korttidsopphold som går over til langtidsopphold.
- en aktivitetsbasert finansiering for korttidsplasser og rehabilitering i sykehjem utredes nærmere i forbindelse med utredning av innsatsstyrt finansiering i sykehus og utredning om rehabiliteringsvirksomhet.
- det ikke gjøres endringer i forvaltningsnivåenes ansvar for finansiering av helsetjenester i pleie- og omsorgstjenesten, jf. drøfting i *"Finansiering av helsetjenester"* i kap. 11.

Utvalgets flertall (alle unntatt Arum og Daleng) mener at det fortsatt bør være anledning til å kreve betaling for hjemmesykepleie.

Utvalget går ikke inn for inntektsgraderte betalingssatser for korttids-/dag- og nattopphold i institusjon.

Utvalgets medlemmer Arum, Daleng, Jensen og Johnsen foreslår redusert betaling for flersengsrom.

2.13.2 Særmerknad fra medlemmene Arum og Daleng

Velferdsordninger i et solidarisk samfunn

I St.meld. nr. 35 (1994–95) Velferdsmeldingen og i Regjeringens langtidsprogram understrekes solidaritetstankegangen som grunnlag for norsk velferdspolitikk. Utvalgets medlemmer Liv Arum og Arild Daleng mener at den grunnleggende ideen i et solidarisk samfunn, er at vi i fellesskap har økonomisk ansvar for de offentlige ordningene som er etablert bl.a. innenfor pleie- og omsorgssektoren.

Bruken av egenbetalingsordninger innen pleie- og omsorgssektoren har imidlertid ført til at de som har behov for tjenestene også må betale særskilt for dem. Økningen i egenandelene de siste årene er uttrykk for at det norske samfunnet har fjernet seg fra prinsippet om fellesskapsløsninger og et felles, solidarisk finansieringsansvar. Både Funksjonshemmedes fellesorganisasjon (FFO) og Norsk Pensjonistforbund (NPF) er imot bruken av egenandeler på helse-, pleie- og omsorgstjenester.

Brukerbetaling og rettferdighet

Disse medlemmer understreker at Norge for tiden er inne i en sterk vekstperiode, og at det er i slike perioder vi bør ta de eventuelle økonomiske konsekvensene for offentlige finanser, som det kan innebære å få et mer rettferdig økonomisk system innenfor den offentlige pleie- og omsorgssektoren. Disse medlemmene viser til Rattsø-utvalgets utredning (NOU 1997:8) som omtaler brukerbetaling og presiserer:

> «..at brukerbetaling har klare begrensninger for kommunale og fylkeskommunale tjenester. Det skyldes dels at en eller flere av forutsetningene for at prismekanismen skal virke effektivt ikke er oppfylt, og dels et ønske om å ivareta andre samfunnsmessige mål, først og fremst fordelingshensyn.
>
> For enkelte tjenester virker brukerbetaling som en ren skatt. Lavinntektsgrupper rammes relativt hardest når det gjelder tjenester som er pålagt og som er nødvendige i visse situasjoner, eksempelvis hjemmesykepleie ved alvorlig sykdom.» (s 165, 1. spalte)

Inntektsutjevning må for alle borgere skje ut fra likhetsprinsippet gjennom utformingen av den generelle skatte- og avgiftspolitikken. Disse medlemmene mener at inntektsgraderte brukerbetalingssystemer ikke bør benyttes innenfor den offentlige pleie- og omsorgssektoren.

Kommunenes tilbud om pleie- og omsorgstjenester er begrenset i forhold til de behov som eksisterer. Tjenestene er rasjonert og tildeles etter en faglig vurdering av den enkeltes behov. Disse utvalgsmedlemmene mener at når tjenester tildeles av offentlig myndighet, vil et brukerbetalingssystem ikke ha realøkonomiske virkninger, men bare ha overføringsvirkninger; det vil si virke som en skatt. Disse medlemmene understreker derfor at bruk av brukerbetalingssystemer krever en *politisk* og ikke en *økonomisk* begrunnelse.

Kommunenes inntekter

Arbeidet i utvalget har vist at den økonomiske betydningen brukerbetalingen for pleie- og omsorgstjenester har i kommunene, er liten. Dette gjelder særlig tjenester til hjemmeboende brukere. Disse medlemmene foreslår at pleie- og omsorgstjenester unntas for egenbetaling, og at kommunenes tapte inntekt (ca. 262 mill. kroner) dekkes inn ved en økning av skatteøret (på 0,4 %). I dette beløpet er imidlertid ikke innregnet den administrative besparelsen kommunene får ved at de slipper å beregne hva den enkelte skal betale for hvilke tjenester.

Lavinntektsgruppene rammes hardest

De undersøkelser og den litteratur som omtales i *"Drøfting av sentrale mål, begreper og hensyn"* i kap. 3 tyder på at dagens betalingsordninger i hovedsak rammer de dårligst stilte hardest, og at ordningene derfor har en dårlig fordelingseffekt. Tall fra SSB (1995) viser at det er brukergruppene med inntekt under 3 G (kr 117 690 i 1995) som utgjør 75 % av de som betaler egenandelene for kommunale hjem-

metjenester. Det er også fra disse gruppene med lavest inntekt at kommunene henter mer enn halvparten av sine egenandelsinntekter. Videre viser tall fra St.prp. nr 1 (1996–97) at antall brukere av hjemmebaserte tjenester samlet sett har hatt en nedgang fra 1991 til 1995 på 18,7 %, fra 167 879 mottakere i 1991 til 136 484 i 1995.

Disse medlemmer mener at brukerbetaling virker som en ren skatt for enkelte tjenester, og mener det ut fra likhetsprinsippet er uakseptabelt å anvende et brukerbetalingssystem med sikte på hel eller delvis kostnadsdekning. Et slikt system representerer en urettferdig særbeskatning av funksjonshemmede og eldre som er avhengig av offentlige pleie- og omsorgstjenester.

2.13.3 Forslag fra medlemmene Arum, Daleng, Jensen og Johnsen

Disse medlemmene foreslår mere grunnleggende endringer i dagens system. Hovedendringen er at en går bort fra et system der en betaler etter hvor en mottar tjenestene til et system hvor en betaler etter de enkelte tjenestene en mottar. I avsnitt (A) nedenfor angis de velferdspolitiske prinsipper for disse medlemmers forslag. I avsnitt (B) presenteres en sammenfatning av forslaget til nytt system – en tjenestebasert brukerbetalingsmodell. Denne er imidlertid ikke identisk med modellen i *"En tjenestebasert brukerbetalingsmodell"* i kap. 12. I avsnitt (C) presenteres en oversikt over virkninger av forslaget.

(A) Den velferdspolitiske begrunnelse

Medlemmene Arum, Daleng, Jensen og Johnsen fremmer et forslag som tar utgangspunkt i mål og retningslinjer for den offentlige pleie- og omsorgspolitikk, slik de er nedfelt i Velferdsmeldingen, og Stortingets behandling av meldingen, samt Langtidsprogrammet for perioden 1997–2001. En har søkt å ivareta kravene til finansierings- og brukerbetalingsordningene i foredraget til utvalgets mandat, jf. *"Utvalgets oppnevning, mandat og arbeid"* i kap. 1.

(1) Finansierings- og brukerbetalingsordninger vil kunne ha avgjørende betydning for hvorledes pleie- og omsorgstjenesten vil bli utviklet. Disse medlemmer legger til grunn at eldre og funksjonshemmede med behov for pleie- og omsorgstjenester vanligvis foretrekker å bo hjemme. Ved å bygge boliger med livsløpsstandard og omsorgsboliger, kombinert med et godt utbygget hjelpeapparat, kan et slikt hovedmål realiseres. Med «eget hjem» mener disse medlemmer i det følgende enten brukerens opprinnelig hjem eller omsorgsbolig. For brukere med langtidsopphold i institusjon – sykehjem eller aldershjem – må institusjonsplasser som holder et visst kvalitetsnivå mht. størrelse, toalett mv., også kunne oppfattes som brukerens bolig.

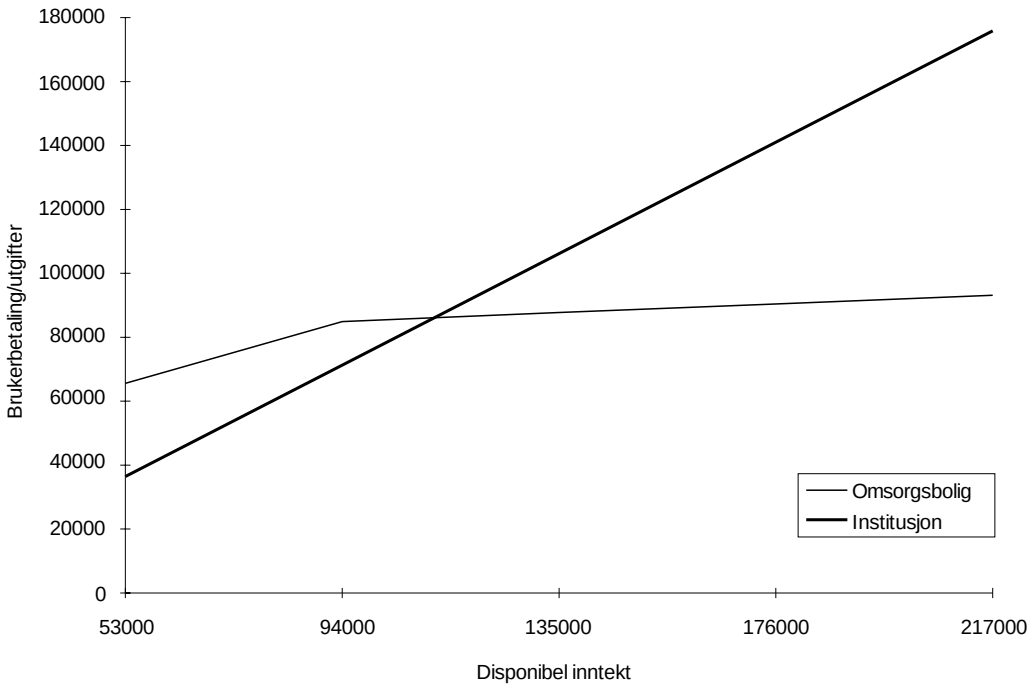
Ved korttidsopphold i institusjon, dvs. i forbindelse med rehabilitering, avlastning m.m., er institusjonsplass ikke å betrakte som brukerens permanente bolig.

(2) Et hovedmål for disse medlemmers forslag til omlegging av betalingssystemet er å sørge for at sentrale likhetshensyn som vårt velferdssamfunn bygger på, blir ivaretatt. Brukerne må tilbys pleie- og omsorgstjenester på like økonomiske vilkår i forhold til inntekt.

Dagens system bryter med sentrale likhetsprinsipper når det gjelder den brukerbetaling man står overfor, og som i dag er avhengig av om man er hjemmeboende eller langtidsbeboer i institusjon. Det vises i den forbindelse til *""* i figur 2.1 som illustrerer hvordan brukerbetalingen for brukere i institusjon og omsorgsboliger varierer etter inntekt. Figuren viser at dagens system gir store og systematiske forskjeller. Brukere med lav inntekt kommer økonomisk dårligere ut om de mottar tjenester hjemme eller i en omsorgsbolig, enn om de bor i institusjon. Brukere med

høy inntekt kan derimot komme bedre ut økonomisk om de mottar tjenester i egen bolig enn i institusjon. Det er imidlertid svært få brukere som betaler høye vederlag i institusjon.

Det som er særlig uheldig fordelingsmessig er at brukere med lave inntekter i omsorgsboliger som betaler kostnadsdekkende husleier, vanskelig kan makte dette økonomisk.



Figur 2.1 Sammenligning av brukerbetaling i institusjon og brukerens utgifter i omsorgsbolig.

(3) Utgangspunktet for det tjenestebaserte brukerbetalingssystem som foreslås i punkt (B) nedenfor er å skape en størst mulig grad av rettferdighet og likebehandling mellom brukere i egne hjem og i institusjon. Disse medlemmer mener at et slikt likebehandlingsideal både er et grunnleggende mål for norsk pleie- og omsorgspolitikk, men også at det er nødvendig for å få til en gode pleie- og omsorgstjenester.

Disse medlemmer mener derfor at man må utvikle ordninger slik at brukerbetalingen for langtidsbrukere i institusjon blir mer lik situasjonen for brukere i egne hjem. Brukere i egne hjem har følgende hovedtyper av utgifter: dagliglivets utgifter, boutgifter, helse- eller medisinutgifter, samt utgifter til pleie og omsorg. En tjenestebasert brukerbetalingsmodell er å anvende en lignende utgiftsinndeling for brukere i institusjon. Dermed skulle betalingssituasjonen for brukere i institusjon bli mer lik situasjonen for brukere i egne hjem og omsorgsboliger.

(4) Disse medlemmene mener at en tjenestebasert brukerbetalingsmodell kan bidra til å sikre et stabilt finansielt grunnlag for utbygging av bofunksjonen tilknyttet pleie- og omsorgstjenestene.

Disse medlemmer mener at mangelen på et stabilt finansieringssystem har vært en medvirkende årsak til at en er kommet opp i dagens uføre med manglende tilbud i form av omsorgsboliger og institusjonsplasser, og at mange av langtidsplassene i institusjoner gjennomgående har en svært utilfredsstillende bostandard.

(5) Disse medlemmene mener at det fra slutten av åttitallet har skjedd en utvikling i den offentlige pleie- og omsorgspolitikk fra en satsing på institusjonsplasser til en større satsing på hjemmebaserte tjenester, med sikte på at brukerne skal kunne velge en mer selvstendig tilværelse i egne hjem eller i omsorgsboliger.

Disse medlemmer vil også peke på at etter hvert som standarden i sykehjemmene heves til enerom, vil forskjellen mellom en langtids institusjonsplass i enerom og omsorgsbolig med heldøgns pleie bli mindre. Det må derfor være framtidsrettet å sørge for at de ulikheter som gjelder mellom brukere av institusjon og brukere i egne hjem og omsorgsboliger, blir redusert mest mulig.

Disse medlemmer mener at sykehjemmene i framtida i større grad enn i dag vil kunne ta seg av korttidsbehovene for pleie og omsorg, dvs. i forbindelse med avlastning, rehabilitering, opptrening etter sykehusopphold, terminalpleie og lignende. Hovedtyngden av beboerne vil imidlertid også i framtida være langtidsbeboere.

I tillegg til de ovennevnte hensyn har disse medlemmene lagt vekt på følgende forhold:

- Et brukerbetalingssystem må ikke forhindre at brukere med lav inntekt og/eller formue får dekket sine grunnleggende behov for pleie- og omsorgstjenester.
- Den enkelte bruker skal selv ha hovedansvaret for å dekke dagliglivets utgifter og boutgifter. Det offentlige skal ha ansvaret for å sørge for at de som har utilstrekkelige inntekter, kommer i en økonomisk situasjon slik at vedkommende har mulighet for å ta dette ansvar.
- Det offentlige skal ha styringsansvaret som sikrer at den enkelte bruker får tildelt helsetjenester, samt pleie- og omsorgstjenester i samsvar med sitt behov.
- Et brukerbetalingssystem bør stimulere til medvirkning og brukerinnflytelse.
- Et brukerbetalingssystem bør være slik at de ulike kostnadselementene fordelt på dagliglivets utgifter, boutgifter, helsetjenester og pleie og omsorg skal framstå klart. Den enkelte bruker har krav på å vite hva de ulike betalingsordninger omfatter og hva man derved betaler for.
- Et brukerbetalingssystem bør være oversiktlig og enkelt for alle parter. Innkrevings- og kontrollkostnadene bør være små.
- De enkelte tjenester skal utformes ut fra den enkelte brukers behov. Et brukerbetalingssystem bør derfor utformes slik at det ligger til rette for lokale tilpasninger og valgfrihet, hvor det ikke legges bindinger på kommunenes organisering av tjenestene.

Disse medlemmer har lagt vekt på at ordningene ikke skal bryte med hovedsystemet for finansiering av kommunene som er basert på kommunale skatter og rammefinansieringssystemet.

(B) Forslag til tjenestebasert brukerbetalingssystem

Disse medlemmene foreslår på denne bakgrunn en tjenestebasert brukerbetalingsmodell, som omfatter fire hovedkomponenter:

(1) Mat og andre daglige utgifter

- Brukere i egen bolig betaler disse utgifter selv. Brukere i institusjon belastes slike utgifter i henhold til selvkost.
- Det etableres ordninger i institusjon som gir grunnlag for økt valgfrihet, samtidig som det bør etableres en eller flere standardløsninger for de brukere som ikke kan eller ønsker å velge selv.

(2) Bolig og husleie

- Kommunene gis anledning til å kreve godtgjørelse av langtidsbeboere for bofunksjonen i institusjon ut fra periodiserte kapitalkostnader, og det innføres egen bostøtteordning i institusjon for beboere som ikke har tilstrekkelige inntekter til å dekke bokostnadene.
- Bostøtteordningene endres ved at bostøttetakene heves og bostøtteordningene tilpasses slik at beboere med lave inntekter i omsorgsboliger kan betale kostnadsdekkende husleie. Disse medlemmer mener at dette vil sikre en stabil finansiering av bofunksjonen i en økt satsing på pleie- og omsorgstjenesten i kommunene, enten utbyggingen skjer i form av omsorgsboliger eller sykehjem.

(3) Helse

Det er viktig at brukerbetalingen for helsetjenester, dvs. tjenester som kommer inn under folketrygdens frikortordning for medisinsk undersøkelse og behandling, samt livsnødvendige medisiner, blir uavhengig av om brukeren bor i egen bolig eller i institusjon. Brukerbetalingsnivået for helsetjenester gjøres derfor likt i og utenfor institusjon. Dette gjennomføres ved at nåværende brukerbetalingsordning opprettholdes utenfor institusjon, og at brukerbetaling for helsetjenester mv. i institusjon utformes etter en ordning med et eget egenandelstak som blir fastsatt av Stortinget på samme måte som brukerbetaling for brukere utenfor institusjon.

(4) Pleie og omsorg

- Pleie og omsorg omfatter de kommunale hjelpetjenester i brukerens hjem eller tilsvarende tjenester i institusjon. Disse tjenester er underlagt et offentlig styringsansvar ved at brukeren tildeles slike tjenester etter en faglig behovsvurdering.
- Brukere med inntekt under 3 G (det er her brukt brutto inntekt, noe som tilsvarer noe under 2,5 G i alminnelig inntekt) fritas for betaling for pleie og omsorg. Staten fastsetter maksimal betaling i forhold til inntekt for brukere over 3 G utenfor institusjon. Betalingstak for brukere i institusjon med inntekt over 3 G kan fastlegges slik at institusjonsbeboere kan betale mer enn brukere utenfor institusjon. Kommunene bør selv kunne velge betalingsordninger innenfor de fastsatte betalingstak.

Den tjenestebaserte brukerbetalingsmodell foreslås gjennomført slik:

Modellen innføres bare i institusjon med tilfredsstillende bostandard. Nærmere definisjon av tilfredsstillende bostandard i institusjon må vurderes særskilt. Nærliggende krav vil være enerom med akseptable sanitærforhold og som også gir grunnlag for privatliv. For eksisterende institusjoner kan kravene imidlertid ikke settes så høyt som Husbankens standardkrav til nye institusjoner etter dagens regler. Det bør derfor vurderes nærmere hvilke kriterier som skal legges til grunn ved utforming av en egen bostøtteordning for institusjoner.

Det forutsettes ikke at husleieloven skal innføres i institusjon, men det bør arbeides for at beboerne skal få økt innflytelse over sitt eget privatareal. Den avgjørende faktor for å nå en slik målsetting er ikke husleieloven, men de holdninger og prinsipper som legges til grunn ved driften av institusjonene.

For institusjoner uten tilfredsstillende boforhold gjøres gjeldende en overgangsordning, slik at de berørte kommuner får tid til å ombygge sine tilbud. Det bør derfor i en overgangsperiode på 5 år være adgang for kommuner til å bruke vederlagsforskriften som brukerbetalingssystem i institusjon. Etter 5 år bør en tjenestebasert modell innføres som permanent betalingsmodell for brukere med langtidsopphold i institusjon.

Det etableres en midlertidig ordning for de institusjoner som etter 5 år ikke har kommet opp på en tilfredsstillende bostandard. Denne ordning må sikre at brukernes betaling begrenses i forhold til bostandarden slik at den blir rettferdig for beboerne og gir et insentiv til kommunene for å heve bostandarden i sine institusjoner.

(C) Vurdering av en tjenestebasert brukerbetalingsmodell

Disse medlemmene vurderer den tjenestebaserte brukerbetalingsmodell slik:

(1) En tjenestebasert brukerbetalingsmodell vil sikre en stabil finansiering av bofunksjonen i en økt satsing på pleie- og omsorgstjenestene i kommunene, enten utbyggingen vil skje i form av omsorgsboliger, sykehjemsplasser eller andre boformer. Årsaken til dette er at kommunene vil få dekket sine kostnader til bofunksjonen i omsorgsboliger ved kostnadsdekkende husleier, og i institusjon gjennom beboernes betaling for bofunksjonen.

Forslaget vil dermed gi kommunene økonomisk insitament til å sørge for tilfredsstillende bofunksjon i sykehjem og aldershjem. Det vil dessuten være sterkere stimulanser enn i dag til å bygge klausulerte omsorgsboliger og institusjonsplasser. Etter overgangsperioden vil det være direkte ulønnsomt for kommuner å ha langtidsplasser uten tilfredsstillende bofunksjon.

(2) Den tjenestebaserte brukerbetalingsmodell gir så langt råd er samme system for finansiering og brukerbetaling for brukere med hjemmebasert omsorg, dvs. i egen bolig og i institusjon. Det vil stimulere til fleksibilitet og bedre sammenheng i tjenestetilbudene for pleie- og omsorgsbrukere. Dermed bør man oppnå en bedre ressursutnyttelse, dvs. bedre kostnadseffektivitet, og en bedre tilpasning av tjenestetilbudene til brukernes behov, dvs. prioriteringseffektivitet. På lengre sikt er det grunn til å anta at denne modell vil være et viktig bidrag til en god økonomisk løsning av framtidige pleie- og omsorgsbehov.

(3) Den tjenestebaserte brukerbetalingsmodell vil gi bedre fordelingsvirkninger ved at brukere med lave inntekter i egne hjem og omsorgsboliger kommer økonomisk bedre ut. Modellen kan innebære at brukere med høye inntekter og langtidsopphold i institusjon i prinsippet vil kunne betale mindre enn i dag. Erfaring med dagens ordning, dvs. vederlagsforskriften, er at svært få brukere betaler høyt vederlag for institusjonsopphold.

Det er imidlertid foreslått at det gis anledning til en særskilt inntektsgradert brukerbetaling for pleie- og omsorgstjenestene i institusjon for beboere med høye inntekter. Det vil derfor være opp til den enkelte kommune om den finner det hensiktsmessig å bruke en slik ordning.

(4) Gratis pleie og omsorg for brukere med inntekt under 3 G vil også sikre en bedre fordelingsprofil og sikre at brukerbetalingen ikke blir en urimelig belastning for brukerne. Undersøkelser viser at det er brukere med lave inntekter som på grunn av brukerbetalingen avstår fra pleie- og omsorgstjenester de har behov for.

(5) Den tjenestebaserte brukerbetalingsmodell som er foreslått vil gi stor grad av likhet med hensyn til betaling for pleie- og omsorgstjenester for brukere i institusjon og utenfor samt mellom kommuner.

(6) Den tjenestebaserte brukerbetalingsmodell som er foreslått vil bidra til en bedre avklaring når det gjelder det personlige ansvar for boutgifter og dagliglivets utgifter, kommunens ansvar for helsetjenestene, samt pleie- og omsorgstjenester. Videre vil det bidra til å avklare statens ansvar for å sikre alle landets innbyggere en nøktern boligstandard.

(7) En tjenestebasert brukerbetalingsmodell vil gi staten relativt sterk innflytelse over kvaliteten på boligtilbud for de ulike grupper av pleie- og omsorgstrengende, ved de krav som settes for at ulike boligtilbud skal komme inn under bostøtteordningen. Ved omlegging av bostøtteordningen – og eventuelt supplerende ordninger – får staten virkemidler til å påvirke både kvaliteten og omfanget av et hovedelement i den kommunale pleie- og omsorgspolitikk, som er knyttet til selve bofunksjonen. Dette vil f.eks. gi grunnlag for å beholde en tilfredsstillende, men nøktern boligstandard i boformer med bostøtte.

Økonomiske virkninger for stat og kommune

Den tjenestebaserte brukerbetalingsmodell som er foreslått vil gi følgende økonomiske virkninger for stat og kommuner:

(a) Kommunene vil få et potensiale for høyere inntekter til drift av alders- og sykehjem som har tilfredsstillende bostandard. Dersom alle de institusjoner man har i dag tilfredsstiller disse krav, vil merinntekten på årsbasis utgjøre ca. én milliard kroner. Videre vil kommunene kunne ta kostnadsdekkende husleier i omsorgsboliger (uten at brukere med lav inntekt blir skadelidende), som vil kunne gi økte inntekter på anslagsvis 500 mill. kroner pr. år.

Gratis pleie- og omsorgstjenester for brukere med inntekt under 3 G vil kunne gi en inntektsreduksjon på anslagsvis 100 mill. kroner. Ser man disse virkninger under ett, vil den samlede nettoeffekt for kommunesektoren kunne anslås til 1,4 milliarder kroner.

(b) Staten vil få høyere utgifter til bostøtteordningen. Hele utvalget går inn for å øke de øvre grensene for boutgifter i bostøtteordningen til kostnadsnivået for en nøktern bolig. Dette vil i hovedsak dekke kostnadene ved nødvendige endringer i bostøtteordningen for klausulerte omsorgsboliger. Spørsmålet blir derfor hvilke tilleggskostnader det vil innebære å innføre en egen bostøtteordning i institusjon. Disse kostnadene ville være ca. 500 mill. kroner dersom ordningen skulle innføres i alle institusjoner. Disse medlemmer forutsetter imidlertid at det bare skal innføres i institusjoner med tilfredsstillende bostandard. Dette vil medføre at kostnadene vil bli mindre i første omgang. Selv om kostnadene vil øke noe på sikt, er dette likevel et overgangsproblem. Flertallet av beboerne vil etter hvert få tilstrekkelige pensjoner til selv å betale bofunksjonen uten bostøtte.

Selv om en opprusting av institusjonene vil innebære betydelige investeringer, er det viktig å huske at disse kostnadene vil bli fordelt over mange år. Det vil være driftsutgiftene ved et økt tilbud innen pleie- og omsorgstjenesten som vil representere de tunge kostnadene. Det er viktig at det blir lagt til rette for en stabil finansiering av disse kostnadene i det ordinære inntektssystemet for kommunene. Øremerkede engangstilskudd er en lite egnet finansieringsform i en slik sammenheng.

Disse medlemmers forslag vil medføre at øremerkede tilskudd til bygging av omsorgsboliger og sykehjem eller ombygging av flersengsrom til ensengsrom vil kunne falle bort. Disse tilskuddene utgjør i 1997 over 600 mill. kroner.

(c) Den tjenestebaserte brukerbetalingsmodell vil ha gunstige fordelingsvirkninger for kommunesektoren. Tilskuddene til kommunene via bostøtten vil bli fordelt i forhold til belastningen ved utbyggingen. Modellen vil således virke rettferdig overfor de ulike typer av kommuner uavhengig av om kommunen allerede har bygget ut sine tilbud eller om den må foreta nye investeringer. Modellen vil heller ikke komme i konflikt med det etablerte rammetilskuddssystem. Utgiftene til løpende drift vil imidlertid fortsatt måtte dekkes med utgangspunkt i det vanlige inntektssystem for kommunene.

(d) Disse medlemmer vil understreke at det er viktig å skille mellom betalingssystem og betalingsnivå. Et betalingssystem kan generere ulike betalingsnivåer avhengig av hvilke betalingssatser som anvendes. Både i et tjenestebasert system slik det er foreslått her og i det system vi har i dag, vil inntektene til det offentlige fra brukerbetaling være avhengig av de satser som velges. Begge systemer vil derfor i prinsippet kunne gi samme inntektsvirkninger. Valg av system bør derfor gjøres ut fra vurderinger av hvilket system som ivaretar prioriterte hensyn, jf. *"Drøfting av sentrale mål, begreper og hensyn"* i kap. 3, og er mest egnet til å utvikle pleie- og omsorgstjenestene på en god og effektiv måte i forhold til brukernes behov.

Avslutning

Medlemmene Arum, Daleng, Jensen og Johnsen vil avslutningsvis peke på at et tjenestebasert brukerbetalingssystem ikke representerer noe helt nytt.

For det første: det er denne type system som gjelder i Norge for pleie- og omsorgstrengende som bor i omsorgsbolig eller egne hjem.

For det annet: i Danmark ble et tilsvarende system etablert som fast ordning fra og med 1995 for alle kommuner etter en lengre overgangsperiode. Bortsett fra merarbeid i innkjøringssfasen, synes det ikke å være komplisert å praktisere systemet. Systemet har ikke ført til større bruk av verger.

For det tredje: de kommuner som ønsker å praktisere en tjenestebasert brukerbetalingsmodell i institusjon, har adgang til det. Forutsetningen er at samlet brukerbetaling i institusjon ikke overstiger den betaling som vederlagsforskriften hjemler.

Det er dessuten flere eksempler på at kommuner indirekte har gått over til et slikt system ved å omgjøre institusjonsplasser til omsorgsboliger med døgntilbud. Derved åpnes muligheten for folketrygdrefusjon til utgifter til medisinsk undersøkelse og behandling og til medisiner. Dersom standarden for dette botilbudet tilfredsstiller kravene til bostøtte, kommer tilbudet også inn under bostøtteordningen. Det kan indikere at et tjenestebasert brukerbetalingssystem i en eller annen form vil tvinge seg igjennom på lengre sikt uansett hvilke tiltak som treffes i dag.

Dagens system for bostøtte og nivået på bostøtten er imidlertid slik at bruken av en slik modell blir vanskeligere enn etter det opplegg som er foreslått her. Dessuten vil praktisering av en slik modell i dag – uten sentralt fastlagte rammer – bidra til å skape forskjeller fra kommune til kommune.

2.13.4 Forslag fra medlemmene Aspås, Lindgren, Risan og Vollan

Utvalgsmedlemmene Aspås, Lindgren, Risan og Vollan vurderer ideologien i den tjenestebaserte modellen som interessant, men legger vekt på at utredningen av modellen har synliggjort en rekke problematiske sider av økonomisk, fordelingsmessig, administrativ og juridisk art. Disse kan derfor ikke tilrå innføring av den tjenestebaserte modellen på det grunnlag som foreligger. Disse medlemmer foreslår på denne bakgrunn at det gjennomføres begrenset og statlig styrt forsøksvirksomhet

av forskjellige sider ved modellen, kombinert med forslag til forbedringer i dagens brukerbetalingsordninger.

Disse medlemmer peker på følgende sider ved den tjenestebaserte modellen som spesielt problematisk.

Likt og nøytralt system

Et viktig argument for den tjenestebaserte brukerbetalingsmodellen er at den antas å ville skape likhet i finansierings- og brukerbetalingsordningene i og utenfor institusjon, slik at kommunene og brukerne vil stå overfor like rammebetingelser ved valg av sammensetning av tjenestene i pleie- og omsorgssektoren.

Disse medlemmer viser til at utredningen ikke kan dokumentere at forskjellige finansierings- og brukerbetalingsordninger har medført vesentlige vridningseffekter i kommunens og brukernes valg av tjenester og prioriteringer. Disse medlemmer vil vise til undersøkelsen i *"Dagens finansierings- og brukerbetalingsordninger"* i kap. 5, der det framgår at kommenens nettokostnader er lavere i alle former for åpen omsorg inntil brukerne tildeles over middels ressurser. Når brukeren tildeles mye ressurser vil nettokostnaden alltid være lavest med en løsning tilsvarende dagens sykehjem og omsorgsbolig som drives etter regler for institusjon. Disse medlemmer legger til grunn at kommunenes vurderinger baseres først og fremst på slike kostnadsoverveielser og ikke minst hensynet til pasienten selv. Ulike brukerbetalings-, trygde- og bostøtteordninger synes i dag å være relativt underordnede i denne sammenheng. Disse utvalgsmedlemmer presiserer at det i utgangspunktet er en vesentlig forskjell mellom opphold i institusjonslignende tilbud hjemlet i hhv. kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven, og boformer som ikke er lovregulerte. I de lovregulerte boformene mottas et helhetlig tilbud, og det stilles en rekke innholdsmessige krav til slike boformer og de oppgaver de skal ivareta. Det er således slike juridisk innholdsmessige forskjeller og ikke først og fremst boformens fysiske utforming som skiller tjenestetilbudene fra hverandre.

Behovet for nøytrale ordninger i tiden som kommer, vil etter disse medlemmers syn også avhenge av hvilken funksjon sykehjemmene skal ha i tiden framover. Jo mer likt tilbudet i og utenfor institusjon blir, jo større grunn vil det være å tilstrebe likhet i betalingsordningene. Behovet for likhet i betalingsordningene vil derimot være mindre jo mindre hjemmetjenester og institusjonstjenester framstår som alternativer til hverandre. Betalingsordningene bør tilpasses de funksjoner og pasientgrupper som skal ivaretas.

Selv om finansierings- og betalingsmessig nøytralitet mellom ulike boformer vil kunne være ønskelig på lengre sikt, er det nødvendigvis ikke slik på kort sikt. Forskjellige finansierings- og betalingsordninger i institusjon og i hjemmebaserte tjenester kan være ønskelig for politiske styringsformål i en situasjon hvor det satses på utbygging av begge boformer og tjenestetilbudet i dem. Dette vil kunne gi myndighetene ytterligere frihetsgrader til selektiv omsorgspolitisk stimulering. F.eks. vil dagens trygdefinansiering for helsetjenester utenfor institusjon gi kommunene insitamenter til utbygging av omsorgsboliger.

Utvalget har i utredningen foretatt en konkretisering av den tjenestebaserte modellen, som er slik at betalingsordningen ikke fullt ut blir gjennomgående. En helt lik ordning ville forutsette enten at kommunene overtok finansieringsansvaret for helsetjenester også utenfor institusjon, eller at staten medfinansierte helsetjenester gjennom stykkprisrefusjoner også i institusjon. Ut fra praktiske og helsefaglige vurderinger har utvalget i *"En tjenestebasert brukerbetalingsmodell"* i kap. 12 ansett disse alternativene som mindre aktuelle. Modellen er heller ikke helt ut gjennomgående i den forstand at brukerbetalingordningene for pleie og omsorg og

helsetjenester er ulike i og utenfor institusjon. Den tjenestebaserte modellen vil m.a.o., som dagens ordning, også medføre et formelt skille avhengig av om brukeren mottar hjemmetjenester eller institusjonstjenester. Slik den tjenestebaserte modellen her er presentert, vil prisen på bofunksjonen kunne variere med standard, og prisen på mat og andre daglige utgifter variere etter forbruk. Dette innebærer at betalingsnivået kan variere både innad i kommunen og mellom kommuner. Forskjellig betalingsnivå for pleie og omsorg og ulike regler for bostøtte i og utenfor institusjon, vil også bidra til å opprettholde forskjellene mellom boformene.

Ved valg av *brukerbetalingsordninger* ser disse medlemmer det som viktig å skille mellom betalings*system* og betalings*nivå*. Dersom målet er å oppnå større likhet i brukerbetalingen i og utenfor institusjon, kan dette også løses innenfor dagens ordning. Betalingen for tjenestetilbudet utenfor institusjon kan økes eller betalingen i institusjon reduseres. Nåværende system gir slik sett full fordelingspolitisk handlefrihet, ved at kommunen innenfor maksimalsatsene kan bestemme nivået på brukerbetalingen for ulike inntektsnivåer. I den tjenestebaserte modellen har en i mindre grad dette virkemidlet, siden denne brukerbetalingsordningen bare delvis er inntektsgradert.

System tilpasset brukerne

Gjennom større likhet mellom brukerbetaling i institusjon og egen bolig har det bl.a. vært antatt at dette kan bidra til en selvstendiggjøring av institusjonsbeboere. Undersøkelser tyder på at mellom 60 og 70 prosent av beboerne i sykehjem har en alvorlig kognitiv svikt, og der en stor del av disse også har mer eller mindre omfattende somatiske sykdommer. Disse vil ha vanskeligheter med å forholde seg til et system som i stor grad legger opp til egne valg. For å ivareta rettssikkerhetsmessige hensyn for denne gruppen må det derfor eventuelt oppnevnes verger for å få systemet til å fungere tilfredsstillende.

Valgfrihet som i utgangspunktet er tenkt oppnådd gjennom en tjenestebasert brukerbetaling i institusjon, vil reduseres også som følge av den sjablonmessige utformingen av betalingsordningen (for elementene helse og pleie og omsorg).

Inntekts- og fordelingsvirkninger

I den tjenestebaserte modellen vil inntektene til kommunene i utgangspunktet bli lavere enn etter vederlagsforskriften i institusjon. Det følger av forutsetningen om at alle med «lav» inntekt skal komme likt ut i forhold til i dag, mens alle med høyere inntekt får en til dels betydelig betalingslette. Det vil være færre muligheter til å justere sistnevnte forhold vesentlig, når de eneste inntektsavhengige elementene er bofunksjonen og pleie og omsorg.

Når ingen skal komme dårligere ut enn i dag, vil skjermingsordningene fortsatt måtte omfatte det store flertallet av dagens beboere. Etter utvalgets beregninger har om lag 70 pst. av institusjonsbeboerne så lav inntekt at de må skjermes etter vederlagsforskriftens prinsipper. Et stort flertall vil altså måtte få unntak fra en ordning som var ment å gjelde alle brukere. For disse vil med andre ord vederlagsforskriften for institusjonene gjelde i praksis. Selv om det gradvis vil bli færre som omfattes av vederlagsforskriftens utregningsmåte, vil den i framtida ikke kunne avskaffes helt. Dette innebærer etter disse medlemmers syn at en vil måtte ha flere skjermingsordninger som skal fungere samtidig.

Disse medlemmer mener at en viktig premiss for utvalgets arbeid er sentrale trekk ved utviklingen i befolkningsstrukturen i Norge fram mot 2030, der det forventes en sterk vekst i eldrebefolkningen og dermed i kostnadene i pleie- og

omsorgstjenesten. Selv om det samlede bidraget fra brukerbetaling ikke vil utgjøre en stor del av denne utgiftsøkningen, vil bidraget likefullt være verdifullt. Disse medlemmer viser til *"Økonomiske virkninger av de ulike modellene"* i kap. 14 hvor det er anslått virkninger på inntektene for kommunene av forslaget om gratis pleie og omsorg for brukere med inntekt under 3 G, og vil ikke slutte seg til dette.

Disse medlemmer ser det som problematisk at modellen vil innebære en sosial profil, som bryter med de fordelingshensyn som et bredt politisk flertall legger til grunn. I en tenkt situasjon hvor en går til rask innføring av endringer som innebærer en kraftig betalingslette for «velstående», vil det samtidig bli vanskelig å argumentere for at de med lavere betalingsevne ikke også skal få redusert brukerbetaling.

Statlige og kommunale utgifter

I den tjenestebaserte modellen er det lagt til grunn at bostøtteordningen må utvides til å gjelde beboere med lave inntekter i institusjon. Med bakgrunn i at omlag 70 pst. av institusjonsbeboerne har så lave inntekter at de må skjermes etter vederlagsforskriften, har utvalget i *"En tjenestebasert brukerbetalingsmodell"* i kap. 12 og *"Økonomiske virkninger av de ulike modellene"* i 14 sett på følgende tiltak for å redusere behovet for totalskjerming; gratis pleie og omsorg for institusjonsbeboere med inntekt under 3 G, en økning i den øvre grense for boutgifter og en økning i dekningsprosenten opp mot 100 pst.

Dagens institusjoner tilfredsstiller ikke standard og størrelseskrav i gjeldende bostøtteordning. Det forutsettes derfor at det må innføres en egen bostøtteordning. I dag er det bare en liten andel av de om lag 43 000 plassene som oppfyller standardkravene for oppstartingstilskudd til nye sykehjemsplasser fra Husbanken. Hvis alle eksisterende institusjoner og boformer hjemlet i kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven skal ombygges til dagens standard og størrelseskrav til nye sykehjemsplasser, vil dette innebære en betydelig investeringskostnad. Et meget grovt anslag på investeringskostnaden om alle eksisterende institusjonsplasser skal oppgraderes til denne standarden vil være 10 000 – 20 000 mill. kroner. Hvis andre og mindre standard og størrelseskrav enn de som stilles til nye sykehjemsplasser skal legges til grunn, vil investeringskostnaden kunne bli noe mindre.

Disse medlemmer vil presisere at en sterk økning av bostøtten vil være en nødvendig, men ikke tilstrekkelig betingelse for å tilrå den tjenestebaserte modellen. Bostøtteordningen vil ikke være tilstrekkelig for å sikre at ingen av brukerne kommer dårligere ut enn etter forskrift om vederlag for opphold i institusjon mv. Det vil dermed fortsatt være behov for en totalskjermingsordning i sykehjem og aldershjem. En utvidelse av bostøtteordningen for å redusere behovet for totalskjerming i institusjon vil innebære at en overfører en stor del av ansvaret fra kommunene til staten, jf. *"Utvalgets vurderinger og forslag"* i kap. 15.

Forslaget om å kompensere utgiftsøkningen for staten ved å fjerne øremerkede tilskudd som tilskudd til ombygging av flersengsrom og tilskudd til bygging av nye institusjonsplasser og omsorgsboliger, er etter disse utvalgsmedlemmers mening ingen god løsning. Dette er målstyrte statlige stimuleringstilskudd rettet direkte mot kommunene, som kan bidra til en bevisst styring av utbyggingen. Bostøtteordningene er ordninger knyttet til den enkelte bruker. Etter disse medlemmers syn, er det kombinasjonen av disse virkemidlene som kan gi en ønsket utvikling med hensyn til standard og omfang av boligdelen i pleie- og omsorgstjenesten.

Juridiske forhold

Som beskrevet i *"En tjenestebasert brukerbetalingsmodell"* i kap. 12 gjelder ikke husleielovens bestemmelser i institusjonslignende tilbud hvor behandlings- og pleiebehovet – og ikke boligleieforholdet – er det primære formål med tilbudet. Husleielovens bestemmelser gjelder imidlertid for kommunale utleieboliger spesielt tilrettelagt for eldre og funksjonshemmede. Disse utvalgsmedlemmer legger til grunn at en tjenestebasert modell med separat betaling for bofunksjon og hvor institusjonens tilbud i større grad vil være en alternativ boform for eldre og funksjonshemmede, forutsetter en nærmere avklaring av hvorvidt husleielovens bestemmelser også bør gjelde i slike institusjonslignende tilbud. Det vil ellers kunne bli vanskelig å oppstille allmenngyldige definisjoner for hvor husleieloven skal gjelde.

Forslaget i den tjenestebaserte modellen om å innføre en egen bostøtteordning for institusjonene anses ikke tilstrekkelig utredet. Det er bl.a. ikke spesifisert hvilken standard institusjonsrommene må tilfredsstille for at det skal kunne ytes bostøtte og det er heller ikke klart avgrenset hvilke institusjonstilbud som skal omfattes.

Disse utvalgsmedlemmene påpeker at personer med alvorlig kognitiv svikt ikke vil kunne oppfylle de alminnelige krav til å gi samtykke. Den tjenestebaserte modellen forutsetter derfor at systemet med verger og hjelpeverger må trekkes sterkere inn for å ivareta rettssikkerheten for denne gruppen. Før en eventuell innføring av en tjenestebasert brukerbetalingsmodell må det derfor avklares om det er ønskelig og praktisk gjennomførbart å trekke vergesystemet så sterkt inn i forhold til slike nødvendige beslutninger.

Administrative forhold

Den tjenestebaserte modellen vil på mange måter være mere komplisert enn vederlagsforskriften for institusjonene ved at betalingen deles inn i fire kostnadselementer. Kommunene må dermed beregne og fastsette brukerbetalingen i forhold til alle disse elementene separat, i tillegg til at den enkeltes betaling skal vurderes i forhold til totalskjermingsreglene.

Skjermingsordningen som skal sikre at ingen kommer dårligere ut enn etter vederlagsforskriften for institusjonene, innebærer at kommunen og brukerne må forholde seg til to beregninger samtidig.

Forslag til forsøksvirksomhet

Disse utvalgsmedlemmer har på bakgrunn av det utredningsarbeidet som utvalget har gjennomført, kommet til at en tjenestebasert brukerbetalingsmodell, reiser flere prinsipielle og praktiske problemer. Problemene er av en slik art at disse medlemmene ikke finner å kunne ta stilling til om en slik modell er hensiktmessig før viktige sider har vært utprøvd i kommunen og tilfredsstillende evaluert.

Disse medlemmer har ikke funnet det hensiktsmessig å utarbeide et konkret opplegg eller detaljerte retningslinjer for utprøving. Dette bør avklares nærmere når det etter høringsrunden er avklart om det er aktuelt å arbeide videre med utprøving av den tjenestebaserte modellen. En har likevel presisert at en eventuell utprøving bør være statlig ledet, men slik at staten samarbeider med interesserte kommuner om et opplegg for utprøving. Det legges videre til grunn at de ulike problemstillinger som ønskes analysert, må være godt spesifisert i forbindelse med utprøvingen, og det må utarbeides et evalueringsopplegg.

Disse utvalgsmedlemmer peker på følgende problemstillinger som det kan være spesielt aktuelt og viktig å få prøvd ut nærmere:

- Virkninger av separat betaling for bofunksjonen i institusjonslignende tilbud
- Virkninger av å innføre individuelle bostøtteordninger i institusjon
- Virkninger av å synliggjøre bokostnadene
- Muligheten for å registrere individuelt forbruk av helsetjenester i institusjon og hvordan dette kan påvirke driften og kostnadsutviklingen i institusjonene
- Administrative og økonomiske virkninger av inntektsavhengig brukerbetaling og skjerming for pleie- og omsorgstjenester
- Administrative og økonomiske virkninger av forbruksbasert, eventuelt stykkprisbasert, betaling for mat og andre daglige utgifter.

Formålet med utprøving av ulike sider av den tjenestebaserte modellen vil være å belyse hvordan endrede betalings- og finansieringsordninger vil fungere for brukerne, pårørende, ansatte, kommune og stat.

Den utprøving som foreslås, forutsettes å skje innenfor rammen av lov om forsøk i offentlig forvaltning. Dette innebærer bl.a. at den enkeltes rettigheter ikke skal begrenses eller plikter utvides i forsøksperioden. I praksis innebærer det at ingen skal betale mer enn etter gjeldende regelverk i forsøksperioden.

Forslag til videreføring og justering av dagens finansierings- og brukerbetalingsordning:

Alternativet til innføring av en tjenestebasert modell vil være å foreta justeringer i dagens modell og å videreføre denne.

Det er enighet om endel av forslagene til endringer i finansierings- og brukerbetalingssystemet for brukere utenfor institusjon. Disse medlemmer viser her til forslagene fra et samlet utvalg i *"Særmerknad fra utvalgets medlemmer Liv Arum og Arild Daleng"* i avsnitt 15.3. Når det gjelder forslag til endringer i dagens modell utenfor institusjon, har disse utvalgsmedlemmene lagt vekt på tiltak som reduserer variasjonen i nivået på brukerbetalingen for hjemmebaserte tjenester mellom kommuner, samt tiltak som skal bidra til å synliggjøre de reelle kostnadene ved kommunale utleieboliger.

I institusjon vil disse medlemmene spesielt foreslå endringer som kan bidra til å forenkle systemet, både i forhold til kommunen og for den enkelte bruker. Det foreslås på denne bakgrunn at:

- beboers alminnelige inntekt etter skatt legges som hovedregel til grunn for brukerbetalingsberegningen og totalskjerming i institusjon. Dersom brukeren kan dokumentere at dette inntektsbegrepet gir store avvik fra hva brukeren reelt disponerer, vil inntekten som legges til grunn kunne vurderes særskilt.
- fribeløpet oppheves, men beboer skal ikke komme dårligere ut enn etter gjeldende ordning. Dette innebærer at beboer skal betale maksimalt 65 pst. av inntekt inntil folketrygdens grunnbeløp og 85 pst. av overskytende inntekt (ev. med justerte satser).
- kommunene bør i sin helhet overta beregning av brukerbetalingen for opphold i institusjon, med unntak av de tilfellene der trygdekontorets assistanse fortsatt er nødvendig. Det må tas hensyn til kommunenes administrative merutgifter.
- det innføres ny beregningsmåte for fradrag for hjemmeboende ektefelle mv. Det forutsettes at hjemmeboendes ektefelle mv. kommer like godt ut som i dag. Fradraget beregnes på bakgrunn av begge ektefellers alminnelige inntekt. Fradraget er ment som et minstefradrag, og kommunen står fritt til å fastsette et større fradrag dersom forholdene tilsier dette.

KAPITTEL 3

Drøfting av sentrale mål, begreper og hensyn

3.1 HOVEDMÅL FOR PLEIE- OG OMSORGSTJENESTEN

I Velferdsmeldingen uttales følgende som hovedmål for pleie- og omsorgstjenesten:

> «alle skal sikres et tilfredsstillende og mest mulig likeverdig tilbud av pleie- og omsorgstjenester, uavhengig av bosted, inntekt og sosial status.»

Brukerne av pleie- og omsorgstjenestene har ofte svært forskjellige og til dels sammensatte behov. Utformingen av tjenestene må baseres på dette, slik at alle får et mest mulig tilfredsstillende og likeverdig tilbud, uavhengig av bosted, inntekt og sosial status.

Deltakelse og likestilling vektlegges også i meldingen:

> «Regjeringens mål for den framtidige tjenesteutbyggingen er at både eldre og funksjonshemmede skal få anledning til å leve et mest mulig fullverdig liv, med deltakelse og likestilling i samfunnet.»

Likeverdige muligheter, rettigheter og plikter er viktige prinsipper i velferdsstaten.

Alle skal ha mulighet til en mest mulig selvstendig livsform som gjør det mulig å bo og ha tilhørighet i sitt lokalmiljø. Deltakelse og likestilling i forhold til ulike miljø og samfunnspåvirkning skal gjelde også funksjonshemmede og eldre. Brukermedvirkning må være sentralt i utviklingen av tiltak og tjenester for eldre og funksjonshemmede. Dette innebærer bl.a. at disse gruppene må tas med på råd og ha innflytelse på utforming av tjenester og tiltak.

Videre legges det i meldingen vekt på:

> «..... et variert og fleksibelt tilbud som sikrer et kvalitativt godt tilbud til alle».

Kommunene skal også i framtida ha ansvar for at det er et forsvarlig og kvalitativt godt tilbud av pleie- og omsorgstjenester til eldre og funksjonshemmede. Målet må være å skape et variert og fleksibelt tilbud som kan ivareta hensynet til befolkningens endrede behov og krav, som sikrer gode tjenester for alle brukergrupper, og som særlig ivaretar hensynet til de svakeste gruppene. Av dette følger at ansvaret for organiseringen av tjenestene fortsatt bør være kommunal, og at kommunene må stå fritt til måten de velger å organisere sine tjenester ut fra lokale behov og ressurser. Dette må skje i samarbeid med brukerne og deres organisasjoner, slik at brukernes behov dekkes best mulig.

I forbindelse med Stortingets behandling av Velferdsmeldingen våren 1996 var det enighet om disse hovedmålene (Innst. S. nr. 180 (1995-96)). Disse generelle målsettingene vil ligge til grunn for pleie- og omsorgspolitikken i årene som kommer. Det innebærer at, finansierings- og brukerbetalingsordningene bør utformes slik at de bidrar til å sikre et fleksibelt og velfungerende tilbud av pleie- og omsorgstjenester. Finansierings- og brukerbetalingssystemene er ett av flere virkemidler for å realisere målene. Eksempler på andre forhold er personellets kompetanse, organiseringen av tjenestene, og ikke minst hvordan det legges til rette for å gi den enkelte innflytelse over egen situasjon og hverdag. Det er derfor en rekke forhold knyttet både til den enkelte bruker og til det offentlige apparatet som er avgjørende for å sikre en høy grad av måloppnåelse. Det er samspillet mellom disse ulike fak-

torene som i siste instans vil være avgjørende for hvorvidt hovedmålene nås innen pleie- og omsorgstjenesten.

3.2 OM EGET OG OFFENTLIG ANSVAR

Eget ansvar

Som enkeltmennesker har alle et ansvar for eget liv og helse og for å planlegge sitt liv med sikte på å være mest mulig selvhjulpen. Dette gjelder både ansvar for å fremme egen helse og tilrettelegge en hensiktsmessig bolig, som gjør at en så langt råd er kan opprettholde en selvstendig tilværelse selv når helsen svikter. Samtidig må det understrekes at ikke alle har det samme utgangspunktet helsemessig, økonomisk eller på annen måte til å være selvhjulpen, eller ta fullt ut personlig ansvar for bofunksjonen. Mange funksjonshemmede har ikke tilstrekkelig inntekt som gir mulighet til boligplanlegging uten boligstøtte. Et selvstendig liv med ansvar for egen situasjon forutsetter for mange funksjonshemmede at de også sikres bistand, f.eks. gjennom hjemmebaserte tjenester. Umyndiggjøring og pasivisering av den enkelte må unngås. Utformingen av ulike offentlige tiltak og ordninger må ta hensyn til dette, slik at flest mulig får mulighet til å ta ansvar for eget liv, får delta og ha en selvstendig tilværelse basert på de forutsetninger hver enkelt har.

Det personlige ansvaret uttrykkes i mandatet på følgende måte når det gjelder brukerbetalingens størrelse:

> «De bør bidra til at brukerbetalingen i framtida kan finansiere en større andel av de samlede utgiftene til omsorgssektoren, og avklare på hvilke områder slik brukerbetaling vil være mest aktuelt.»

Kravet om realisering av eget ansvar kan oppfylles på flere måter. F.eks. vil videreføring av dagens brukerbetalingsordninger innebære at brukerfinansieringsandelen totalt sett vil øke i årene som kommer. Dette følger av at det generelle inntektsnivået for kommende pensjonister vil være høyere enn for dagens pensjonister. Utvalget tolker imidlertid kravet om større brukerfinansieringsandeler som et mål for å øke brukerbetalingens andel av den samlede finansiering ut over den økning som følger av et høyere inntektsnivå for framtidige brukere.

Økt personlig ansvar for bokostnadene er i mandatet antatt å kunne innebære en samlet økning i brukerbetalingsandelen innen pleie- og omsorgssektoren. Økt personlig ansvar for boligfunksjonen er i denne sammenheng spesielt påpekt som et bidrag til å kunne frigjøre offentlige ressurser som kan anvendes til pleie- og omsorgstjenesten. I foredraget til mandatet er dette formulert på følgende måte:

> «Ordningene bør virke slik at de kan bidra til å vri den kommunale ressursbruk fra boutgifter til pleie- og omsorgstjenester. Dette forutsetter en klargjøring av det personlige ansvaret for å dekke bokostnader og at det offentlige praktiserer dette slik at den enkelte tar hensyn til det, bl.a. i beslutninger om sparing og overføring av formue til arvinger før en blir pleietrengende.»

I Innst. S. nr. 180 (1995-96) uttaler Stortingets sosialkomite at:

> «Bostandarden er sentral for eldres funksjonsevne. Komiteen mener derfor at hver enkelt, i den grad en har mulighet, også har et ansvar for å planlegge sin alderdom med tanke på framtidig behov for bostandard.»

Finansierings- og brukerbetalingsordninger som medfører økt personlig ansvar for bokostnader kan være en måte å øke brukerbetalingen innen pleie- og omsorgssektoren.

Offentlig omsorg – privat omsorg

Framtidige finansierings- og brukerbetalingssytemer bor ifølge foredraget til mandatet støtte opp under samspillet mellom offentlig og privat omsorg. Det heter:

> «De bør lette mulighetene for et samspill mellom offentlig og privat omsorg, spesielt muligheten for at ektefeller/samboerpar som ønsker det, kan bo sammen også i de tilfeller der den ene trenger intensiv pleie.»

Som vist i *"Privat omsorg"* i avsnitt 4.4 er den private omsorgen, og da særlig privat omsorg ytt i husholdet, av betydelig omfang. Hovedvekten av den private omsorgen er ektefelleomsorg. Både sett fra brukernes side, og ikke minst sett fra et samfunnsøkonomisk perspektiv, er det viktig å vedlikeholde og stimulere denne omsorgen. For mange brukere vil bistand, hjelp og støtte fra ektefellen/samboeren fortsatt være ønskelig selv om en har behov for offentlige tjenester i tillegg. Dette vil også bidra til å avlaste det offentlige. For å få til et godt samspill mellom det offentlige, private omsorgsytere og brukerne er det mange faktorer som er avgjørende, som f.eks. tilrettelagte boliger, avlastningsordninger, klarhet i hva hhv. det offentlige og den private omsorgsyteren skal bidra med, forutsigbarhet når det gjelder offentlige tjenester ved endrede behov, etc. Det viktigste grunnlaget for et godt samspill vil nok ligge i organiseringen av tjenestene, boligtilbudet og i kommunikasjonsprosessen mellom de ulike aktørene. Men også utformingen av finansierings- og brukerbetalingsordningene har betydning i et slikt samspill.

Det offentliges ansvar

Når evnen og muligheten til egenomsorg reduseres, trer det offentliges ansvar inn. I sosialtjenesteloven og kommunehelsetjenesteloven er det fastslått at kommunene har hovedansvaret for at det tilrettelegges et tjenestetilbud som sikrer et godt tilbud for alle. Dette betyr at selv om enkelte av pleie- og omsorgstjenestene utføres av private aktører, er det fortsatt det offentlige som har hovedansvaret for pleie- og omsorgstilbudet og at god kvalitet på tjenestene sikres. Personer som av sosiale, helsemessige, økonomiske eller andre årsaker ikke er selvhjulpne, må sikres tilfredsstillende tilbud.

Pleie- og omsorgstjenesten må styrkes i årene som kommer, både for å fange opp udekket behov i dag, og for å møte en økende og mer variert etterspørsel etter tjenester, bl.a. som følge av veksten i det totale antall eldre over 80 år.

Trygghet er et nøkkelord innenfor pleie- og omsorgstjenesten. Brukerne, men også pårørende, må ha trygghet og tillit til at de får nødvendige tjenester til rett tid av kompetent personale. Denne tryggheten må gjelde uavhengig av om tjenestene gis i institusjon, omsorgsbolig eller i egen bolig. Institusjoner har nok for mange framstått som en større garantist for at tjenester ytes, enn når tjenestene ytes i omsorgsboliger eller i eget hjem. Det er viktig at den samme tillit og trygghet for tjenester også er til stede for tjenester gitt utenfor institusjon. Dette kan være helt avgjørende for å kunne dekke det økende omsorgsbehovet.

Finansieringsordningene bør utformes slik at de legger grunnlag for en variert utbygging av tjenestetilbudet slik at brukernes valgmuligheter kan øke. Dette betyr utbygging av hjemmebaserte tjenester og varierte botilbud. I Velferdsmeldingen er det lagt følgende premisser for bruk av sykehjem:

> «Kommunene bør i framtida i større grad rette sykehjemstilbudet mot korttidsopphold, terminalpleie og midlertidig opphold etter sykehusbehandling.»

Dette forhindrer imidlertid ikke at det også i framtida vil kunne være behov for permanente sykehjemsplasser for sterkt pleietrengende.

3.3 SENTRALE BEGREPER

3.3.1 Pleie- og omsorgstjenester

Denne utredningen gir en beskrivelse av og vurderer ulike sider ved dagens finansierings- og brukerbetalingsordninger i pleie- og omsorgstjenesten, og fremmer forslag til endringer i disse. Pleie- og omsorgstjenester er i utredningen brukt om tjenester overfor ulike grupper av hjelpetrengende knyttet til stell, pleie, tilsyn og praktisk hjelp til renhold og andre daglige gjøremål.

Mottakergruppene er sammensatte, men kan avgrenses til personer som ikke er selvhjulpne på grunn av sykdom, funksjonshemming eller høy alder. Fokus i denne innstillingen legges på personer som mottar eller trenger pleie- og omsorgstjenester grunnet funksjonssvikt i høy alder, eller medfødte eller påførte funksjonshemninger.

Omsorgstjenester kan utføres under meget forskjellige organisatoriske forhold. Det kan skje gjennom en offentlig organisert virksomhet, gjennom frivillige organisasjoner, av private personer innen og mellom husholdninger, og som tjenester tilbudt i et marked. Utvalget har i denne innstillingen viet størst oppmerksomhet til offentlig organisert virksomhet, og da i første rekke de pleie- og omsorgstjenester som kommunene har ansvaret for. For øvrig vies privat omsorg også oppmerksomhet, men da først og fremst i et samspill mellom privat omsorg ytt innen husholdet og den offentlige omsorgen.

Tjenester ytt ved sykehjem og aldershjem, hjemmehjelp og hjemmesykepleie er de viktigste tjenestene som kommunene tilbyr innenfor pleie og omsorg. Det er disse tjenestene som krever storparten av kommunenes ressurser, og det er disse tjenestene som de fleste oppfatter som de grunnleggende pleie- og omsorgstjenestene. I tillegg har vi en rekke ordninger som det også vil være naturlig å se i sammenheng med pleie- og omsorgstjenestene, f.eks. allmennlegevirksomhet, fysioterapi, ergoterapi, medisiner, hjelpemidler, kontantstøtteordninger, boligtiltak, etc. Utvalget vil vurdere problemstillinger knyttet til disse tjenestene i den grad de er relevante for finansierings- og brukerbetalingsordningene for pleie- og omsorgstjenestene.

En entydig og klar avgrensning av hvilke tjenester som faller inn under begrepet pleie- og omsorgstjenester lar seg vanskelig gjøre, og er kanskje heller ikke hensiktsmessig. Organisatoriske endringer og utvikling av nye tjenesteformer kan med en for stram tilnærming og presisering av begrepet falle utenfor definisjonen. En entydig avgrensning av pleie- og omsorgstjenester i forhold til både sosialtjenester og helsetjenester er også praktisk vanskelig. I enkelte sammenhenger vil helsetjenester, som f.eks. legetjenester, oppfattes som en del av pleie- og omsorgstjenestene (f.eks. legetjeneste i tilknytning til alders- og sykehjem), mens det i andre sammenhenger vil være naturlig å klassifisere legetjenester forskjellig fra hva man tradisjonelt oppfatter som pleie- og omsorgstjenester.

Utvalget legger til grunn et *brukerperspektiv* hvor brukerne har ulike og sammensatte behov, og bør medvirke i utformingen av eget hjelpetilbud. For å dekke ulike behov er det viktig at kommunene har bygd ut en sammenhengende kjede av tjenester. Tjenestene må sett fra brukernes side framstå som koordinerte. Tiltakene vil variere avhengig av brukernes behov, og vil kunne være helsetjenester, sosialtjenester eller tjenester som tradisjonelt oppfattes som pleie- og omsorgstjenester, som f.eks. hjemmehjelp og aldershjem.

Selv om utvalget legger en bred tilnærming til grunn for forståelsen av pleie- og omsorgstjenester er hovedvekten lagt på tjenester som framgår av eksisterende lovgivning. Lov om helsetjenesten i kommunene og Lov om sosiale tjenester m.m. er det sentrale lovgrunnlaget.

Etter § 1-3 i lov om helsetjenesten i kommunene skal kommunene ha bl.a. følgende deltjenester:

– allmennlegetjeneste, herunder også legevaktordning
– fysioterapitjeneste
– sykepleie, herunder helsesøstertjeneste og hjemmesykepleie
– sykehjem eller boform for heldøgns omsorg og pleie

I lov om sosiale tjenester § 4-2 er det gitt en opplisting av hva de sosiale tjenester skal omfatte:

– praktisk bistand og opplæring til dem som har et særlig hjelpebehov pga. sykdom, funksjonshemming, alder eller andre årsaker
– avlastningstiltak for personer og familier som har et særlig tyngende omsorgsarbeid
– støttekontakt for personer og familier som har behov for dette pga. funksjonshemming, alder eller sosiale problemer
– plass i institusjon eller bolig med heldøgns omsorgstjenester til dem som har behov for det pga. funksjonshemming, alder eller av andre årsaker
– lønn til personer som har et særlig tyngende omsorgsarbeid

De fleste kommuner vil imidlertid også ha andre tjenester og serviceordninger enn tjenester som er nevnt i disse to lovene, og som naturlig bør oppfattes som en del av pleie- og omsorgstjenestene.

Et viktig skille går mellom institusjonsbaserte tjenester og hjemmebaserte tjenester. Dette skillet er viet betydelig oppmerksomhet i mandatet og dermed også i denne utredningen. Dette skyldes først og fremst at dagens brukerbetalings- og finansieringsordninger varierer etter om tjenestene ytes i eller utenfor institusjon.

3.3.2 Boligtiltak

Det samlede tilbud en bruker kan motta fra det offentlige, er ofte mer omfattende enn hva en vanligvis oppfatter som rene pleie- og omsorgstjenester. I utvalgets mandat legges det særlig vekt på boligfunksjoner og boligfinansiering. I institusjonene er bofunksjonen en viktig del av det samlede tilbudet.

Utvalget har i sitt arbeid lagt til grunn at bofunksjonen og tiltak rettet mot denne bør holdes atskilt fra pleie- og omsorgsbegrepet, og mener at det bør arbeides for et klarere skille mellom pleie- og omsorgstjenestene på den ene siden, og boligtiltak på den andre siden.

3.3.3 Kostnadselementene

Offentlig pleie og omsorg er et flertydig begrep. Brukt i vid forstand omfatter det alle tjenester eller tiltak som er nødvendig for at en pleie- og omsorgstrengende får dekket sine behov. I mandatet er utvalget bedt om å se på en dekomponering av pleie og omsorg i vid forstand i fire elementer eller komponenter. Det skilles i mandatet mellom boutgifter, dagliglivets utgifter, helseutgifter og de rene pleie- og omsorgsutgifter.

Boutgiftene gjelder utgifter til bolig, samt lys og oppvarming.

Dagliglivets utgifter gjelder utgifter til mat, toalettartikler, klær og skotøy samt andre mindre utgiftsposter som hører med i hverdagen.

Helseutgiftene gjelder utgifter til legehjelp, fysioterapi, medisiner, hjelpemidler mv. Helseutgiftene i forbindelse med pleie og omsorg omfatter ikke fylkeskommunale utgifter.

Pleie- og omsorgsutgiftene gjelder det kommunale tjenesteansvar ved ulike hjelpeordninger i hjemmene, og tilsvarende tjenester i kommunale pleie- og omsorgsinstitusjoner (alders- og/eller sykehjem). I det etterfølgende brukes altså pleie og omsorg i denne snevrere betydning.

3.3.4 Bruker

Bruker brukes som betegnelse for pleie- og omsorgstrengende. Behov for pleie- og omsorgstiltak oppstår på grunn av funksjonshemminger av forskjellige slag. I innstillingen legges det opp til å følge vanlig språkbruk på dette punkt, slik at betegnelsen bruker/brukerne omfatter både eldre og funksjonshemmede.

3.3.5 Eldre

Det finnes ikke noen skarp avgrensning av gruppen *eldre*. Behovene for pleie- og omsorgstjenester øker normalt når alderen kommer over 80 år, men med store muligheter for individuell variasjon. Dette betyr at i noen sammenhenger i utredningen vil gruppen eldre bestå av personer over 67 år, og i andre sammenhenger av personer over f.eks. 80 år.

3.3.6 Funksjonshemmede

Begrepet *funksjonshemmede* er ofte et mindre entydig begrep. I Regjeringens handlingsplan for funksjonshemmede for 1994-97 (og 1990-93) blir følgende definisjon benyttet:

> «Funksjonshemming er et misforhold mellom individets forutsetninger og miljøets krav til funksjon på områder som er vesentlig for etablering av selvstendighet og selvstendig tilværelse.»

Handlingsplanen avgrenser videre funksjonshemmede til fem hovedgrupper funksjonshemmede. Disse gruppene er bevegelseshemmede, hørselshemmede, synshemmede, psykisk utviklingshemmede, skjulte funksjonshemminger (f.eks. diabetes, psykiske problemer, hjerteproblemer, dysleksi, allergi). Det er således foretatt en avgrensning i forhold til sosialt funksjonshemmede som f.eks. rusmiddelmisbrukere.

Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon definerer i sine vedtekter funksjonshemming som:

> «en konflikt mellom individets forutsetninger og miljøets og samfunnets krav til funksjon på områder som er vesentlige for etablering og opprettholdelse av menneskers selvstendighet og sosiale tilværelse».

I sitt Langtidsprogram for 1996-99 heter det videre:

> «I FFOs forståelse av funksjonshemming ligger det et krav til varighet. Det er en tilstand man må leve med, ikke noe som kan helbredes eller kureres.»

Denne definisjonen er i stor grad sammenfallende med definisjonen av funksjonshemmede i Regjeringens handlingsplan.

Levekårsutvalget (NOU 1993:17) definerer funksjonshemmede som:

> «personer i alderen 16-66 år som mottar uførepensjon og/eller grunn- og hjelpestønad, eller som ikke klarer grunnleggende daglige gjøremål som innkjøp eller vask og rengjøring av bolig».

Utvalget er av den oppfatning at gruppen funksjonshemmede er sammensatt både når det gjelder behov for pleie- og omsorgstjenester, hvilke stønader de mottar og alder. Det er derfor ikke hensiktsmessig å foreta en konkret avgrensning av gruppen i forhold til diagnose, inntektsforhold, stønadsmottak, pensjonsordning eller alder slik det er gjort i Levekårsundersøkelsen. Det vil f.eks. ikke være slik at alle voksne funksjonshemmede er uføretrygdet. Mange er yrkesaktive selv om de har behov for tekniske hjelpemidler og praktisk hjelp i dagliglivet. Det er heller ikke slik at alle funksjonshemmede mottar grunn- og hjelpestønad. Årsakene kan være f.eks. at de ikke har utgifter som berettiger til grunnstønad, men likevel har behov for hjelpetiltak eller tilrettelegging, eller manglende diagnose eller kunnskap om rettigheter.

Utvalget tar ikke stilling til hvilke definisjoner som skal benyttes eller hvilke grupper som generelt bør omfattes av begrepet funksjonshemmede. Utvalget vil imidlertid der det finnes nødvendig, f.eks. i forbindelse med vurderinger av om enkelte grupper funksjonshemmede bør skjermes, presisere nærmere hvem som omfattes av begrepet i de ulike sammenhenger der dette er aktuelt. Der det i utredningen henvises til empiriske undersøkelser, vil utvalget henvise til hvilke definisjoner som er benyttet.

3.3.7 I og utenfor institusjon

Et viktig skille går mellom institusjonsbaserte tjenester og hjemmebaserte tjenester. Dette skillet er viet betydelig oppmerksomhet i mandatet og dermed også i denne utredningen. Dette skyldes først og fremst at dagens brukerbetalings- og finansieringsordninger varierer etter om tjenestene ytes i eller utenfor institusjon.

Utvalget har tolket formuleringen «i og utenfor institusjon» dithen at tjenestetilbud «i institusjon» omfatter tjenestetilbud som ytes i:

- sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie i medhold av lov om helsetjenesten i kommunene § 1-3 første ledd nr. 5
- boliger med heldøgns omsorgstjenester som nevnt i lov om sosiale tjenester §§ 7-1, 7-5, jf. 4-2 og forskrift til lov om sosiale tjenester m.v. *"Framtidig behov for pleie- og omsorgstjenester"* i kapittel 7.

I henhold til forskrift til lov om sosiale tjenester § 7-2, omfatter «bolig med heldøgns omsorgstjenester», aldershjem, barneboliger og privat forpleining. Når utvalget i det videre omtaler boliger med heldøgns omsorgstjenester avgrenses det til aldershjem. Utvalget tolker mandatet dithen at institusjoner for rusmiddelmisbrukere, barneboliger og privat forpleining faller utenfor utvalgets mandat. Endringer i betalingsordningene for slike boformer må derfor eventuelt vurderes særskilt i etterkant av utvalgets arbeid.

Tjenestetilbud utenfor institusjon omfatter tjenestetilbud som ytes i:

- egne hjem
- andre former for tilpassede boliger for eldre og funksjonshemmede som serviceboliger, trygdeboliger, omsorgsboliger etc.

Begrepet omsorgsbolig er et relativt nytt begrep som benyttes i utredningen når det gjelder tjenestetilbud utenfor institusjon. Omsorgsbolig omtales i St.meld. nr. 35 (1994-95) som : «en mellomløsning mellom brukerens egen opprinnelige bolig og en institusjonsplass. Disse boligene skal brukes av eldre eller andre med pleie- og

omsorgsbehov. De eies eller disponeres av kommunene eller de kan organiseres som borettslag eller sameie med brukerne selv som eiere. I slike tilfeller har kommunen tildelingsrett.»

Skillet mellom boformene – i og utenfor institusjon – er at boformer som ovenfor omfattes av begrepet «i institusjon» er lovregulerte i motsetning til boformer som er å anse som «utenfor institusjon». Boformer, som anses som «utenfor institusjon», er ikke lovregulerte. Beboernes rettsstilling er således den samme som om vedkommende bor i eget hjem. I *"Status og utvikling i sykehjem mv."* i kapittel 8 gis en nærmere redegjørelse for betydningen av dette skillet.

Begrepet «omsorgsbolig» vil i denne utredningen omfatte selvstendige boenheter tilpasset eldre og funksjonshemmede. Boformen skal være tilrettelagt slik at det skal kunne ytes døgnkontinuerlig tjenester der etter behov. Omsorgsboliger er såkalte ikke lovregulerte boliger hvor beboerens behov for pleie og omsorg regulerer tjenestetilbudet og ikke selve boformen.

3.4 FINANSIERINGS- OG BRUKERBETALINGSORDNINGER

Generelt

Finansieringen av pleie- og omsorgstjenesten kan skje via følgende finansieringskilder:

- Kommunale midler fra egen beskatning
- Statlige rammeoverføringer
- Øremerkede statlige stimuleringstilskudd
- Statlige rettighetsordninger, herunder folketrygden
- Brukerbetaling

Innen pleie- og omsorgstjenesten vil det i praksis ikke være et spørsmål om valg av en finansieringskilde, men en kombinasjon av flere ulike elementer. I utvalgets arbeid vil finansieringsansvaret for bruker og tilbyder av ulike tjenester stå sentralt.

I mandatet er utvalget spesielt bedt om å utrede spørsmålet om hvilket forvaltningsnivå som skal dekke utgifter til helsetjenester. Helsetjenestene drøftes særlig i forhold til dagens uensartete finansiering knyttet til om brukeren mottar tjenestene i eller utenfor institusjon. Boligfinansiering og utforming av bostøtteordningene står også sentralt i mandatet.

I mandat og foredrag brukes finansieringsordninger og betalingsordninger om hverandre. Med *finansieringsordninger* forstår utvalget generelt bidrag fra ulike kilder for å finansiere de ulike tjenestene. *Brukerbetaling* er brukernes egne bidrag til finansieringen av tjenestene.

3.4.1 Formål med brukerbetaling

Generelt

Brukerbetaling for offentlige tjenester kan innføres av flere hensyn som ikke nødvendigvis utelukker hverandre. Hensikten kan være:

- å skaffe den offentlige sektor inntekter
- å oppnå bedre ressursutnyttelse i samfunnet
- å påvirke inntektsfordelingen ut fra rettferdighetsbetraktninger

Ofte er finansieringshensynet tungtveiende, det vil si å skaffe offentlig sektor inntekter til velferdsinnsats. Finansieringshensynet vil også ofte være kombinert med rettferdighetsbetraktninger. Det anses i en rekke tilfeller som rettferdig at en

bruker, som ønsker en individualisert tjeneste fra offentlig sektor, selv skal betale noe av de merkostnader produksjonen av denne tjenesten påfører det offentlige.

For individualiserte offentlige tjenester der brukeren selv kan gi uttrykk for krav eller ønske om tjeneste, både omfang og kvalitet, vil en brukerbetalingsordning – uansett om begrunnelsen ligger i behovet for inntekter eller rettferdighetsbetraktninger – også kunne medføre en mer effektiv ressursbruk i samfunnet. Hovedårsaken til det er at det kan oppstå et «overforbruk» av individrettede tjenester som er gratis for brukeren. Slike tjenester vil dermed kreve rasjoneringsordninger eller administrative tildelingsordninger.

Administrativ tildeling av offentlig tjeneste

Ved offentlig produksjon av en individrettet tjeneste vil det, når produksjonen ikke er stor nok til å dekke alle potensielle brukernes ønsker, oppstå knapphet. Knapphet betyr at bare en del av de potensielle brukere kan få dekket sine behov. Det er da behov for et tildelingssystem eller en rasjoneringsordning som bestemmer hvilke av brukerne som skal få dekket sine behov.

I slike tilfeller er det vanlig å gjennomføre administrativ tildeling eller administrativ rasjonering av tjenesten. En administrativ tildeling av en tjeneste betyr vanligvis at kompetente fagfolk bestemmer arten og omfanget av de tjenester en bruker skal motta. Selv om slike tildelinger gjøres på et faglig grunnlag, vil det dreie seg om subjektive vurderinger av de ulike brukeres behov. For noen tjenester kan brukernes behov ha sammenheng med spesielle dokumenterbare kjennetegn, eksempelvis alder, sivilstand, kjønn, inntekt, diagnose for bestemte lidelser osv. I slike tilfeller kan man på subjektiv basis velge et eller flere av slike kjennetegn som kriterium for tildeling. Tildelingskriteriet vil da framstå som «et objektivt kriterium».

For tjenester der det ikke foreligger entydige kjennetegn eller kriterier, eller hvor mengden av forskjellige kriterier er stor og mangfoldig, vil de kompetente fagfolk måtte basere tildeling av tjenester på mer skjønnsmessige vurderinger. Ved slike tildelinger vil det alltid være en fare for forskjellsbehandling og at uvedkommende hensyn spiller inn.

Hovedalternativet til administrativ tildeling er tildeling ved prisrasjonering, som behandles nærmere i det etterfølgende. Det er imidlertid også andre tildelingsmetoder. En ikke helt uvanlig metode er tildeling etter registreringstidspunkt, dvs. at «de som kommer først til mølla får først malt», – jf. venting på legekontor og lignende. Tildeling ved loddtrekning forekommer i helt spesielle tilfeller og er rettferdig når alle potensielle brukere har samme sannsynlighet for å bli trukket ut. Loddtrekning har f.eks. vært brukt ved tildeling av båtplass i kommunal småbåthavn.

Prisrasjonering av offentlige tjenester

Hovedalternativet til en administrativ tildeling av offentlige tjenester er prisrasjonering eller tildeling på basis av brukerens betalingsvillighet. De vestlige markedsøkonomier er basert på at fordelingen av privatproduserte varer og tjenester i samfunnet er basert på prisrasjonering. Prisrasjonering er ikke det samme som prismekanismen. Betegnelsen prismekanismen, som gjerne brukes som identisk med markedsmekanismen, gjelder et samspill mellom etterspørrere (forbrukere) og tilbydere (produsenter eller forhandlere), som i henhold til markedsteorien på kort sikt fastlegger en likevektspris som gir markedsklarering, dvs. en pris som er slik at alle som ønsker å kjøpe til denne pris får kjøpt, samtidig som alle som ønsker å selge til denne pris får solgt. Videre vil den langsiktige effekt være at produsentene tilpasser

sin produksjon etter folks betalingsvillighet (etterspørsel) for å sikre avsetning av produksjonen og sikre/øke sine inntekter. Når markedsmekanismen fungerer slik at tilbyderne tilpasser produksjonen etter forbrukernes kjøp, sier man at man har konsumentstyrt produksjon.

Prisrasjonering betyr at tildelingen av varer og tjenester til den enkelte forbruker er avhengig av vedkommendes betalingsvillighet for den enkelte vare eller tjeneste. Fordelen ved prisrasjonering er at man i normaltilfellet derved sikrer seg at forbrukeren har en betalingsvillighet som er større eller lik samfunnets kostnader ved å produsere vedkommende gode. Under visse forutsetninger er dette et effektivt system for produksjon og fordeling av varer og tjenester. Systemet er effektivt i den forstand at det bidrar til en effektiv ressursutnyttelse i samfunnet. Ved tildeling etter betalingsvillighet er tilgangen på goder for den enkelte forbruker avhengig av vedkommendes kjøpekraft eller inntekt.

For mange typer av offentlig produksjon er det imidlertid allmenn enighet om at de offentlige goder skal være tilgjengelig i henhold til behov og uavhengig av den enkeltes inntektsmessige situasjon. Det syn gjør seg i utpreget grad gjeldende for helse- og sosialtjenester, herunder ikke minst pleie- og omsorgstjenester. Ovennevnte likhetsprinsipp må avveies mot andre rettferdighetsbetraktninger og ønsker om finansiering av offentlig virksomhet, samt hensynet til en effektiv ressursbruk.

I en del sammenhenger har man gebyrer som kan være kostnadsdekkende. Et eksempel er de statlige forskrifter for kommunale avgifter for vann, avløp og renovasjon. Disse gebyrer vil være relatert til bolig/eiendom og det antas at behovene for særskilte skjermingsordninger ikke er til stede. Hovedbegrunnelsen for slike betalingsordninger er dels rettferdighetsbetraktninger og dels den offentlige sektors inntektsbehov.

Ikke alle gebyrer tar sikte på å være kostnadsdekkende. Et eksempel er gebyr for kommunal barnehageplass, som vil kunne ha en dekningsgrad på fra 30 – 40 pst. av selvkost, mens de resterende kostnader dekkes ved statstilskudd og kommunalt bidrag. De statlige forskrifter for barnehagegebyrer åpner for at den enkelte kommune kan ha inntektsgraderte satser. Utgangspunktet for dette betalingssystem er trolig både hensynet til den offentlige sektors inntektsbehov, rettferdighetsbetraktninger og effektivitetsbetraktninger.

Avsilingsgebyr

Et tredje eksempel er såkalte *«avsilingsgebyr»*. Det er gebyr som ikke er ment å være kostnadsdekkende, og som derfor gir en lavere grad av kostnadsdekning. Hensikten med avsilingsgebyr er å skille ut potensielle brukere av en tjeneste som har en så lav betalingsvillighet for en tjeneste at de ikke er villig til å betale et lavt gebyr. Hovedhensikten med avsilingsgebyr er å oppnå en bedre ressursutnyttelse.

Gebyret for besøk av legevakt i hjemmet er for tiden kr 145. Sett i forhold til kostnadene ved legebesøk i hjemmet nattetid (overtidsbetaling for lege med sosiale utgifter, samt transportkostnader), er dette et relativt lavt gebyr og må sies å representere et typisk avsilingsgebyr. Hvis gjennomsnittskostnaden for et legevaktbesøk i hjemmet er kr 600 blir dekningsgrad for brukerbetalingen ca. 25 pst. Hensikten med et slikt gebyr er bl.a. å få de som ikke er villig til å betale et slikt gebyr til å vente med legebesøk til ordinær arbeidstid neste dag.

Vanligvis vil man forvente at etterspørselen også for en offentlig individualisert tjeneste synker med økende pris. Dette er en forutsetning for at brukerbetaling (gebyr) skal ha en avsilingseffekt. Avsilingseffekter kan gjøre seg gjeldende for alle brukerbetalingsordninger, ikke bare for avsilingsgebyrer. Når det foreligger en avsilingseffekt, vil de som har så lav nytte av en tjeneste at de ikke vil betale geby-

ret, falle bort som brukere. Ut fra økonomisk terminologi sier man da at det foreligger en samfunnsmessig effektivitetsgevinst i betydningen bedre ressursutnyttelse.

Fiskalgebyr

I visse tilfeller vil etterspørselen (betalingsvillighet) være upåvirket av pris. Det er situasjonen når brukeren tilsynelatende «må ha tjenesten uansett pris». I slike tilfeller kan man tale om et *fiskalgebyr*, dvs. et gebyr som bare fungerer som en skatt som overfører inntekt fra bruker til det offentlige. Bruken av fiskalgebyr er således et utpreget politisk spørsmål om fordelingspolitikk, som ikke i seg selv gir økt samfunnsmessig effektivitet i betydningen bedre ressursutnyttelse.

3.4.2 Brukerbetaling i pleie- og omsorgstjenesten

Brukerbetaling for pleie- og omsorgstjenester dekker en relativt liten andel av kostnadene, og tjenestene er vanligvis rasjonerte. Inntektsgraderte betalingssatser og skjermingsordninger for storforbrukere er vanlig. Dette er dels et resultat av nasjonale retningslinjer for utformingen av betalingsordninger og dels et resultat av lokale fordelingspolitiske vurderinger. Formålet med graderte betalingssatser er å sikre at tjenestetilbudet først og fremst fordeles etter behov og i liten grad etter betalingsvillighet og -evne.

Den offentlige pleie- og omsorgspolitikk for eldre og funksjonshemmede skal ut fra de politiske vurderinger, som er allment akseptert i vårt samfunn, ikke baseres på prisrasjonering, men på administrativ rasjonering basert på faglige vurderinger foretatt av kompetent omsorgspersonale (leger, sykepleiere mv.). Det er et slikt system man har og som man ønsker å opprettholde. Spørsmålet blir hvilken rolle brukerbetaling for pleie- og omsorgstjenester vil spille i en slik sammenheng.

Abonnementsordning – mengdeuavhengig gebyr

Den administrativt enkleste form for et avsilingsgebyr er en abonnementsordning for den enkelte pleie- og omsorgstjeneste. En abonnementsordning virker slik at brukerbetalingen ikke er avhengig av forbruk. Ulempen er at abonnementsordninger ikke legger noen demper på krav og ønsker fra de brukere som har betalt abonnementsavgiften. På den annen side blir innkreving av gebyret svært enkel og det vil ikke være behov for spesielle skjermingsordninger for brukere med et stort behov for tjenesten og/eller brukere med svært lave inntekter. Erfaringsmessig vil en rekke potensielle brukere, som har behov for et lavt volum på tjenesten, unnlate å melde seg som brukere. Abonnementsbetalingen regnet pr. tjenesteenhet kan bli for høy.

Regulært gebyr – mengdeavhengig gebyr

Ut fra en rent økonomisk betraktning kan det virke mer tillokkende å ha et betalingssystem som er slik at gebyrplikten for en tjeneste øker med omfanget av tjenesten. Det vil gi en løpende avsilingseffekt idet en bruker må vurdere om gevinsten ved enhver ny tjenesteenhet tilsvarer den pris som må betales. Et slikt mengdeavhengig avsilingsgebyr vil kreve skjermingsordninger for brukere med stort behov og/eller lave inntekter. Slike skjermingsordninger kan eventuelt baseres på inntektsavhengige satser. Det blir altså vesentlig mer komplisert å håndheve et mengdeavhengig avsilingsgebyr idet alt forbruk av tjenesten må registreres og følges opp med betalingskrav, innkreving og kontroll, samtidig som skjermingsordningen må ivaretas.

Oppsummering

Utvalget vil i sin utredning legge til grunn at kommunale pleie- og omsorgstjenester fortsatt i hovedsak skal skje gjennom administrativ tildeling. Dette betyr at brukerbetalingen primært blir å betrakte som finansieringskilde, og i mindre grad en pris som skal bidra til effektiv ressursbruk i pleie- og omsorgssektoren. Brukerbetalingen bør ikke kunne settes så høyt at brukere vil avstå fra å søke tjenester som de etter medisinske og sosiale kriterier ville fått tildelt.

Brukerbetaling for pleie- og omsorgstjenester[1] vil bare i begrenset grad bidra til å kunne dekke den forventede vekst i de framtidige pleie- og omsorgskostnader. Det skyldes primært at det ut fra likhetsprinsippet ikke vil være aktuelt å innføre kostnadsdekkende brukerbetalingsordninger. Selv betalingsordninger med lav grad av kostnadsdekning vil kreve skjermingsordninger for brukere med store behov og/eller lav inntekt, slik at finansieringspotensialet blir begrenset. Likevel vil bidraget fra brukerbetaling kunne være verdifullt for kommunene, spesielt på lengre sikt.

Erfaringer med brukerbetaling

Når det gjelder erfaringer med brukerbetaling for pleie- og omsorgstjenester viser utvalget spesielt til Theisen (1990) og Olsen og Solem (1993). Utvalget har også valgt å referere tilsvarende undersøkelser gjort på helsetjenester. Til en viss grad kan resultatene fra helsetjenestene også generaliseres til pleie- og omsorgstjenestene, men med viktige unntak. For hjemmehjelp er det grunn til å tro at brukeren har større vurderingsevne om egne behov enn for rene helsetjenester. Ved tildeling av hjemmesykepleie og sykehjemsplass vil helsepersonellet ofte være bedre egnet til å foreta en behovsvurdering enn brukeren selv. Egen behovsvurdering er en viktig forutsetning for at brukerbetalingen skal ha en styrende effekt på etterspørselen.

I Theisen (1990) påvises at prisen på hjemmehjelp særlig har innvirkning på småforbrukeres etterspørsel. Undersøkelsen viser til at andelen av småforbrukere er stor, og at en betydelig andel av disse ikke hadde særlige behov for hjemmehjelp etter helsefaglige vurderinger.

Olsen og Solem (1993) har vurdert etterspørselsvirkninger av brukerbetaling for hjemmetjenester ut fra intervjuer med tjenesteytere og ledere i en del kommuner. Deres konklusjon er at abonnementsordninger kan medføre at småforbrukere frasier seg hjelpen, på grunn av at den blir for dyr pr. tidsenhet. Konklusjonen er også at brukerbetaling fungerer etterspørselsregulerende i den forstand at den fremmer en kritisk vurdering av eget behov i brukergruppen. Primært er det her snakk om brukere med et begrenset brukerbehov.

Olsen og Solem konkluderer imidlertid med at dagens praktisering av brukerbetalingsordningene ikke gir betydelige etterspørselsvirkninger, verken ved at mange frasier seg hjelpen eller ved at mange etterspør mer enn de trenger når hjelpen er gratis. Disse konklusjonene bygger på intervju med personell og ikkebrukere.

Det er gjort betydelig mer forskning på brukerbetaling i helsetjenestene enn for pleie- og omsorgstjenestene. En hovedkonklusjon fra denne forskningen er at brukere med høy inntekt ikke reagerer så sterkt på prisendringer som brukere med lav inntekt. I en amerikansk undersøkelse styrkes inntrykket av at egenbetaling innebærer en sosial ulikhet; ved økt egenbetaling ble etterspørselen redusert med 7 prosent for gjennomsnittet i befolkningen, men med 18 prosent for de med lavest inntekt (Beck, 1974).

1. Kostnadene til pleie- og omsorgstjenester er bare ett av elementene som også omfatter bokostnader, dagliglivets utgifter/kostnader og medisinske kostnader.

Spørsmålet om hvem som reduserer sin etterspørsel og hvilken del av etterspørselen de reduserer, er viktig når det skal vurderes om etterspørselsvirkningene er akseptable eller ikke. Resultater fra den såkalte Rand-undersøkelsen er gjengitt i St.meld. nr. 50 (1993-94). Denne undersøkelsen er gjort i USA og gjelder helsetjenester. Den tyder på at etterspørselseffekten av brukerbetaling var noe større for lavinntektsfamilier enn for andre familier. Brukerbetalingen førte ikke til at pasientene spesielt reduserte de «unødige» legebesøkene. Dette blir forklart med at folk i liten grad er i stand til å vurdere det reelle behovet for å oppsøke lege og effekten av behandlingen de mottar. Når pasienten først kom til lege, viste undersøkelsen at brukerbetalingen hadde liten innvirkning på den behandling de mottok. Dette understreker at helse- og sosialtjenester i stor grad er tilbudsstyrt; det er tjenesteutøverne og det offentlige generelt som i stor grad bestemmer omfanget av tjenestene.

I en undersøkelse i Australia fant Richardson (1991) bl.a. følgende:

- Brukerbetaling på helsetjenester har en effekt på etterspørselen. I fravær av andre faktorer, vil brukerbetaling på 25-30 prosent redusere etterspørselen med 25-28 prosent.
- Tar man hensyn til at bruken av helsetjenester også bestemmes av tilbudssiden, blir effekten av brukerbetaling mye mindre.
- I 1989-90 betalte pasientene i Australia i gjennomsnitt 13,9 prosent av kostnadene for helsetjenester. Dersom kostnadsdekningen ble økt til 30 eller 50 prosent, ville dette sannsynligvis redusere tilbudet av helsetjenester med 5-10 prosent.
- Brukerbetaling har en urimelig virkning på bruken av tjenester for lavinntektsgrupper.
- De fant ingen støtte om at brukerbetaling medfører mere effektiv bruk av ressurser. Brukerbetaling reduserte både «nødvendige» og «unødvendige» tjenester med omtrent samme størrelse.
- Det er liten støtte for at lav brukerbetaling påvirker brukernes helsetilstand.

Undersøkelsen konkluderer med at betydningen av brukerbetaling er blitt overdrevet i Australia. Det konkluderes videre med at brukerbetaling ikke spiller noen rolle som virkemiddel til å løse de store utfordringene i helsesektoren.

I en undersøkelse av Evans et al. (1993) argumenteres det mot bruk av egenandeler ut fra fordelingshensyn. Undersøkelsen viser til at egenandeler rammer de «fattigste» og «sykeste» hardest og at den gevinst en kan oppnå i økt effektivitet står i misforhold til det en taper i uheldig fordeling.

I en undersøkelse av Kristiansen og Sørgaard (1994) testes to hypoteser:

1. Brukerbetaling øker effektiviteten ved selektivt å påvirke de med minst behov.
2. Brukerbetaling øker ulikheten fordi den har større etterspørselsvirkninger på lav-sosioøkonomiske grupper.

Undersøkelsen baserer seg på spørsmål om redusert etterspørsel etter helsetjenester som følge av brukerbetaling over en femårsperiode. 8 612 nordmenn deltok i undersøkelsen.

Redusert konsum av helsetjenester som følge av brukerbetaling var forbundet med dårlig helse kombinert med at pasientene mottok trygdeytelser. Ensomhet og ønske om kontakt var også forbundet med denne gruppen. For mer «ressurssterke» pasienter var forholdet mellom helsekonsum og brukerbetaling mindre når det gjaldt allmennlegebesøk og poliklinikker.

De fant ingen støtte i data for hypotesen om at økt brukerbetaling gir økt effektivitet. Derimot fant de at de med lavest helsestatus (som har høyest nytte av kon-

sum av helsetjenester) var de som ble mest påvirket av brukerbetaling. I undersøkelsen var det uklart om det relativt lave nivået på brukerbetaling på helsetjenester fører til ulikheter.

De undersøkelser som utvalget har referert, tyder på at det er lavinntektsgruppene som blir mest påvirket av brukerbetaling. Det er riktignok få undersøkelser og lite forskning å støtte seg til når det gjelder virkninger av brukerbetaling for pleie- og omsorgstjenester, men det er rimelig å anta at når det gjelder egenandelsvirkninger, vil det være store likhetstrekk med helse- og sosialtjenester i alminnelighet.

Skattefinansiering contra brukerbetaling

En generell skattefinansiering av pleie- og omsorgstjenester kan begrunnes ut fra fordelingshensyn. Skattefinansiering kan være fordelingsmessig gunstigere enn brukerbetaling ved at den enkeltes bidrag avgjøres av betalingsevne og ikke etter forbruk. Dette avhenger imidlertid av utformingen av systemene.

Det knytter seg kostnader til innkreving av egenandeler både i kommuneadministrasjonen og i trygdeetaten. Innkreving av brukerbetaling er en mer ressurskrevende prosess enn annen finansiering av pleie- og omsorgstjenester. Brukerbetaling innenfor pleie- og omsorgstjenestene var i 1993 i underkant av 2 mrd. kroner. Det utgjør rundt 9 prosent av de totale kostnadene til disse tjenestene. Alternativt kan drift av pleie- og omsorgssektoren, samt videre utbygging, finansieres fullt ut ved økte skatter. Økte skatter gir imidlertid et effektivitetstap i økonomien. Dette effektivitetstapet bør vurderes opp mot kostnadene, både på total ressursbruk, fordeling og administrasjon ved en ordning med brukerbetaling.

Et av hovedprinsippene bak skattereformen i 1992 var å lage et bredest mulig skattegrunnlag men med lavere skattesatser enn før. Hovedtrekkene i vårt skattesystem skal føres videre. Imidlertid bør det arbeides med å gjøre skattesystemet så effektivt som mulig. Et mer effektivt skattesystem vil bidra til bedre ressursbruk og økt verdiskaping. Dette gir grunnlag for økte skatteinntekter som kan brukes til å finansiere fellesforbruk med gode fordelingsvirkninger. I en åpen økonomi som den norske, med stor mobilitet av personer og bedrifter over landegrensene, vil det være vanskelig å ha et vesentlig høyere skattenivå enn i andre land uten at det oppstår samfunnsøkonomiske tap. En kan altså si at arbeidet med å gjøre skattesystemet effektivt er et av flere fordelingspolitiske virkemiddel, og at innføring av brukerbetaling også bør vurderes i en slik sammenheng. Dette er et prinsipp som det holdes fast ved og som ønskes videreutviklet. Ved at nye offentlige forpliktelser fullfinansieres via ordinær beskatning, reduseres antall inntektskilder (virkemidler) til velferdsinnsats. Det medfører kostnader å øke det generelle skattenivået, f.eks. i form av svekket konkurranseevne for norske bedrifter, redusert arbeidstilbud, økt svart arbeid mv.

I dag er det et press mot en rekke eksisterende skatte- og avgiftsformer, blant annet formuesskatten, fordelsbeskatningen av bolig, eiendomsskatt og enkelte særavgifter. En viktig oppgave framover er å finne alternative inntektskilder til det generelle skattesystemet. Å legge en fullfinansiering av pleie- og omsorgstjenestene til det generelle skattesystemet kan umiddelbart virke som en enkel løsning. Det kan imidlertid medføre at ressursene til utbygging av pleie- og omsorgstjenestene i kommunene blir mindre enn ellers.

Skatte- eller avgiftsfinansiering av pleie- og omsorgstjenester er nødvendigvis ikke fordelingsmessig mer gunstig enn en kombinasjon av dette og en moderat brukerbetaling. Eksempelvis kan en økning i momsen bety en større belastning på husholdninger med relativt lave inntekter, fordi den relative andel av inntekten som

brukes til momsbelagte varer kan være størst for husholdninger med lave inntekter. Dette kan isolert sett gi en dårligere fordelingsprofil enn f.eks. brukerbetaling, der en kan utforme systemet slik at de med de høyeste inntektene og det høyeste forbruket betaler mest, opp til en grense.

De eldres pensjonsinntekter vil øke i framtida. I tillegg er det rimelig å anta at også andre inntekter vil kunne øke. En slik positiv utvikling gjør at flere pensjonister i framtida vil være i stand til å betale mer for de pleie- og omsorgstjenester de mottar, enn de gjør i dag. Dette vil kunne bidra til et økonomisk mindre press på den offentlige sektor og i noen grad kunne lette utfordringene knyttet til den framtidige finansiering av pleie- og omsorgstjenestene. Brukerbetaling vil også kunne markere betydningen av det personlige ansvar for egen helse og livssituasjon, og kan dessuten gjøre det mer legitimt for brukerne å stille krav til tjenesteprodusentene.

3.5 KRAV TIL FRAMTIDIG FINANSIERINGS- OG BRUKERBETALINGSSYSTEM

3.5.1 Innledning

Utgangspunkt for utvalgets arbeid er dels svakheter ved dagens finansierings- og brukerbetalingssystemer innen pleie- og omsorgstjenesten, og dels finansieringsbehovet som vil følge av økningen i antall eldre, og særlig de eldste eldre. I dette avsnittet drøftes nærmere de krav som er stilt til et framtidig finansierings- og brukerbetalingssystem i foredraget til utvalgets mandat. Hensikten med dette er å komme fram til et mer prinsipielt grunnlag for drøfting av betalingssystemer innen pleie- og omsorgssektoren.

Utvalget oppfatter mandatet slik at det står overfor to hovedtyper av spørsmål: utforming av brukerbetalingssystemet, og hvilket omfang brukerbetalingen skal ha i den samlede finansiering av den enkelte tjeneste. Disse to spørsmålene henger naturligvis nøye sammen, men kan også for mange formål vurderes atskilt fra hverandre.

Et betalingssystem, dvs. et system for finansierings- og brukerbetalingsordninger, vil ikke bare være et spørsmål om inntektsoverføringer. Bruk av betalingssystemer påvirker bruken og etterspørselen etter tjenester og tilpasninger i kommunene og staten. Det er derfor viktig å finne fram til et betalingssystem som gir de ønskede insentiver, slik at man oppnår et samfunnsmessig sett helhetlig og godt pleie- og omsorgstilbud.

I det følgende presenteres ulike hensyn som bør ligge til grunn for framtidige finansierings- og brukerbetalingssystemer. Disse hensynene baseres på flere av de kravene som er stilt i mandatet. Tabell 3.1 gir en oversikt over hovedhensyn som kan stilles til finansierings- og brukerbetalingssystem.

Tabell 3.1: Hovedhensyn ved utforming av finansierings- og brukerbetalingssystem.

Nr	Hensyn	Innhold
1	Brukermedvirkning	Den offentlige pleie- og omsorgspolitikk må baseres på et brukerperspektiv hvor brukerne har innflytelse over egen livssituasjon og over utformingen av tjenestene.
2	Likhet	Det bør ikke være for store forskjeller i betalingsordninger og betalingsnivå mellom ulike boformer eller ulike kommuner.

Tabell 3.1: Hovedhensyn ved utforming av finansierings- og brukerbetalingssystem.

Nr	Hensyn	Innhold
3	Effektivitet	Betalingssystemer innen pleie- og omsorgssektoren skal medvirke til at de ulike aktører velger løsninger som stemmer overens med brukernes behov. Ordningene må samtidig bidra til å sikre at tjenestene produseres så billig som mulig.
4	Skjerming	Betalingssystemer skal ikke forhindre at personer med lav inntekt får dekket sine grunnleggende pleie- og omsorgsbehov.
5	Synliggjøring	De ulike kostnadselementene i pleie- og omsorgstjenestene må framstå klart, herunder hvilke tjenester betalingsordningene omfatter, og hva den enkelte bruker skal betaler.
6	Enkelhet	Betalingssystemene må være enkle å forstå og administrere, både når det gjelder beregning av den enkeltes betaling, samt innfordring og kontroll.
7	Fleksibilitet	Tjenestene skal utformes ut fra den enkelte brukers behov. Finansieringsordningene bør ikke legge bindinger på kommunenes organisering og prioritering av tjenester.

3.5.2 Brukermedvirkning

Brukerbetalingsordninger innen pleie- og omsorgstjenesten må utformes slik at brukerinnflytelse og selvbestemmelsesrett ivaretas. I mandatet og foredraget legges det vekt på at løsningene må basere seg på brukernes behov, og at brukernes innflytelse over egen livssituasjon må styrkes. I Velferdsmeldingen er dette et uttalt mål: «– å bedre den enkeltes rettssikkerhet gjennom forenkling og kvalitetssikring av velferdsordningene, og tilstrebe et bedre samordnet hjelpeapparat der samarbeid og brukerperspektiv blir framtredende.»

Brukerperspektivet bygger på en ideologi hvor hvert enkelt menneskes selvbestemmelsesrett skal respekteres. Dette bør danne basis for hvordan helse- og sosialtjenestene, herunder pleie- og omsorgstjenestene, skal utvikle seg. Å være bruker av en eller flere typer pleie- og omsorgstjenester er knyttet til den enkeltes kortvarige eller langvarige problemer som i ulik grad påvirker og setter grenser i forhold til ens muligheter for livsutfoldelse og livskvalitet. Tjenesteapparatets mål er å hjelpe den enkelte å bevare og å ha makt over egen tilværelse og legge til rette for selvbestemmelse. Dette forutsetter at tjenesteaktørene anlegger en helhetstenkning i forhold til de tiltak og tjenester som iverksettes for å løse den enkeltes problem.

Brukerne kjenner best sine egne problemer. Det er derfor brukeren og ev. nære pårørende som har størst kompetanse på problemene og på hvordan de oppleves. Å anlegge et brukerperspektiv innebærer at den som er ansvarlig for å yte tjenesten forholder seg til brukeren som et likeverdig menneske som har innsikt og ressurser. Tjenesteyteren besitter på sin side kunnskap og virkemidler som kan bidra til å løse brukerens problem. I diskusjonen om løsninger kan brukeren bidra med synspunkter på hvilken behandlings-, pleie- eller rehabiliteringsform som oppleves som mest relevant og senere gi tilbakemelding på hvordan igangsatte tiltak virker.

Utforming av tjenester og tiltak på brukernes premisser innebærer både at tjenestene gjøres mer tilgjengelige og at tjenesteyterne settes i bedre i stand til å hjelpe brukerne med å løse sine problemer. Dette setter krav både til dem som står i en behandler- og tjenesteyterrolle, og til dem som finansierer, organiserer og administrerer tjenestene på kommunalt, fylkeskommunalt og statlig nivå.

Brukermedvirkning baseres på prinsippet om at den som berøres av en beslutning, skal bli hørt og tatt på alvor i beslutningsprosessen. Brukermedvirkning henspeiler på en relasjon eller samhandling mellom minst to parter, kommunene

som tilbyr tjenester og iverksetter tiltak, og brukerne med deres pårørende og/eller organisasjoner. Det kan være hensiktsmessig å skille mellom to nivåer av brukermedvirkning i forhold til pleie- og omsorgstjenester.

– Individuell medvirkning skjer mellom den enkelte bruker og tjenesteapparatets aktører i forhold til utforming av eget tjenestetilbud.
– Representativ brukermedvirkning er medvirkningsprosesser som igangsettes mellom representanter for brukerne og offentlige myndigheter i spørsmål som f.eks. planlegging, organisering eller lokal prioritering av tjenestene. Brukerrepresentantenes medvirkning kan dreie seg om alt fra uttalerett, forhandlingsrett til beslutningsmyndighet.

Det synes rimelig å regne med at kravene om økt brukerinnflytelse vil komme i framtida. Økt selvbevissthet og kompetanse hos såvel pensjonister og funksjonshemmede vil innebære økende krav til selvbestemmelsesrett, også når det gjelder tilgang og bruk av grunnleggende pleie- og omsorgstjenester.

3.5.3 Likhet

> «Det bør i størst mulig grad være et likt system for hele landet.»

Kravet om at det i størst mulig grad bør være et likt finansierings- og brukerbetalingssystem for hele landet begrunnes ut fra hensynet til brukerne i pleie- og omsorgstjenesten. Det oppfattes av mange som urimelig og urettferdig at brukerbetalingen for samme tjenester for (i prinsippet) identiske brukere avhenger av hvilken kommune man bor i. I dag er det variasjoner både når det gjelder omfanget (nivået) på brukerbetalingen og hvilke tjenester det tas betaling for.

Praktisering av vederlagsforskriften for institusjonene viser at hensynet til likhet ivaretas i institusjonene i den forstand at brukere med samme inntektsgrunnlag i stor grad betaler det samme (kommunene står imidlertid fritt til å ta mindre enn hva forskriftene fastsetter som øvre grense, men dette skjer i liten grad). Men når det gjelder hva som tilbys og kvaliteten og standarden på det samlede tjenestetilbudet, kan det være betydelige variasjoner.

For hjemmetjenestene er det også betydelige kommunale variasjoner både for hvilke tjenester det tas betaling for, og hvor mye betaling som tas. F.eks. har mange kommunestyrer vedtatt at det ikke skal tas betaling for hjemmesykepleie. Utvalget tar utgangspunkt i at finansieringsordningene bør gjøres gjeldende for alle landets kommuner, og utformes slik at en unngår urimelig ulikhet for brukerne når det gjelder betaling.

Sosialkomiteen sier i sin innstilling (Innst. S. nr. 180 (1995-96)) til Velferdsmeldingen:

> «at det er et mål at det ikke blir for stor variasjon i brukerbetalingen for omsorgstjenester fra kommune til kommune. .. Komiteen er derfor opptatt av at egenbetalingsordningene blir gjennomgått med tanke på å få et mer rettferdig system.»

Skal stor grad av likhet i brukerbetaling gjøres gjeldende, forutsetter dette sterk statlig styring, både når det gjelder hvilke tjenester det skal tas betaling for, og hvor mye betaling som kan tas. Kravet om likhet i brukerbetaling vil også kunne legge føringer på hvordan utformingen av betalingsordningene bør være. F.eks. vil grovmaskede abonnementsordninger i liten grad skille mellom brukere som mottar lite og brukere som mottar mye tjenester. I denne forstand vil en slik utforming av ordningene kunne stride mot kravet om likhet i betaling for samme tjenester.

3.5.4 Effektivitet

I foredraget til mandatet står det blant annet:

> «Finansieringsordningene bør fungere nøytralt, slik at det blir den enkelte brukers behov for tjenester som regulerer tilbudet, og ikke kommunenes økonomiske tilpasning ut fra en lønnsomhetsbetraktning.»

Innen pleie- og omsorgstjenesten er det ulike aktører som samlet bidrar til finansiering av tjenestene, men mandatets krav fastslår at det skal være den enkelte brukers behov som regulerer tilbudet av tjenester. Dette er helt grunnleggende for framtidas pleie- og omsorgstilbud.

Utformingen av finansieringsordningene kan imidlertid føre til kommunale tilpasninger som ikke er optimale med hensyn til brukernes behov, og dermed heller ikke er samfunnsøkonomisk lønnsomme. Konsekvensen av dette kan bli et tjenestetilbud som ikke dekker brukernes behov på både best og rimeligst mulig måte. Et eksempel på dette kan være konsekvenser statlige øremerkede tilskuddsordninger kan ha. Statlige stimuleringstilskudd som det er knyttet eksplisitte vilkår til, kan føre til at kommunene bygger ut tjenestetilbudet annerledes enn om de hadde fått tilskuddet uten bindinger. Resultatet kan bli samfunnsøkonomisk uheldig, samtidig som brukernes behov kunne vært dekket på en både bedre og/eller billigere måte. Ordninger som medfører eller stimulerer til vridninger i kommunenes tjenestetilbud, og som ikke er basert på brukernes behov, bør unngås med mindre det er klare politiske prioriteringer som nødvendiggjør øremerkede tilskudd.

Det er viktig at samfunnet ikke innrettes slik at enkeltaktører, ut fra snevre økonomiske motiver, velger strategiske tilpasninger som velter utgiftsansvaret over på andre. Betalingssystemet bør innrettes slik at samtlige aktører, dvs. bruker, brukers familie/pårørende, kommune, fylkeskommune og staten, ser seg tjent med å velge tilpasning og løsninger som er i overensstemmelse med de langsiktige mål for den offentlige pleie- og omsorgspolitikk.

3.5.5 Skjerming

> «Betalingsordningene må inneholde skjermingsordninger for eldre og funksjonshemmede med lav inntekt og/eller lav formue»

Framtidige betalingssystem må være slik at brukere med lav inntekt og/eller lav formue kan opprettholde en viss økonomisk handlefrihet. Brukere med lav inntekt og/eller formue må ikke betale mer for tjenestene enn at de har et rimelig beløp igjen både til nødvendig livsopphold og utgifter knyttet til deltakelse og aktivitet i samfunnet. Brukerbetalingen må heller ikke utformes slik, eller ha et slikt nivå, at brukerne avstår fra viktige tjenester. Dette innebærer at gode skjermingsordninger må etableres.

Formålet med skjermingsordninger *har vært* begrunnet i forhold til to grupper, nemlig å:

- verne storforbrukere mot samlet store utlegg (uavhengig av brukerens økonomiske evne til å bære kostnaden selv).
- skjerme brukere med lav inntekt (for å sikre at disse ikke må avstå fra et fullgodt tilbud ut fra personlig økonomi).

Den demografiske utviklingen vil som kjent stille kommunene overfor store utfordringer innen pleie- og omsorgssektoren. Den kostnadsdekning som kommunene blir gitt anledning til, forventes å avkreves alle som ut fra personlig økonomi har anledning til å betale for seg. Dette gjelder i utgangspunktet også storforbrukere.

Skjermingsordningene må i hovedsak utformes med tanke på brukere med lav inntekt/lav formue som ikke vil være i stand til å nyttiggjøre seg et ellers relevant tilbud for deres situasjon. Et generelt prinsipp for framtidas skjermings- og tilskuddsordninger kan derfor være følgende:

> Skjermings- og tilskuddsordninger skal sikre at pasienter/brukere med lav inntekt og eller lav formue ikke avstår fra et fullgodt tilbud ut fra personlig økonomi. Ordningene må også sikre at brukeren har et rimelig beløp igjen til andre utgifter.

Utvalget understreker at brukerbetalingssystemet må utformes slik at brukerens ektefelles/samboers/mindreårige barns behov i forbindelse med bolig og økonomi blir tilfredsstillende ivaretatt.

Skjermingsordninger vil ofte innebære en svekkelse av effektiviteten. Med andre ord vil det kunne være et motsetningsforhold mellom disse to hensynene. Det vises til nærmere drøfting i *"Skjermingsprinsipper"* i kap. 9 om dette.

3.5.6 Synliggjøring

> «Ordningene bør synliggjøre de reelle kostnader knyttet både til botilbudet og pleietilbudet;»

Kravet består i at de ulike kostnader knyttet til den offentlige pleie- og omsorgspolitikk skal framstå eksplisitt både når det gjelder kapitalkostnader og driftsutgifter. Alle kostnadene må være synlige og reelle slik at politikere og administrasjon blir i stand til å treffe rasjonelle valg. Synliggjøring av de reelle kostnadene er også en forutsetning for at den enkelte bruker i større grad skal kunne ta det finansielle ansvaret for bofunksjonen. En synliggjøring av de ulike kostnadselementene for brukerne vil også kunne påvirke viljen for å betale for de ulike deltjenestene.

En annen viktig side ved å synliggjøre kostnadene er at det blir mulig å sammenligne utviklingen i slike kostnader over tid i en omsorgsenhet og mellom forskjellige omsorgsenheter i ulike kommuner. Dette vil være viktig med tanke på forbedringer av tjenesteapparatet.

Synliggjøring av de ulike kostnadselementene innenfor den kommunale virksomheten er også en forutsetning for at foredragets ønske om vridning av den kommunale ressursbruken fra boutgifter til pleie- og omsorgstjenester kan realiseres. Det vises til *"Boligfinansieringsordninger"* i avsnitt 5.3 hvor utvalget foretar en nærmere kartlegging av kommunale kostnader knyttet til boliger for eldre og funksjonshemmede.

3.5.7 Enkelhet

> «Betalingsordningene bør være enkle å forstå og administrere;»

Kravet om at brukerbetalingsordningene bør være enkle å forstå, er avgjørende for en god praktisering av ordningene, men det viktigste er at de framstår som enkle å forstå fra brukerens side. Skal målsettingen om at brukerne skal ha utstrakt grad av valgfrihet være reell, må de enkelt få oversikt over hva de ulike tjenester koster, og at de kan planlegge sin økonomi framover. At ordningene er enkle å forstå, er nærmest en forutsetning for at de skal være enkle å administrere. Det bør være en målsetting at kommunene bruker minst mulig ressurser til administrasjon og fortolkning/bruk av skjønn i forbindelse med praktisering av brukerbetalingsystemet. Dette

innebærer også at automatisering ved bruk av rasjonelle IT-løsninger blir stadig viktigere.

3.5.8 Fleksibilitet

> «Finansieringsordningene må utformes slik at de ikke legger bindinger på kommunenes organisering eller prioritering av tjenestetilbudet.»

Kommunene må satse på et fleksibelt og variert tjenestetilbud basert på brukernes behov og lokale forhold for øvrig. Kommunene bør ha et helhetlig og samordnet tilbud hvor ulike yrkesgrupper og deltjenester fungerer sammen. Dette er en forutsetning for effektiv bruk av ressursene og sikring av brukernes interesser. Utformingen av finansierings- og brukerbetalingsordningene må ikke legge bindinger på kommunenes organisering og prioritering av tjenester. Dette hensynet tilsier at kommunene bør ha høy grad av frihet til selv å velge løsninger og hvordan disse skal utformes. Det bør være vide rammer for den kommunale virksomheten, slik at kommunen kan finne de beste løsningene basert på lokal kunnskap og lokale behov. Detaljstyring og høy grad av regulering bør unngås hvis hovedvekten skal legges på fleksibilitet.

3.6 SAMMENHENGEN MELLOM DE ULIKE HENSYN

I *"Hovedmål for pleie- og omsorgstjenesten"* i avsnittene 3.1 og *"Krav til framtidig finansierings- og brukerbetalingssystem"* i 3.5 er det foretatt en gjennomgang av de viktigste mål og hensyn som utvalget legger til grunn for finansierings- og brukerbetalingssystem i pleie- og omsorgssektoren. Denne gjennomgangen forholder seg lite til at enkelte av hensynene kan stå i motsetningsforhold til hverandre. I dette avsnittet drøftes dette noe nærmere.

Likhet – fleksibilitet

Det kan være motsetninger mellom hensynet til likhet og hensynet til fleksibilitet. Det første hensynet knytter seg til likhet for brukerne av pleie- og omsorgstjenestene når det gjelder betaling for tjenestene. Bør systemet utformes slik at det samme tjenestetilbudet gitt til identiske brukere i forskjellige kommuner, utløser samme brukerbetaling? Det andre hovedspørsmålet knytter seg til prinsippet om det kommunale selvstyret, og kommunenes frihet til selv å utforme ordninger og løsninger som er tilpasset lokale behov og ressurser. Disse to hovedhensynene står i motsetning til hverandre, og begge har på ulik måte sin plass i dagens betalingssystem innenfor pleie- og omsorgstjenestene.

Avveininger mellom likhetshensynet og hensynet til det kommunale selvstyret gjør seg først og fremst gjeldende når det gjelder utformingen av betalingsordningene, og er i mindre grad knyttet til tjenesteproduksjonen. En rimelig god pleie- og omsorgstjeneste må fastlegges ut fra individuelle behov og lokale forhold for øvrig. For brukerbetalingsordningene er problemstillingene annerledes. Lokal frihet til å fastlegge brukerbetalingsordninger gjelder bl.a. valg av sentrale kjennetegn ved et betalingssystem. Det er spørsmål om betalingen skal være mengdeavhengig, verdiavhengig, inntektsgradert, i hvilken grad de skal være kostnadsdekkende, adgang til betalingsfritak, samt valg av skjermingsordninger for brukere med lav inntekt og/eller stort forbruk etc. Brukerbetalingsordninger påvirker derfor i større eller mindre grad inntektsfordelingen mellom landets innbyggere.

Som tidligere nevnt innebærer praktiseringen av dagens vederlagsforskrift for institusjon mv. at hensynet til likhet ivaretas i institusjonene i den forstand at brukere med samme inntektsgrunnlag i stor grad betaler det samme, mens det for hjemmetjenestene er betydelige kommunale variasjoner både når det gjelder hvilke tjenester det tas betaling for og betalingens størrelse. F.eks. har mange kommunestyrer vedtatt at de ikke skal ta betaling for hjemmesykepleie. Innenfor en rekke andre tjenesteområder (f.eks. innen teknisk sektor) har kommunene betydelig frihet til om og ev. hvor mye de vil ta seg betalt for ulike tjenester. Begrensningen for hva kommunene kan ta i gebyr knytter seg vanligvis til beregninger av hva det koster å produsere tjenestene (selvkost) eller særlovsavgifter (spesielt innen miljøvernsektoren).

En står overfor et vanskelig dilemma i valget mellom på den ene siden hensynet til den kommunale frihet, og på den andre siden hensynet til likebehandling av brukerne. Skal et framtidig betalingssystem sikre likhet ved at brukerne betaler det samme for like tjenester, eller skal hensynet til det kommunale selvstyret tillegges størst vekt. Vektlegging av sistnevnte hensyn vil nok medføre at det vil variere mellom kommunene både hvilke tjenester det tas betaling for, og hvor mye disse tjenestene vil koste.

I St.meld. nr. 23 (1992-93) Om forholdet mellom staten og kommunane, drøftes forholdet mellom likhet og kommunalt selvstyre:

> «Kommunalt sjølvstyre er ein av dei overordna verdiane ved det norske politiske og administrative systemet. Men denne verdien vil kunne kome i konflikt med andre sentrale verdiar. Dette gjer det nødvendig at også kommunane blir underlagt statleg styring.»

Videre pekes det på fem hensyn for statlig styring overfor kommunesektoren som står særlig sentralt for regjeringen. Likhet er et av de fem hensynene som nevnes:

> «Likskap er ein sentral del av velferdssamfunnet. Kommunane og fylkeskommunane er dei sentrale iverksettingsorgana når det gjeld å levere dei velferdsgodene som velferdsstaten tilbyr. For mange offentlege velferdsgode skal det vere eit likeverdig tilbod uansett kva for ein kommune eller fylkeskommune ein bur i.»

Jf. også Sosialkomiteens uttalelser om likhet og et mer rettferdig system.

I sine vurderinger av ulike betalingssystemer ønsker utvalget å sikre viktige sider ved begge disse til dels motstridende hensynene. Hensynet til det lokale selvstyre med vekt på valgfrihet og fleksibilitet i tjenestetilbudet må ikke hindres gjennom utformingen av brukerbetalingsordningene. Brukerbetalingsordningene og øvrige finansieringsordninger må ikke legge bindinger på kommunenes organisering og prioritering av tjenestetilbudet. På den andre siden må hensynet til brukerne og likhet i betaling også ivaretas.

For å ivareta likhet må brukerbetalingssystemet gjøres gjeldende for hele landet. For å ivareta det lokale selvstyre kan kommunene innenfor selve systemet gis frihet til selv å avgjøre om det skal tas betaling for de enkelte tjenestene, samt å fastlegge nivået for brukerbetalingen. Systemet må imidlertid inneholde klare retningslinjer for hvor mye det maksimalt kan tas for enkelttjenester, samt skjermingsordninger for personer med lav inntekt/og eller lav formue.

Skjerming – effektivitet

Også mellom skjermingshensynet og effektivitetshensynet vil det kunne være et motsetningsforhold. Iverksettelse av skjermingsordninger vil ofte ha utilsiktede

effekter. Innføring av skjermingsordninger medfører at enkelte subsidieres, og dette kan føre til en annen tilpasning enn om en ikke hadde skjerming. I følge økonomisk teori innebærer denne form for inngripen en svekkelse av effektiviteten. Skjerming vil også ofte innebære administrative kostnader i tid og ressurser på å avklare og sikre at det er de rette brukerne som omfattes av skjermingen. Gode skjermingsordninger er likevel nødvendige for å sikre at alle kan motta den pleie og omsorg som de har behov for.

Enkelhet – Skjerming

Hensynet til enkelhet må imidlertid avveies mot andre hensyn, som f.eks. skjermingsregler, sikkerhet for at brukerne ikke betaler for mye, etc. Dette er faktorer som bidrar til å komplisere betalingsordningene, men som ofte begrunnes i rettferdighetsbetraktninger knyttet til fordeling og rettssikkerhet. Hensynet til enkelhet kan dermed stå i et visst motsetningsforhold til hensynet til skjerming. Kravet til enkelhet må derfor renonseres noe i forhold til disse andre viktige målsettingene.

KAPITTEL 4

Finansiering, ressursbruk og utvikling

4.1 PLEIE- OG OMSORGSTJENESTENS OMFANG

Kommunenes og fylkeskommunenes driftsutgifter (eksklusive kapitalutgifter) til pleie- og omsorgstjenesten beløp seg i 1994 til i underkant av 25,4 mrd. kroner. Dette utgjør 3,3 pst. av bruttonasjonalproduktet samme år, jf. tabell 4.1.

Tabell 4.1: Driftsutgifter til pleie- og omsorgstjenester og BNP for Norge 1988–94. Millioner kroner. 1994-priser.

	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994
Kommunale driftsutgifter	18.226	18.519	18.935	23.513	24.606	24.527	25.183
Endring, pst.		1,6	2,2	24,2	4,7	–0,3	2,7
Kommunale og fylkesk. driftsutgifter	20.729	21.319	21.672	24.209	25.085	24.845	25.385
Endring, pst.		2,8	1,7	11,7	3,6	–1,0	2,2
BNP	696.968	710.072	725.119	728.904	729.094	744.759	774.244
Vekst i BNP, pst.		1,9	2,1	0,5	0,0	2,1	4,0
Komm. driftsutg., andel av BNP, pst.	2,6	2,6	2,6	3,2	3,4	3,3	3,3
Sum driftsutgifter, andel av BNP, pst.	3,0	3,0	3,0	3,3	3,4	3,3	3,3

Kilde: Sosial- og helsedepartementet og Statistisk årbok for 1993 og 1995

I 1993 ble de kommunale og fylkeskommunale driftsutgifter til pleie- og omsorgstjenesten i faste priser redusert. Derimot var det en viss realvekst i 1994. For begge årene var det større realvekst i bruttonasjonalproduktet. Hvis man ser perioden 1988–1994 under ett, har imidlertid realøkningen i driftsutgiftene vært større enn realveksten i bruttonasjonalproduktet – henholdsvis om lag 22,3 pst. og 11,1 pst. Utgiftsveksten var særlig stor i 1991. Dette må ses i sammenheng med HVPU-reformen der kommunene ble tilført ekstra midler i forbindelse med at tidligere Helsevern for psykisk utviklingshemmede (HVPU) ble avviklet som særomsorg, og ansvaret ble overført fra fylkeskommunene til kommunene. Korrigert for utgifter til HVPU-reformen har realveksten i pleie- og omsorgsutgifter vært lavere enn veksten i BNP i de senere årene.

Tabell 4.2: Kommunale og fylkeskommunale driftsutgifter 1991 og 1993. Mill. kroner. Faste 1994-kroner.

	1991			1993		
	Komm.	Fylkesk.	Totalt	Komm.	Fylkesk.	Totalt
Totale driftsutgifter	98.977	45.544	144.521	104.423	47.100	151.523
Helsevern, sos.tj, pleie- og oms. (kap.1.3)	42.830	26.542	69.372	44.301	27.333	71.634
Andel av totale driftsutgifter, pst.	43,3	58,3	48,0	42,4	58,0	47,3
Pleie og omsorg, andel av totale drift-sutg.	23,8	1,5	16,8	23,5	0,7	16,4
Pleie og omsorg, andel av *"Utvalgets arbeid"* i kap. 1.3, pst.	54,9	2,6	34,9	55,4	1,2	34,7

Kilde: Statistisk årbok for 1993 og 1995 og Sosial- og helsedepartementet

Det framgår av tabell 4.2 at det som i kommuneregnskapet defineres som hoved*"Utvalgets arbeid"* i kapittel 1.3 helsevern, sosiale tjenester, pleie- og omsorgstjenester, legger beslag på i underkant av halvparten av de kommunale og fylkeskommunale utgiftene. Pleie- og omsorgstjenesten står for om lag 55 pst. av kommunenes utgifter til dette hovedkapitlet. Etter at fylkeskommunene har mistet ansvaret både for tidligere HVPU og sykehjemmene (kommunalt ansvar f.o.m. 1.1.1988), faller det aller meste av utgiftene til pleie- og omsorgstjenesten på kommunene. For fylkeskommunene går størstedelen av utgiftene til hoved*"Utvalgets arbeid"* i kapittel 1.3 til helsetjenester.

Av kommunenes og fylkeskommunenes samlede utgifter til pleie- og omsorgstjenesten i 1993, gikk vel 2/3 til de institusjonsbaserte pleie- og omsorgstjenestene, og de resterende 1/3 til de hjemmebaserte tjenestene.

Pleie- og omsorgstjenesten, spesielt hjemmetjenestene, er arbeidsintensive. Lønnsutgiftene utgjorde 78 pst. av utgiftene i institusjonene og 87 pst. av utgiftene i hjemmetjenestene i 1992. Tjenestene blir i hovedsak finansiert over de kommunale budsjettene. Brukerbetalingen skaffet kommunene inntekter på 1,9 mrd. kroner i 1992. Det utgjør 9,6 pst. av de totale utgiftene. I institusjonene dekket beboernes egenbetaling 12,2 pst. av utgiftene, mens egenbetaling utgjorde 4,3 pst. av utgiftene i hjemmetjenestene. Dette er imidlertid ikke sammenlignbare tall siden utgifter i institusjonene også omfatter bokostnader, helsetjenester og dagliglivets utgifter.

4.2 PENGESTRØMMEN INNENFOR PLEIE- OG OMSORGSTJENESTEN

Hovedansvaret for pleie- og omsorgstjenesten er som nevnt lagt til kommunene, der hovedtyngden av tjenestene er regulert av kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven. Store deler av kommunenes ressurser går med til å tilby de pålagte pleie- og omsorgstjenestene. Imidlertid bidrar også brukerne og staten til finansiering av drift og investeringer i pleie- og omsorgssektoren. Nedenfor redegjøres det for pengestrømmen totalt i sektoren og mellom de ulike aktørene.

Staten

Staten bidrar på flere måter til finansiering av pleie- og omsorgstjenesten. Pengestrømmen fra statens side til kommunene eller brukerne kan stamme fra enten *budsjettstyrte* eller *regelstyrte* bevilgninger (overslagsbevilgninger). I den førstnevnte kategorien er beløpet gitt gjennom eksplisitte budsjettvedtak for det aktuelle budsjettåret. Bevilgningen kan ikke overskrides uten at det treffes eksplisitte vedtak om tilleggsbevilgninger. Også for regelstyrte bevilgninger gjøres det eksplisitte bevilgningsvedtak, men bevilgningen er egentlig bare den best mulige prognosen for hva utgiftene blir. Bakgrunnen for dette er at utgiftene genereres av lover og regler som gir en definert gruppe mottakere krav på ytelser eller stønader, gitt at de oppfyller visse kriterier. Det er dermed bare gjennom endringer i lov- og regelverket at myndighetene direkte kan påvirke hvor stort beløp som skal utbetales. Dette gjelder særlig en rekke folketrygdytelser, som f.eks. grunn- og hjelpestønad.

Staten gir kommunene overføringer både som generelle rammetilskudd og som øremerkede tilskudd. Alle disse overføringene er budsjettstyrte. Rammetilskuddet for 1995 var i overkant av 41 mrd. kroner, og utgjorde om lag 57 pst. av de statlige overføringene. Statlige overføringer i form av rammetilskudd er indirekte en del av finansieringen av kommunenes pleie- og omsorgstjeneste, siden rammetilskuddene til dels ytes etter kriterier der faktorer av betydning for pleie- og omsorgstjenesten utgjør en viktig del. Pleie- og omsorgstjenestenes andel av de samlede kommunale driftsutgifter kan være en måte å illustrere bidraget fra rammetilskuddet på. Ved å benytte regnskapstall på statlige overføringer for 1993, samt pleie- og omsorgstjenestenes andel av kommunenes totale driftsutgifter på 23,5 pst. (jf. tabell 4.2), kan en anslå at om lag 9,2 mrd. kroner av de statlige rammeoverføringene går til å finansiere kommunenes driftsutgifter til pleie- og omsorgstjenesten.

Gjennom de øremerkede ordningene bidrar staten direkte med midler på områder der det ønskes en målrettet innsats. Innenfor pleie- og omsorgstjenesten ytes det tilskudd over Sosial- og helsedepartementets og Kommunal- og arbeidsdepartementets budsjetter. Hvilke områder som ønskes prioritert, samt tilskuddets størrelse, kan endres over relativt kort tid. Innenfor pleie- og omsorgstjenesten har det de senere årene vært en vekst i øremerkede tilskudd, som følge av at denne sektoren har vært et satsingsområde. I statsbudsjettet for 1996 var det totalt bevilget i overkant av 3,8 mrd. kroner til pleie- og omsorgstjenesten over Sosial- og helsedepartementets budsjett.

Botilskuddsordningen for pensjonister utgjør i overkant av 600 mill. kroner. Denne budsjettstyrte bevilgningen som administreres av Husbanken, er rent teknisk ført som en overføring til kommunene. Botilskuddet gis imidlertid til de enkelte husholdningene, men kommunene samordner søknad om tilskudd og videreformidler utbetalingen fra Husbanken. Ordningen er et selektivt virkemiddel for å bedre inntektssituasjonen for pensjonister med lave inntekter og/eller høye boutgifter.

Tilskudd til kommunenes pleie- og omsorgstjeneste utgjorde drøyt 500 mill. kroner. Tilskuddet skal bidra til en generell styrking av pleie- og omsorgstjenesten og stimulere til etablering av døgntjeneste for de hjemmebaserte tjenestene. Videre ble det gitt om lag 410 mill. kroner som lønnstilskudd til omsorgstjenesten i kommunene. Den resterende del av totalbeløpet gitt som oppfølging av ansvarsreformen for mennesker med psykisk utviklingshemming (HVPU-reformen), samt tilskudd til utskriving av unge funksjonshemmede fra aldersinstitusjoner og spesialsykehjem.

Det framgår av *"Drøfting av sentrale mål, begreper og hensyn"* i kapittel 3 at det ikke er mulig å foreta en presis avgrensning av hvilke tjenester som inngår i samlebegrepet pleie- og omsorgstjenesten. Det kan derfor drøftes om alle de oven-

stående øremerkede ordningene hører med her, og om andre tilskuddsordninger burde vært medregnet. En har valgt å regne med alle tilskudd til kommuner som går til eldre og funksjonshemmede, med unntak av tilskudd som gis i form av handlingsprogrammer eller mer kortsiktige prosjekter, som f.eks. styrking av fagområdet geriatri og tilskudd til hørselssentraler. Disse tilskuddene utgjør da heller ikke store beløp sett i en total sammenheng.

Over Kommunal- og arbeidsdepartementets budsjett ytes det tilskudd til omsorgsboliger og sykehjemsplasser. Bevilgningen for 1996 var på 367 mill. kroner. Formålet med tilskuddsordningen er å stimulere kommunene til å øke tilbudet av omsorgsboliger og sykehjemsplasser, samt å forbedre kvaliteten på eksisterende tilbud.

Det gis også ytelser direkte fra staten til brukere av pleie- og omsorgstjenester. Gjennom Husbanken gis det bostøtte til husstander med svak økonomi, slik at disse skal kunne anskaffe og bli boende i en god og nøktern bolig. Det er bare husstander med barn under 18 år, personer som har fylt 65 år, eller personer som har stønad eller pensjon fra folketrygden som er berettiget til bostøtte. Ordningen er altså ikke spesifikt rettet inn mot brukere av pleie- og omsorgstjenesten, men store deler av stønadsmottakerne tilhører denne kategorien. I 1995 ble det totalt utbetalt 780 mill. kroner. Av dette gikk 399 mill. kroner til eldre og uføre.

Landets kommuner har ansvaret for å dekke behovet for allmennlegetjenester, herunder legevaktsordninger for pleie- og omsorgstrengende. Tjenestene finansieres i hovedsak av kommunene selv gjennom deres frie inntekter (skatt og rammetilskudd), men det ytes også øremerkede tilskudd til fastlønnsordningen for leger. For 1996 var bevilgningen på 345 mill. kroner. Tilsvarende yter også staten øremerkede tilskudd til fysioterapitjenester gjennom folketrygdens tilskudd til fastlønnsordningen for fysioterapeuter. For 1996 var det budsjettert med 115 mill. kroner.

Staten har gjennom folketrygden finansieringsansvaret for en rekke tjenester, som f.eks. legehjelp og hjelpemidler. I tillegg gis det stønader som grunn- og hjelpestønad. Også her er det vanskelig å skille klart mellom hvilke ordninger som skal regnes med som pleie- og omsorgstjenester. Videre vil ikke alle mottakerne av en ytelse være klart definert innenfor pleie- og omsorgstjenesten. Spesielt er det flytende overganger mellom helsetjenester og pleie- og omsorgstjenester. Dette forsterkes av at finansieringsansvaret for tjenestene varierer med boform. Eksempelvis ytes det refusjon fra folketrygden til mottakere av fysikalsk behandling som bor i omsorgsboliger, mens denne tjenesten fullt ut er et kommunalt finansieringsansvar når mottakerne bor i sykehjem.

Ingen av statens folketrygdutgifter faller helt naturlig inn i pleie- og omsorgstjenesten. Nedenfor skisseres folketrygdutgifter som delvis kan sies å være i et skjæringspunkt mellom helsetjenesten og pleie- og omsorgstjenesten.

Grunnstønad og hjelpestønad kan ytes til personer som etter å ha gjennomgått hensiktsmessig behandling fortsatt har varig sykdom, skade eller lyte. Grunnstønad ytes når lidelsen medfører varige ekstrautgifter av betydning, mens hjelpestønad ytes når lidelsen fører til et varig pleiebehov som innebærer behov for lønnet hjelp eller hjelp fra familien. Det er et vilkår at det foreligger et privat pleieforhold. Det vises for øvrig til omtale i avsn. 6.5. Statens utgifter til folketrygdens grunnstønad og hjelpestønad er i regnskapet for 1995 bokført med hhv. 1 067 og 1 085 mill. kroner. For 1996 er det bevilget hhv. 1 125 og 1 110 mill. kroner.

Utover det øremerkede tilskuddet til fastlønnsordningen for allmennleger og fysioterapeuter, gir staten også et direkte bidrag til brukerne av disse tjenestene. Eldre og funksjonshemmede som bor i trygde- og omsorgsboliger eller egne hjem, får finansiert tjenestene som den øvrige del av befolkningen gjennom folketrygdens

refusjonsordning for allmennlegehjelp og fysioterapibehandling. For 1996 var det budsjettert med hhv. 1 400 mill. kroner og 580 mill. kroner.

Staten overtok hjelpemiddelsentralene fra 1. januar 1994. Folketrygden yter stønader til tekniske hjelpemidler i den grad dette er nødvendig og hensiktsmessig for å bedre funksjonsevnen til personer som på grunn av sykdom, skade eller lyte har vesentlig og varig innskrenket alminnelig funksjonsevne. I budsjettet for 1996 var det avsatt 1 480 mill. kroner.

Gjennom folketrygden yter staten også refusjon for legemidler, samt dekker utgifter til sykepleieartikler og ortopediske hjelpemidler. I 1995 var disse utgiftene på henholdsvis 3 665 mill., 584 mill. og 328 mill. kroner.

Kommunene

Kommunene har som nevnt ansvaret for tilbudet av pleie- og omsorgstjenester, og dermed også hovedansvaret for finansieringen av tjenestene. Kommunens inntekter genereres i form av skatter fra enkeltpersoner og bedrifter, eller gjennom statlige overføringer og brukerbetaling/gebyrer/avgifter.

Et utgangspunkt for betraktning av pengestrømmene innen pleie- og omsorgstjenesten, kan være kommunesektorens totale inntekter. Det framgår av tabell 4.3 at de totale inntektene er anslått til 123,4 mrd. kroner i 1995. Skatteinntektene utgjør om lag 45 pst. av totalinntektene, mens statlige overføringers andel er på rundt en tredjedel, hvorav ca. 57 pst. er rammeoverføringer.

Tabell 4.3: Løpende inntekter i kommunene, inkl. Oslo.

	Totalt	Skatter i alt		Statlige overf.		Gebyrer		Renteinnt.	
	Mill. kr.	Mill. kr.	Pst.	Mill. kr.	Pst.	Mill. kr.	Pst.	Mill. kr.	Pst.
1993	114 336	49 602	43,4	39 199	34,3	20 042	17,5	2 657	2,2
1994	122 311	54 893	44,9	40 990	33,5	21 334	17,4	2 195	1,8
1995 (ansl.)	123 376	54 633	44,3	41 096	33,3	22 666	18,4	2 035	1,6

Kilde: St. prp. nr. 55 (1995–96)

Det har vært en moderat vekst i driftsutgiftene til pleie- og omsorgstjenesten i perioden 1992–94, om lag på linje med inntektsveksten (jf. tabell 4.4). Driftsutgifter som andel av inntekt har dermed holdt seg relativt konstant på om lag 21 pst. Dette bildet endres ikke nevneverdig når en også tar hensyn til kapitalutgiftene. Kapitalutgiftenes andel av de totale utgiftene har holdt seg på mellom drøye 6 pst. og drøye 5 pst. siden 1990.

Tabell 4.4: Utgifter til pleie- og omsorgstjenester. Tusen kroner.

	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994
Anvendt i komm. drift og kapital	17.090.302	17.302.280	18.260.459	23.694.116	25.014.147	-	26.536.735
Herav drift	15.252.817	16.206.393	17.249.160	22.151.033	23.724.313	24.189.306	25.182.697
Herav kapital	1.837.485	1.095.887	1.011.299	1.543.083	1.289.834	-	1.354.038

Kilde: Sosial- og helsedepartementet.

Drifts- og kapitalutgiftene som er gjengitt ovenfor, knytter seg til de kapitlene/postene i kommuneregnskapet som eksplisitt gjelder pleie- og omsorgstjenester (kap. 1.370 389 og kap. 0.370 389). Driftsutgiftene består av lønnsutgifter samt utgifter til den løpende driften av tjenestene, f.eks. mat og sykepleieartikler i institusjoner. Eventuelle utgifter til omsorgslønn og utgifter til medisiner i institusjoner er også inkludert. Det samme gjelder deler av legeutgifter, avhengig av hvordan legetjenesten ved institusjonene er organisert. Kommunene har imidlertid også noen faste utgifter til legehjelp til brukere av pleie- og omsorgstjenesten som bor utenfor institusjon. Slike utgifter er ikke inkludert i de ovennevnte beløpene. Derfor bør nok også noe av det som føres som helseutgifter tas med når en betrakter pengestrømmene i pleie- og omsorgstjenesten. Det er imidlertid vanskelig å anslå hvor mye dette utgjør på landsbasis.

Kommunenes subsidiering av pleietrengende som bor i ulike typer tilpassede kommunale boliger, er ikke inkludert i utgiftene til pleie- og omsorgstjenesten som framkommer i kommuneregnskapet. Boligsubsidiering kan defineres som differansen mellom kommunenes kostnader knyttet til et aktuelt botilbud, og det beboeren faktisk betaler. Ved beregning av kommunens reelle kostnader knyttet til et botilbud kan en legge til grunn ulike prinsipper. Markedsleien kan være et utgangspunkt. Alternativt kan kostnaden beregnes som den avkastningen som må kreves dersom den bundne kapitalen knyttet til kommunenes botilbud settes i et fond hvor realverdien skal holdes konstant. Dersom en legger sistnevnte prinsipp til grunn, kan kommunal subsidiering gjennom lav leie i kommunale boliger anslås til 695 mill. kroner i 1995.

Brukerne

Brukerne bidrar til dekning av utgiftene i pleie- og omsorgstjenesten gjennom brukerbetaling.

Det framgår av tabell 4.5 at brukerbetalingen i perioden 1991–1993 dekker 9–10 pst. av kommunenes brutto driftsutgifter til pleie- og omsorgstjenester. Driftsutgiftene som framkommer her er noen milliarder kroner lavere enn de som er oppgitt i tabell 4.4. Årsaken er at det opereres med ulike beløp fra forskjellige kilder. Tallene i tabell 4.4 er basert på kommuneregnskapet og er i noen grad bearbeidet. Tabell 4.5 er derimot basert på lovpålagte opplysninger som de enkelte kommunene selv har gitt på tilsendte spørreskjemaer. Opplysningene er innhentet av Statistisk sentralbyrå, og er den best tilgjengelige kilden, der det er gitt årlige spesifikke opplysninger om utgiftstall og egenbetaling knyttet til de ulike elementene i pleie- og omsorgstjenestene. Etter 1993 framkommer imidlertid ikke økonomitall spesifikt på disse spørreskjemaene.

Tabell 4.5: Brutto driftsutgifter og egenbetaling i pleie- og omsorgstjenesten. 1990–1993.

	1991			1992			1993		
	Driftsutg.	Brukerbet.	Andel	Driftsutg.	Brukerbet.	Andel	Driftsutg.	Brukerbet.	Andel
Institusjoner	12.685.509	1.587.825	12,5 %	13.294.876	1.627.684	12,2 %	13.477.210	1.680.692	12,5 %
Aldershjem	1.427.354	264.506	18,5 %	1.457.678	258.390	17,7 %	-	-	-
Kombinerte hjem	5.082.590	623.694	12,3 %	5.202.752	598.560	11,5 %	-	-	-
Sykehjem	6.175.565	699.625	11,3 %	6.634.446	770.734	11,6 %	-	-	-
Serviceboliger	153.084	15.363	10,0 %	172.065	17.927	10,4 %	-	-	-
Hjemmetjenester	6.226.960	265.160	4,3 %	6.455.086	274.503	4,3 %	8.010.852	261.664	3,3 %
Sum i alt	19.065.553	1.868.348	9,8 %	19.922.027	1.920.114	9,6 %	21.488.062	1.942.356	9,0 %

Kilde: Norsk gerontologisk institutt, Norsk regnesentral og SSB.

Fra 1991 til 1993 har det vært en viss nedgang (0,8 prosentpoeng) i brukerbetaling som andel av driftsutgiftene. Hvis en tar utgangspunkt i opplysninger om brukerbetalingen fra 1990, er nedgangen større. Disse tallene er imidlertid noe overvurdert og ikke helt sammenlignbare. Statistikkgrunnlaget på dette området er ikke tilfredstillende og bør bedres. En mulig forklaring på nedgangen kan være at kommunene fram til og med 1. oktober 1991 sto friere med hensyn til prisfastsettelse og praktisering av brukerbetaling for hjemmetjenester. Etter dette har det vært en sterkere statlig styring. Det er ingen endring i brukerbetalingsandelen for hjemmetjenester fra 1991 til 1992. Fra 1992 til 1993 er det en nedgang fra 4,3 pst. til 3,3 pst. Dette året var det en sterk vekst i utgifter til hjemmetjenester på grunn av HVPU-reformen. Denne ansvarsoverføringen kan derfor være årsaken til nedgangen i brukerbetalingsandel fra 1992 til 1993, da psykisk utviklingshemmede trolig betaler mindre i brukerbetaling enn gjennomsnittet.

Det er også variasjoner i brukerbetalingsandelen mellom de ulike institusjonstypene. Brukerbetalingen i aldershjem utgjør en klart større del av driftsutgiftene enn det som er tilfelle for brukerbetalingen i sykehjem. Forklaringen er at sykehjem har høyere driftskostnader pr. bruker enn aldershjem.

Oppsummering

De samlede drifts- og kapitalutgiftene til pleie- og omsorgstjenester kan anslås til 26,5 milliarder kroner i 1994, hvor driftsutgiftene utgjør i underkant av 25,2 milliarder kroner.

Dersom en antar at brukerbetalingen i 1994 utgjør 9 pst. som i 1993, tilsvarer dette om lag 2 300 mill. kroner. Staten bidro i 1994 med om lag 2 230 mill. kroner gjennom Sosial- og helsedepartementet i tilskudd til kommunenes pleie- og omsorgstjeneste . En har da sett bort fra botilskuddsordningen som reelt sett går direkte til husholdningene. Det ble videre gitt 240 mill. kroner i oppstartingstilskudd gjennom Kommunal- og arbeidsdepartementet. Disse bidragene fra staten

utgjør om lag 9,8 pst. av kommunenes driftsutgifter. Ut fra dette kan en grovt sett si at staten og brukerne direkte bidrar med om lag 10 pst. hver, mens kommunene finansierer rundt 80 pst. av de samlede utgiftene til pleie- og omsorgstjenesten.

Dersom en regner at utgiftene til tekniske hjelpemidler og deler av utgiftene til sykepleieartikler (utenfor institusjon) også skal inngå i de totale utgiftene til pleie- og omsorgstjenesten, vil statens finansieringsandel øke, mens kommunens og brukernes finansieringsandel vil synke. Dette skyldes at disse hjelpemidlene og artiklene hovedsakelig finansieres av staten gjennom folketrygden. For 1994 kan en medregne om lag 1 600 mill. kroner. Med dette kommer de totale ressursene opp i 26,8 milliarder kroner. Statens direkte finansiering utgjør da om lag 15 pst., mens finansieringsandelen for brukerne og kommunene blir på hhv. 8,5 pst. og 76,5 pst.

Siden omsorgslønn inngår i de regnskapsførte kommunale driftsutgiftene til pleie- og omsorgstjenester, kan det argumenteres for at også utgifter til privat pleie bør medregnes. Størstedelen av privat pleie er uformell i den betydning at det ikke er etablert et fast lønnet arbeidsforhold, og det er således ikke registrerte utgifter. Staten yter imidlertid hjelpestønad gjennom folketrygden dersom det er etablert et faktisk privat pleieforhold og det er nødvendig med særskilt tilsyn som følge av varig sykdom, skade eller lyte. I 1994 ble det her utbetalt i overkant av 1 100 mill. kroner. Hvis en altså tar hensyn til dette, vil statens bidrag øke ytterligere.

4.3 UTVIKLING AV TJENESTETILBUDET

Institusjonsomsorgen

Da lov om sykehus mv. trådte i kraft 1.1.70, ble de somatiske sykehjemmene lagt inn under denne loven. Det ble dermed et fylkeskommunalt ansvar å bygge ut og drive sykehjemmene. En av årsakene til at sykehjemmene ble lagt under sykehusloven, var at de var tenkt som relativt store institusjoner som skulle avlaste sykehusene med oppgaver hvor avansert teknikk og medisinsk ekspertise ikke var påkrevet.

Omleggingen medførte blant annet at sykehjemmene fikk samme finansieringsordning som sykehusene, men forskjellig fra aldershjemmene. Fram til 1980 var det en statlig refusjonsordning for institusjoner under sykehusloven, hvor staten over trygdebudsjettet refunderte en andel av de godkjente utgiftene – 75 pst. av utgiftene fram til 1977 og deretter 50 pst. I denne perioden ble det bygd få aldershjem, blant annet fordi det ga kommunen en økonomisk belastning i motsetning til å få et sykehjem i kommunen bygd og drevet av fylkeskommunen. Tradisjonelle aldershjem var også på vei ut av eldreomsorgen som omsorgsform. Refusjonsordningen for sykehjemmene ble fra og med 1980 avløst av en egen rammefinansieringsordning for institusjonsomsorgen.

Ansvaret for de somatiske sykehjemmene ble overført fra fylkeskommunene til kommunene fra 1.1.88. Et hovedargument for å legge ansvaret for planlegging, bygging og drift av de somatiske sykehjemmene til kommunene, var hensynet til koordineringen med den øvrige kommunale helse-, pleie- og omsorgstjeneste.

Fram til 1.1.95 var det ulikheter i finansieringen av helsetjenester, herunder legehjelp, fysioterapi, medisiner m.m. i sykehjem og aldershjem/boliger med heldøgns omsorgstjenester. For aldershjemsbeboere dekket folketrygden utgifter til helsetjenester på linje med det som gjaldt for befolkningen for øvrig. For sykehjemsbeboere ble disse utgiftene i sin helhet dekket av kommunen. Fra 1.1.95 ble finansieringsordningene samordnet i alders- og sykehjem ved at aldershjemmene fikk kommunal finansiering på samme måte som sykehjemmene.

Brukerbetaling

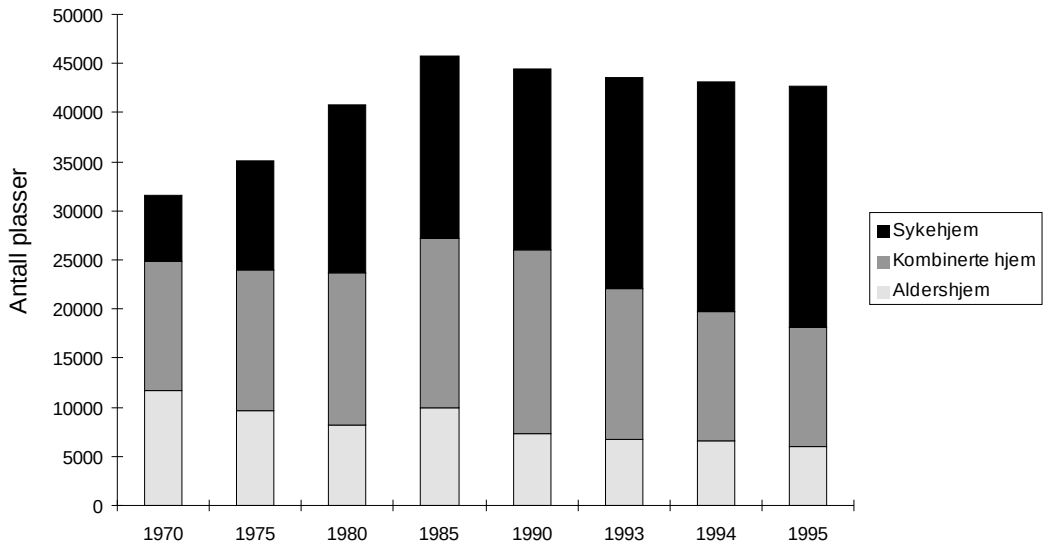
Fram til 1.1.88 fikk beboerne i sykehjem avkortet sine trygdeytelser som brukerbetaling. Fra 1.1.88 ble også brukerbetalingsordningen ved opphold i somatiske sykehjem endret, slik at det i dag er samme ordning som for aldershjem. Egenbetalingen ble da lagt om fra indirekte betaling (avkorting av trygdeytelser) til direkte betaling. Omleggingen fikk mindre betydning for brukeren, ved at det lokale trygdekontor fortsatt beregner og fordeler vedkommendes pensjonsytelser fra folketrygden mellom kommunen og brukeren.

Samtidig ble egenbetalingsgrunnlaget endret til kun å gjelde beboers inntekt, og ikke både formue og inntekt slik det tidligere var adgang for i sykehjemmene.

På dette tidspunkt var det ikke adgang til å ta betaling for korttids/avlastningsopphold i alders- og sykehjem. Det ble ansett som viktig at eldre omsorgstrengende skulle beholde sin inntekt for å kunne dekke utgifter til husleie etc. for å kunne flytte tilbake i egen bolig. Fra 21.12.88 ble det imidlertid åpnet adgang for å kreve vederlag for korttidsopphold og dag- eller nattopphold. Bakgrunnen for dette var at forskjellen i egenbetaling mellom korttids- og langtidsplasser vanskeliggjorde en fleksibel bruk av institusjonsplassene, med økt vekt på korttidsplasser. Det ble også innført et fribeløp som skal komme til fradrag før vederlaget beregnes. Endringer i brukerbetalingsforskriftene for institusjoner etter 21.12.88 er mindre og av beregningsteknisk art.

Institusjonsplasser

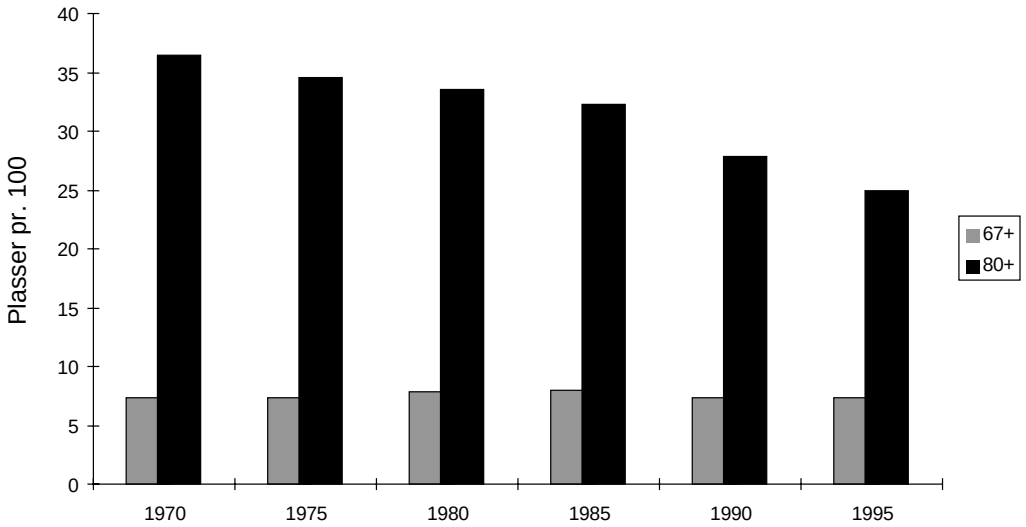
"" i Figur 4.1 viser utviklingen i antall institusjonsplasser fra 1970 til 1995. Fram til 1985 var det en betydelig økning i antall institusjonsplasser. Økningen skjedde i all hovedsak i form av sykehjemsplasser. Etter 1985 har det totale antall institusjonsplasser sunket. Antall sykehjemsplasser fortsetter å øke, mens antall plasser i kombinerte hjem og aldershjem fortsatt blir redusert.



*Figur 4.1 Utviklingen i antall institusjonsplasser 1970–1995**

* Kombinerte hjem er kombinerte alders- og sykehjem, somatiske sykehjem kombinert med sykestue og/ eller fødehjem og sykehjem med somatisk og psykiatrisk avdeling.

Kilde: Daatland (1994) og SSB (1996)

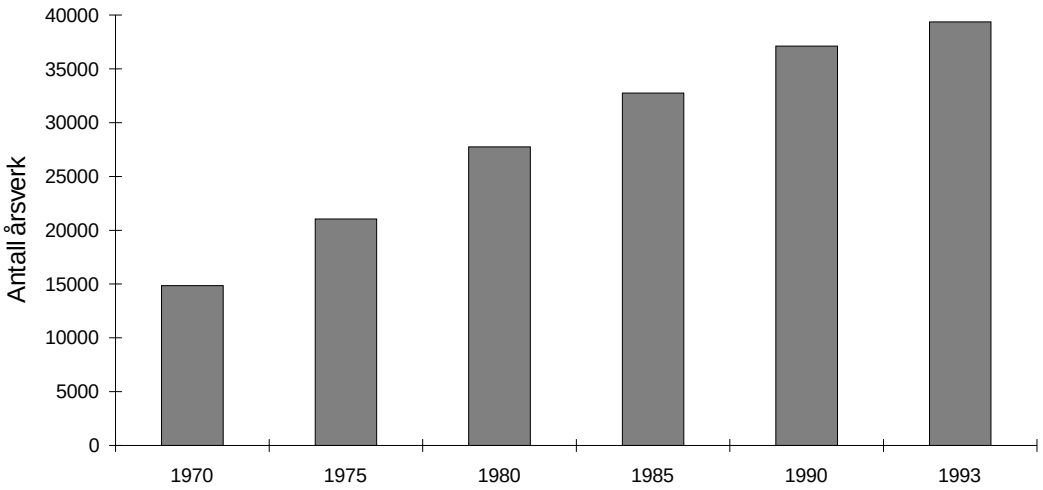


Figur 4.2 Institusjonsdekning (plasser pr. 100) for befolkningen 67 år + og 80 år + 1970–1995.

Kilde: Daatland (1994) og SSB (1996)

"" i Figur 4.2 viser dekningsgraden i forhold til personer over henholdsvis 67 og 80 år. Ved å sammenligne antall plasser i alders- og sykehjem med antall personer som er 80 år og eldre, ser en at dekningsgraden har sunket fra 36,4 plasser pr. 100 over 80 år i 1970 til 24,9 plasser pr. 100 i 1995. Tilsvarende tall for personer over 67 år viser at dekningsgraden er tilnærmet konstant i perioden.

Nedgangen i dekningsgraden i institusjonene må ses i sammenheng med at kommunene i større grad har satset på hjemmetjenestene, først og fremst hjemmesykepleie. Denne satsingen har vært kombinert med en betydelig utbygging av boliger tilrettelagt for eldre og funksjonshemmede. I 1994 var det 30 260 personer som bodde i boliger for eldre og funksjonshemmede. Dette var en økning på rundt 2 000 fra 1991. Om lag halvparten av økningen gjaldt personer over 79 år. Tall for 1994 og 1995 for tilsagn fra Husbanken til bygging av omsorgsboliger indikerer mer enn en fordobling av utbyggingstakten i forhold til tidligere år. Til tross for en prioritering av omsorgsboliger og hjemmetjenester, bruker kommunene fortsatt i gjennomsnitt over 70 pst. av sine samlede utgifter på omsorgstjenester til institusjonsdrift. Samtidig med nedgangen i dekningsgraden har tallet på enerom ved alders- og sykehjem økt, mens antall rom med to eller flere senger har gått ned. Det har også vært en kraftig økning i antallet årsverk i institusjonene. Se figur 4.3[2] .



Figur 4.3 Utviklingen i antall årsverk i institusjoner.
Kilde: Daatland (1994) og SSB (1996)

Utviklingen av en omfattende hjemmetjeneste har gjort at eldre med pleie- og omsorgsbehov har kunnet bli boende utenfor institusjon lenger enn før. Det har ført til at de som får institusjonsplass, gjennomgående har mer omfattende pleiebehov enn tidligere.

2. Antall årsverk fordelt på institusjonene og hjemmebasert omsorg er ikke tilgjengelige etter 1993.

Institusjoner for psykisk utviklingshemmede

Institusjonene for psykisk utviklingshemmede var fram til 1991 omfattet av sykehuslovens bestemmelser, og var en del av det fylkeskommunale ansvarsområdet innen helse- og sosialtjenesten. Institusjonene ble dermed finansiert på samme måte som de øvrige fylkeskommunale helseinstitusjoner. Kommunene har imidlertid hatt et ansvar for å bygge ut primære tjenester og tiltak for de psykisk utviklingshemmede på samme måte som for befolkningen for øvrig.

Det fylkeskommunale helsevernet for psykisk utviklingshemmede (HVPU) ble avviklet fra 1.1.91. Kommunene overtok samtidig ansvaret for alle mennesker innen denne gruppen. Det ble fra 1989 avsatt øremerkede midler til styrking av tjenestetilbudet til hjemmeboende psykisk utviklingshemmede som en forberedelse til gjennomføringen av reformen. Utgiftene for brukere av HVPU-institusjoner ble fra 1.1.91 overført til kommunene etter spesielle satser. Midlene ble fordelt mellom kommunene etter det antall brukere i HVPU som kommunene fikk ansvaret for. Fra 1992 har disse midlene vært fordelt gjennom inntektssystemet til kommunene.

Ulike boligtiltak

Som en mellomform mellom institusjonene og vanlige boliger er det i de senere årene bygget ut boliger med service (som også kan være heldøgns service), vernede boliger, bokollektiv for psykisk utviklingshemmede, tilrettelagte boliger for bevegelseshemmede mv. Det er også i betydelig grad bevilget statlige stimuleringstilskudd rettet mot omsorgsboliger. Omsorgsboliger er boliger som er tilrettelagt for heldøgns pleie- og omsorgstjenester. Tjenestene kan ytes fra personell tilknyttet boligen eller fra de ordinære hjemmetjenestene. Det er et kommunalt ansvar å utvikle slike varierte botilbud for eldre og funksjonshemmede. Ved overføring av ansvaret for de psykisk utviklingshemmede til kommunene er det også blitt et kommunalt ansvar å sørge for boliger til denne gruppen. Nedbyggingen av institusjoner for psykiatriske pasienter har gitt kommunene et større ansvar for boligtilbud også for denne gruppen.

Hjemmesykepleie

Retningslinjer for hjemmesykepleien som frivillig kommunal ordning ble fastsatt med virkning fra 1.1.1972. De fleste kommunene var tidlig ute med å etablere ordningen som opprinnelig hørte administrativt og budsjettmessig inn under sosialetaten i kommunene, men som i 1984 ble forankret i en ny lov ved innføringen av lov om helsetjenesten i kommunene. Finansieringsordningen var gunstig for kommunene. Fram til 1975 ble denne tjenesten finansiert med 75 pst. av godkjente utgifter over trygdebudsjettet og med 25 pst. av kommunene. I 1984 ble ordningen erstattet av to rammefinansieringssystem for hhv. helse- og sosialtjenesten i kommunene. Disse ble igjen innlemmet i det nye inntektssystemet fra 1986.

Kommunene har fram til 1991 ikke hatt anledning til å kreve brukerbetaling for hjemmesykepleie. Fra 1.10.91 ble det åpnet adgang til å kreve brukerbetaling også for hjemmesykepleie.

Hjelpeordninger for hjemmene

Hjelpeordningene har alltid vært kommunale oppgaver. De ble fram til 1984 finansiert dels av kommunene selv, dels ved en statlig refusjonsordning over statsbudsjettet, slik at kommunene og staten dekket 50 pst. hver av nettoutgiftene. På samme måte som for refusjonsordningene i hjemmesykepleien, falt også denne refusjonsor-

dningen bort fra 1.1.84 og ble først erstattet med en rammefinansieringsordning for sosialtjenesten i kommunen, og deretter det nye inntektssystemet fra 1986. Kommunen har selv alltid fastsatt satsene for brukerbetaling til hjemmehjelp, husmorvikartjeneste og andre hjelpeordninger for hjemmene, men som for hjemmesykepleien ble det i 1991 innført maksimalsatser for disse tjenestene. Kommunenes Sentralforbund har tidligere utarbeidet veiledende satser for egenbetaling for enkelte hjemmebaserte tjenester, men disse er nå avviklet. Det var et mindretall av kommunene som fulgte disse satsene, slik at det var store variasjoner i brukerbetaling fra kommune til kommune. Kommunene har i praksis utformet brukerbetalingsordninger for de hjemmebaserte tjenester som abonnementsordninger, timesatsordninger og kombinasjoner av abonnements- og timesatsordninger.

Fra og med 1994 ble det faste utgiftstaket for hjemmetjenester opphevet, og kommunen ble igjen fristilt i forhold til hva de kunne ta i egenbetaling. For 1994 ble det gitt veiledende retningslinjer for sosiale tjenester. Etter forskriften skal ikke brukerbetalingen settes høyere enn kommunens egne utgifter til angjeldende tjeneste (selvkost).

I 1994 benyttet nesten halvparten av kommunene seg av muligheten å til å kreve egenbetaling fra personer med inntekt under 2 G. Forskriften ble endret i 1995 ved at reglene for egenbetaling for hjemmetjenester skal inneholde skjerming av personer med inntekt under 2 G.

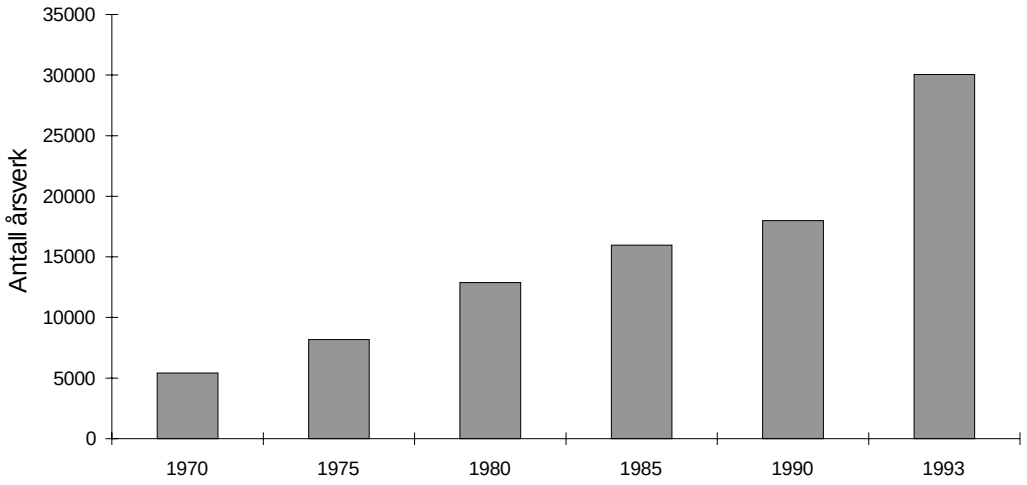
Det har siden 1970 til nå vært en sterk vekst både i tallet på brukere og antall utførte årsverk i hjemmetjenestene. Veksten i antall årsverk fra slutten av 1980-tallet må ses i sammenheng med at kommunene i større grad har satset på hjemmebaserte tjenester. Samtidig har det i denne perioden vært en jevn nedgang i antall brukere. I tabell 4.6 og "" i figur 4.4 er vist utviklingen i antall årsverk og antall brukere i hjemmebaserte tjenester.

Tabell 4.6: Antall brukere i de hjemmebaserte tjenester 1970–1995[1]

	1970	1980	1989	1992	1994	1995
Hjemmesykepleie	39 958	75 240	114 287	25 316	21 968	19 982
Hjemmehjelp	91 961	144 228	148 405	70 846	73 147	68 784
Begge tjenester				50 110	47 158	45 228
Totalt				146 272	142 354	134 574[2]

1) Til og med 1989 registreres antall brukere i løpet av året, mens tallene etter 1989 angir antall brukere pr. 31.12.
2) Mottakere av «andre hjemmetjenester» er skilt ut fra 1995. Antall mottakere: ca. 11 000. For 580 mottakere er type tjeneste uoppgitt. Totaltallet er derfor ikke i overensstemmelse med summen av oppgitte mottakere for de enkelte tjenester.

Kilde: SSB (1996)



Figur 4.4 Antall årsverk i åpen omsorg 1970-1993.
Kilde: Daatland (1994) og SSB (1996)

Den spesielle økningen i årsverkinnsatsen fra 1991–1992 på om lag 7 000 årsverk må først og fremst ses på bakgrunn av overføringen av ressurser fra fylkeskommunen til kommunen ved HVPU-reformen. Veksten fortsatte i 1993, dog i et mer moderat omfang med en økning på ca. 3 000 årsverk fra foregående år.

Mens hjemmetjenestene i 1970-årene og også for en stor del i 1980-årene ble spredt ut til mange brukere, synes fordelingen av tjenestene nå å bli mer konsentrert til personer med mer omfattende omsorgsbehov. Stadig flere kommuner etablerer døgntilbud i de hjemmebaserte tjenestene.

I de senere årene har en rekke andre tjenester og tiltak for hjemmeboende eldre og funksjonshemmede blitt utviklet. Dette gjelder tiltak som f.eks. matdistribusjon, ambulerende vaktmestertjenester, rengjøringspatruljer, alarmtjenester og avlastningstiltak for pårørende. En særskilt posisjon har eldresentrene som organiserer en rekke tjenester og dessuten er et aktivitetssenter for eldre. For funksjonshemmede – gjerne yngre mennesker med et hjelpebehov – er det i tillegg utviklet tiltak som f.eks. støttekontakter, transporttjenester og dagsentra.

4.4 PRIVAT OMSORG

Privat omsorg kan deles i to grupper:

- uformell omsorg – dvs. hjelp fra familie, slektninger, venner og naboer som i hovedsak ikke er betalt.
- formell privat hjelp – dvs. privat leid hjelp som er betalt.

Det er også grunn til å skille mellom omsorg som ytes til personer i samme hushold – omsorg i husholdet – og omsorg som ytes til personer i andre hushold – omsorg utenfor husholdet. Her drøftes ikke den delen av de offentlige tjenester som utføres

av private, f.eks. ved at organisasjoner, menigheter og andre driver sykehjem for kommunens regning.

Gjærevoll-utvalget, NOU 1992:1, gav en omfattende oversikt over den uformelle omsorgen. Utvalget vil vise til denne, men vil her trekke fram en del forhold som er av særlig interesse i forbindelse med behovet for pleie- og omsorgstjenester framover, og brukerbetalingens rolle i den sammenheng.

Den private uformelle omsorgen er større enn den offentlige omsorgen

Det er svært vanskelig å tallfeste omfanget av uformell omsorg. Den praktiseres i den private sfære, og det samles naturlig nok ikke inn løpende statistikk rundt denne type omsorg. Ivar Brevik har på bakgrunn av helseundersøkelsen 1985 beregnet omfanget av uformell omsorg i forhold til den offentlige omsorgen for personer over 67 år. Han finner at den private uformelle omsorgen i antall årsverk er større enn den offentlige omsorgen. Den uformelle omsorgen er beregnet til 49 000 årsverk, mens den offentlige omsorgen er anslått til ca. 43 000 årsverk. Spesielt når det gjelder den uformelle omsorgen er dette et svært grovt anslag, men det sier noe om hvor viktig den uformelle omsorgen er for å ivareta de eldres omsorgsbehov.

Tidsnyttingsundersøkelsen 1990 tyder på at den uformelle omsorgen for eldre, syke og funksjonshemmede gitt av voksne 16–79 år, utgjør om lag 118 000 årsverk. Det er langt over det dobbelte av den offentlig omsorgen på det tidspunktet. De ulike resultatene fra de to undersøkelsene skyldes bl.a. at helseundersøkelsen bare registrerer den omsorgen eldre med sykdom, skade eller funksjonshemming mottar, mens tidsnyttingsundersøkelsen registrerer alt uformelt omsorgsarbeid gitt av voksne 16–79 år, også omsorg for relativt friske og selvhjulpne eldre og for yngre og middelaldrende funksjonshemmede. Det er også forskjell på hvilken type hjelp som registreres i de to undersøkelsene og hvem som har gitt opplysningen.

Selv om en kommer fram til ulike resultater avhengig av ulik metode, er hovedpoenget at den uformelle omsorgen er en ressurs som er avgjørende for å klare pleie- og omsorgsoppgavene også i årene framover.

Den uformelle omsorgen er omsorg i husholdet

Av de 49 000 årsverkene uformell omsorg kommer nesten 41 000 årsverk fra personer innenfor samme hushold. Bare 8 000 årsverk kommer fra personer utenfor husholdet. Dette betyr at den private uformelle omsorgen i all hovedsak er en husholdsomsorg. Eldre som bor alene mottar bare ca. 10 pst. av den private uformelle omsorgen. Tidligere har den uformelle omsorgen gjennom den omsorgstrengendes sosiale nettverk utenfor husholdet blitt tillagt betydelig vekt i den offentlige debatt. Det er altså grunn til å tone ned betydningen av omsorg utenfor husholdet. Dette betyr imidlertid ikke at det denne omsorgen er uten betydning.

Dette har klare implikasjoner for det framtidige behovet for pleie- og omsorgstjenester. I avsn. 7.2 framgår det at antall enslige eldre vil øke sterkt i årene framover. Dette kan bety at potensialet for uformell omsorg trolig vil bli redusert tilsvarende.

Den formelle private hjelp

Det finnes lite statistikk på omfanget av privat leid hjelp til pleie- og omsorgsarbeid. I levekårsundersøkelsen fra 1987 framgår det likevel at 13 pst. av de eldre leier privat hjelp til rengjøring. Med stadig bedre økonomi blant de eldre kan nok slik hjelp få et større omfang i framtida.

Olsen og Solem (1992) viser at en del brukere frasier seg abonnement på hjemmehjelp på grunn av lite behov og høy brukerbetaling. De antyder at en del av disse går over til privat leid hjelp.

Offentlig og privat omsorg – enten/eller?

En populær oppfatning har vært at den private uformelle omsorgen faller bort når brukeren får tilbud om offentlig omsorg, eller at den sterke utbyggingen av offentlig omsorg har redusert viljen fra pårørende til å påta seg omsorgsoppgaver. Det er lite som tyder på at disse oppfatningene er riktige.

Supplementsteorien (Lingsom, 1992, Daatland, 1991) hevder at det private og det offentlige omsorgssystemet står i et gjensidig avhengighetsforhold til hverandre. Det offentlige hjelpesystemet baserer seg i stor grad på innsatsen i den uformelle omsorgen. Samtidig avlaster offentlig omsorg de private hjelperne, utfyller og støtter opp under deres ytelser. I noen tilfeller belastes det uformelle omsorgsapparat imidlertid for sterkt i mangel av offentlige tilbud som f.eks. sykehjemsplasser. Dette kan medføre at det uformelle omsorgsapparatet bryter sammen og ikke klarer mer. I slike tilfeller må det offentlige overta hele ansvaret, noe som kunne vært unngått ved et bedre samarbeid i utgangspunktet. Der den uformelle omsorgen er svak eller helt fraværende, blir den erstattet av offentlig omsorg, men ellers er det snarere tale om at de to omsorgssystemene supplerer hverandre.

Det synes imidlertid å skje en endring i den uformelle omsorgen der det offentlige i større grad tar seg av det mer rutinepregede husarbeidet. De uformelle omsorgsgiverne gir i større grad «omtankeomsorg». Denne opprettholdes selv om kvinnene øker sin innsats i lønnet arbeid. Det at de hjemmebaserte tjenestene overtar oppgaver som f.eks. rengjøring, medfører også at kvinnene blir avlastet, da det er de som tradisjonelt har hovedansvaret for slike oppgaver.

4.5 FINANSIERINGSSYSTEMER I ANDRE LAND

Innledning

I dette avsnittet gis en kort gjennomgang av enkelte trekk ved ulike lands finansierings- og brukerbetalingssystemer innen pleie- og omsorgstjenesten. Avslutningsvis pekes et på noen utviklingstrekk og forskjeller innen OECD.

Danmark

I Danmark ble det i 1979 nedsatt en kommisjon som skulle foreta en bred gjenomgang av eldrepolitikken. Kommisjonen avga i 1982 sin innstilling som bygget på følgende tre prinsipper for utvikling av eldreomsorgen:

- Kontinuitet i omsorgen; det skulle bl.a. ikke være nødvendig å flytte for å få den omsorg som er nødvendig
- Selvbestemmelse; de eldre skulle i større grad få innflytelse over sin egen hverdag
- Egenomsorg; eldreomsorgen skulle legges opp slik at den enkeltes evne til egenomsorg ble opprettholdt og stimulert.

For å virkeliggjøre disse prinsippene, vedtok Folketinget i 1987:

- Stopp i tradisjonell sykehjemsutbygging, i stedet satsing på tilrettelagte boliger
- Permanent hjemmehjelp ble gjort gratis
- Prøveordning med ny betalingsordning for gjenværende sykehjem

Tanken bak disse reformene var å satse på hjemmehjelp og hjemmesykepleie slik at flest mulig eldre skulle kunne bli boende i sine egne hjem, eller spesielt tilrettelagte boliger der omsorgsinnsatsen kunne økes etter hvert som det var behov for det, uten at den eldre måtte flytte. Det var også en økt bevissthet omkring den institusjonalisering som foregikk i sykehjemmene. Denne medførte at de eldre ble «avlært» funksjoner som de kunne ha opprettholdt ved andre holdninger hos de ansatte. Omsorgen ble på denne måten både unødvendig kostbar samtidig som den passiviserte de eldre i unødig grad. Økt satsing på tilrettelagte boliger og hjemmebaserte tjenester kunne bli billigere og gi de eldre et mer verdig liv.

Den nye betalingsordningen ble innført som en prøveordning der det ble gitt mulighet for å gå bort fra prinsippet om avkorting av pensjon for beboere i sykehjem. I de sykehjem som var med på prøveordningen, skulle beboerne i stedet få utbetalt sin pensjon og betale husleie og den service beboeren mottok fra sykehjemmet.

Tanken bak reformen var å gjøre tilværelsen ved sykehjemmene mest mulig lik den de eldre er vant til fra sine egne hjem. Rommet på sykehjemmet skal være beboerens bolig med de rettigheter og plikter dette medfører. Personalet skal ikke overta ansvaret for den enkeltes liv, helse eller trivsel. Beboeren skal så langt som mulig bestemme hvilket tilbud han eller hun ønsker. På den måten får beboerne større innflytelse på driften av sykehjemmene. Det må understrekes at pleie og omsorg er gratis også i sykehjemmene, på lik linje med de hjemmebaserte tjenestene.

Kommunene har stor frihet til å praktisere ordningen ut fra egne behov. De ordninger som er etablert, kan i hovedsak grupperes i følgende grupper:

Stor valgfrihet; Alle ytelser som det skal betales for, blir priset. Beboerne kan deretter velge hvilke ytelser de ønsker, og dermed må betale for. Alle må betale husleie, lys, vann og varme. Eksempler på ytelser som kan inngå i servicen er: Innboforsikring, TV-lisens, frokost, middag, kveldsmat, kaffe, tøyvask, leie av håndklær, frisør, fotpleie, klær og medisin.

Begrenset service; Noen sykehjem har kuttet ned på tilbudet slik at beboerne selv f.eks. får ansvaret for å skaffe og betale sin egen medisin. Andre ytelser som er kuttet ut på enkelte sykehjem er fotpleie, frisør, tannlege mv.

Enten/eller-ordninger; En stor del av de ytelsene som ikke er obligatoriske, blir samlet i en servicepakke som beboerne kan velge å benytte eller velge bort.

Utvidet obligatorisk tilbud; Disse ordningene karakteriseres ved at en stor del av ytelsene er gjort obligatoriske og bare enkelte ytelser er valgfrie. Disse ordningene bryter altså i noen grad med målsettingene for reformen.

Mens det var til dels stor motstand mot betalingsreformen før den ble innført, er både beboere, ansatte og pårørende etter hvert mer positive til reformen. I evalueringer som ble gjort i prøveperioden, er det bl.a. rapportert om følgende virkninger av ordningen:

- Sykehjemmene har i stor grad endret sine tilbud ut fra etterspørselen fra de eldre. Beboerne har på denne måten fått større innflytelse på sykehjemmets tilbud.
- Tilbudet i sykehjemmene er blitt mer fleksibelt. Dette gjelder f.eks. spisetidspunkter og valg av meny.
- De eldre velger aktivt mellom de tilbud sykehjemmene har. Dette gjelder særlig de nye beboerne som etter hvert tar den nye ordningen som en selvfølge.
- Personalet er i større grad blitt rådgivere for beboerne i forhold til de valg beboerne er forutsatt å foreta i den nye ordningen. Personalets arbeidsoppgaver er også endret på andre områder, men det er ikke hittil rapportert om redusert behov for personale som følge av reformen.

– Ved noen sykehjem er det rapportert at de eldre og de pårørende påtar seg flere oppgaver enn tidligere.
– Noen sykehjem rapporterer om økte administrative kostnader i forbindelse med den nye ordningen.

Brukerorganisasjonene har vært pådrivere i gjennomføring av ny betalingsordning for sykehjem. De er i hovedsak positive til ordningen, men mener at forskjellene i betaling er for store mellom kommunene i Danmark. De mener også at det går for seint å realisere målsettingene om større valgfrihet. For mange sykehjem tilbyr framdeles bare en eller noen få «standardpakker».

Erfaringene fra prøveordningene var så positive at ordningen ble innført som obligatorisk ordning fra 1.1.95.

Sverige

Sverige har i utgangspunktet hatt få sentralt fastsatte regler for brukerbetaling for pleie- og omsorgstjenester. Det er åpnet adgang for kommunene til selv å fastlegge betalingssystem og skjermingsordning. Det er imidlertid forutsatt at:
– brukerbetalingen ikke overstiger selvkost
– brukeren har et rimelig beløp tilbake for sitt livsopphold når brukerbetalingen er betalt.

Brukerbetaling for opphold i sykehjem, serviceboliger, gruppeboliger mv., er basert på utgifter til kost, lønn og pleie, og beregnes som en prosentdel av de samlede driftsutgifter. Brukerbetalingen varierer sterkt mellom kommunene.

Det tas betaling både for hjemmehjelp og hjemmesykepleie. Brukerbetalingen er avhengig av den enkeltes inntekt og hjelpens omfang.

Den offentlig debatt om brukerbetaling dreier seg nå i stor grad om hvordan en skal sikre den enkelte mot uforholdsmessig høye samlede kostnader til helse- og sosialtjenester. En har imidlertid ikke funnet noen god løsning på problemet.

De dominerende kommunale utfordringer i Sverige er å:
– dekke behovene for pleie og omsorg for stadig flere eldre, som har et tiltakende gjennomsnittlig pleiebehov
– tilfredsstille kravene om bedre service
– redusere utgiftsnivået i kommunesektoren på grunn av en stram økonomisk situasjon

Det betraktes som nødvendig å oppnå betydelige effektiviseringsgevinster i kommunesektoren også innenfor pleie- og omsorgstjenestene. Det synes å være forholdsvis bred enighet om at løsningene på disse problemer ligger i utvikling av nye driftsformer. Interessen ved slike reformer er særlig knyttet til bestiller/utfører-modellen, konkurranseutsetting av oppgaver, samt innføring av en viss grad av valgfrihet for brukerne. Bestiller/utfører-modellen består i at man innfører et organisasjonsmessig skille mellom de offentlige ansatte som på vegne av de folkevalgte skal bestille tjenester, bestilleren, og de offentlig ansatte som skal utføre tjenestene, utførerne. Bestillerne er de som skal utrede saker og fremme forslag til løsninger overfor folkevalgte. Når folkevalgte har fattet vedtak, skal de sørge for at vedtakene blir gjennomført og kontrollere at gjennomføringen er i tråd med vedtakene såvel med hensyn til tjenestenes kvalitet som omfang og økonomi. Utførerne skal på sin side utføre de tjenester som er vedtatt i henhold til vedtakene. Et slik opplegg kan virke byråkratisk, men man unngår sammenblanding mellom rådgivning av folkevalgte og spesielt tilsyn med at folkevalgte vedtak følges, og den faktiske gjennomføring av slike vedtak.

I Sverige prøves denne modellen gjerne ut i kombinasjon med konkurranseutsetting. Med dette menes at gjennomføringen av en tjenestetype settes bort på anbud til en offentlige eller privat driftsenhet, som er i stand til å produsere tjenestene overensstemmende med det folkevalgte vedtak. Jf. vedlegg 1 for mer om bestiller/utfører-modellen og konkurranseutsetting.

Under illustreres situasjonen med eksempler fra et par kommuner i Stockholmsområdet som viser ulikhetene i ordningene.

I tabell 4.7 er det gitt en oversikt over avgifter for ulike hjemmetjenester i *Danderyds kommun*. Kommunen har ca. 29 000 innbyggere. 522 husholdninger får hjemmetjenester, hvorav 407 eller 78 pst. av kommunalt ansatte og 115 av private hjelpere. Sosialstyret fatter vedtak om hjelpebehov for den enkelte bruker og tildeler en såkalt verdisjekk som tilsvarte det tildelte antall timer. Eksempelvis kr 425 for inntil 5 timer pr. måned. Den enkelte bruker fikk dermed valgfrihet til å velge omsorgsutøver. Private omsorgsutøvere må ha «autorisasjon» av kommunen. Tabellen gir bare et utdrag av satsene.

Tabell 4.7: Avgifter for hjelpetjenester i Danderyds kommun – 1996.

Hjemmehjelp, pleienivå 1	1–5 timer pr. måned	Skr. 425
Hjemmehjelp, pleienivå 2	6–18 timer pr. måned	Skr. 485
Hjemmehjelp, pleienivå 3	19–34 timer pr. måned	Skr. 605
Hjemmehjelp, pleienivå 4	35–60 timer pr. måned	Skr. 725
Hjemmehjelp, pleienivå 5	61–99 timer pr. måned	Skr. 845
Hjemmehjelp, pleienivå 6	mer enn 99 timer pr. måned	Skr. 970
Trygghetsalarm	pr. måned	Skr. 190
Matdistribusjon med frakt	pr. måltid	Skr. 35
Avløsning	pr. døgn	Skr. 125

Kilde: Boris von Uexküll, Danderyds socialnämnd, september 1996

I *Täby kommun* er det lagt inn en skjermingsordning, slik at brukeren skal ha et beløp igjen til «personlig forbruk» når avgift er betalt. Dette beløp (förehållsbeloppet) skal dekke kostnader til fotpleie, frisør, private forbruksartikler, tannpleie, legemidler m.m. Beløpet er for 1995 Skr. 4 000 pr. måned for enslige og Skr. 6 850 pr. måned for ektepar. Sosialstyret kan justere beløpet i spesielle tilfeller der brukeren har kapitalinntekter eller lignende som overstiger Skr. 100 000. Tabell 4.8 viser avgifter for hjemmehjelp i Täby kommun.

Tabell 4.8: Avgifter for hjemmehjelp i Täby kommun 1995.

Pleienivå 1	1 gang pr. måned	Skr. 275
Pleienivå 2	2 ganger pr. måned	Skr. 525
Pleienivå 3	3 eller flere ganger pr. måned, mandag–fredag, dagtid	Skr. 650
Pleienivå 4	3 eller flere ganger pr. måned, mandag–søndag, kveld og natt, lørdag–søndag, dagtid	Skr. 800

Kilde: Täby kommun, Kommunstaben, 1995, utdrag av «prisliste»

Betalingssystemet for langtidsopphold i sykehjem, aldershjem og bokollektiv (gruppboende) i Täby kommun er utformet med skjermingsordninger slik at den enkelte bruker skal beholde et bestemt beløp (förehållsbelopp) igjen, som skal utgjøre 40 pst. av folkpensjonen og pensjonsinnskudd, dvs. et beløp på Skr. 1 750 i 1995. Av beløp utover folkepensjon og pensjonsinnskudd (Skr. 4 417) beholder brukeren 20 pst.

Finland

Finland har en egen lov om brukerbetaling innenfor helse- og sosialtjenesten. Loven og forskriftene gir nasjonale retningslinjer og maksimumssatser for egenbetaling innenfor de fleste områder.

Hjemmesykepleie er gratis. Betaling for hjemmehjelp fastsettes ut fra hjelpens omfang, inntekt og familiens størrelse. Staten fastsetter maksimumsgrenser. Betalingen fastsettes som en prosent av den månedsinntekt som overskrider fastsatte inntektsgrenser. Betalingsprosent og inntektsgrenser varierer med antall personer i den aktuelle husholdningen.

I sykehjem er brukerbetalingen høyst 80 pst. av pasientens månedsinntekt. Pasienten skal likevel ha et fastsatt minimumsbeløp til personlig forbruk. Dette beløpet tilsvarer «folkpensjonens basdel». Korttidsopphold betales med høyst 115 FIM pr. døgn, dag eller nattopphold betales med høyst 58 FIM pr. døgn. For rehabiliteringsopphold betales det høyst 20 FIM pr. døgn. Prisen på rehabiliteringsopphold er satt lavt for at prisen ikke skal få brukere til å avstå fra en tjeneste som gir samfunnsmessige gevinster i form av større evne til egenomsorg.

Nederland

Det nederlandske system for finansiering av helse- og sosialtjenester er helt forskjellig fra det som er beskrevet for de nordiske land. I Nederland skjer finansieringen ved en kombinasjon tvungne (lovpålagte) og frivillige forsikringsordninger. Også i Nederland øker andelen eldre og finansieringsutfordringene er betydelige.

Forsikringssystemet er todelt. Den ene forsikringsordning, AWBZ, dekker alle borgere og gjelder behandling og pleie som strekker seg utover ett år. Ordningen omfatter alders- og sykehjemstjenester, hjemmesykepleie, hjemmehjelp, opphold i psykiatrisk eller somatisk sykehus mv.

Den andre forsikringsordningen, ZFW, er obligatorisk for lønnsmottakere og trygdemottakere med inntekter under et visst minstenivå. Den omfatter 70 pst. av befolkningen og gjelder legetjenester utenfor og innenfor sykehus (kortere liggetid enn ett år), jordmortjenester, medisiner, syketransport osv. Den resterende del av befolkningen må enten dekke utgiftene privat eller tegne egne forsikringsordninger.

Sammenligning med norske forhold er vanskelig. En av årsakene til det er at pleie og omsorg for eldre og funksjonshemmede i Norge er en kommunal oppgave, mens institusjonshelsetjenester er en fylkeskommunal ordning. I Nederland er de kommunale oppgaver begrenset til tjenester for funksjonshemmede, distribusjon av middagsmat, alarmtjeneste, aktivitetstjenester for eldre, transporttjenester mv. Hjelpetjenester for hjemmeboende og institusjonsbeboere drives av selveiende institusjoner, fondsdrevne virksomheter, foreninger, mv. Virksomhetene er gjerne knyttet opp mot det som omtales som de «de tre søyler»:

– katolske institusjoner,
– protestantiske institusjoner og
– andre institusjoner basert på humanistisk eller sosialdemokratisk ideologi.

Hjemmesykepleie er gratis. For hjemmehjelpstjenester betales et abonnementsbeløp, som er inntektsavhengig, men som maksimalt kan bestå i 10 nederlandske gylden pr. time , dvs. ca. kr. 40. I eldreboligene har brukeren eget rom med eget kjøkken og må betale alt selv. Utgiftene til sykehjem dekkes av den forsikringsordningen som gjelder alle innbyggere (AWBZ). Det arbeides for å få til en overgang til flere enerom i sykehjem.

I Nederland synes man å ha den «klassiske erfaring» fra bruk av forsikringsordninger innen helsevesenet, når betalingen for tjenesten går direkte fra forsikringsselskap til tjenesteutøver uten at brukeren kjenner kostnadene. Det kan føre til kostnadspress som kan bidra til at selskapene øker premiene. Det arbeides i Nederland med å synliggjøre helse- og omsorgskostnadene.

En konsekvens av at de offentlige myndigheter ikke selv er tjenesteutøvere, er at de er mer opptatt av kvaliteten på tjenestene og brukerens rettigheter. Det betyr at myndighetene til en viss grad kan sies å spille samme rolle som bestilleren i bestiller/utfører-modellen. I midten av 1990-årene er det innført nye lover om kvalitetskrav og resultatoppfølging ved helseinstitusjoner, pasient- eller brukerbeskyttelse, klagerettigheter, brukermedvirkning (om opprettelse av pasientråd mv.). Institusjoner som ikke oppfyller kvalitetskravene blir utsatt for sanksjoner og kan bli stengt.

Generelt om OECD-landene

Innen OECD-området synes det å være et gjennomgående problem at pleie og omsorg for eldre og funksjonshemmede representerer et økende finansieringsproblem ved at en stadig større relativ del av befolkningen blir eldre, samtidig som ulike pensjonsordninger gir relativt bedre økonomi til denne delen av befolkningen. Samtidig synes det å være et gjennomgående problem at kvaliteten på pleie- og omsorgstiltakene er for lav ut fra de krav man vil stille i dag (OECD, 1996).

De forskjellige OECD-land har valgt forskjellige løsninger for å kunne imøtekomme behovene for langtidsomsorg for eldre og funksjonshemmede. Forskjellene mellom landene gjør det vanskelig eller umulig å klassifisere de ulike nasjonale løsninger i et lite antall «modeller» for finansiering og brukerbetaling. De enkelte land gjennomfører også reformer i sine ordninger over tid, slik at det samlede bilde er lite stabilt.

Det går imidlertid et hovedskille mellom land som finansierer disse utgifter ved tvungne forsikringssystemer, og land som dekker utgiftene ved de generelle skatteinntekter. Hvorvidt et land bruker «forsikringsløsningen» eller «skatteløsningen» synes å ha konsekvenser særlig for finansiering av institusjoner for langtidsopphold der det er et forholdsvis betydelig innslag av helsetjenester, dvs. tilsvarende norske sykehjem. «Forsikringsløsningen» synes stort sett å innebære at det er lagt til grunn et privat betalingsansvar for boutgiftene.

En annen forskjell er at det bare er i de nordiske land man finner en relativt sterk kommunal sektor, og det kan både være årsak til og forårsaket av det sterke engasjementet innen pleie- og omsorgsarbeidet. De nordiske land, sammen med Nederland, representerer for øvrig i henhold til OECD-rapporten høystandardland.

Ulike former for hjemmetjenester blir i de fleste tilfeller dekket via skattesystemet. I OECD-landene brukes skattesystemet til finansiering av helsetjenester, sosialtjenester og inntektsoverføringer i forbindelse med langtidsomsorg for eldre og funksjonshemmede.

KAPITTEL 5

Dagens finansierings- og brukerbetalingsordninger

5.1 INSTITUSJONSTJENESTER

5.1.1 Generelt

Fram til 1.1.88 fikk beboerne i sykehjem avkortet sine trygdeytelser som brukerbetaling. Fra 1.1.88 ble også brukerbetalingsordningen ved opphold i somatiske sykehjem endret slik at det i dag er samme ordning som for aldershjem. Brukerbetalingen ble da lagt om fra indirekte betaling (avkorting av trygdeytelser) til direkte betaling, og i motsetning til tidligere skulle formue ikke lenger inngå i beregningsgrunnlaget.

Sosial- og helsedepartementet har med hjemmel i khl. § 2–3 annet ledd, jf. 6–9 og sotjl. § 11–2 annet ledd fastsatt forskrift om vederlag for opphold i institusjon mv. (vederlagsforskriften for institusjoner av 26.04.95). Forskriften regulerer vederlagsbetaling for opphold i institusjoner for rusmiddelmisbrukere og boliger med heldøgns omsorgstjenester som nevnt i lov om sosiale tjenester § 7–1 og 7–5 og sykehjem og boform med heldøgns omsorg og pleie i medhold av lov om helsetjenesten i kommunene § 1–3.

Vederlagsforskriften for institusjoner skiller mellom langtids- og korttidsopphold. Når tilbud om institusjonsplass gis, må kommunen bestemme om tilbudet er korttids- eller langtidsopphold. Skillet har først og fremst betydning ved fastsetting av vederlagets størrelse. Hvis beboeren får tilbud om langtidsopphold, skal vederlag betales fra og med andre måned etter innflyttingsmåneden. Beboeren får da rett til minst en betalingsfri måned. Gis tilbud om korttidsopphold kan det derimot tas betaling fra første dag. Har en beboer hatt flere korttidsopphold som til sammen overstiger 60 døgn pr. kalenderår, kan kommunen kreve at vedkommende betaler samme vederlag som for langtidsopphold.

Prinsippene for vederlagsbetaling er forskjellige for kort- og langtidsopphold. For langtidsopphold er brukerbetalingen inntektsgradert. For korttidsopphold betaler alle en sentralt fastsatt døgnpris uavhengig av inntekt (§ 4).

5.1.2 Vederlagsberegningen ved langtidsopphold

Kommunen kan av inntekter inntil folketrygdens grunnbeløp, fratrukket et fribeløp på 6 000 kroner, kreve inntil 75 pst. årlig. Av inntekter utover folketrygdens grunnbeløp betales inntil 85 pst. årlig. Fribeløpet som skulle hindre at de nye betalingsreglene som ble innført 1. januar 1988 virket skjerpende i forhold til reglene som gjaldt fram til denne dato, har ikke blitt endret siden det ble innført.

Kommunens adgang til å kreve vederlag er begrenset (forskriftens § 3). For det første må vederlaget ikke overstige de reelle oppholdsutgiftene (driftsbudsjett delt på antall plasser). Kapitalutgiftene kan ikke tas med i denne beregningen.

For det andre begrenses adgangen til å kreve vederlag ved at alle beboere skal være sikret minst 25 pst. av inntekter inntil grunnbeløpet (dvs. 10 250 kroner), 75 pst. av fribeløpet på 6 000 kroner og 15 pst. av inntekter utover grunnbeløpet til eget forbruk. Alle er derfor sikret minst 14 750 kroner til eget forbruk. For visse grupper er det ved særlov gitt bestemmelser om minsteytelse ved opphold i institusjon. For enslig krigspensjonist eller enke etter krigspensjonist skal det utbetales en så stor del

av krigspensjonene at den sammen med andre pensjons- og trygdeytelser svarer til 37 pst. av full krigspensjon.

Det er inntektene i innflyttingsåret som skal legges til grunn når vederlaget fastsettes. Dersom beboeren har fellesinntekt med ektefelle, skal halvparten av denne regnes inn i beregningsgrunnlaget. Hva som regnes som inntekt i denne sammenheng er definert i forskriften (§ 3). Som inntekt regnes årets nettoinntekter på grunnlag av pensjon, andre løpende trygdeytelser, arbeidsinntekt, næringsinntekt, leieinntekt, renter og annen avkastning på formue, etter fradrag av skatt og gjeldsrenter. Retten til hjelpestønad bortfaller ved innleggelse i institusjon og grunnstønad skal ikke regnes som inntekt.

For det tredje skal det gjøres fradrag i beregningsgrunnlaget hvis den som oppholder seg i institusjon har hjemmeboende ektefelle eller mindreårige barn, eller helt eller delvis forsørger barn over 18 år. Begrunnelsen er at disse skal være sikret et rimelig økonomisk grunnlag. Fradraget skal minst tilsvare de pensjonsytelser før skatt og gjeldsrenter ektefelle/barn ville ha fått fra folketrygden, dersom institusjonsbeboer var død. Ved beregning av fradraget skal brutto pensjonene før skatt reduseres krone for krone mot hjemmeboendes arbeidsinntekter og egne pensjoner fra folketrygden.

Hvis beboer i tillegg til folketrygdens pensjoner har andre offentlige eller private pensjonsinnretninger, skal det gjøres fradrag med et beløp tilsvarende 50 pst. av disse pensjonene før skatt. Fradraget som fastsettes i forskriften er et minimumsfradrag. Kommunen kan i det enkelte tilfellet, dersom omstendighetene tilsier det, fastsette et høyere fradrag. Forskriften gir i tillegg hjemmel for at kommunen kan fastsette fradrag i beregningsgrunnlaget etter skjønn når det er rimelig ut fra vedkommendes inntekt og forholdene for øvrig. Eksempel på slike fradrag er fradrag for boutgifter i 6 måneder for å slippe å selge boligen umiddelbart etter innleggelse på grunn av økonomiske problemer, eventuelt fradrag utover 6 måneder når det er en forutsetning at beboer skal flytte tilbake til hjemmet etter oppholdet, og fradrag for vedlikeholdsutgifter på egen bolig, pålagt restskatt og faste kommunale avgifter mv.

Forskriften (§ 7) regulerer hvilke tjenester som skal omfattes av vederlaget. Vederlaget skal omfatte kost, losji, nødvendig tannbehandling, medisiner mv., samt helsetjenester som kommunen organiserer etter lov om helsetjenesten i kommunen (§ 1–3 andre ledd). Vederlaget skal bidra til å dekke nødvendig forbruk av nevnte tjenester for alle, uten at det differensieres etter forbruk for den enkelte beboer.

Eksempler på vederlagsberegning

Eksempel 1.

Beboer antas å ha en tilleggspensjon på 4 500 kroner pr. mnd. Beboeren har ikke ektefelle eller barn. Folketrygdens grunnbeløp (G) er 41 000 kroner, og utgjør 3 417 kroner pr. mnd. Videre antas det at beboer trekkes 1 000 kroner pr. mnd. i skatt.

Tabell 5.1:

Inntekt:	
Grunnpensjon	kr 41 000
Tilleggspensjon	kr 54 000
Samlet inntekt pr. år.	kr 95 000

Tabell 5.1:

– Skatt	kr 12 000
Netto inntekt	kr 83 000
Beboer skal betale:	
75 % av grunnbeløpet fratrukket fribeløp (41 000 – 6 000)*0,75	kr 26 250
85 % av overskytende (83 000 – 41 000)*0,85	kr 35 700
Sum å betale for oppholdet	kr 61 950
Pr. mnd. skal beboer betale	kr 5 163
Beboer skal som et minimum sitte igjen med:	
Fribeløp	kr 6 000
25 % av grunnbeløpet fratrukket fribeløp (41 000 – 6 000)*0,25	kr 8 750
15 % av overskytende (83 000 – 41 000)*0,15	kr 6 300
Sum til egen disposisjon	kr 21 050
Pr. mnd. til disposisjon	kr 1 754

Eksempel 2.

Beboeren forsørger hjemmeboende ektefelle over 67 år. Hjemmeboende har opptjent egen tilleggspensjon på kr 2 000 pr. mnd. Det antas at beboer har samme pensjonsgrunnlag som i forrige eksempel.

Tabell 5.2:

Inntektsgrunnlaget:	
Beboers pensjonsytelser	kr 95 000
– Skatt	kr 12 000
Beboers nettoinntekt	kr 83 000
Fradrag for hjemmeboende ektefelle:	
Alderspensjon med etterlattefordeler 41 000 + (54 000 + 24 000)*0,55	kr 83 900
– Hjemmeboendes alderspensjon 41 000 + 24 000	kr 65 000
Fradrag i beboers inntekt	kr 18 900
Beboers beregningsgrunnlag 83 000 – 18 900	kr 64 100
Beboer skal betale:	
75 % av grunnbeløpet fratrukket fribeløpet (41 000 – 6 000)*0,75	kr 26 250
85 % av overskytende (64 100 – 41 000)*0,85	kr 19 635
Sum å betale for oppholdet	kr 45 885
Pr. mnd.	kr 3 824
Beboer skal som et minimum sitte igjen med:	
Fribeløp	kr 6 000

Tabell 5.2:

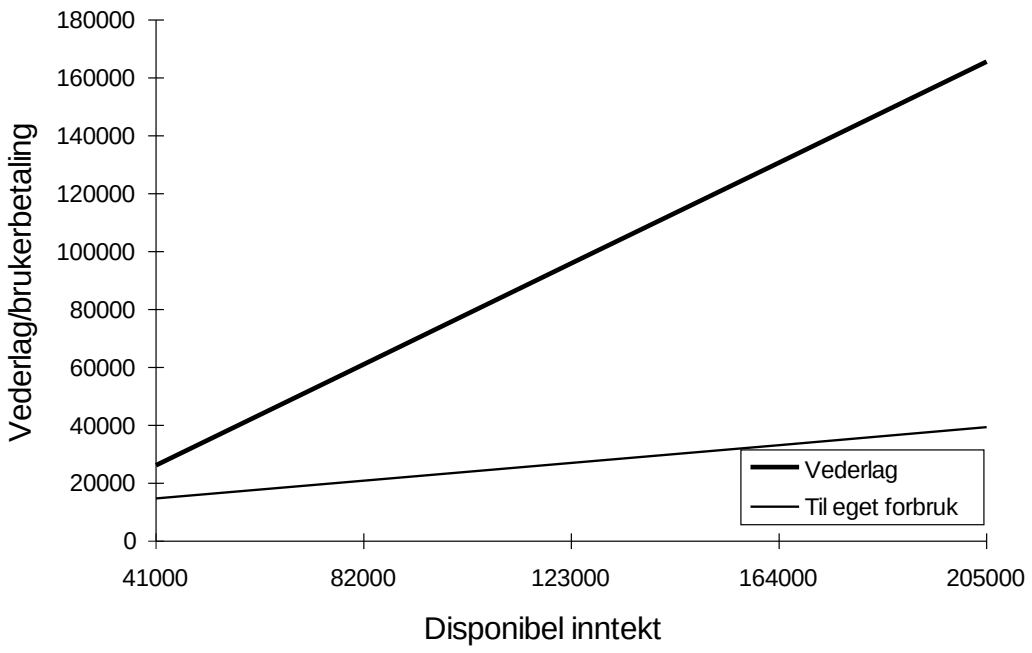
25 % av grunnbeløpet fratrukket fribeløp (41 000 – 6 000)*0,25	kr 8 750
15 % av overskytende (64 100 – 41 000)*0,15	kr 3 465
Sum til egen disposisjon	kr 18 215
Pr. mnd. til disposisjon	kr 1 518

Eksempel på vederlagberegning fremgår av boks 5.1. I beregningen av fradraget skal kr 18 900 pr. år gå til å dekke hjemmeboende ektefelles utgifter. Beboeren har igjen til eget forbruk kr 18 215 pr. år. Hvis dette beløpet sammenlignes med tilfellet der beboer ikke har forsørgelsesplikt, er dette kr 2 835 mindre pr. år til egen disposisjon, jf. eksempel 1. Årsaken til dette er at beregningsgrunnlaget reduseres med fradraget slik at beboer betaler et mindre beløp i vederlag av inntekt som overskyter folketrygdens grunnbeløp.

Regneeksemplene er bare to eksempler på beregning av vederlag. Beregningene kompliseres ytterligere når det tas hensyn til andre offentlige (tjenestepensjoner) og private pensjonsinnretninger, samt andre inntekter.

5.1.3 Om betalingsprofilen etter vederlagsforskriften for institusjon mv.

Forskriften regulerer det maksimale vederlaget kommunen kan kreve av den enkelte beboer. Kommunen står fritt til å fastsette nivået på brukerbetalingen, og forskriften er ikke til hinder for at kommunen innfører andre betalingsprinsipper så lenge maksimumsgrensene overholdes. Det er imidlertid få eller ingen kommuner som praktiserer andre brukerbetalingsordninger enn det som framgår av forskriften.



Figur 5.1 Vederlaget og penger til eget forbruk avhengig av disponibel inntekt.

Av "" i figur 5.1 framgår det at en økning i disponibel inntekt på kr 1 000 i prinsippet skal kunne øke vederlaget med kr 850, mens kr 150 beholdes av beboeren. Kurvenes helling og posisjon i diagrammet avhenger av trekkprosentene i forskriften. Mens en endring av trekkprosenten inntil folketrygdens grunnbeløp vil endre skjæringspunktet med den loddrette aksen, vil endring av trekkprosenten for beløp utover folketrygdens grunnbeløp endre kurvenes helling. Betalingsprofilen (kurvenes helling og posisjon i diagrammet) endres ikke dersom beboer har forsørgelsesbyrde eller boutgifter mv. Fradrag gjøres i beregningsgrunnlaget og representerer derfor en lavere disponibel inntekt sammenlignet med tilfellet uten fradragsrettigheter. Beboere med og uten fradragsrettigheter vil derfor «bevege seg» langs de samme kurvene.

De aller fleste brukerne betaler bare en liten andel av kostnadene ved å frambringe tjenestene, i gjennomsnitt ca. kr 38 700 i somatiske sykehjem og ca. kr 39 700 i aldershjem pr. år. Disponibel inntekt på om lag kr 400 000 gir kostnadsdekning i somatiske sykehjem når kommunen trekker fullt vederlag etter prosentsatsene i forskriften. Tilsvarende tall for aldershjem er ca. kr 280 000. Det er imidlertid grunn til å understreke at forskriften i liten grad praktiseres slik at noen betaler opp mot kostnadsdekning.

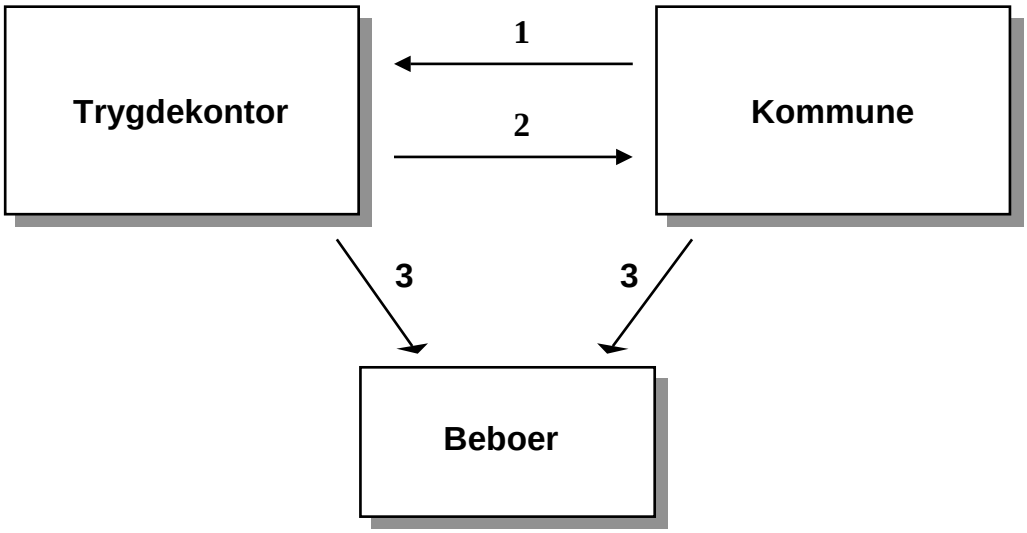
5.1.4 Vederlagsberegningen ved korttidsopphold

Betaling for korttidsopphold er i utgangspunktet ikke inntektsavhengig. Ved korttidsopphold i institusjon kan kommunen kreve vederlag på inntil 80 kroner pr. døgn, og inntil 40 kroner for dag- og nattopphold fra første dag (forskriften § 4 og 6). Vederlag for korttidsopphold kan ikke overstige det beløp som fastsettes av Regjeringen hvert år. Vederlaget for korttidsopphold skal dekke mat og reiseutgifter. Sosial- og helsedepartementet har videre anbefalt at personer på korttidsopphold får det samme tilbudet om tjenester/aktiviteter som de andre beboerne får i løpet av dagen. I den grad disse aktivitetene dekkes av vederlaget for langtidsbeboere, bør de også dekkes av vederlaget for korttidsopphold.

5.1.5 Administrering av vederlagsforskriften for institusjoner

Kommunene kan kreve bistand fra trygdekontorene til beregning og direkte overføring av trygdeytelser til kommunen som skal betales som vederlag. Forskriften § 3 viser til folketrygdloven § 15–1 nr. 6 som gir trygdekontoret hjemmel til å holde tilbake trygdeytelser når offentlig myndighet har grunnlag for å kreve refusjon i trygdeytelsene.

Samarbeidet mellom trygdekontorene og kommunen om beregning, innkreving og fordeling av vederlag er illustrert i figur 5.2.



Figur 5.2 Innkreving og fordeling av institusjonsvederlag. Gangen i figuren følger pilenes nummerering.

1. Kommunen meddeler trygdekontoret at brukeren er flyttet inn i institusjon.
2. Trygdekontoret oversender kommunen beregningene av ytelsene fra folketrygden og Statens pensjonskasse. På bakgrunn av informasjonen fra trygdekontoret og kommunens informasjon om inntekter utover folketrygden, beregner kommunen det samlede vederlaget og treffer vedtak om betaling.
3. Med hjemmel i folketrygdloven § 15–1 nr. 6 holder trygdekontoret tilbake beboerens pensjon (inklusive Statens pensjonskasse) med et beløp tilsvarende det beboer skal betale i vederlag av folketrygdens ytelser (inklusive Statens pensjonskasse). Beløpet overføres fra trygdekontoret til kommunen. Resten av pensjonen utbetales til beboer. Kommunen sender regning direkte til beboer for vederlag av inntekter utover folketrygden.

Noen kommuner avkrever imidlertid hele institusjonsvederlaget av beboer. Trygdekontoret bistår kommunene med å beregne de aktuelle ytelsene fra folketrygden og Statens pensjonskasse. Beboer får da utbetalt pensjonen uavkortet og mottar en samlet regning fra kommunen. Det er et fåtall av kommunene som følger en slik praksis.

En hovedforutsetning for praktisering av forskriften er et godt fungerende samarbeid mellom kommunen og det lokale trygdekontor. Kommunen er avhengig av den service trygdekontoret yter i beregning av de aktuelle ytelsene fra folketrygden. Noen kommuner finner imidlertid forskriften så komplisert og tidkrevende å praktisere at vederlaget utelukkende beregnes på bakgrunn av trygdens ytelser, og ikke av annen inntekt beboer har. Trygdekontoret som serviceorgan står da for beregning av vederlaget, og fordeling av pensjonen mellom kommunen og beboer.

5.1.6 Vurdering av vederlagsforskriften for institusjon mv.

Problemer knyttet til praktisering av forskriften

Henvendelser til offentlige myndigheter fra beboere, pårørende, advokater og kommunalt ansatte tyder på at forskriften i dag er gjenstand for både tolkningstvil og tolkningsfeil. Konkrete tolkningsproblemer har bl.a. vært uklarhet omkring *inntektsbegrepet* og konsekvenser av *endrede inntektsforhold, fradragsberegningene* for bl.a. forsørgelsesbyrde og boutgifter, hvilke tjenester som skal dekkes av vederlaget og omfanget av tjenester. Uklarhet med hensyn til forståelsen av forskriften fører til ulik praksis.

Manglende forvaltningsrettslig kunnskap har videre ført til at det i flere tilfeller ikke er truffet vedtak, eller det treffes mangelfulle vedtak. Mange har derfor liten oversikt over sine betalingsforpliktelser. Lavt antall klagesaker og påstander om at dagens ordning forutsetter ressurssterke pårørende/hjelpeverger for å følge opp sine rettigheter, gir også grunn til å stille spørsmål ved rettssikkerheten ved dagens ordning.

En hovedforutsetning for praktisering av forskriften er som nevnt et godt fungerende samarbeid mellom kommunen og det lokale trygdekontor. Riksrevisjonen foretok en gjennomgang av vederlagsberegningen i et utvalg av kommuner i 1992, med bakgrunn i signaler om at vederlaget i mange tilfeller var blitt feil beregnet. Rapporten fra Riksrevisjonen konkluderer med at de uklare ansvarsforholdene, og mangel på samarbeid mellom kommune og trygdekontoret, er den vesentligste årsak til at det oppstår så mange feil.

Arbeidsdeling mellom kommune og trygdekontor, slik at ikke en instans sitter med full kompetanse på området, kan skape usikkerhet, uoversiktlighet og mulighet for redusert rettssikkerhet for den enkelte bruker. Dette er også framhevet i Riksrevisjonens rapport. Den enkelte bruker/pårørende eller verge vil også ved en slik toinstansbehandling ha liten mulighet for å kontrollere beregningene.

Forskriften for institusjoner mv. er en sentralt fastsatt forskrift. Den er likevel ikke til hinder for at kommunen selv kan fastsette nivået for betalingen under maksimumsnivået og utvikle alternative betalingssystemer, så lenge vederlaget ikke overstiger maksimumssatsene gitt i forskriften. Mye tyder imidlertid på at de fleste kommuner følger selve betalingsordningen og nivået på brukerbetalingen som er gitt i forskriften. Forskriftens fradragsregler overlater også til kommunen å utøve skjønn i den enkelte sak.

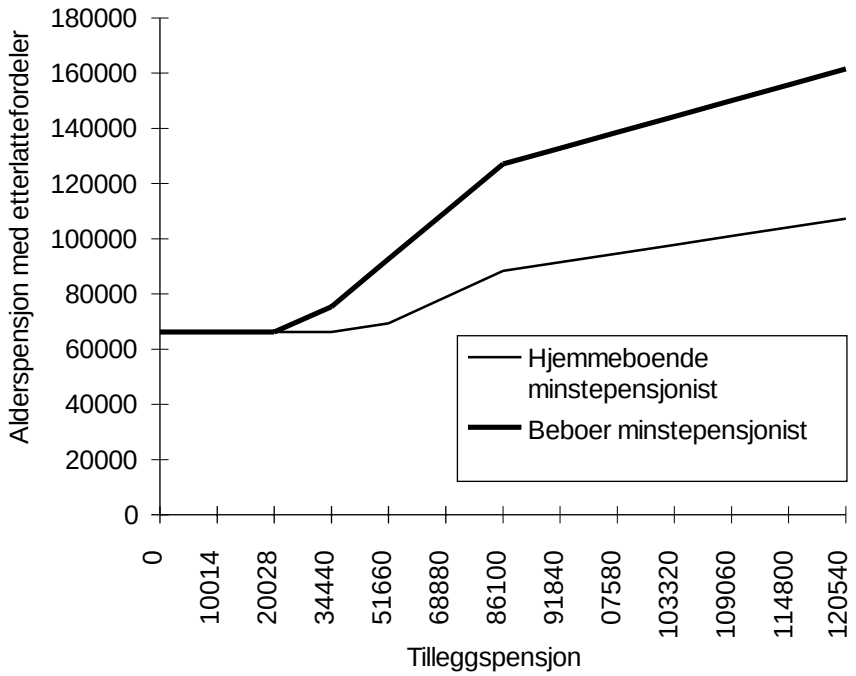
Inntektsavhengig brukerbetaling etter forskriften kan gi brukerne insentiver til å ha lavest mulig inntekt når de legges inn på institusjon. Beboere med betydelig formue med dertil betydelige renteinntekter, vil derfor ha motiv til å overføre formuen til arvinger. Dette var en av hovedårsakene til at selve formuen ble utelatt som betalingsgrunnlag ved sykehjemsreformen i 1988, slik at kun avkastning av formue nå inngår i beregningsgrunnlaget.

Skjermings- og fradragsordninger

Når det i vederlagsberegningen også tas hensyn til skatt, vil en brutto inntektsøkning på kr 100 ofte medføre at beboer sitter igjen med mindre enn kr 10 til eget forbruk. Beboerne er imidlertid garantert et minstebeløp på kr 14 750 pr. år, eller 1 229 pr. mnd. Dette kan oppfattes som lite, men midler til eget forbruk må ses i sammenheng med at institusjonen gir et helhetlig tjeneste- og boligtilbud.

"" i Figur 5.3 viser hvordan tenkt alderspensjon med etterlattefordeler avhenger av nivået på tilleggspensjonen når enten institusjonsbeboer eller hjemmeboende er minstepensjonist[3] . Den øverste linjen viser tilfellet der hjemmeboendes tilleggspensjon øker gitt at beboer er minstepensjonist. Den nederste linjen viser til-

fellet der beboers tilleggspensjon øker, gitt at hjemmeboende er minstepensjonist. Figuren viser m.a.o. tilfellene der den ene ektefellens tilleggspensjon øker, gitt at den andre er minstepensjonist, avhengig av hvem av ektefellene som flytter inn i institusjon (øvre og nedre grense for alderspensjon med etterlattefordeler).



Figur 5.3 Tenkt alderspensjon med etterlattefordeler.

Som det framgår av figuren kommer *hjemmeboende ektefelle* dårligst ut økonomisk når vedkommende er minstepensjonist, uansett størrelsen på beboers tilleggspensjon. *Hjemmeboende* kommer best ut dersom institusjonsbeboer er minstepensjonist.

Dersom det skal argumenteres for at fradraget i beregningsgrunnlaget for hjemmeboende er for lite, må dette skje med bakgrunn i at hjemmeboendes utgiftsbehov blir forskjellig dersom beboer legges inn i institusjon enn om vedkommende dør.

Videre framgår av *""* i figur 5.3 at størrelsen på fradraget for hjemmeboende ektefelle vil avhenge av om det er en minstepensjonist eller ektefelle med opptjent tilleggspensjon som flytter inn i institusjon. Dette kan virke urimelig siden hjemmeboendes inntekt vil avhenge av hvem av ektefellene som blir innlagt. En nærmere drøfting er gitt i *"Dagens brukerbetalingsmodell og endringsmuligheter"* i kap. 13.

Fradragsreglene i forskriften er viktige skjermingsprinsipper for beboer og beboers familie. Det er viktig at disse reglene er enkle å forstå og praktisere, samt at de sikrer en mest mulig lik og rettferdig behandling av beboerne. Et mulig krav om at skjermingsordningene både skal sikre likhet og rettferdighet kan lett komme i konflikt med hverandre. Kommunens mulighet til å vise skjønn i fradragsberegningene er ofte nødvendig for at ordningene skal virke rettferdig. Samtidig kan dette

3. Figuren forutsetter at beboer og hjemmeboende mottar alderspensjon. Figuren tar ikke hensyn til om en eller begge ektefellene mottar andre offentlige eller private tjenestepensjoner eller arbeidsinntekt.

medføre ulik praktisering avhengig av vurderingen av den enkelte beboer og hvilken kommune vedkommende bor i. Det kan være vanskelig å utforme ordninger som i tillegg til likhet og rettferdighet også skal være enkle å forstå og praktisere.

Synliggjøring av kostnader

Vederlagsforskriften for institusjon mv. forutsetter ingen registrering av forbruk av tjenester for den enkelte beboer. Det framgår derfor ikke hvilket omfang av tjenester eller hvilke kostnader den enkeltes vederlag dekker.

Brukermedvirkning

Brukermedvirkning bygger på det grunnleggende demokratiske prinsippet at den som berøres av en beslutning, skal ha innflytelse på prosessen som leder fram til beslutningen. Brukermedvirkning er både en demokratisk rettighet og et ledd i arbeidet for å sikre god kvalitet på tjenestene. Å legge et brukerperspektiv til grunn innebærer at brukerens behov og syn er viktige premisser for alle beslutninger i planlegging, organisering og fagutvikling. Brukerbetaling for pleie- og omsorgstjenester er primært å betrakte som en finansieringskilde, og målsettingen om økt brukermedvirkning må derfor tilstrebes med andre virkemidler. Utformingen av brukerbetalingsordningene kan også ha betydning for graden om brukermedvirkning.

I dagens institusjonssystem er graden av brukermedvirkning gjennom brukerbetaling lav. Omfanget av pleie- og omsorgstjenester, helsetjenester og tildeling av rom avgjøres i hovedsak av institusjonens personell. Graden av brukermedvirkning er i sin helhet knyttet til i hvilken grad beboerne har mulighet til selv å velge i konkrete dagliglivsituasjoner, f.eks. når de vil legge seg om kvelden og stå opp om morgenen, når og hvor de skal innta sine måltider (dietten bestemmes ofte av personalet ut fra helsetilstand), hvor ofte beboer får dusje/bade osv.

5.2 HJEMMETJENESTER

5.2.1 Ulike brukerbetalingsordninger

Før 1. oktober 1991 sto kommunene fritt med hensyn til prisfastsettelse og praktisering av brukerbetaling for hjemmehjelp og husmorvikar. Det forelå anbefalte timesatser fra Kommunenes Sentralforbund, men få kommuner fulgte dem fullt ut. Hjemmesykepleie var gratis.

Forskrift av 27. september 1991, Egenbetalingsforskriften, som trådte i kraft fra 1. oktober 1991, representerte en dreining i retning av sterkere statlig styring på dette området. Den nye forskriften var en oppfølging av Egenbetalingsutvalgets innstilling, NOU 1988:7, St.meld. nr. 17 (1989–90) og behandlingen av denne i Stortinget. Forskriften åpnet adgang til å ta betaling for hjemmesykepleie. Brukere med inntekt under 2 G og uten hjelpestønad, skulle ha gratis hjemmehjelp, hjemmesykepleie og korttidsopphold på institusjon. Dessuten skulle ingen brukere betale over et visst fastsatt betalingstak for disse tjenestene samlet. Betalingstaket var inntektsgradert og skilte mellom brukere med og uten hjelpestønad. Det ble forutsatt at brukere med hjelpestønad skulle betale mer for tjenestene i og med at hjelpestønaden skulle dekke ekstra kostnader i forbindelse med hjelpebehov ved varig sykdom. Det ble også forutsatt at muligheten til å ta betaling for hjemmesykepleie skulle gi kommunene en merinntekt på 100 mill. kroner pr. år. Dette viste seg ikke å slå til, jf. omtale senere i kapitlet.

Betalingstakene for 1993 er vist i tabell 5.1.

Tabell 5.3: Betalingstak for hjemmetjenester, 1993.

Brukerens inntekt	Årlig betalingstak
Under 2 G (– 74 600)	Fritatt
2–3 G (74 600 – 111 900)	3 000
3–4 G (111 900 – 149 200)	6 000
4–5 G (149 200 – 186 500)	9 000
Over 5 G (186 500 –)	12 000

Ny lov om sosiale tjenester trådte i kraft 1. januar 1993. Med sosialtjenesteloven ble det gitt ny felles forskrift for sosiale tjenester, hjemmesykepleie og opphold i institusjon mv. av 4. desember 1992 med hjemmel i sosialtjenestelovens § 11–2 og kommunehelsetjenesteloven § 2–3 femte ledd og § 6–9. Denne er senere endret ved kgl. resolusjon av 10. desember 1993 og kgl. resolusjon av 6. januar 1995.

Fra 1. jan. 1993 ble utgiftstaket gjort felles for personer med og uten hjelpestønad, men slik at hjelpestønad til hjelp i huset skulle legges til inntekten ved inntektsfastsettelsen. I tillegg måtte vederlaget ikke overstige kommunens egne utgifter til tjenesten (selvkost). Forskriften avgrenset videre mot hvilke tjenester som faller utenfor. Kommunen kunne f.eks. ta betaling utover utgiftstaket for tjenester som gressklipping, matombringing, vedlikehold av bolig og trygghetsalarm. Det ble også presisert at det ikke kunne tas betaling for støttekontakt, avlastning og omsorgslønn. Forskriften fastsatte også en nedre grense for tjenesteomfang pr. måned før abonnementsordning kunne brukes.

Fra 1. januar 1994 ble reglene om betalingstak endret med sikte på å øke inntektene og gjøre det mulig å tilpasse betalingen til forholdene i den enkelte kommune. Forskriften ble endret slik at inntektstakene ikke lenger var bindende, kun veiledende. Det ble imidlertid forutsatt at kommunene fastsatte satser som skjermet dem med svakest økonomi og de med størst behov for hjelp. Kommunenes merinntekter ble beregnet til 100 mill kroner pr. år. Forskriftene ble også endret slik at korttidsopphold ikke lenger skulle ses i sammenheng med vederlag for hjemmebaserte tjenester.

Stortinget ba i budsjettinnstillingen (1993–94) om tilbakemelding om hvordan fristillingen av betalingssatsene virket i forhold til de tidligere skjermede gruppene. En slik tilbakemelding ble gitt i St.prp. nr. 1 (1994–1995). Statistisk sentralbyrå hadde gjort en undersøkelse (Vigran, 1994) som bl.a. viste at nesten halvparten av kommunene tok brukerbetaling for husstander med inntekt under 2 G og at andelen av brukere som betalte for hjemmetjenester hadde økt fra 44 pst. til 65 pst. Regjeringen fastslo at undersøkelsen gav grunn til bekymring, og konkluderte med at Sosial- og helsedepartementet i nytt rundskriv skulle innskjerpe kravet om en sosialt forsvarlig profil på tjenestene. Stortinget ba imidlertid Regjeringen allerede ved budsjettbehandlingen for 1995 om å fastsatte et utgiftstak for husstander med inntekt under 2 G. I forskriftsendringen av 6. januar 1995 ble det lagt inn en skjerming av husstander med inntekt under 2 G, ved at det ble satt bindende utgiftstak for brukerbetaling for hjemmetjenester. For 1996 er utgiftstaket satt til 50 kroner pr. måned.

5.2.2 Hjemmesykepleie

Brukerbetaling for hjemmesykepleie skulle gi kommunene kompensasjon for bortfall av inntekter som følge av de begrensninger i adgangen til å kreve brukerbetaling for andre hjelpeordninger i hjemmene som forskriften av 27. september 1991 representerte. Innføring av brukerbetaling for hjemmesykepleie skulle også motvirke uønsket vridning i retning av etterspørsel etter hjemmesykepleie som var gratis, i motsetning til hjemmehjelp, og lette samordningen med de andre hjelpeordningene i hjemmet.

5.2.3 Praktisk bistand og opplæring

Kommunen er etter sotjl. § 2–1, jf. § 4–2 litra a, pålagt å organisere tilbud om praktisk bistand og opplæring i kommunen. Med praktisk bistand menes hjemmehjelp, husmorvikartjeneste og annen hjelpevirksomhet for eldre, funksjonshemmede, barnefamilier og andre personer som trenger hjelp til forskjellige praktiske gjøremål. Formålet er først og fremst å yte hjelp til alle dagliglivets praktiske gjøremål i hjemmet og i tilknytning til husholdningen, herunder f.eks. hjelp til innkjøp av varer, snømåking, vedhugging mv. Betegnelsen omfatter også hjelp til egenomsorg og personlig stell. Med opplæring menes opplæring i dagliglivets gjøremål for å gjøre den enkelte mest mulig selvhjulpen f.eks. i husarbeid, matlaging og personlig hygiene, men kan også gjelde personlig økonomi og pengeforbruk.

5.2.4 Betalingsprinsipper

Etter forskrift av 6. januar 1995 kan kommunen selv avgjøre om den vil kreve betaling for hjemmetjenester, eventuelt betalingssatsen og system for betaling. Forskriften stiller imidlertid vilkår for adgangen til å kreve betaling for de kommuner som ønsker å benytte denne adgangen.

Etter forskriften (§ 8–3 andre ledd) må betalingen ikke overstige kommunens egne utgifter til angjeldende tjeneste (selvkost). Betales tjenesten etter en abonnementsordning, kan betalingen ikke overstige kommunens samlede selvkost for tjenestene til den enkelte i den måneden abonnementet omfatter. For abonnementsprisen skal det fastsettes en nedre grense for tjenesteomfanget pr. mnd. Dersom det ytes tjenester med færre timer/besøk pr. mnd., skal egenbetalingen reduseres.

Selvkost beregnes til en gjennomsnittlig timelønn for den tjenesten som utføres tillagt sosiale utgifter, samt administrasjonsutgifter som skal utgjøre 10 pst. av timelønnen og sosiale utgifter. Gjennomsnittslønnen regnes ut fra lønnen til hjemmesykepleie og hjemmehjelp/praktisk hjelp i hjemmet korrigert for forskjellige lønnstrinn. Sosiale utgifter omfatter arbeidsgiveravgift, feriepenger og kommunens pensjonsandel.

Når kommunen bestemmer det maksimale beløp en person skal betale pr. år for tjenester, skal betalingen beregnes på grunnlag av husstandens samlede skattbare nettoinntekt før særfradrag for ektefelle/samboere og eventuelle barn under 18 år. Til inntekten legges også hjelpestønad fra folketrygden til hjelp i huset. Hjelpestønad til tilsyn og pleie fra folketrygden ytes bare til dekning av utgifter til privat omsorg og kan derfor ikke legges til nettoinntekten når brukerbetalingen fastsettes. Omsorgslønn skal trekkes fra inntektsgrunnlaget, og det kan ikke kreves dekning i vedkommendes formue. Barns inntekter kan ikke tas med i beregningsgrunnlaget dersom hjelpen ikke er ytt på grunn av barnets eget hjelpebehov. Det framgår for øvrig av bestemmelsen at skattefri inntekt, bortsett fra hjelpestønad i huset, ikke skal tas med i beregningsgrunnlaget.

Brukerbetalingsordningene som praktiseres for hjemmesykepleie og andre hjemmebaserte tjenester i kommunene kan deles i tre grupper: abonnementsordninger, timesatsordninger og kombinasjonsordninger.

Abonnementsordninger

I en abonnementsordning betaler brukeren av tjenesten en fast pris pr. måned uavhengig av behov og mottatt hjelp. Ordningen omfatter normalt både hjemmehjelp og hjemmesykepleie. En del kommuner inkluderer tjenester som vanligvis ikke regnes som hjemmetjenester i abonnementet, bl.a. vaktmestertjenester, matombringing og trygghetsalarm. Prisen på abonnement er avhengig av brukerens inntekt og i noen grad av hjelpebehov, men den kan også variere avhengig av omfanget av tjenester kommunen tilbyr og den enkelte kommunes økonomi.

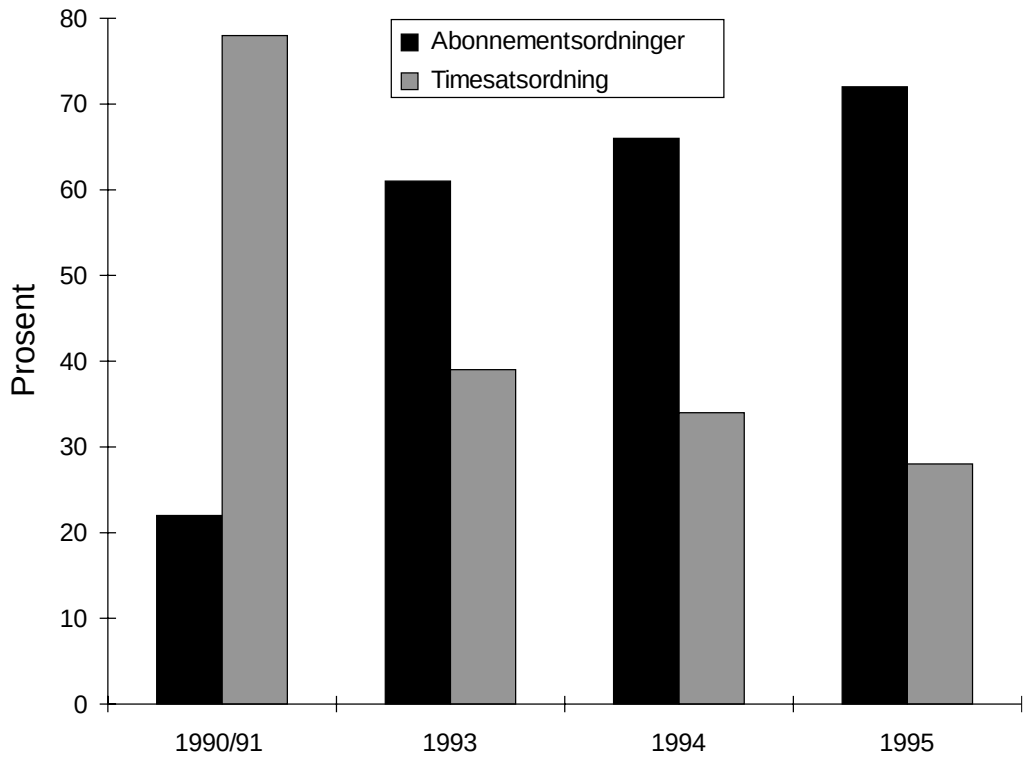
Timesatsordninger

Timesatsordninger er basert på at brukeren betaler pr. time eller pr. besøk for hjemmehjelp, hjemmesykepleie og ev. andre tjenester kommunen tilbyr. Timeprisen varierer med brukerens inntekt. Kommuner som praktiserer en slik ordning, har ofte et utgiftstak eller timetak som beskytter brukere med store hjelpebehov. Tjenester utover taket er gratis, eller ytes til redusert pris.

Kombinasjonsordninger

Kombinasjonsordningene fungerer omtrent som abonnementsordningen, men brukere med lavt eller sporadisk hjelpebehov tilbys ulike særordninger. For eksempel kan en bruker med lavt hjelpebehov bare betale en del av abonnementsprisen, eller vedkommende kan betale timepris for tjenesten inntil betalingen kommer opp i abonnementsprisen. I den videre drøfting ses abonnementsordninger og kombinasjonsordninger under ett. De har mange felles trekk og kan prinsipielt ses på som én type ordning.

Etter at Egenbetalingsutvalget hadde anbefalt overgang til en abonnementsordning for hjemmebasert omsorg, har stadig flere kommuner gått over til en slik ordning. Utviklingen framgår av figur 5.4.



Figur 5.4 Kommunene fordelt etter brukerbetalingsordning for hjemmebaserte tjenester.
Kilde: Olsen og Solem, 1993 og Berit Otnes, 1995

Tallene er hentet fra to forskjellige undersøkelser og er ikke nødvendigvis helt sammenlignbare, men tendensene skulle være klare. Figuren viser at det er en klar tendens i retning av abonnementsordninger og kombinasjonsløsninger. Fra at timesatsordninger var enerådende da brukerbetaling ble innført, blir denne ordningen nå praktisert i bare rundt en fjerdedel av kommunene.

De faste utgiftstakene ble opphevet 31. desember 1993. Fra 1995 ble det av Stortinget fastsatt et utgiftstak på kr 50 pr. måned for personer med inntekt under 2 G. Tabell 5.2 viser utviklingen i brukerbetaling fra 1993 til 1995:

Tabell 5.4: Abonnementssats i kommuner med abonnements- og kombinasjonsordning fordelt på inntektsgruppe i 1993, 1994 og 1995. Kroner pr. måned.

Inntektsgruppe/år	Laveste abonnementssats	Høyeste abonnementssats	Gjennomsnitt
Under 2G 1993	Fritatt	0	0
*1994	50	300	187
1995	0	60	35
2 – 3 G 1993	191	312	250
1994	100	550	299
1995	100	1020	326

Tabell 5.4: Abonnementssats i kommuner med abonnements- og kombinasjonsordning fordelt på inntektsgruppe i 1993, 1994 og 1995. Kroner pr. måned.

Inntektsgruppe/år	Laveste abonnementssats	Høyeste abonnementssats	Gjennomsnitt
3 – 4 G 1993	250	600	468
1994	200	818	526
1995	184	1020	563
4 – 5 G 1993	250	900	693
1994	250	1090	747
1995	184	1213	786
over 5 G 1993	250	1200	747
1994	250	1400	964
1995	184	1560	1013

Kommuner med fritak for de med under 2 G er ikke regnet med i 1994-tallene, derfor høyt gjennomsnitt.

Kilde: Berit Otnes, 1995

Tallene viser at enkelte av kommunene som innførte betaling for personer med inntekt under 2 G, fastsatte så høye satser at gjennomsnittet for dem ble 187 kroner pr. måned. Altså mellom tre og fire ganger så høyt som det taket på 50 kroner som ble innført fra 1995.

Gjennomsnittlig betaling pr. måned er også kommet høyere enn de tidligere statlige grensene for betaling. Dette betyr at en del kommuner er kommet opp på et høyere nivå, slik det framgår av tabellen. Særlig gjelder dette for inntekter fra 2–4 G. Her er gjennomsnittlig betaling henholdsvis 326 og 563 kroner, mens de statlige takene i 1993 var på 250 og 500 kroner. Høyeste registrerte betalingssats for inntekter mellom 2 og 4 G var på hele 1 020 kroner. Altså mer enn fire ganger så høyt som det tidligere statlige taket. Dette viser at kommunene har et ønske om høyere betalingssatser enn det staten tidligere har vært innstilt på.

Dagens skjermingsregler innen den hjemmebaserte omsorgen tar både sikte på å skjerme brukere med lav inntekt og stort forbruk. Sosialtjenesteloven (§ 11–2) og forskriften (§ 8–3 fjerde ledd) skal sikre at vederlaget for praktisk bistand og opplæring ikke kan settes høyere enn at vedkommende beholder tilstrekkelig til å dekke personlige behov og bære sitt ansvar som forsørger. I forskriften (§ 8–4) er det som nevnt lagt inn en skjerming for husstander med inntekt under 2 G, ved at det er satt et utgiftstak for brukerbetaling for hjemmetjenester. For 1996 er utgiftstaket satt til 50 kroner pr. måned.

Forskriften gir kommunen stor frihet i utforming av egne brukerbetalingsordninger og nivået på betalingen. Som beskrevet er brukerbetalingsprinsippene i kommunene i hovedsak utarbeidet som timesatsordninger, abonnementsordninger eller kombinasjonsordninger. Tilsvarende er det stor variasjon mellom kommunene når det gjelder utforming av skjermingsordninger, og hvilke krav kommunen setter til inntektsforhold og forbruk av tjenester som gir brukeren rett til skjerming. Det er også variasjon mellom kommunene for hvilke tjenester som omfattes av skjermingsreglene.

I undersøkelsen «Egenbetaling for hjemmetjenester i kommunene i 1995» (SSB, 1995), framgår det imidlertid at under halvparten av kommunene hadde en nedre grense som ga fritak for egenbetaling i 1995. Inntektsgrensen er under 2 G i

de fleste kommuner som har betalingsfritak. Dette kan tale for at ordningen innebærer større administrasjonskostnader enn inntektsfordeler for kommunene.

Abonnementsprisene for brukere med inntekt under 2 G har gått ned som følge av utgiftstaket på 50 kroner pr. mnd. som Stortinget innførte fra 1. januar 1995. Gjennomsnittet for de som betalte i 1994 var 187 kroner.

Utgiftstaket i forskriften på 2 G har en åpenbar svakhet. Husholdninger med inntekter som ligger marginalt i overkant av 2 G defineres ikke som en lav inntektsgruppe og omfattes dermed ikke av ordningen. For kommuner med timesatsordning var høyeste registrerte utgiftstak i 1995 for husholdninger med inntekt under 3 G, kroner 13 000, som tilsvarer ca. 1 080 kroner pr. måned. Gjennomsnittet for 1995 var 3 785 kroner pr. år og ca. 315 kroner pr. måned. Tilsvarende var høyeste registrerte abonnementssats pr. måned for husholdninger med inntekt inntil 3 G kroner 1 020. Gjennomsnittet var kroner 326 pr. måned.

I enkelte kommuner med abonnementsordninger eller kombinasjonsordninger (9 prosent) avkreves ikke betaling for alle årets måneder. Kommunene praktiserer denne type fritak for å spare brukerne for utgifter i måneder med særlig store utgifter (desember), eller i sommermånedene hvor tilgangen på hjelp ofte er lavere enn normalt på grunn av ferieavvikling.

Av kommunene med timesatsordning har 66 prosent utgiftstak. Hvilke tjenester som inngår i takene varierer fra kommune til kommune. I tillegg til de kommuner som har et årlig utgiftstak, har 33 prosent timesatsordning med timetak for brukere med høyt forbruk eller stort behov for hjemmetjenester. Noen få kommuner gir reduserte satser eller gratis tjenester til brukere med stort hjelpebehov, når forbruket overstiger et gitt antall timer som varierer fra 4 til 50 timer pr. mnd. Timeprisene har gått ned for lavinntektsgruppen (under 2 G). De fleste med inntekt under 2 G i kommuner med timesatser, betaler imidlertid ikke for hjemmetjenester. De fleste kommuner har også skjermingsordninger for storforbrukere i alle inntektsgrupper.

Bare 4 prosent av kommunene har egne skjermingsregler for funksjonshemmede og uføre. Ingen av disse har egen takordning, men de har andre skjermingsregler for bestemte grupper som psykisk utviklingshemmede, psykiatriske pasienter, eller personer med enkelte dødelige sykdommer.

Som det framgår av undersøkelsene er det store forskjeller mellom kommuner når det gjelder utforming av skjermingsordninger, og hvilke krav kommunen setter til inntektsforhold og forbruk av tjenester som gir brukeren rett til skjerming.

5.2.5 Vurdering av abonnements- og kombinasjonsordninger

Abonnements- og kombinasjonsordningene kan gi kommunene insentiv til å gi et tilbud med færre timer enn det som formelt er tildelt den enkelte bruker. Fordi kommunene får de samme inntektene uavhengig av tjenesteomfanget hos den enkelte bruker, kan det være fristende å gi litt for lite til alle. Dette ville i tilfelle være i strid med prinsippet om å yte tjenester til dem som trenger det mest. Tallene viser imidlertid det motsatte. Tjenestene har de senere årene blitt konsentrert til færre brukere på tross av økningen i antall eldre.

Avsiling av brukere med begrenset forbruk

Abonnementsordningene kan videre *gi høy betaling for brukere med lavt forbruk.* Selv om ordningene kan ha ulik utforming, gir de nesten uansett en relativt høy betaling for dem som har et begrenset forbruk. Forskriften sier imidlertid at det ved praktisering av abonnementsordning må fastsettes en nedre grense for tjenesteomfanget før abonnementsprisen kommer til anvendelse. Dersom det ytes tjenester

med færre timer/besøk pr. måned, må brukerbetalingen reduseres eller falle bort. Likevel kan inngangsbilletten bli høy. Mange kommuner har utformet abonnementsordningen slik at de med lavest forbruk i abonnementsordningen betaler maksimal sats i henhold til forskriftene, nemlig selvkost for tjenesten. Den høye inngangsbilletten kan medføre at brukere med relativt begrensede behov ikke etterspør tjenester, eller frasier seg tjenestene. For en del av disse kunne et tilbud om hjemmetjenester forebygge videre problemutvikling. Dette gjelder kanskje spesielt personer med behov for tilsyn. En skal imidlertid ikke se bort fra at en relativt høy inngangsbillett til tjenestene også mobiliserer egne ressurser, og ressurser fra det uformelle nettverket.

Betaling for hjelp som ikke kommer

Abonnementsordningen betyr at brukeren må betale det samme selv om hjelpen blir mindre enn forutsatt i en periode. Dette har ført til en rekke reaksjoner blant brukere i mange kommuner (Olsen og Solem, 1993). Grunnen kan være at kommunene ikke har informert godt nok om at abonnementsordningen i noen tilfeller kan medføre at hjelpen uteblir. For brukerne kan dette uansett virke uforståelig og skape utrygghet.

Hjemmehjelpernes arbeidssituasjon

Olsen og Solem har også undersøkt abonnementsordningens innvirkning på arbeidssituasjonen for hjemmehjelpere. Konklusjonene er at abonnementsordningen har fått få konsekvenser på dette området. De endringene som likevel nevnes er at de opplever mer innflytelse på tildeling av hjelp, mer kontakt med hjemmesykepleierne og mer selvbestemmelse.

Terskelvirkninger

Inntil nå har betalingssatser som er avhengig av inntekt ofte vært ordnet slik at det blir fastsatt ulike timepriser for ulike inntektsintervaller. Dette medfører at samlet betaling øker betydelig når brukeren går fra en inntektsgruppe til en annen. Ut fra dagens gjennomsnittlige abonnementssatser, jf. figur 5, ser vi at betalingen for en bruker som øker sin inntekt fra å ligge rett under 4 G til rett over grensen, får økt sin betaling fra 6 700 til 9 400. Satt på spissen kan altså en inntektsøkning på en krone medføre økte kostnader for brukeren på flere tusen kroner. Slike utslag kalles for terskelvirkninger. Terskelvirkningen i dag er særlig stor ved overgang fra inntekt like under 2 G til inntekt like over 2 G. Maksimal betaling er nemlig satt til 600 kroner pr. år for inntekter under 2 G, mens kommunene bare har veiledende grenser å holde seg til for inntekter over 2 G. I kommunene som var med i undersøkelsen til Otnes (1995) om egenbetaling for hjemmetjenesten, var høyest registrerte betaling for inntekt mellom 2 og 3 G 12 240 kroner pr. år. Det betyr altså at brukerbetalingen i denne kommunen kan øke med 11 640 kroner ved en inntektsøkning på en krone. Brukere med inntekt like over 2 G vil dermed betale langt mer enn brukere med inntekt like under denne grensen.

Noen kommuner graderer også betalingen i forhold til intervaller når det gjelder timeforbruk/besøk fra hjemmetjenestene. Dette er altså en abonnementsordning som er inndelt i intervaller både når det gjelder inntekt og forbruk. En kommune har inndelt intervallene slik det framgår av tabell 5.3

Tabell 5.5: Eksempel på brukerbetalingsprofil for brukere med inntekt over 5 G.

Antall besøk pr. mnd.	Under 2 besøk	2–4 besøk	5–6 besøk	Over 7 besøk
Betaling pr. mnd	Gratis	300	750	1 000

Det framgår av tabellen at en økning fra 4 til 5 besøk pr. måned gir en økning i prisen på 450 kroner. Dette gir brukerne sterke insentiver til å redusere sin etterspørsel slik at antall besøk ligger like under betalingsgrensene.

Slike sprangvise priser ut fra inntekt eller forbruk kan gi svært uheldige utslag. Eksistensen av denne type ordninger har sammenheng med at de er enkle å administrere og relativt enkle å forstå. Det bør imidlertid være mulig å unngå slike sprangvise betalingssatser, som både virker urettferdig og som kan gi uheldige tilpasninger. I gjennomgangen av mulige betalingsmodeller er det derfor pekt på muligheter for å unngå modeller med uheldige terskeleffekter.

Sammenligning av abonnements- og timesatsordninger

Fleksibilitet

Ved timesatsbetaling tildeles den enkelte bruker et fast antall timer hjelp, f.eks. pr. måned. Når behovene endrer seg, eller det er sykdom blant personalet, er det vanskelig å oppfylle den enkeltes krav om den fastsatte hjelp. Ved abonnementsbetaling kan en noe mer fleksibelt omprioritere hjelp fra dag til dag. Dette betyr at akutte behov kan imøtekommes, men det gir mindre trygghet for den enkelte om at hjelpen kommer når den skal og i avtalt mengde. En fleksibel tjeneste som tilpasses etter behov, er trolig likevel til beste også for brukerne.

Fram til 1.1.93 var det 43 pst. av kommunene med abonnementsordning som tildelte hjemmetjenester på et uspesifisert grunnlag. Hjemmetjenestene ble tildelt «etter behov». Dette var også mest i samsvar med intensjonen bak abonnementsordningen. Formelt gir slike vedtak mindre sikkerhet enn vedtak med et spesifisert antall timer. Det blir også vanskeligere å klage på tildeling av hjelp. Den nye loven om sosiale tjenester med virkning fra 1.1.93, slår fast at tildeling av tjenester skal regnes som enkeltvedtak etter forvaltningsloven. Dette kan medføre at tjenestenes omfang og innhold må spesifiseres bedre enn tidligere.

Administrasjon av ordningene

Abonnementsordninger er relativt enkle å administrere. Endring av vedtak om tildeling av hjelp på grunnlag av endrede forhold skjer relativt sjelden i de fleste kommuner. Inntektsgrunnlaget endres vanligvis bare én gang pr. år. Dette betyr at betalingen pr. måned blir den samme over relativt lange perioder, og at innkrevingen kan effektiviseres. Tjenesteutøverne slipper også mye tidkrevende tidsregistrering. Som nevnt kan en oppfølging være nødvendig for å sikre at brukeren får de tjenester som er vedtatt. En vil da ikke kunne oppnå den administrative forenkling som er noe av poenget med abonnementsordningen.

Timesatsordninger krever mye tid både til tidsregistrering og fakturering. Mange har stilt spørsmålstegn ved om en brukerbetalingsordning som krever så mye administrasjon, kan være lønnsom når ordningen totalt sett bare gir inntekter tilsvarende 3–4 pst. av brutto driftskostnader.

Etterspørselsvirkninger

En av målsettingene med brukerbetalingsordninger kan være å dempe etterspørselen etter tjenester der behovet er marginalt. Abonnementsordningen medfører at det blir en relativt høy inngangsbillett for dem som har begrenset behov for tjenester. Noen frasier seg derfor hjelpen (Olsen og Solem (1993)). Dette gjelder særlig personer som har begrenset behov for rengjøringshjelp og handling. Alternativet for disse er ofte å få pårørende til å utføre oppgavene, leie privat hjelp eller gjøre det selv. Det viser seg imidlertid at mange etterspør tjenester igjen når hjelpebehovet er blitt større. Det er samtidig viktig å være oppmerksom på at høye egenandeler vil medføre at personer som har et behov for hjelp, må si fra seg denne av økonomiske årsaker og derfor ikke får den hjelpen de har krav på.

For de brukerne som allerede er inne i abonnementsordningen, vil en økning i tildelt hjelp ikke medføre økt betaling. Når de først betaler abonnementsprisen, vil prisen ikke øke uansett hvor mye hjelp de mottar. Dette kan medføre en større etterspørsel enn ved timebetaling.

Olsen og Solem påpeker imidlertid at de fant få tendenser til for stor etterspørsel blant personer med inntekt under 2 G som i 1992 og 1993 fikk hjelpen gratis. Kommunene framhevet som forklaring at brukerne var klar over den sterke behovsprøvingen av tjenestene, og derfor ikke fant det bryet verdt å søke om mer hjelp.

Ved betaling pr. time vil brukeren vurdere sin etterspørsel i forhold til prisen på tjenesten. For de fleste inntektsnivåer er nok timesatsene så subsidierte at etterspørselen likevel vil overgå tilbudet. Timesatsordninger kan likevel ha en viss dempende effekt på etterspørselen.

Oversikt over tidsbruk

Innenfor tjenesteproduksjon vil produktiviteten blant annet avhenge av hvor mye tid som brukes til møter, reiser, administrasjon o.l., og tid som brukes til reell tjenesteyting i forhold til brukeren. Oppfølging av produktiviteten forutsetter at tidsbruken registreres og at det settes inn tiltak dersom for stor del av tiden går med til annet en reell tjenesteyting.

Med timesatsordninger må tiden hos brukeren registreres som grunnlag for utregning av brukerbetaling. Dette er derimot ikke vanlig der det praktiseres abonnementsordninger. I deler av hjemmetjenestene er tiden tjenesteutøverne er hos brukerne, nede i rundt 50 pst. av arbeidstiden. Dette understreker betydningen av å registrere tidsbruk for å sette inn tiltak dersom for stor del av tiden går med til andre oppgaver enn tjenesteytingen.

5.2.6 Spesielt om betaling for hjemmesykepleie

Fra 1991 ble det gitt anledning til å ta betaling for hjemmesykepleie. Dette har vært et stort diskusjonstema i mange kommuner. I kommuner som ikke har innført betaling for hjemmesykepleie, blir dette ofte begrunnet med:

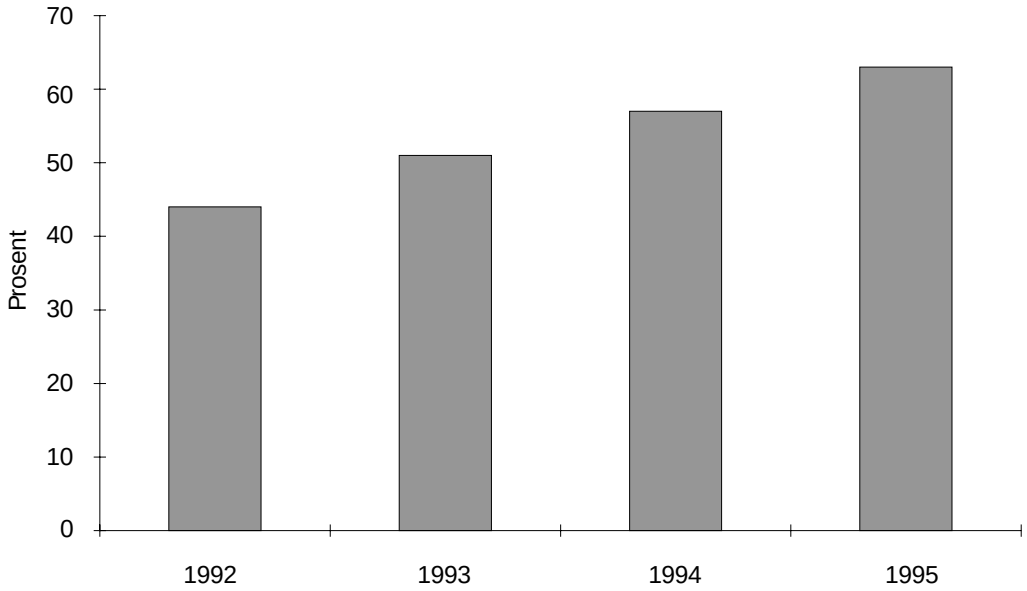
- de fleste brukere av hjemmesykepleie har allerede hjemmehjelp, og betaling for hjemmesykepleie ville derfor ikke gi særlig økte inntekter,
- sykepleie bør være gratis,
- det er vanskelig å ta betaling av psykiatriske pasienter uten sykdomsinnsikt og
- personer som trenger tilsyn for å forebygge ytterligere helseskader, vil ofte frasi seg besøk de må betale for.

I kommuner som har innført betaling for hjemmesykepleie, blir det begrunnet med:

– økte inntekter for kommunen,
– unngå at hjemmehjelpsoppgaver blir skjøvet over på hjemmesykepleien som er gratis og
– blir lettere å koordinere og fordele tjenestene etter behov.

Egenbetaling for hjemmesykepleie er nå innført i 2/3 av kommunene, men synes i liten grad å ha hatt betydning for kommunenes inntekter. Dette skyldes, som nevnt i argumentene fra kommunene, at de fleste av hjemmesykepleiens brukere allerede har hjemmehjelp og dermed betaler fullt abonnement for denne tjenesten. Dermed øker ikke betalingen når de også får hjemmesykepleie.

Utviklingen i antall kommuner som tar egenbetaling for hjemmesykepleie, går fram av "" i figur 5.5



Figur 5.5 Kommuner som tar brukerbetaling for hjemmesykepleie.
Kilde: Olsen og Solem, 1993 og SSB, 1995

For brukere som bare har behov for hjemmesykepleie, er det i noen kommuner registrert en viss vegring mot å ta imot hjelpen når det må betales for den. Dette gjelder i særlig grad personer som bare har tilsynsbehov eller som mangler sykdomsinnsikt pga. aldersdemens eller psykiske problemer. Noen kommuner har regler som gjør det mulig å tildele slike brukere gratis hjelp.

5.2.7 Konklusjon

Brukerbetalingsforskriften for hjemmetjenestene gir kommunene stor frihet til å utforme egne systemer for brukerbetaling. Hovedsvakhetene ved ordningen knytter seg etter utvalgets oppfatning til praktiseringen av brukerbetalingsordningene. Nivået på brukerbetalingen varierer betydelig mellom kommunene. Samtidig gir den relativt beskjedne inntekter.

5.3 BOLIGFINANSIERINGSORDNINGER

5.3.1 Innledning

Hovedmålsettingen i boligpolitikken er at alle skal kunne disponere en god bolig i et godt bomiljø, jf. St.meld. nr. 4 (1992–93). God teknisk boligstandard – sunne boliger – er viktig for å ta vare på befolkningens helse. Godt bomiljø er viktig for alle, men særlig for funksjonshemmede og pensjonister og andre grupper som tilbringer en stor del av sin tid i boligen og dens nærområde. En god boligpolitikk fra statens og kommunenes side kan bidra til å oppnå mål innenfor sosial- og helsepolitikken og levekårs- og fordelingspolitikken, ikke minst fordi tilpasning av boligen og bomiljøet er viktig for om husstanden skal kunne bli boende i egen bolig og motta pleie- og omsorgstjenester der. For å oppnå disse målsettingene ytes det subsidier både fra statens og kommunenes side.

Staten gir økonomiske og juridiske rammevilkår for kommunene og private. Det sentrale gjennomføringsorganet for statens boligpolitikk er Husbanken.

Husbankens rolle i boligpolitikken er å:

- stimulere til boligetablering for vanskeligstilte grupper
- sikre god boligkvalitet på det nøkterne boligtilbudet
- bidra til bygging og utbedring av boliger
- stimulere til utvikling av gode bomiljøer og byfornyelse

Lån, tilskudd og bostøtte fra Husbanken spiller en svært sentral rolle i boligpolitikken, særlig rettet inn mot eldre og funksjonshemmede.

Beskrivelsen nedenfor av Husbankens aktiviteter er basert på de forslagene som ble fremmet i statsbudsjettet for 1996 og som Stortinget vedtok i desember 1995. Endringene ble iverksatt fra 1.1. 1996. Omleggingen hadde til hensikt å effektivisere virkemiddelbruken i boligpolitikken. Endringene bestod i følgende:

- generell subsidiering av boliger ble avskaffet
- tilskudd gis etter nærmere behovsprøving i stedet for rentesubsidier etter behovsprøving, eller for å oppnå ekstra kvaliteter ved boligen eller bomiljøet
- prinsippene for rentefastsettelse ble endret. Tilbud om lån blir gitt med fast rente eller med flytende rente uten rentesubsidier.

5.3.2 Beskrivelse av dagens statlige ordninger

Husbankens virksomhet er hjemlet i egen særlov, Husbankloven av 3. mars 1946. Regelverket for låne- og tilskuddsordningene er hjemlet i egne forskrifter, basert på fullmakter gitt av Stortinget.

Husbanken gir lån til:

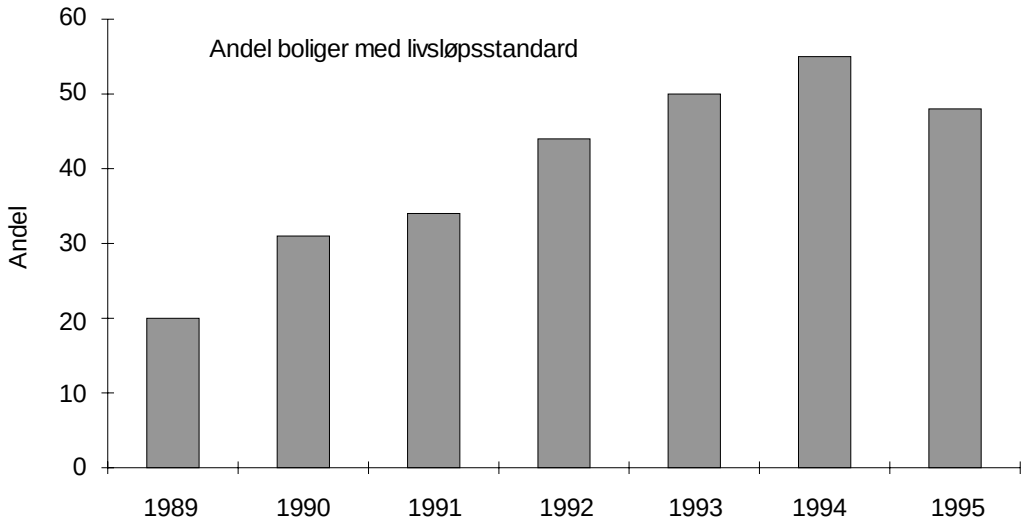
- Oppføring av nye boliger
- Finansiering av barnehager, skolereform, omsorgsboliger og sykehjem mv.
- Fornyelse av boliger og bomiljø
- Boligetablering

Husbanken stimulerer til boligkvaliteter utover kravene i byggeforskriften ved å stille formelle krav til hva Husbanken kan finansiere og gi økonomiske virkemidler til.

Lån til oppføring av boliger

Husbanken gir i dag grunnlån til oppføring av boliger uten behovsprøving, jf. husbankloven kap. IV og forskrift om oppføringslån av 18. mai 1994. Totalt ble det gitt grunnfinansiering for om lag 5 500 mill. kroner til 19 200 boliger i 1996. Normalt gis det lån inntil 80 prosent av godkjente kostnader.

Husbankens generelle oppføringslån har betydning for pleie- og omsorgstjenesten ved at det stilles krav til utforming av boligen utover de krav som stilles i byggeforskriften. Dette bidrar til en kvalitetsheving av den norske boligmassen. Spesielt viktig er betydningen av Husbankens ekstra låneutmåling til boliger med livsløpsstandard og boligkvalitetstilskudd til boliger med kvalitet utover minstestandard, jf. forskrift av 20 des. 1995. En bolig med livsløpsstandard skal være tilgjengelig for rullestolbrukere og andre bevegelseshemmede. Boligen skal ha alle nødvendige funksjoner på inngangsplanet, og det stilles krav til at beboeren skal kunne gjøre alle daglige gjøremål uten å forsere en trapp. Boligen skal som minimum ha stue, soverom, kjøkken og bad på samme plan som inngangen. Døråpninger må ha tilstrekkelig bredde og være uten terskler. Fullt innredet skal boligen gi mulighet for å komme inn i alle rom og snu med en rullestol. "" i Figur 5.6 viser utviklingen i andel boliger med livsløpsstandard, finansiert gjennom Husbanken.



Figur 5.6 Andel av nye boliger med livsløpsstandard i prosent av tilsagn til nye boliger i Husbanken.

Fra en sped start utgjør nå boliger med livsløpsstandard om lag 48 prosent av andelen av boliger med tilsagn i Husbanken.

Fra 1994 har Husbanken gitt lån til bygging av omsorgsboliger og sykehjem mv., jf. forskrift om lån til omsorgsboliger og sykehjem mv. av 20. jan. 1994. I disse tilfellene gis lånene direkte fra Husbanken og det ytes fullfinansiering. Bakgrunnen for denne utvidelsen av Husbankens arbeidsoppgaver var at Regjeringen ønsket en økt satsing på avskaffing av flersengsrom i sykehjem. Dette ble også stimulert ved å gi oppstartingstilskudd, se omtalen under. I 1996 ble det innvilget tilsagn for 1 216 mill. kroner til 1 986 omsorgsboliger/sykehjem mv.

Omsorgsboliger er et botilbud utenfor institusjon/sykehjem mv., som er fysisk tilrettelagt slik at beboerne skal kunne få heldøgns pleie og omsorg. Omsorgsboliger kan være vanlige selvstendige boliger eller ulike former for bofellesskap og bokollektiv. Beboerne betaler vanlig husleie. For å kvalifisere til bostøtte i Husbanken, må boligens privatareal være minimum 40 kvm. Boligen må inneholde kjøkken, bad, soverom med vindu og ha nøytral atkomst uten å måtte passere gjennom felles oppholdsareal.

Nye omsorgsboliger kan bli finansiert ved lån til omsorgsboliger og oppstartingstilskudd på 100 000 kroner fra Husbanken. Størrelsen på oppstartingstilskuddene og krav til uteareal m.m. er gitt i retningslinjer for oppstartingstilskudd fra Husbanken til boliger tilrettelagt for heldøgns pleie- og omsorgstjenester (omsorgsboliger) og sykehjemsplasser mv. Byggeforskriftene stiller krav til bygningsteknisk standard. Arbeidsmiljøloven stiller arealkrav vurdert i forhold til dem som jobber der. Husbanken stiller funksjonskrav vurdert i forhold til dem som skal bo i bygningene, og hva som skal utløse oppstartingstilskuddet. Funksjonskravene stiller krav til uteareal, arealdisponering, privat boenhet, fellesareal både for beboerne og personalet og lokaler til dagtilbud.

Husbanken stiller krav til utformingen av nye sykehjem ved at det skal være plass til seng, sittegruppe og minikjøkken. Hver boenhet skal ha plass til eget baderom med dusj, servant og klosett.

Vilkårene for lån til sykehjem mv. er de samme som for omsorgsboliger. Lån til oppføring av nye boliger er ikke subsidiert fra statens side. Utlånsrenten er lik statens innlånsrente tillagt en margin på 0,5 prosentpoeng. Husbankens oppføringslån blir gitt uten nærmere behovsprøving med hensyn til inntekt, og lånet har lik rente for alle. Det kan derfor likevel betraktes som en subsidiering overfor den enkelte mottaker når en sammenligner med det rentetilbudet lavinntektsgrupper får tilbud om på det private markedet.

I tillegg til lån til oppføring av nye boliger gis det også lån i forbindelse med kjøp av brukt bolig, såkalte etableringslån, jf. forskrift om etableringslån av 18. mai 1994. Lånet gis primært av kommunene etter nærmere behovsprøving, hvor funksjonshemmede er en av de primære målgruppene.

Oppstartingstilskudd

Fra 1994 ble det opprettet to nye tilskuddsordninger, oppstartingstilskudd til boliger tilrettelagt for heldøgns pleie- og omsorgstjenester og oppstartingstilskudd til sykehjemsplasser, herunder omgjøring fra flersengs- til ensengsrom. Ordningen er regulert i forskrift om oppstartingstilskudd av 20. des. 1995 med tilhørende retningslinjer. Oppstartingstilskuddet kan benyttes ved etablering av nye omsorgsboliger eller sykehjem mv., mens tilskudd til enerom kan benyttes til omgjøring av flersengsrom til enerom. Formålet med tilskuddsordningen er også å stimulere kommunene til å øke tilbudet av omsorgsboliger og sykehjemsplasser og å forbedre kvaliteten på eksisterende tilbud. Tilskuddet utbetales fra Husbanken til kommunene. Tilskuddet er imidlertid ikke betinget av finansiering i Husbanken.

Det gis et tilskudd på 150 000 kroner til etablering av hver ny sykehjemsplass, 100 000 kroner pr. omsorgsbolig og 90 000 kroner pr. nytt enerom ved omgjøring fra flersengsrom til ensengsrom. Det er stor interesse fra kommunene for ordningen med oppstartingstilskudd. Bevilgningen på 242,5 mill. kroner for 1994 ble nyttet fullt ut, og det oppsto kø på ordningen. Det ble gitt tilskudd til 2 567 boliger/plasser. Midlene ble primært benyttet til å øke antall nye plasser, framfor å bedre kvaliteten på de eksisterende tilbudene ved å omgjøre flersengsrom til enerom. I 1995 ble det gitt tilsagn om tilskudd for 265 mill. kroner til 2 725 boliger. I samsvar med Velferdsmeldingens prioriteringer ble bevilgningen til oppstartingstilskudd økt med 100 mill. kroner til 367 mill. kroner for 1996. I 1997 er det foreslått bevilget 607 mill.

Antall sykehjemsplasser har økt med ca. 800 fra 1992 til 1995. Til tross for denne økningen er dekningsgraden, målt som antall plasser i sykehjem mv. i prosent av befolkningen over 79 år, redusert noe etter 1993. De siste årene har det skjedd en betydelig økning i boliger tilrettelagt for eldre og funksjonshemmede. Det er knapt 2 000 flere enn i 1991. Om lag halvparten av økningen gjelder personer over 79 år. Tall for 1994 og 1995 for tilsagn fra Husbanken til bygging av omsorgsboliger indikerer mer enn en fordobling av utviklingstakten i forhold til tidligere år. Dette vil først vise seg i boligstatistikken for 1995 og 1996. Ifølge St.prp. nr. 1 for 1996–97 (Sosial- og helsedepartementet) viser den høyere utbyggingstakten at stimuleringstilskuddet til opprettelse av flere sykehjemsplasser og omsorgsboliger som ble innført i 1994, har virket i samsvar med formålet med ordningen.

Husbankens boligtilskudd

Boligtilskuddet kan benyttes til utbedring, utleieboliger, kjøp av brukt bolig og bygging av ny bolig til særlig vanskeligstilte husstander med svak økonomi. Ordningen er regulert i forskrift om boligtilskudd av 20. des. 1995. Målgruppene for ordningen er funksjonshemmede, flyktninger og psykisk utviklingshemmede og andre med permanent lave inntekter. I tillegg til disse gruppene kan også unge med utsikter til permanent lave inntekter kunne få tilskudd etter nærmere behovsprøving.

Tilskuddet skal, når det benyttes til oppføring av ny bolig og kjøp av brukt bolig, gå til å redusere behovet for topp- og tilleggsfinansiering for målgruppene for ordningen. Eldre er ikke en målgruppe for dette tilskuddet. Dette må ses i sammenheng med oppstartingstilskuddet, se omtalen ovenfor. Tilskuddet kan utgjøre opptil 50 prosent av godkjente kostnader.

Boligtilskuddet til utbedring skal bidra til at disse særlig vanskeligstilte husstandene skal kunne bli boende i en utbedret bolig med nøktern standard. Det gis tilskudd til alle typer utbedringsarbeider. Tiltak som øker tilgjengeligheten og gjør beboeren mest mulig funksjonsdyktig, prioriteres.

Husbanken fordeler boligtilskuddet til kommunene som videreformidler til den enkelte. I de tilfellene der kommunen ikke ønsker å videreformidle, gis tilskuddet direkte fra Husbanken. I 1997 er det bevilget 447 mill. kroner til boligtilskuddet.

Husbankens bostøtteordning

Husbankens bostøtteordning, jf. husbankloven kap. V og forskrift om bostøtte av 23. mars 1984, skal bidra til at husstander med svak økonomi skal kunne anskaffe og bli boende i en god og nøktern bolig. Bostøtte gis til husstander som bor i boliger med nøktern standard, og som har en kombinasjon av lave inntekter og etter forholdene høye boutgifter.

Målgruppene for ordningen er husstander med barn under 18 år, personer som er fylt 65 år eller personer som har stønad eller pensjon gjennom folketrygden. Bostøtteordningen omfatter leiligheter i borettslag og kommunale utleieboliger, boliger med løpende lån i Husbanken eller Landbruksbanken, samt boliger finansiert med kommunale videreutlånsmidler fra Husbanken.

Som boutgift regnes renter og avdrag på boliglån, samt eventuell eiendomsskatt og festeavgift. I tillegg kommer faste satser for driftsutgifter og kommunale utgifter. For leietakere benyttes kontraktsfestet husleie. Boutgiftene godkjennes inntil et øvre beløp ut fra husstandens størrelse, det såkalte boutgiftstaket Det er forutsatt at husstandene dekker en del av boutgiftene selv, såkalt «rimelig boutgift». Rimelig boutgift varierer med husstandsstørrelse og inntekt. Når formuen overstiger kr 150 000 for én-personhusstander og kr 200 000 for husstander med to eller flere personer, legges 6 pst. av formuen til inntekten. Søkere som har nedgang i inntekten fra siste ligning, kan få lagt til grunn bruttoinntekten i stønadsperioden. Bostøtten utregnes som 70 pst. av forskjellen mellom beregnede boutgifter og rimelig boutgift. Nedre grense for årlig bostøtte er kr 2 000. Utbetalinger foretas tre ganger i året. I 1996 var bevilgningen til Husbankens bostøtteordning 720 mill. kroner.

Sosial- og helsedepartementets botilskuddsordning

Formålet med ordningen var å utjevne forskjeller i disponibel inntekt mellom ulike pensjonistgrupper ved å gi alders-, etterlatte- og uførepensjonister et tilskudd til dekning av boutgifter. Det var ingen formell boligavgrensning i botilskuddsordningen, slik som i Husbankens bostøtteordning. Det var husstandens samlede bruttoinntekt i den aktuelle perioden som ble lagt til grunn ved beregning av botilskudd. Utover avkastning av formue i form av renteinntekter, ble det ikke tatt hensyn til formue ved utmåling av husstandens inntekt. Fra og med 1993 ble inntektsgrensen i ordningen utvidet til å omfatte inntekter opptil minstepensjon pluss 30 prosent. Personer med minste garanterte tilleggspensjon fikk denne lagt til grunn som minstepensjon.

Botilskuddet kunne maksimalt dekke 100 prosent av boutgiftene utover egenandelen som var 15 prosent av inntekten. Botilskuddsordningen var en rammebevilgning, derfor var den faktiske dekningsprosenten vanligvis langt lavere enn vist ovenfor. Rammebevilgning medfører at det var bevilgningens størrelse som styrte utbetalingen av botilskuddet, og ikke som i en overslagsbevilgning hvor det er regelverket som bestemmer hvor mye som blir utbetalt. I 1995 var f.eks. den faktiske dekningsprosent 58,5 prosent (og ikke 100 prosent) for den opprinnelige målgruppen med minstepensjon pluss 10 prosent. Dette fordi de samlede refusjonsberettigede boutgifter oversteg rammebevilgningen.

For å være berettiget til botilskudd måtte utgiftene overstige 15 pst. av inntekten. Botilskuddet skulle dekke boutgiftene som oversteg 15 pst. av inntekten. Dekningsgraden avtok med økende inntekt.

I 1996 var det bevilget 614 mill. kroner til Sosial- og helsedepartementets botilskuddsordning.

Samordning av de statlige bostøtteordningene

Regjeringen fremmet i høstsesjonen 1996 St.prp. nr. 19 (1996–97) for Stortinget. Proposisjonen ble behandlet av Stortinget 23. januar 1997. Proposisjonen foreslo å samordne Husbankens bostøtteordninger og Sosial- og helsedepartementets botilskuddsordning. Stortinget sluttet seg til Regjeringens forslag.

Støttenivået i den nye samordnede ordningen blir utmålt maskinelt i Husbanken og utbetalingen går direkte til mottakerne fra Husbanken.

Det nye regelverket for en samordnet ordning tar utgangspunkt i regelverkene for dagens ordninger. Både med hensyn til beregningsrutine, inntekter og boutgifter, med unntak av utgifter til lys og varme, legges Husbankens bostøtteordnings regelverk til grunn. For gruppen som har inntekter under minstepensjon pluss 30 prosent, legges utgifter til lys og varme fortsatt til grunn for å unngå store omfordelingseffekter, siden denne utgiften utgjør en betydelig andel av boutgiftene for målgruppene, særlig for pensjonister med lave inntekter.

I det nye regelverket tas det hensyn til formue ved fastsetting av husstandens inntektsgrunnlag, og at en setter øvre grenser for boutgifter som kan bli lagt til grunn. Øvre grenser for boutgifter er motivert ut fra at en kun skal dekke nøkterne boutgifter, jf. undersøkelsen om botilskuddsmottakerne.

For å videreføre det inntektspolitiske aspektet i ordningen, er det ingen boligavgrensning i ordningen for de med inntekter under minstepensjon pluss 30 prosent. Det vil si at en ikke setter krav til hvordan boligen er finansiert og at en ikke setter strenge krav til utforming av boligen. Bevilgningen gis som en overslagsbevilgning. Rammen for ordningen er 1 369 mill. kroner.

5.3.3 Kommunal subsidiering av bolig

Kommunene har en sentral rolle i boligpolitikken ved å legge til rette for boligbygging, boligfornyelse, kvalitet i bomiljøet, planlegging, arealpolitikk og byggesaksbehandling. Kommunene skal også sørge for et egnet boligtilbud til vanskeligstilte, herunder eldre og funksjonshemmede med lave inntekter.

Den kommunale subsidieringen omfatter både egne kommunale bostøtteordninger, lån og subsidiering ved at kommunen tar en husleie som ikke dekker kostnadene ved boligen. Det er i dag få kommuner som opererer med egne bostøtteordninger.

I tillegg ytes det økonomisk stønad etter sosialtjenesteloven til dekning av boutgifter. I de store byene utgjorde dette beløpet i 1990 om lag 650 mill. kroner. Økonomisk stønad etter sosialtjenesteloven er med andre ord et ofte benyttet virkemiddel for å dekke boutgifter for husstander kommunen ønsker å hjelpe.

Kommunen subsidierer en leietaker hvis kommunens kostnad ved å tilby boligen er større enn kommunens inntekter av utleie. Kommunens kostnad er delt opp i kapitalkostnader, vedlikehold, avskrivning og driftskostnader, inkludert kostnader forbundet med å administrere boligtilbudet. Kapitalkostnadene er lik alternativavkastningen på den bundne kapitalen.

En alternativ tilnærming til kapitalkostnadene er at en mulig anvendelse av den kapitalen som er bundet opp i leieboligen, er å leie den ut på det private leiemarkedet. Kapitalkostnaden blir da nettohusleien kommunen kan oppnå ved å leie ut boligen på det private markedet. Nettoleien er brutto husleie fratrukket drifts- og vedlikeholdsutgifter.

Til anslagene er det benyttet data fra tre forskjellige datainnsamlinger, Boforholdsundersøkelsen 1995, Gallupundersøkelsen 1993 og 1995. Subsidiebeløpene med bakgrunn i de to ovennevnte tilnærminger er gjengitt i tabell 5.4.

Tabell 5.6: Subsidiemål med bakgrunn i sammenligninger av husleier i kommunal utleie. Millioner kroner.

	Subsidiering målt i forhold til avkastningen knyttet til et reelt konstant alternativ fond	Subsidiering målt i forhold til ny utleie	Subsidiering målt i forhold til variert alderssammensetning av leiekontrakter
Gallup 1993	2 456	692	462
Gallup 1995	1 563	921	623
BU 95	1 640	748	483

Det skjer en betydelig skjult subsidiering gjennom lave husleier i kommunenes utleiemasse. Dette er, bortsett fra det som ytes som økonomisk stønad etter sosialtjenesteloven, den største andelen av den kommunale subsidieringen. Kommunale utleieboliger er de boligene som kommunen har til rådighet til svakstilte på boligmarkedet. Det er de boligene kommunen eier selv, de boligene som eies av stiftelser som (del)eies/kontrolleres av kommunen, og til slutt boliger som kommunen leier av andre og framleier til vanskeligtilte på boligmarkedet. Vel 50 prosent av kommunens utleieboligmasse var ment for eldre og funksjonshemmede, 40 prosent var ment til sosialt vanskeligstilte (Hansen, 1994).

I en spørreundersøkelse i norske kommuner som ble utført i 1993, ble den totale kommunale utleiemassen anslått til å være 75 000 boliger. 12 500 av disse var leid ut til kommunalt ansatte (Hansen, 1994). Undersøkelsen var basert på svar fra 336 kommuner som dekket om lag 80 prosent av Norges befolkning. Det vil si at det er 31 500 kommunale utleieboliger for eldre og funksjonshemmede.

Omfanget av kommunale bostøtteordninger er lite, og inntrykket er at en benytter lave husleier i sine utleieboliger som bostøtteordning i stedet for ordninger som er behovsprøvd med hensyn til inntekt. I 1995 var det bare Oslo og Stavanger av de store byene som hadde egne bostøtteordninger som supplement til de statlige bostøtteordningene.

Den kommunale praksisen for fastsetting av husleie varierer i stor grad fra kommune til kommune. I flere kommuner fastsettes husleien ut fra et utgiftsbasert prinsipp som er slik at kommunen skal dekke de løpende utgiftene knyttet til boligen. Når prinsippet benyttes på hvert enkelt boligprosjekt, medfører dette at en får stor spredning i husleiene mellom like prosjekter.

Noen kommuner prøver å komme over på et system hvor leiene markedstilpasses. Anslagene på markedsleien blir blant annet foretatt av eiendomsmeglere. For å unngå for store svingninger i leiene, kan husstandene det første året betale markedsleie som seinere blir justert hvert år med konsumprisveksten.

Andre kommuner igjen benytter en kombinasjon av en «kostnadsriktig» husleie og markedsleie.

De to målene vi legger mest vekt på er subsidiering målt i forhold til avkastning knyttet til et reelt konstant alternativt fond, og subsidiering målt i forhold til husleie hvor leiene varierer etter hvor lenge husstanden har bodd i leiligheten. Vi ser at den første størrelsen er betydelig større enn den siste. Årsaken til at subsidieringen i forhold til et reelt konstant fond har falt betydelig fra 1993 til 1995 og at subsidier målt i forhold til markedsleier har steget, er begrunnet i det betydelige rentefallet som har vært siden 1993, samtidig som markedsleien har steget betydelig i denne perioden.

Subsidiene som er gjengitt i tabell 5.4 refererer seg til den totale kommunale utleiemassen. Tallene for subsidiering til eldre og funksjonshemmede er gjengitt i tabell 5.5. I beregningen er BU 95 og Gallup 1995 slått sammen

Tabell 5.7: Subsidier til eldre og funksjonshemmede gjennom sammenligning av kommunale husleier (mill. kroner).

År	Subsidiering målt ut fra reelt konstant fond	Subsidier målt ut fra ordinære husleier
1993	1 066	198
1995	695	237

Andelen av de kommunale husleiesubsidiene som går til gruppen eldre og funksjonshemmede, er noe høyere enn denne gruppens andel av husholdene i den kommunale utleiemassen. Etter utvalgets vurdering gir subsidieringen målt ut fra et reelt konstant fond det mest riktige bilde av kommunenes subsidiering. Dette på grunn av at det, med unntak av de store byene, er et dårlig fungerende leiemarked der markedsleien gir et dårlig bilde av alternativanvendelsen av kapitalen.

Institusjonene

Institusjonene kan eies av kommunen selv, av stiftelser med ulik grad av kommunal deltakelse, og i noen tilfeller av frivillige organisasjoner. I de aller fleste tilfeller ligger ansvaret for drift og kostnader på kommunen. Den gjennomsnittlige investeringskostnaden for nye sykehjemsplasser er anslått til 600 000 kroner (Christophersen, 1995). Når en tar hensyn til alderssammensetningen av massen av institusjoner, vil et rimelig anslag for gjennomsnittlig kapitalkostnad for institusjoner være 450 000 kroner. Det understrekes at denne beregningen er heftet med stor usikkerhet, men den kan likevel gi oss en god pekepinn på størrelsesorden på kapitalkostnaden i institusjoner. Tabell 5.6 viser et anslag på de reelle kostnadene i institusjoner basert på en realrente på 5,3 pst. og et anslag på driftskostnadene for boligdelen på kommunale institusjoner på 2,5 pst. av gjenanskaffelseskostnaden.

Tabell 5.8: Kapital bundet i institusjonsplasser, reelle kapitalkostnader og beregnede driftskostnader.

Kapital og kostnader i kommunale institusjoner	Beløp i mill. kroner
Bundet kapital	20 835
Kapitalkostnad	1 104
Driftskostnader boligdel	521
Totale kostnader ved boligdelen	1 625

Vederlagsforskriften sier at vederlaget ikke skal ta hensyn til kapitalkostnadene i institusjoner og at det ikke må overstige de reelle oppholdsutgiftene. Av tabell 5.6 ser en at kostnaden knyttet til kapitalen utgjør om lag 1 600 mill. kroner når en også tar hensyn til driftskostnadene.

5.3.4 Vurdering av dagens boligfinansieringsordninger

Statlige ordninger

Husbankens låne- og tilskuddsordninger bidrar for det første til at eldre og funksjonshemmede kan skaffe seg en god bolig, og samtidig ha boutgifter som står i et rimelig forhold til inntekten. For det andre påvirker Husbanken, ved å stille krav til kvaliteten ved boligen utover kravene i byggeforskriften, til en bedre boligstandard enn vi ellers ville hatt. Det vil i årene framover fortsatt være behov for at det bygges flere boliger med livsløpsstandard tilpasset omsorgstrengendes behov. Etter utvalgets vurdering stimulerer Husbankens krav til livsløpsstandard til gode boligløsninger, blant annet med hensyn til tilgjengelighet. En større andel tilrettelagte boliger vil lette den hjemmebaserte omsorgen, og øke funksjonshemmedes og eldres muligheter til å bo lengre i egen bolig.

En økt vektlegging av hjemmebasert omsorg med sikte på gode levekår for eldre og funksjonshemmede stiller videre ikke bare krav til boligens utforming, men også boligområdets beliggenhet i forhold til offentlige tjenester og kommunikasjon.

Ordningen med oppstartingstilskudd har bidratt til økte investeringer i omsorgsboliger og sykehjem mv. Oppstartingstilskuddet, sammen med Husbankens lån til oppføring av boliger, bidrar til en nivåheving på boligdelen i omsorgsboliger og i sykehjem mv. Etter utvalgets vurdering er det fortsatt utfordringer med hensyn til standardheving av sykehjem mv., slik at de i større grad kan oppfattes som et fullverdig boalternativ. Videre bør det stimuleres ytterligere til å avskaffe flersengsrom i sykehjemmene.

I dagens bostøtteordning er det om lag 40 prosent av mottakerne som har boutgifter over de øvre grensene som kan legges til grunn. Årsaken til dette er at de øvre grensene for boutgifter er satt til dels betydelig lavere enn nivået for kostnadene knyttet til en husbankfinansiert bolig. I særlig grad gjelder dette for enpersonhusholdninger, hvor de øvre grensene for boutgifter er satt til 37 000 kroner pr. år, eller 3 083 kroner pr. måned. Dette innebærer at bostøtten ikke dekker boutgifter opp til kostnadene knyttet til en nøktern bolig, og dermed ikke blir så effektiv med hensyn til å stimulere husstander med lave inntekter til å investere i en god bolig.

Ordningen er i dag avgrenset til husbankfinansierte boliger, borettslagsleiligheter og kommunale utleieboliger for husstander med inntekter over minstepensjon pluss 30 pst. Det er ingen boligavgrensning for de med inntekter under dette. Dette betyr at det er flere boliger som ikke omfattes av ordningen til tross for at boligen har en god standard, f.eks. privatfinansierte boliger som ikke er borettslagsleiligheter eller ikke-kommunale utleieboliger.

Kommunal og arbeidsdepartementet vil, når en har høstet erfaring med den nye samordnede bostøtteordningen, gå gjennom regelverket for bl.a. å vurdere boligavgrensningene og øvre grenser for boutgifter.

Kommunale ordninger

Det er i dag om lag 31 500 kommunale utleieboliger for eldre og funksjonshemmede. Det er et betydelig antall husstander som mottar boligtjenester i kommunal regi. Man ser på den kommunale boligsubsidieringen som differansen mellom kommunens kostnader knyttet til boligtilbudet og det beboerne faktisk betaler. Med de subsidiedefinisjoner som er benyttet foran, vil omfanget av den kommunale boligsubsidiering bli som i tabell 5.7

Tabell 5.9: Kommunal subsidiering av boligtilbudet. Millioner kroner.

Kommunal subsidiering gjennom lav husleie	695
Kommunal kapitalkostnad i institusjon	1 600
Sum	2 295

Kilde: Norvik 1996

De kommunale subsidiene som framkommer i tabell 5.7 indikerer at mange kommuner i stor grad har tilpasset seg slik at de har utformet generelle subsidier til beboerne i sine boliger, i stedet for å utforme selektive ordninger hvor en har tatt hensyn til inntekt og behov.

Det har vært foretatt flere utredninger om kommunal boligpolitikk overfor svakstilte på boligmarkedet, herunder eldre og funksjonshemmede med lave inntekter. Asplan Viak utførte i 1995 en case-studie i en norsk kommune med sikte på å vurdere strategier for dekning av omsorgsbehov. Prosjektet avdekket et stort behov for utvikling av metoder og verktøy for utredning, planlegging og drift innen en tverrsektoriell kommunal virksomhet. Dette gjelder særlig for å utføre en oversikt over bosituasjon og bostandard for eldre og funksjonshemmede, beregning og evaluering av framtidig omsorgsbehov, samt beregning av økonomiske konsekvenser for beboer, kommune og stat ved alternative løsninger. Det som særlig blir påpekt i prosjektet, er mangelen på tverrsektorielt samarbeid.

Selv om dette var en case-studie i en kommune er det flere forskningsprosjekt som understøtter dette, bl.a. Hansen og Åhren (1991). Prosjektet så på vanskeligstilte boligsøkere i de fire store byene med siktemål å vurdere effektiviteten i virkemiddelbruken. Her ble det også pekt på at et hovedproblem var mangelen på tverrsektorielt samarbeid. Videre ble det pekt på at kommunene burde gjennomføre jevnlige undersøkelser om boforholdene og boligproblemene i kommunen for å bedre ressursbruken og mer effektivt kunne oppnå målsettingene i helse- og sosialpolitikken, samt boligpolitikken.

En forutsetning for at kommunene skal kunne utvikle kostnadseffektive løsninger og et veldimensjonert omsorgstilbud, særlig med hensyn til botilbudet, er at kommunene gjør en grundig analyse av behovet nå og framover og samtidig gjør gode kostnadskalkyler av ulike løsninger. I Asplan Viak-rapporten vises det blant annet at en løsning med investering i omsorgsboliger gir langt lavere kostnader for kommunen enn bygging av institusjonsplasser, selv om investeringskostnadene er høyere.

5.3.5 Brukernes tilpasning

Et kjennetegn ved den norske boligpolitikken etter krigen er vektleggingen av at husstander skal eie sin egen bolig. Virkemidlene i boligpolitikken har blant annet vært utformet med dette for øyet. Stimulering til å eie har også vært gitt gjennom skattesystemet. Brukerne har tilpasset seg dette, noe som kan visualiseres ved å se på fordelingen av ulike eierformer i de nordiske land, se tabell 5.8.

Tabell 5.10: Fordeling av ulike eierformer i de nordiske land i prosent.

Land	Utleieboliger	Andelsleiligheter	Selveier
Norge	22	19	59
Sverige	44	16	40
Danmark	40	5	55
Finland	25	0	75
Island	23	0	77

Kilde: Offentlige og allmennyttige utleieboliger i Norden (1995:625)

Fordelingen i tabell 5.8 gjenspeiler de nordiske lands ulike betoning av eie/leieforhold i boligpolitikken. I Danmark og Sverige er leieforhold omtrent like utbredt som å eie sin egen bolig. Dette er forhold en må ta hensyn til når en skal utforme boligtilbud til eldre og funksjonshemmede, blant annet med tanke på den til dels betydelige boligkapitalen eldre sitter med.

Med bakgrunn i vektleggingen av at en skal eie sin egen bolig, utgjør boligen i gjennomsnitt 70 prosent av husstandens formue. Dagens ordninger stimulerer ikke til at husstander benytter den oppsparte boligformuen til å skaffe seg annen hensiktsmessig bolig ved omsorgsbehov. Selv om en har hatt en stor formue og denne avhendes til arvingene før en blir omsorgstrengende, innvirker ikke dette på det botilbudet man får når man blir så omsorgstrengende at man må på institusjon.

En positiv stimulans kan ligge i at kommunene og andre tilrettelegger omsorgsboliger med varierende standard, f.eks. boligsparelag for eldre. Boligene kan enten organiseres som borettslagsleiligheter, selveierboliger eller utleieboliger. Attraktive selveier- og utleieboliger kan stimulere eldre med formue til å selge sin bolig mot at en er sikret et godt omsorgstilbud i alderdommen. Dette kan også bidra til at personer uten høye formuer skaffer seg en egnet omsorgsbolig.

5.3.6 Oppsummering

Bolig spiller en sentral rolle i omsorgspolitikken, blant annet ved å tilrettelegge for hjemmebasert omsorg. Etter utvalgets vurdering bidrar boligfinansieringsordningene til at husstander med lave inntekter kan skaffe seg gode boliger med god boligkvalitet. Dette øker i sin tur muligheten for hjemmebasert omsorg.

De aller fleste i Norge i dag bor godt. Det er likevel en del eldre og funksjonshemmede som bor lite tilfredsstillende grunnet vanskelig tilgjengelighet og dårlige sanitærforhold. Dette gjelder for det meste husstander i de store byene. Den eksisterende boligmassen bør tilpasses og utbedres slik at den muliggjør hjemmebasert omsorg, og slik at husstanden dermed kan bo i sitt eget hjem så lenge som mulig.

Stortingets vedtak om samordning av de statlige bostøtteordningene kan effektivisere ordningene, og øke deres betydning for å stimulere til at eldre og funksjonshemmede kan flytte til hensiktsmessige boliger som er tilpasset hjemmebasert omsorg. Det kan i årene framover bli økt behov for bostøtte, ikke minst med tanke på den økte vektleggingen av boliggjøring av institusjonsplasser.

Som det er vist i dette avsnittet er den kommunale subsidiering i kommunale utleieboliger betydelig. Etter utvalgets vurdering må det være opp til den enkelte kommune å vurdere hensiktsmessigheten av å yte slik subsidiering. Det bør likevel legges opp til en bevisstgjøring og synliggjøring overfor den enkelte kommune med

hensyn til kostnadene knyttet til utleieboligene. Det er først når en synliggjør kostnadene ved de ulike boligtilbudene at kommunen kan velge de løsningene som er mest kostnadseffektive. Dersom kommunen faktisk ønsker å subsidiere beboerne i sine utleieboliger gjennom lavere leie enn en kostnadsdekkende leie, bør avgjørelsen basere seg på en bevisst prioritering fra kommunens side.

5.4 HELSETJENESTER

5.4.1 Generelt

Utvalget er i mandatet bedt om å utrede spørsmålet om hvilket forvaltningsnivå (Staten/folketrygden eller kommunene) som skal dekke utgiftene til helsetjenester i pleie- og omsorgstjenesten. I dette kapitlet vil utvalget beskrive og vurdere dagens ordning. I *"Finansiering av helsetjenester"* i kap. 11 drøfter utvalget alternativer til dagens ordning.

Lov om helsetjenesten i kommunene som ble innført i 1984, pålegger kommunene ansvaret for å dekke befolkningens grunnleggende behov for helsetjenester. Kommunens ansvar er negativt avgrenset til de helsetjenester som ikke hører under stat eller fylkeskommune (§1–1).

Finansiering

Kommunen skal etter kommunehelsetjenesteloven dekke utgiftene til helsetjenester den har ansvaret for (khl. § 5–1). Staten bidrar til å finansiere tjenesten ved årlige rammetilskudd til kommunene (khl. § 5–2). Statens tilskudd i medhold av kommunehelsetjenesteloven § 5–2 ble inntil 1986 gitt til såkalt «helseformål», men fra 1. januar 1986 uten binding til noen bestemt sektor. Rammetilskuddsordningen er nå en del av det generelle inntektssystemet. Kommunen står altså fritt innenfor lovens rammer til å prioritere ulike tiltak avhengig av behov og lokale, politiske prioriteringer i den enkelte kommune.

Helsetjenester blir således i all hovedsak finansiert gjennom offentlige midler som enten hentes inn gjennom kommune- og statsbeskatning eller trygdeavgifter. Brukerbetaling finansierer kun en liten del av hva helsetjenester koster.

Brukerbetaling

Prinsippene for brukerbetaling for helsetjenester er forskjellig avhengig av boform. I den videre framstilling omtales sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie etter khl. § 1–3 og boliger med heldøgns omsorgstjenester etter sotjl. § 4–2 som institusjoner. I institusjoner inngår brukerbetaling for helsetjenester i det generelle vederlaget. Utenfor institusjoner dekker brukeren og folketrygden hver sin andel av den samlede kostnad pr. ytelse. For enkelte av helsetjenestene er det fastsatt et felles egenandelstak. Takordningen gjelder egenandeler for legehjelp, psykologhjelp, viktigere legemidler og reiser som trygden betaler for. Når en person i løpet av et kalenderår har hatt utgifter til nevnte tjenester opptil utgiftstaket, utleverer trygdekontoret et frikort. Den som har fått frikort, fritas for å betale egenandeler for helsetjenester for resten av året. Utgiftstaket er i 1997 på 1 290 kroner.

I det følgende nevnes en del av tjenestene innen helsetjenesten. Framstillingen er ikke uttømmende. Beskrivelsen legger vekt på å få frem forskjellen i finansieringen av tjenestene avhengig av boform.

5.4.2 Allmennlegetjeneste

Generelt

Kommunen skal sørge for allmennlegetjeneste, herunder legevaktordning (khl. § 1–3 annet ledd nr. 1) både i og utenfor institusjoner. Ansvaret kommunen har for allmennlegetjenesten kan oppfylles på to måter. Enten ved driftstilskuddsavtaler med privatpraktiserende leger og/eller gjennom egne kommunale stillinger.

Finansiering

Driftstilskuddsavtaler mellom den enkelte kommune og lege bygger på «Overenskomst om legers avtaler med kommunene om drift av privat allmennpraksis etter lov om helsetjenesten i kommunene mellom Kommunenes Sentralforbund og Den norske lægeforening». Leger som inngår slik avtale plikter å delta i legevakt og yte tjeneste innenfor kommunal helsetjeneste, f.eks. eldreomsorg, forutsatt at kommunen ikke får tjenesten dekket ved ordinær utlysning. For dette arbeidet mottar legene særskilt godtgjøring. Som vederlag for driftstilskuddsavtale yter kommunen driftstilskudd som utgjør et fast beløp pr. år som bestemmes etter antall hjelpepersonell. Driftstilskuddet skal utgjøre ca. 40 pst. av gjennomsnittlig praksisinntekt. Privatpraktiserende leger med driftstilskudd fra kommunen får i tillegg betaling pr. ytelse. Grunnlaget for denne betalingen er «Normaltariff for Den norske lægeforening». Normaltariffen definerer den pris legen kan ta av pasienten. Pasienten har imidlertid krav på delvis refusjon fra folketrygden for behandlingsutgifter (ftrl. § 2–1 jf. 2–5).

En alternativ måte kommunen kan oppfylle sitt ansvar på, er ved å opprette fastlønnsstillinger. Stillingen kan i så fall inneholde såvel forebyggende som kurative oppgaver. I dette tilfellet er yrkesutøveren kommunal lønnstaker og kommunen dekker alle utgifter som går med i praksisen, som ev. hjelpepersonell, utstyr, forbruksmateriell mv. Gjennom forskrift er det regulert at pasientenes egenbetaling ikke kan være større enn egenandel som følger av Normaltariffen. Egenbetalingen tilfaller imidlertid kommunen når det er opprettet fastlønnsstillinger. Folketrygden yter ikke stykkprisrefusjon til fastlønnsleger etter Normaltariffen. I stedet gir folketrygden fastlønnstilskudd (ftrl. §2–3). Fastlønnstilskuddet utbetales til kommunen pr. stilling som høyt eller lavt tilskudd avhengig av dokumentert kurativ virksomhet. Tilskuddene skal erstatte trygderefusjoner etter et stykkprissystem. Kommunene må dekke alle utgiftene til allmennlegetjeneste i institusjon. I motsetning til utenfor institusjon bidrar ikke folketrygden til finansieringen.

Finansieringen av *legevakttjeneste* er den samme, uavhengig av om kommunen benytter fastlønte eller privatpraktiserende leger. Kommunen betaler legene en beredskapsgodtgjørelse som skal gi økonomisk kompensasjon for å være i beredskap. Denne utbetales etter ulike klasser. Disse utgiftene inngår i rammebevilgningen til kommunen. For det aktive arbeidet på vakt er legen uansett å anse som privatpraktiserende, og mottar betaling etter takstene i henhold til normaltariffen fra folketrygden og egenandeler fra pasientene.

Brukerbetaling

I institusjon mv. skjer brukerbetalingen for allmennlegetjeneste via den generelle vederlagsbetalingen, og institusjonen dekker egenandeler for allmennlegehjelp.

Utenfor institusjon betaler brukere av allmennlegetjenester en egenandel. Godkjent egenandel i folketrygdlovens forstand er differansen mellom forskriftenes honorarsats og refusjonssats. Egenandel for konsultasjon hos privatpraktiserende med driftstilskudd og fastlønnet kommunelege er den samme og varierer avhengig av den behandling som gis.

5.4.3 Fysioterapitjeneste

Generelt

Finansieringsordningen for fysioterapivirksomhet er i hovedtrekk som for legevirksomhet. Kommunen har ansvaret for drift og organisering av fysioterapivirksomhet. Kommunen kan organisere tjenesten enten ved å ansette fysioterapeuter i kommunale stillinger med fast lønn, eller ved å inngå driftstilskuddsavtale med privatpraktiserende fysioterapeuter.

Finansiering

Fysioterapeuter med driftsavtale mottar driftstilskudd fra kommunen, stykkprisrefusjoner fra folketrygden og brukerbetaling utenfor institusjon. Driftstilskuddet utbetales forholdsmessig etter avtalt arbeidstid.

Kommunen kan alternativt ansette fysioterapeuter i fastlønnsstillinger, og motta fastlønnstilskudd fra folketrygden for disse. Fastlønnstilskudd gis istedenfor refusjon fra folketrygden. Dette betyr at det for arbeid i institusjon ikke ytes fastlønnstilskudd, da det i disse boformer heller ikke ytes refusjon fra folketrygden. Forebygging er fullt ut et kommunalt ansvar og dekkes ikke av folketrygden. For fysioterapitjenesten er det vanskeligere å skille mellom det kurative arbeidet og forebyggende virksomhet. Det gis derfor et ensartet tilskudd til alle stillinger som driver ren kurativ virksomhet eller kombinerer det kurative arbeidet med forebyggende oppgaver. Det gis imidlertid ikke tilskudd til stillinger der de administrative og kommunale gjøremål utgjør mer enn halvparten av stillingens omfang. Fysioterapeuter som er fastlønnet i kommunen har kun krav på dekning av skyssutgifter fra trygden. All annen godtgjørelse er inkludert i fastlønnstilskuddet, herunder reisetillegg og tillegg for behandling i brukerens hjem. Kommunen kan heller ikke kreve refusjon fra trygden for fastlønte fysioterapeuter.

Folketrygden yter ikke godtgjørelse for behandling av beboere i institusjon. Korttidsopphold er likestilt med opphold av lengre varighet. Kommunen har ansvaret for å dekke utgiftene til fysikalsk behandling på samme måte som for allmennlegetjeneste.

Brukerbetaling

Brukerens egenandel for fysioterapitjeneste utenfor institusjon er differansen mellom honorar og godtgjørelse etter forskrifter om godtgjørelse av utgifter til fysikalsk behandling fastsatt av Sosial- og helsedepartementet. Egenandelene gjelder ved behandling hos fysioterapeut med driftstilskuddsavtale og fysioterapeut fastlønnet i kommunen. Egenandelene varierer avhengig av den prosedyre som utføres.

Egenandel ved fysikalsk behandling omfattes ikke av forskrifter for begrensning av egenandeler (frikortordningen), men kan i enkelte spesielle tilfeller godtgjøres etter bestemmelsene om bidrag etter ftrl. § 2–13.

I institusjon dekker institusjonen beboernes egenandel, mens beboerne betaler indirekte ved det generelle vederlaget etter vederlagsforskriften.

5.4.4 Spesialisthelsetjenester og poliklinisk legehjelp

Generelt

Spesialisthelsetjenester er fylkeskommunens drifts- organiserings- og finansieringsansvar både i og utenfor institusjon, jf. lov om sykehus av 19. juni 1969 nr. 57 § 2, jf. § 1 og § 12.

Finansiering

Fylkeskommunen yter driftstilskudd til spesialister med avtale om drift av privat praksis. Driftstilskuddet utbetales også for spesialister etter den enkelte spesialists rom, teknisk utstyr og hjelpepersonell.

Når det gjelder fylkeskommunale tjenester, spesialisthelsetjenster og poliklinisk legehjelp, yter imidlertid folketrygden refusjon også for beboere i institusjon. Institusjonen dekker imidlertid eventuelle egenandeler.

Finansieringsansvaret for disse tjenestene er dermed det samme for alle boformer.

Brukerbetaling

Utenfor institusjon betaler pasientene egenandelen. Frikortordningen gjelder også for denne tjenesten. I institusjon dekkes egenandelen i henhold til forskriften av driftsbudsjettet. Beboerne betaler likevel ikke pr. konsultasjon, men gjennom den generelle vederlagsbetalingen.

5.4.5 Legemidler

Generelt

Med legemiddel forstås her bruksferdig tilberedning av stoff eller droge som bare kan utleveres fra apotek, og som brukes til å forebygge, lege eller hindre sykdom, jf. Rikstrygdeverkets definisjon i rundskriv til 2/95 til ftrl. § 2–5 nr. 3 litra a.

Legemidler kan deles inn i legemidler på blå resept som er de viktige legemidlene som folketrygden yter refusjon for, og legemidler på hvit resept som brukerne fullt ut må betale selv. De generelle vilkårene for refusjon er videre; type sykdom, valg av terapi og legemiddel og at en sykdom er gått inn i en langvarig fase.

Finansiering

Finansierings- og brukerbetalingsordningen for legemidler er forskjellig i og utenfor institusjon. I institusjon er legemidler fullt ut et kommunalt ansvar. Dette gjelder imidlertid ikke legemidler til yngre brukere som bor i boform hjemlet i sosialtjenesteloven. Utenfor institusjon dekkes utgifter til legemidler delvis av folketrygden, delvis av egenbetaling.

Utenfor institusjon har folketrygdloven regler om stønadsplikt for bestemte legemidler og sykepleieartikler til bruk ved nærmere angitte sykdommer (blåreseptlisten).

Forskriftene omfatter ikke legemidler mv. som brukes i institusjon. I lovregulerte boformer er legemidler fullt ut kommunens ansvar. Dette følger av kommunehelsetjenesteloven § 1–3 annet ledd jf. vederlagsforskriften for institusjoner § 7.

Utenfor institusjon kan dessuten folketrygden yte stønad til legemidler etter ftrl. § 2–13 når det ikke dekkes pliktmessig etter andre bestemmelser.

Brukerbetaling

Utenfor institusjon må den trygdede betale en egenandel på 30 prosent av reseptbeløpet, men ikke mer enn 300 kroner pr. resept. Egenandel kan ikke kreves av barn under 7 år. For barn mellom 7 og 16 år og personer som har fylt 67 år eller uførepensjonister, er egenandelen begrenset til 10 pst. av reseptbeløpet, men ikke mer enn 75 kroner pr. resept. Egenandel ved godkjent yrkesskade eller krigsskade refunderes av trygdekontoret, jf. ftrl. § 2–7 og *"Finansiering av helsetjenester"* i kap. 11 samt

lovene om krigspensjonering. Legemidler omfattes også av frikortordningen. Dette følger av forskrift om begrensning av egenandeler (§ 2 og 7). Egenandelen beregnes for hver enkelt resept og ikke for det enkelte legemiddel.

I institusjon skjer brukerbetalingen via den generelle vederlagsbetalingen (khl. § 2–3 annet ledd).

5.4.6 Sykepleieartikler

Generelt

Med sykepleieartikler menes her medisinsk utstyr som omtales i forskrifter om godtgjørelse av utgifter til viktigere legemidler. Finansieringsansvaret for sykepleieartikler på blå resept er forskjellig i egne hjem/omsorgsboliger og institusjon. I institusjon er finansieringen av sykepleieartikler fullt ut et kommunalt ansvar, i egne hjem/omsorgsboliger dekkes kostnadene delvis av folketrygden og delvis av brukerne selv.

Finansiering

Utenfor institusjon gir folketrygden godtgjøring av utgifter til sykepleieartikler. Dette omfatter bl.a. følgende sykepleieartikler:

1. Inkontinensmateriell
2. Stomimateriell
3. Diabetesutstyr
4. Andre sykepleieartikler

Folketrygden godtgjør ikke disse utgiftene for beboere i institusjon. Her har kommunen finansieringsansvaret.

Brukerbetaling

Utenfor institusjon er det gitt særregler om godkjente egenandeler ved kjøp av sykepleieartikler som omfattes at forskriftens (§ 3). Sykepleieartiklene anses som legemidler i folketrygdloven og omfattes derfor også av frikortordningen. Dette betyr at den trygdede også her betaler egenandel tilsvarende som for andre legemidler.

I institusjon dekker kommunen utgiftene til sykepleieartikler og beboerne bidrar gjennom den generelle vederlagsbetalingen.

5.4.7 Hjelpemidler

Generelt

Lov om helsetjenesten i kommunene (§ 1–3) pålegger kommunene et generelt ansvar for medisinsk habilitering og rehabilitering. Tekniske og ergonomiske hjelpemidler er virkemidler innen medisinsk og yrkesrettet rehabilitering. Lov om folketrygd regulerer den enkeltes rett til lån av og stønad til hjelpemidler fra folketrygden.

Finansieringsansvar

Staten ved folketrygden har finansieringsansvaret for hjelpemidler for personer som bor i egne hjem eller tilpassede boliger. Varig funksjonshemmede har rett til tekniske hjelpemidler når disse er nødvendige og hensiktsmessige for å bedre funksjon-

sevnen i dagliglivet, i skole, under yrkesrettet attføring og arbeid. Etter lov om folketrygd (§ 5a–8) omfatter stønad til tekniske hjelpemidler fra folketrygden:

- Hjelpemidler som er nødvendige/hensiktsmessige for at en funksjonshemmet person skal klare å løse praktiske problemer i dagliglivet
- Hjelpemidler som er nødvendige/hensiktsmessige for at en funksjonshemmet person skal kunne bli pleiet hjemme. Dette omfatter også hjelpemidler som pleieren skal bruke. Eksempel på slike omsorgsrelaterte hjelpemidler kan være heis, personløftere, spesielle dusjtyper etc.
- Behandlingshjelpemidler og forbruksmateriell som er nødvendig/hensiktsmessig for at en person skal bli pleiet i hjemmet. Det er også adgang til å gi stønad til behandlingshjelpemidler etter ftrl. kap. 2.
- Det gis i begrenset omfang hjelpemidler til institusjonsbeboere. Dette gjelder personlige hjelpemidler som rullestoler, gåstoler og spesialhjelpemidler (skrive/lese/kommunikasjon).

Hjelpemidler som brukes i kommunale institusjoner, med unntak av individuelt tilpassede hjelpemidler som nevnt over, dekkes av kommunene. Kommunen har således bl.a. ansvar for behandlingshjelpemidler som f.eks. hjelpemidler til respirasjonsbehandling, sirkulasjonsbehandling, dialysebehandling, injeksjonsutstyr, testutstyr mv. Hjelpemidler som brukes i fylkeskommunale institusjoner, dekkes av fylkeskommunen.

Brukerbetaling

I prinsippet er det ingen brukerbetaling for tekniske hjelpemidler. Tekniske hjelpemidler lånes ut gratis til brukerne fra hjelpemiddelsentralene. Når det gjelder høreapparater, er det imidlertid fastsatt en øvre prisgrense.

Vedlegg 2 gir en tabellarisk oversikt over finansiering av helsetjenester i og utenfor institusjon.

5.4.8 Vurdering av dagens ordning

Det offentlige tilbudet av helsetjenester til pleie- og omsorgstrengende er i dag regulert etter hvor tjenestene mottas/utføres. Personer som bor i omsorgsboliger og egne hjem, får dekket og betaler for legehjelp, fysioterapi, medisiner m.m. på lik linje med den øvrige del av befolkningen. Brukerbetalingen sammen med folketrygdens refusjoner bidrar til å finansiere disse tjenestene. Beboere i institusjon mv. får derimot disse helsetjenestene dekket av institusjonen, og den enkelte beboers bidrag til finansieringen kanaliseres gjennom den generelle vederlagsberegningen.

Effektiv ressursutnyttelse

Det er vanlig å stille to samfunnsøkonomiske krav til effektiv ressursbruk i kommunesektoren. Det er kravet til *kostnadseffektivitet* og *prioriteringseffektivitet*. Kostnadseffektivitet innebærer at en tjeneste produseres så billig som mulig. Prioriteringseffektivitet legger vekt på at det er de riktige tjenestene med ønsket kvalitet og omfang som tilbys for de riktige brukerne.

Dagens ordninger der finansieringen er forskjellig avhengig av om den enkelte bor i eller utenfor institusjon, kan ha vridningseffekter. Dersom dette er tilfellet, vil ikke dagens system oppfylle et krav om prioriteringseffektivitet:

a. I kommunens valg av om det skal bygges omsorgsboliger eller sykehjem og boform for heldøgns pleie og omsorg vil lønnsomhetsvurderinger kunne gjøre seg gjeldende. Slike lønnsomhetsvurderinger kan medføre at kommunene utvikler til-

bud som ikke er i samsvar med behovet, og dermed løsninger som ikke medfører optimal bruk av samfunnets ressurser.

b. I et allerede etablert tilbud vil kommunens *driftskostnader* avhenge av om brukeren tildeles tjenester i eget hjem/omsorgsbolig eller sykehjem mv. Ulik finansiering av helsetjenester kan medføre at brukeren mottar tilbud på et omsorgsnivå som ikke fullt ut er i samsvar med brukernes behov fordi kommunale lønnsomhetsbetraktninger kan gjøre seg gjeldende.

ad a. Vridningseffektene som kan oppstå når kommunene skal bygge sykehjem mv. eller omsorgsbolig, vil til en viss grad bli oppveid av oppstartingstilskuddet fra Husbanken, jf. avsn. 5.3.2. Ifølge St.prp. nr. 1 (1996–97) viser den høyere utbyggingstakten at stimuleringstilskuddet til opprettelse av flere sykehjemsplasser og omsorgsboliger som ble innført i 1994, har virket.

ad b. Ut fra følgende vurderinger er det grunn til å tro at vridningseffektene er små i dagens ordning:

Institusjonens utgifter til helsetjenester utgjør en mindre del av de totale driftsutgifter. Med utgangspunkt i data fra et utvalg av kommuner, er dette anslått til gjennomsnittlig 7 pst. Driftsutgiftene i institusjon er primært bestemt av lønnskostnader. Dette betyr at pleietyngden vil være den avgjørende faktor for hvor brukeren tildeles tjenester i omsorgskjeden. Ofte er det slik at pleietyngde og behov for helsetjenester er sterkt korrelert, slik at en bruker med store utgifter til helsetjenester også vil ha høy pleiefaktor. I slike tilfeller vil det ikke være «lønnsomt» for kommunen å f.eks. plassere sykehjemsbeboere i omsorgsboliger. Kommunens avgjørelser vil først og fremst baseres på slike kostnadsoverveielser og ikke minst hensynet til brukeren selv. Utvalget viser til at forskjellen i trygdedekning mellom aldershjem og sykehjem før 1.1.1995, ikke forhindret at aldershjemsavdelinger ble gjort om til sykehjemsavdelinger. Utvalget viser også til Andresen og Friestad (1995) som har undersøkt *kommunens nettokostnader* ved alternative boformer i Kristiansand kommune. Hovedkonklusjonen i undersøkelsen er at *kommunens nettokostnader* er lavere i alle former for åpen omsorg inntil brukerne tildeles over middels med ressurser. Når brukeren tildeles mye ressurser vil nettokostnaden alltid være lavest med en løsning tilsvarende dagens sykehjem mv. og omsorgsbolig som drives etter regler for institusjon. Utvalget viser også til *"Brukerne"* i kap. 6, der det framgår at sykehjemsbeboere jevnt over er mer pleietrengende enn brukere utenfor institusjon.

Ut fra disse vurderingene er det altså grunn til å tro at dagens ordning med forskjellig finansiering i og utenfor institusjon ikke er til hinder for prioriteringseffektive omsorgsløsninger og tilbud.

Selv om utvalget mener at behovet for like finansieringsordninger for ulike boformer for helsetjenester mv. er mindre i dagens situasjon, kan behovet bli større i framtida. For det første behandler sykehjemmene i dag enkelte brukergrupper som er meget kostnadskrevende. Dette gjelder bl.a. brukere fra sykehus, brukere som kommer fra egne hjem under behandling med spesielt dyre medisiner refundert på blåreseptordningen, blodtransfusjoner og cytostatikabehandling. Grensen mellom hva som begrunnes som faglig og økonomisk, kan være glidende ved behandling. Stramme kommunale budsjetter kan framtvinge ordninger der økonomiske hensyn vektlegges mer enn faglige i behandlingen av brukerne. Dette kan også medføre større forskjeller i kvaliteten på sykehjemstilbudet mellom kommuner. En annen konsekvens kan bli konflikter mellom sykehuset (fylkeskommunen) og pleie- og omsorgstjenesten (kommunen) om hvor brukeren egentlig hører hjemme, og om vedkommende kan anses som ferdigbehandlet når det fortsatt er nødvendig med så kostnadskrevende behandling. Utvalget viser til at samordningsproblemer mellom kommuner og fylkeskommuner bl.a. har vært drøftet i Nyhusutvalget (NOU

1979:29 og NOU 1982:10), Samordningsutvalget for helse- og sosialtjenesten (NOU 1986:4). Spørsmål knyttet til forholdet mellom fylkeskommunen og kommunen er også drøftet i St.meld. nr. 50 (1993–94) Samarbeid og styring, der Regjeringen foreslår å etablere en lovhjemmel for kommunal betalingsplikt for ferdigbehandlede pasienter ved sykehus i særlige tilfelle. I Innst. S. nr. 165 (1994–95) støtter Sosialkomiteen forslaget. Utvalget er kjent med at Sosial- og helsedepartementet arbeider med et lovforslag.

For det andre organiserer stadig flere kommuner omsorgsboliger tilknyttet sykehjem mv. med felles helse- og pleiepersonell. I slike tilfeller kan vridningseffektene forsterkes fordi grensegangen mellom sykehjem mv. og omsorgsboliger kan bli mindre klart, selv om boformene ivaretar forskjellige funksjoner og brukere. I tillegg er det noen kommuner som har omdefinert sykehjemmene fra kommunehelsetjenesteloven til ikke-lovregulerte boformer (omsorgsboliger). Dersom dette gjøres ut fra kommunale lønnsomhetsbetraktninger ved at folketrygden dekker det meste av utgiftene til helsetjenester, vil dette være et argument for gjennomgående finansiering av helsetjenester.

På bakgrunn av usikkerhet knyttet til framtida, vil utvalget i *"Finansiering av helsetjenester"* i kap. 11 se på alternative modeller for gjennomgående finansiering av helsetjenester.

Dagens ordning med kommunalt drifts-, organiserings- og finansieringsansvar i institusjon bidrar til effektiv utnyttelse av offentlige ressurser, idet kommunen blir nødt til å prioritere innenfor gitte rammer. Dette vil bidra til *kostnadseffektive* løsninger i institusjon.

Utenfor institusjon der folketrygden bidrar til finansiering av helsetjenestene mv., fungerer som en slags forsikringsordning som dekker store deler av enkeltindividets utgifter til tjenestene. En slik forsikringsordning kalles ofte tredjepartsfinansiering. Tredjepartsfinansiering kan redusere brukerens og helsepersonellets insentiver til sparsommelig bruk av offentlige midler. Det er i første rekke den tredje aktøren, folketrygden, som blir belastet med de økonomiske konsekvensene av valg av tjenester. Når en tredje part uten innflytelse på forbruket står for finansieringen, vil en generelt kunne forvente at slike ordninger kan virke *kostnadsdrivende*.

Kvaliteten på tilbudet

Ut fra et brukerperspektiv kan det stilles spørsmålstegn ved om fullt ut kommunal finansiering av helsetilbudet i institusjon sikrer beboerne et like godt tilbud på dette området, som den øvrige del av befolkningen som har rettigheter i forhold til folketrygden. Det kan tenkes at full kommunal finansiering, kombinert med stramme kommunale budsjetter, kan bety at det kan bli for dyrt å gi sykehjemsbeboerne et like godt tilbud som andre er sikret gjennom folketrygden.

Brukerbetalingsordningene

Dagens ordning i institusjon hvor egenandel for helsehjelp betales ved den generelle vederlagsbetalingen, innebærer det at den enkelte brukers utgifter til helsehjelp ikke synliggjøres og det er vanskelig å se i hvilken grad brukerbetaling finansierer helsehjelp i institusjon.

5.5 ANDRE TJENESTETILBUD

5.5.1 Diverse tilbud

Kommunene har en rekke tilbud for eldre og funksjonshemmede som ikke er pålagt dem. Disse tilbudene er av stor betydning for den enkelte bruker. Av slike tilbud kan nevnes:

- matombringing
- rengjøringspatruljer
- vaktmestertjeneste
- trygghetsalarm
- frisørtjeneste
- fotpleie
- en rekke fritidsaktiviteter
- eldresenter

De fleste kommunene subsidierer denne typen tilbud i større eller mindre grad. Utvalget har innhentet priser fra en del kommuner på noen av disse tilbudene for å anskueliggjøre subsidieomfanget. I tabell 5.9 er det gjengitt noen eksempler på gjennomsnittspriser i noen kommuner sammenlignet med priser på det private markedet på samme tilbud:

Tabell 5.11: Eksempler på priser i kommuner og på det private marked for en del tjenester.

Tjenestetype	Pris i privat marked	Pris i kommuner
Klipp	192	100
Permanent	647	350
Trygghetsalarm, pr. måned	300	100

Kilde: SSB og Trygghetssentralen

For mange av de aktuelle tilbudene finnes det ikke noe privat marked å sammenligne med. I de kommunene vi har undersøkt, tas det ca. 30 kroner for en varm eller frossen middagsporsjon levert hjem til brukeren. Dette er åpenbart langt under det som ville vært markedspris for et tilsvarende tilbud, og også under kommunenes selvkost for tilbudet. Kommunene subsidierer altså disse tilbudene relativt sterkt. Dette kan ha sammenheng med at noen av tilbudene er av forebyggende karakter, slik at kommunene finner det lønnsomt å prise dem lavt for at etterspørselen ikke skal bli unødig begrenset av prisnivået. For noen av tilbudene kan det imidlertid stilles spørsmål ved om det er grunn til å opprettholde et så høyt subsidienivå for alle grupper brukere.

Utvalget vurderer det slik at denne typen tilbud er et gode kommunen utvikler over tid for å imøtekomme brukernes behov og for å forebygge feilernæring, utrygghet, uverdige forhold i hjemmet osv. Kommunene er ikke pålagt å gi alle disse tilbudene.

5.5.2 Transport

TT-ordning

Mange eldre og funksjonshemmede har problemer med å nyttiggjøre seg ordinære transporttilbud. Fylkeskommunene har et overordnet ansvar for det kollektive transporttilbudet i fylket, ved at den etter samferdselsloven § 24 a har ansvar for å yte

tilskudd til lokale rutesamband og lokal godstransport. Fylkeskommunen har også tatt ansvaret for å tilrettelegge en TT-ordning (TT=transporttjeneste) for å dekke en del av behovet for tilrettelagt transport. Ordningen varierer fra fylkeskommune til fylkeskommune, og det er vanskelig å si i hvilken grad behovet for tilrettelagt transport dekkes. I 1993 varierte det offentliges kostnader til TT-ordningen pr. bruker fra 5 587 kroner i Oslo til 996 kroner i Hedmark. Den store forskjellen skyldes i noen grad ulik brukerbetaling, men avspeiler nok også at tilbudet er svært ulikt bygget ut.

Brukerbetalingen fastsettes ulikt i de forskjellige fylkeskommunene. Det praktiseres både avstandstilknyttede takster, fast prosentdel av taksameterbeløp, ordinær kollektivtakst eller et trinnvis fast beløp.

Grunnstønad på bakgrunn av transportbehov

Folketrygden kan også gi grunnstønad til personer med forflytningshemminger, der transport er nødvendig og hensiktsmessig for å bedre funksjonsevnen, eller der det påløper ekstrautgifter i forbindelse med transport til og fra arbeids- eller opplæringssted. Satsene for grunnstønad er i 1996 fra 5 640 til 18 768 kroner pr. år. Transporttilknyttet grunnstønad ble i 1994 anslått til 300–350 mill. kroner (Simensen, Aase, 1995).

Stønad til egen bil

Stønad til egen bil kan ytes til personer som på grunn av varige forflytningsvansker trenger bil for å:

- komme til og fra arbeids- eller opplæringssted
- utføre sin funksjon som hjemmearbeidende
- forhindre eller bryte en isolert tilværelse
- avlaste familien i tilfeller hvor funksjonshemmingen fører til særlig stor pleiebyrde, og derved bidra til å hindre innleggelse i institusjon

Stønaden gis som et rente- og avdragsfritt lån. Størrelsen er avhengig av inntekt. Satsene varierer fra 100 pst. dekning for personer med inntekt under 3 G, til 20 pst. dekning for personer med inntekt fra 5 1/2–6 G. I 1995 ble det brukt 495 mill. kroner til dette formålet.

Godtgjørelse av utgifter ved reise for undersøkelse og behandling

Etter folketrygdloven § 2–6 kan nødvendige skyssutgifter ved reise for undersøkelse og behandling godtgjøres. Det forutsettes at det dekkes en egenandel, og et detaljert regelverk er utarbeidet i rundskriv til bestemmelsen.

Skyss av helsepersonell

Hvis brukeren på grunn av sin helsetilstand ikke kan møte fram på behandlingsstedet, dekker folketrygden utgiftene til skyss og opphold for helsepersonell som reiser hjem til brukeren, både innenfor kommunal og fylkeskommunal virksomhet.

For primærkommunene gjelder dette særlig leger på sykebesøk, men også for andre typer helsepersonell som reiser ut for å foreta undersøkelser eller behandling som trygden dekker, f.eks. fysioterapeuter. Disse ordningene er hjemlet i folketrygdloven (§ 2–6 nr. 3). Ordningene gjelder også for personell ansatt i hjemmesykepleien som får skyssgodtgjørelse ved hjemmebesøk. Det foreligger ingen gode oversikter over hvordan utgiftene til skyss fordeler seg mellom legetjeneste og

hjemmesykepleie. Samlet tilskudd til skyss i kommunehelsetjenesten var i 1995 om lag 310 mill. kroner.

Folketrygden har ingen refusjon for skyssutgifter for hjemmehjelpstjenesten. Denne forskjellen i finansiering kan synes uheldig ut fra den samordning av de hjemmebaserte tjenestene som i de senere år er blitt gjennomført. Ulike finansieringsordninger kan medføre uønskede vridningseffekter mellom personellgrupper innenfor pleie- og omsorgstjenestene, og vanskeliggjør effektivisering ved samordning av transportbruken (bruk av felles bil mv.). Regjeringen foreslo i forbindelse med statsbudsjettet for 1997 et kommunalt ansvar for transportutgifter for hele den hjemmebaserte tjenesten. Dette ble imidlertid ikke vedtatt.

5.6 SKJERMINGS- OG TILSKUDDSORDNINGER

5.6.1 Innledning

Skjermingsordninger i pleie- og omsorgstjenesten er idag i stor grad knyttet til forskrift om vederlag for opphold i institusjon og forskrift om vederlag for sosiale tjenester, hjemmesykepleie mv. Disse forskriftene er nærmere beskrevet og vurdert i henholdsvis *"Institusjonstjenester"* i kap. 5.1 og *"Hjemmetjenester"* i 5.2. Det er viktig at skjermingsordningene i pleie- og omsorgstjenesten ses i sammenheng med øvrige skjermings- og tilskuddsordninger i helse- og sosialtjenesten. Grunn- og hjelpestønad og utgiftstaket for enkelte helsetjenester er viktige statlige ordninger som sikrer brukere mot uforholdsmessig store utgifter. Enkelte kommuner har også etablert egne skjermingsordninger som et supplement eller alternativ til ordninger fastsatt av sentrale myndigheter.

Formålet med skjermingsordninger kan deles i to, nemlig å verne storforbrukere mot samlet store utlegg uavhengig av brukerens økonomiske evne til å bære kostnaden selv, og for det andre å skjerme brukere med lav inntekt for å sikre at disse ikke avstår fra et adekvat tilbud ut fra personlig økonomi. Det er også viktig at brukerne sikres nødvendige midler til å dekke dagliglivets utgifter.

5.6.2 Folketrygdens frikort

Ordningen ble innført 1. april 1984 og skal skjerme barnefamilier og enkeltpersoner med stort forbruk av helsetjenester mot for store utgifter. Målgruppen for frikortordningen er definert som storforbrukere, barnefamilier, eldre, svakstilte personer og kronisk syke. Utgiftene til de tjenestene som inngår i ordningen kan føres på et kvitteringskort. Når utgiftstaket passeres, kan kvitteringskortet løses inn ved trygdekontoret i frikort. Frikortet gir rett til gratis bruk av de tjenester ordningen omfatter ut kalenderåret. Ordningen omfatter i dag legehjelp, psykologhjelp, medisiner på blå resept og reiser som trygden gir refusjon for. Øvrige helsetjenester faller i sin helhet utenom ordningen. For barnefamilier gjelder særregler. Brukerbetaling for barn mellom 7 og 16 år kan legges sammen med egenandelene til den ene av foreldrene. Når disse egenandelene summerer seg opp til utgiftstaket, har hvert av barna og den ene av foreldrene rett til frikort.

Hvert år fastsetter Stortinget størrelsen på utgiftstaket. For 1997 er taket på 1 290 kroner.

Rikstrygdeverket gjennomførte i 1993 en undersøkelse av hvem frikortbrukerne er og hvordan denne skjermingsordningen fungerer. I 1987 ble det utstedt om lag 138 000 frikort, i 1992 mottok 289 000 personer folketrygdens frikort, en økning på over 100 prosent. Sett i forhold til landets befolkning, betyr dette at drøyt 7 prosent av alle nordmenn over 7 år fikk utstedt frikort i løpet av året. 67 prosent av frikortmottakerne hadde, i måneden før de fikk frikort, også andre utgifter til

helsetjenester som ikke dekkes av frikortordningen. Gjennomsnittlig utgift denne måneden for frikortbrukerne som faktisk hadde slike utgifter, var 692 kroner. I overkant av 13 prosent hadde utgifter til hjemmehjelp og/eller hjemmesykepleie. Av frikortbrukerne over 80 år hadde 56,8 prosent utgifter til hjemmetjenester.

Det er spesielt de eldste aldersgruppene som er overrepresentert blant frikortbrukerne. Personer over 60 år utgjør 41,8 prosent av alle frikortbrukerne, 28 prosent er alderspensjonister. I underkant av 14 prosent er uførepensjonister.

Personer i inntektsgivende arbeid og personer med alders- og uførepensjon er de tre største gruppene av frikortbrukere. Til sammen drøyt 216 000 frikort er utstedt til disse gruppene, hvorav om lag 124 000 til alders- og uførepensjonister.

Hovedtyngden av frikortbrukerne er i de lavere inntektsklasser. 57,2 prosent av brukerne hadde i 1992 en personinntekt på under 100 000. Gjennomsnittlig personinntekt for alle personer på 17 år og over var 149 000 kroner i 1992.

Andelen grunn- og hjelpestønadsmottakere er klart større blant de som mottar frikort enn tilfellet er i befolkningen generelt, bl.a. som følge av at slik stønad ofte gis i sammenheng med uføre- og alderspensjon.

Rikstrygdeverket slår i rapporten fast at frikortordningen i stor grad fanger opp målgruppene for ordningen. Det samme gjør Sosial- og helsedepartementet i St.meld. nr. 50 (1993–1994).

5.6.3 Folketrygdens kontantstønadsordninger

Folketrygden har ulike stønadsordninger som tar sikte på å dekke dokumenterte utgifter ved sykdom og pleie. Etter folketrygdloven gir grunn- og hjelpestønad dekning for visse utgifter og hjelpebehov som ikke dekkes av det offentlige på annen måte. Ordningene med grunnstønad og hjelpestønad tok opprinnelig sikte på å være et alternativ til institusjonsopphold, slik at funksjonshemmede og pleietrengende som bor hjemme, skulle få dekket visse varige ekstrautgifter. Som for mange ytelser til utgiftsdekning fra folketrygden, er grunnstønad og hjelpestønad skattefrie ytelser.

Grunnstønad

Grunnstønad skal dekke visse varige og nødvendige sykdomsutgifter som ikke dekkes av det offentlige på annen måte. Det er flere endringer i grunnstønadsordningen fra 1996. Endringene innebærer en forenkling av reglene og en vridning av stønaden mot bedre dekning for personer med større utgifter.

Sykdomsutgifter som kan dekkes ved grunnstønad, er i praksis vesentlig utgifter til:

- drift av tekniske hjelpemidler
- transport og drift av bil
- hold av førerhund
- spesielle ekstrautgifter til telefon mv.
- utgifter til bruk av proteser, støttebandasje mv.
- fordyret kosthold ved diett
- slitasje på klær og sengetøy

Utgifter til egenandeler for helsetjenester som inngår i frikortordningen gir imidlertid ikke rett til slik stønad. Det gis heller ikke grunnstønad for utgifter til medisiner eller grunnstønad til egenandeler som det kan gis bidrag for etter folketrygdloven § 2–13, jf. kap. 6.5.5. Grunnstønad ytes etter fem satser fastsatt av Stort-

inget. For 1997 er laveste og høyeste sats henholdsvis 5 760 kroner og 28 800 kroner pr. år.

For å få rett til grunnstønad må det dokumenteres utgifter tilsvarende laveste sats. For å få høyere sats, må utgifter som svarer til den aktuelle satsen dokumenteres.

Antall mottakere av grunnstønad er i dag rundt 140 000 personer. Av dem er 45 000 uførepensjonister og nær 41 000 alderspensjonister. Om lag 15 000 er barn under 15 år. Utgiftene til grunnstønad ble i 1995 anslått til om lag 1 090 mill. kroner.

Hjelpestønad

Gjennom hjelpestønadsordningen gir folketrygden delvis dekning for utgifter i forbindelse med tilsyn og pleie til personer som har særskilte behov. Vilkåret for tilståelse av hjelpestønad er at stønadsmottakeren enten må ha lønnet hjelp i huset eller så omfattende hjelp fra familien at deres arbeidsmuligheter dermed blir redusert.

Ordningen med hjelpestønad til hjelp i huset ble avviklet fra 1. januar 1992, og stønad ytes bare i de tilfeller hvor krav er framsatt før denne dato. Ordinær og eneste sats er kroner 9 588 pr. år.

Hjelpestønad til tilsyn og pleie er begrenset til private pleieforhold, dvs. at pleien eller tilsynet utføres av familiemedlemmer eller lønnet privat hjelp. Egenbetaling for kommunale hjemmetjenester gir således ikke rett til hjelpestønad. Hjelpestønad kan betraktes som et supplement og et alternativ til hjemmehjelp/ hjemmesykepleie. Hjelpestønad faller bort ved innleggelse i institusjon. Ordinær sats for hjelpestønad til tilsyn og pleie er 10 308 kroner for personer over 18 år. For barn og ungdom under 18 år kan det ytes forhøyet hjelpestønad med ytterligere tre satser på henholdsvis 20 604, 41 208 og 61 812 kroner. Pleietyngden avgjør satsene. Ved uførhet som skyldes yrkesskade kan den ordinære hjelpestønaden forhøyes til 20 604 kroner.

Satsene for hjelpestønad for tilsyn og pleie, spesielt laveste og høyeste sats, anses i dag forholdsvis lave i forhold til den betydelige private omsorg som gis av mange familiemedlemmer.

Ved tildeling og utmåling av omsorgslønn for privat omsorg kan kommunen kreve at det søkes om hjelpestønad som grunnytelse.

Vel 32 000 er uførepensjonister og 36 000 er alderspensjonister. Om lag 15 000 er barn under 15 år. Utgiftene ble i 1995 anslått til 1 050 mill. kroner.

Særfradrag ved skatteligningen

Stortinget vedtok i forbindelse med behandlingen av Velferdsmeldingen , jf. Innst. S. nr. 180 (1995–96) å avvikle ordningen med særfradrag ved skatteligningen fra 1.1.97 til fordel for en økning i grunn- og hjelpestønad på henholdsvis 20 mill. kroner og 60 mill. kroner.

5.6.4 Bidrag etter folketrygdloven § 2–13

Med hjemmel i folketrygdlovens § 2–13 *kan* det ytes bidrag til formål som står i samband med sykebehandling, til tannbehandling, proteser og lignende. Et krav for tilståelse av bidrag er at utgiftene i kalenderåret er større enn et fastsatt beløp som nå er kr 500 (kr 600 for legemidler og sykepleieartikler). Det kan som hovedregel ytes bidrag med 2/3 av de overskytende utgiftene. Det gis ikke bidrag til egenandeler som omfattes av frikortordningen. Det kan gis større bidrag enn det vanlige

når vedkommende har en inntekt som ikke er større enn minstepensjonen. Ved vurdering av inntekt tas det også hensyn til ektefelle eller samboers inntekt.

5.6.5 Ulike kommunale ordninger

Etter lov om sosiale tjenester § 5–1 har den enkelte kommune plikt til å yte (lån eller) bidrag til den som «ikke er i stand til å sørge for sitt livsopphold». Etter økonomisk behovsprøving vil den egenbetaling som følger av begrenset trygdedekning kunne bli kompensert ved at kommunen yter bidrag etter denne bestemmelsen. Enkelte kommuner har også etablert spesielle støtteordninger på særskilte utgiftsområder for bestemte persongrupper, f.eks. ordninger med gratis medisin og gratis legebehandling for pensjonister. Ordningene er som oftest knyttet til økonomisk behovsprøving. De kommunale ordningene omfatter i stor grad de samme tjenestene som inngår i frikortordningen. Det er ikke mulig å anslå hvor mange personer som kommer inn under ordningene på landsbasis. I Oslo, Bergen og Stavanger var det i 1992 henholdsvis 12 700, 3 900 og 1 000 personer som ble omfattet av slike ordninger (Kilde: Rikstrygdeverket 1993).

Enkelte kommuner praktiserer også ordninger med egen (kommunal) tilleggspensjon.

5.6.6 Oppsummering

Skjerming av og tilskudd til brukere i pleie- og omsorgstjenesten avhenger av om vedkommende er i institusjon eller bor i omsorgsbolig/eget hjem.

Ordningen med grunnstønad, hjelpestønad og folketrygdens frikort bortfaller derfor ved innleggelse i institusjon. Grunnstønad kan imidlertid ytes dersom beboer er avhengig av nødvendige tilbud som institusjonen ikke yter. Institusjonsbeboere skjermes derfor i sin helhet av ordningene i vederlagsforskriften for institusjoner mv.

Folketrygdens skjermings- og tilskuddsordninger kan ytes til brukere i omsorgsboliger/egne hjem. Hjelpestønad «samordnes» imidlertid med betaling for hjemmetjenestene ved at hjelpestønad til hjelp i huset legges til den skattbare nettoinntekten. Hjelpestønad til tilsyn og pleie ytes bare til dekning av utgifter til privat omsorg, og legges derfor ikke til nettoinntekten ved beregning av vederlag. Det er ingen slik samordning med grunnstønad og frikortordningen, siden disse er ment å dekke andre tjenester enn de som tildeles gjennom hjemmetjenesten.

I en vurdering av brukerbetalings- og skjermingsordningene er det viktig at både de kommunale og statlige ordningene ses i en sammenheng. Det er ofte vanskelig å gi et helhetlig bilde av hvordan den enkelte bruker belastes økonomisk. Brukere utenfor institusjon med et sammensatt tjeneste- og stønadsforbruk, kan lett komme i en situasjon der ordningene ikke fanger opp den helhetlige utgiftsbelastning for brukeren.

Gjennomgangen av skjermings- og tilskuddsordningene reiser videre spørsmålet hvorvidt det er rimelig å skjerme personer/grupper uten økonomisk behovsprøving, og om storforbrukere skal skjermes uavhengig av egen inntekt.

5.7 OPPSUMMERING OG SAMLET VURDERING

5.7.1 Innledning

I dette avsnittet gir utvalget sin vurdering av dagens finansierings- og brukerbetalingordninger i pleie- og omsorgstjenesten ut fra de krav som er stilt i mandatet. Disse vurderingene danner grunnlaget for utvalgets konklusjoner når det gjelder

nye ordninger. Det vises også til *"Drøfting av sentrale mål, begreper og hensyn"* i kap. 3 hvor mandatets krav til finansierings- og brukerbetalingsordninger drøftes nærmere.

5.7.2 Nøytralitet

I mandatet er det formulert følgende krav:

– Finansieringsordningene bør fungere nøytralt, slik at det blir den enkelte brukers behov for tjenester som regulerer tilbudet, og ikke kommunenes økonomiske tilpasning ut fra en lønnsomhetsbetraktning;

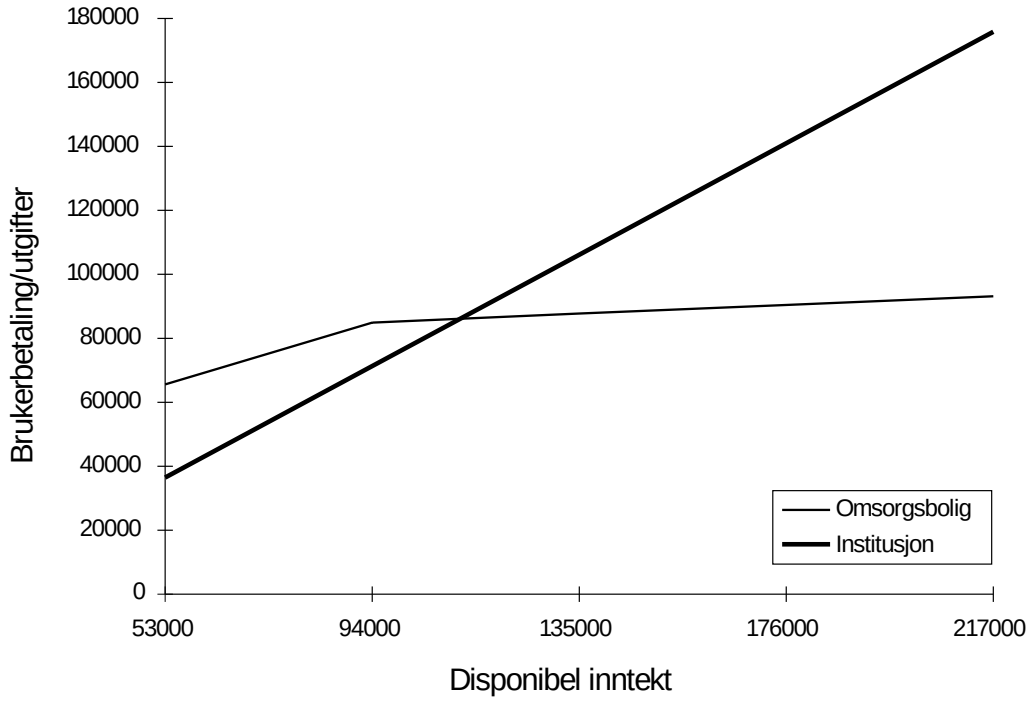
Kommunene kan velge ulike strategier for å løse sine pleie- og omsorgsoppgaver overfor personer som trenger et helhetlig tilbud. Noen har i stor grad satset på et tilbud med stor vekt på institusjoner. Andre har i større grad satset på hjemmebasert omsorg kombinert med utbygging av omsorgsboliger. Disse alternative strategiene stiller kommunene og brukerne overfor ulike finansierings- og brukerbetalingsordninger.

Brukerbetaling

Den ulike brukerbetalingsprofilen for institusjoner og omsorgsboliger illustreres i figur 5.7.

Dette er en prinsippskisse der vederlagsberegningen i institusjon følger det som er vanlig i de fleste kommuner, nemlig at vederlaget beregnes etter forskriftenes maksimalbestemmelser. Betaling for brukere i omsorgsboliger er gjort sammenlignbar med institusjoner ved å beregne hvilke kostnader disse brukerne har i forbindelse med de tjenester som leveres i sykehjemmenes «helhetlige tilbud». Forutsetningene i figuren er følgende:

– Bokostnaden er satt til 52 000 kroner pr. med gjeldende bostøtteregler år, jf. *"En tjenestebasert brukerbetalingsmodell"* i kap. 12
– Mat og dagliglivets utgifter er beregnet til 24 000 pr. år, jf. *"En tjenestebasert brukerbetalingsmodell"* i kap. 12
– Utgifter til pleie og omsorg er basert på gjennomsnittlige abonnementssatser for 1995, som varierer fra 600 kroner pr. år til 12 156 pr. år avhengig av inntekt, jf. *"En tjenestebasert brukerbetalingsmodell"* i kap. 12
– Utgifter til helsetjenester mv. er beregnet til 5 000 kroner pr. år. Det er antatt at brukerne pr. definisjon betaler frikorttaket på 1 290 kroner. I tillegg er det beregnet utgifter for tjenester som ikke inngår i frikortordningen som fysioterapi, legemidler på hvit resept mv., jf. *"En tjenestebasert brukerbetalingsmodell"* i kap. 12



Figur 5.7 Brukerbetaling i institusjon og utgifter i omsorgsboliger

Av figuren framgår det at brukere med lav inntekt betaler en høyere pris i omsorgsbolig enn i institusjon. Omvendt betaler brukere med høy inntekt en høyere pris i institusjon enn i omsorgsbolig. I kurvenes skjæringspunkt, dvs. der brukerbetalingen er lik uavhengig av om en bor i institusjon eller omsorgsbolig, er brukerens disponible inntekt om lag 111 000 kroner. Brukeren betaler da om lag 86 000 kroner i brukerbetaling.

Med de ovennevnte forutsetninger vil ikke brukere med lav inntekt i omsorgsboliger kunne bære den totale utgiftsbelastningen siden brukerbetalingen overgår brukerens inntekt. Årsaken til dette er i hovedsak forutsetningen om kostnadsriktig husleie i kommunale utleieboliger. Dersom en tar hensyn til at kommunene i dag subsidierer husleien i boliger for eldre og funksjonshemmede med om lag 700 mill. kroner, jf. avsn. 5.3.5, vil den totale utgiftsbelastningen for lavinntektsgrupper i omsorgsboliger være mindre.

Forskjellen i betalingsprofil har i noen grad sammenheng med at brukere av omsorgsboliger ikke er så pleietrengende som institusjonsbeboere, men størstedelen av forskjellen kommer av ulikheter i brukerbetalingssystemet. Som det framgår av *"Brukerne"* i kap. 6, er det en del tungt pleietrengende brukere i omsorgsboliger og fremdeles noen relativt lite pleietrengende i institusjon. Dette kan bety at pleietrengende personer i omsorgsbolig som mottar omfattende tjenester, betaler langt mindre for sitt opphold enn en relativt lite pleietrengende bruker i institusjon. Problemet kan bli forsterket etter hvert som mange kommuner i samsvar med anbefalinger i Velferdsmeldingen, bygger omsorgsboliger i tilknytning til institusjon. En kan da oppleve at personer i samme bygning vil betale helt forskjellig pris for tjenestene, avhengig av om botilbudet er definert som omsorgsbolig eller institusjon.

Tilsvarende forskjeller finner en også mellom brukere av pleie- og omsorgtjenesten i egne hjem og i institusjon. Det må understrekes at bildet vil være forskjellig fra kommune til kommune, men figuren viser hvordan betalingsprofilen fortoner seg i en «gjennomsnittskommune».

Sosialkomiteen har understreket behovet for mer rettferdige ordninger i Innst. S. nr. 180 til Velferdsmeldingen:

> «I dag er det store forskjeller med hensyn til hva pleie- og omsorgstrengende selv må dekke av faktiske utgifter avhengig av om de får hjelp hjemme eller i institusjon. Komiteen er derfor opptatt av at egenbetalingsordningene blir gjennomgått med tanke på å få et mer rettferdig system.»

Utvalget har ikke indikasjoner på at kommunene i sin planlegging og fordeling av plasser lar seg styre mer av lønnsomhetshensyn enn av hensynet til brukernes behov. F.eks. vil det med dagens regler kunne lønne seg for kommunen å plassere de relativt velstående eldre i institusjon, og de mindre velstående i omsorgsboliger. Selv om utvalget ikke har indikasjoner på at dette skjer i dag, er det etter utvalgets mening uheldig å ha ordninger som kan gi slike virkninger.

Helsetjenester mv.

Som beskrevet i avsn. 5.4 er finansiering og brukerbetaling for helsetjenester mv. også forskjellig i og utenfor institusjon. Kommunene har betydelig større kostnader på dette området i institusjon enn utenfor. Utenfor institusjon er finansieringsansvaret delt mellom kommunen og folketrygden, mens kommunen har ansvaret for størstedelen av kostnadene i institusjon. I planlegging av utbygging av eldreomsorgen kan dette gi kommunene en stimulans til å satse på boformer der folketrygden dekker en stor del av kostnadene til helsetjenester, medisiner mv. Dette kan altså trekke i motsatt retning i forhold til brukerbetaling.

For kommunene kan det også isolert sett lønne seg at brukere med store kostnader til helsetjenester, medisiner mv. bor hjemme eller i omsorgsbolig der folketrygden dekker en stor del av disse kostnadene. Høye kostnader på dette området vil imidlertid ofte også bety at brukeren er relativt pleietrengende, og dermed mer kostnadskrevende å pleie i omsorgsbolig eller eget hjem enn i institusjon. Kommunen kan derfor likevel være best tjent med å gi tilbud til denne type brukere i institusjon. I enkelttilfeller kan finansieringen av helsetjenester likevel føre til uheldige tilpasninger, f.eks. ved svært kostnadskrevende behandlinger.

Konklusjon

Dagens finansierings- og brukerbetalingsordninger er ikke nøytrale i forhold til valg av pleie- og omsorgsløsninger. Ulike ordninger virker i ulik retning, og totalvirkningene vil være forskjellige fra kommune til kommune og fra bruker til bruker. Det er heller ikke mulig å fastslå i hvilken grad dette fører til uheldige løsninger totalt sett, eller for enkeltbrukere.

5.7.3 Likhet

Mandatets krav i forhold til likhet er formulert slik:

– Det bør i størst mulig grad være et likt system for hele landet. Finansieringsordningene må utformes slik at de ikke legger bindinger på kommunenes organisering eller prioritering av tjenestetilbudet;

Som beskrevet i avsn. 5.3 synes det å være relativt stor grad av likhet både i praktisering og betalingsnivå når det gjelder vederlagsforskriften for institusjoner. Forskriften for brukerbetaling for tjenester som ytes i hjemmet gir større spillerom for ulik praktisering. Betalingsnivået er i utgangspunktet bare begrenset av det selvkostbegrep som er lagt til grunn i forskriftene. På dette området er det derfor betydelige forskjeller mellom kommunene både når det gjelder system og nivå for betaling.

Finansierings- og brukerbetalingsordningene legger etter utvalgets mening ikke vesentlige bindinger på kommunenes organisering av tjenestene.

5.7.4 Skjermingsordninger

Kravet til skjermingsordninger er formulert slik:

– Betalingsordningene må inneholde skjermingsordninger for eldre og funksjonshemmede med lav inntekt og/eller lav formue;

Det er utformet ulike skjermingsordninger innenfor pleie- og omsorgstjenesten. Skjermingsordningene er et kompromiss mellom det offentliges behov for inntekter og den enkeltes evne og vilje til å betale for tjenestene. Tjenestene innenfor pleie og omsorgstjenesten er sterkt subsidierte og skjermingselementet er derfor betydelig. Gjærevoll-utvalget pekte på at subsidiene burde settes inn i forhold til tjenestene og reduseres i forhold til boligdelen. Det kan konstateres at boligdelen fremdeles subsidieres sterkt fra kommunens side.

Pleie- og omsorgstjenesten subsidieres sterkt innenfor hjemmetjenestene, mens subsidiene er mindre i institusjon. I forhold til behovet for skjerming kan subsidiene i hjemmetjenesten synes å være for store, mens det motsatte kan være tilfellet i institusjon der beboerne sitter igjen med en svært liten del av sin inntekt. Tar en hensyn til at brukerne utenfor institusjon også betaler for boligen blir forskjellene mindre. Andre kommunale tjenester for eldre og funksjonshemmede, som matombringing, trygghetsalarmer, frisørtjenester mv., subsidieres også betydelig. Prisene er stort sett ikke differensiert etter inntekt slik at skjermingen også gjelder personer som isolert sett ikke har behov for skjerming.

Totalskjerming

Systemene for totalskjerming er ulike i og utenfor institusjon. I institusjon gjelder vederlagsforskriften for institusjon som sikrer at alle som et minimum sitter igjen med midler til egen disposisjon tilsvarende 25 prosent av G, 75 prosent av fribeløpet på 6 000 kroner og 15 prosent av inntekt utover G. I tillegg er det spesielle fradragsregler for beboere med hjemmeværende ektefelle mv.

Forskriften for brukerbetaling for hjemmebaserte tjenester slått fast at: «Vederlaget ikke kan settes høyere enn at vedkommende beholder tilstrekkelig til å dekke personlige behov og bære sitt ansvar som forsørger.» Dette er en bestemmelse som kan tolkes og praktiseres ulikt. Den forutsetter en totalgjennomgang av alle søkeres økonomi før vederlaget fastsettes. Dette følges trolig i liten grad opp av kommunene.

I tillegg til disse ordningene har alle rett til økonomisk stønad fra kommunen dersom de ikke kan sørge for sitt livsopphold gjennom arbeid eller ved å gjøre gjeldende økonomiske rettigheter (sosialtjenestelovens § 5–1). Dette er et siste sikkerhetsnett som det er lite ønskelig at brukere av pleie- og omsorgstjenesten skal måtte nytte seg av på grunn av høy brukerbetaling.

5.7.5 Synliggjøring av kostnader

Kravet om synliggjøring av kostnader er formulert slik:

– Ordningene bør synliggjøre de reelle kostnader knyttet både til botilbudet og pleietilbudet;

I vederlagsforskriften for institusjon mv. betales det samlet for alle tjenester og det synliggjøres dermed ikke hva en betaler for. Dette er uheldig både for kommunene og brukerne. I kommuneregnskapene kommer det heller ikke klart fram hvilke kostnader som knytter seg til kommunens boligtilbud til eldre og funksjonshemmede. Med dagens regnskapssystem belastes hele investeringen i boliger i bygge-/anskaffelsesåret. I hele resten av boligens levetid viser regnskapet bare de utgifter som er knyttet til den løpende driften av boligen og evt. vedlikehold. Dette betyr at heller ikke de reelle subsidier av boligtilbudet kommer fram i regnskapene. På den måten kan de kommunale prioriteringene bli påvirket på en uheldig måte. For brukerne kan dette bety at de har mindre insentiv til langsiktig boligplanlegging, samt mindre forståelse av hva det faktisk betales for.

5.7.6 Ressursbruk – vridning fra boutgifter til pleie- og omsorgsutgifter

Kravet om vridning i ressursbruk er formulert slik:

– Ordningene bør virke slik at de kan bidra til å vri den kommunale ressursbruk fra boutgifter til pleie- og omsorgstjenester. Dette forutsetter en klargjøring av det personlige ansvaret for å dekke bokostnader og at det offentlige praktiserer dette slik at den enkelte tar hensyn til det, bl.a. i beslutninger om sparing og overføring av formue til arvinger før en blir pleietrengende;

Dette kravet synes ikke oppfylt med dagens brukerbetalingsordninger. I institusjon er det ikke anledning til å legge kapitalutgifter til grunn for beregning av brukerbetaling. Det betyr at brukeren betaler for tjenestene, men ikke fullt ut for boligdelen. En slik ordning gir insentiver i motsatt retning av det som er formulert i kravet. Det ligger fremdeles insentiver til å avhende formue før en blir pleietrengende. Personer som avhender boligformuen før de flytter inn i en kommunal utleiebolig, kan motta betydelige statlige og kommunale boligsubsidier.

5.7.7 Samspill mellom offentlig og privat omsorg

Kravet er formulert slik:

– De bør lette mulighetene for et samspill mellom offentlig og privat omsorg, spesielt muligheten for at ektefeller/samboerpar som ønsker det, kan bo sammen også i de tilfeller der den ene trenger intensiv pleie;

Til tross for lav brukerbetaling for tjenester som ytes i hjemmet og liten bruk av omsorgslønn, ytes det betydelig privat uformell omsorg. Det er viktig å stimulere den ytterligere og legge til rette for privat omsorg gjennom forbedringer i gjeldende finansierings- og brukerbetalingsordninger.

5.7.8 Enkle og forståelige ordninger

Kravet er formulert slik:

– Betalingsordningene bør være enkle å forstå og administrere;

Vederlagsforskriften for institusjon mv. kan være relativt vanskelig å forstå for brukere og pårørende. Praktiseringen skaper også problemer for kommunene. For

tjenestene som ytes i hjemmet synes ordningene å være relativt enkle å forstå og administrere, men enkelte kommuner stiller spørsmålstegn ved ressursbruken til administrasjon i forhold til de beskjedne inntekter ordningen bringer inn. Stortinget har tatt konsekvensen av relativt kompliserte og uoversiktlige statlige boligfinansieringsordninger, og vedtatt en samordning og forenkling av systemet med to ordninger som delvis overlappet hverandre og medførte en del dobbeltadministrasjon.

5.7.9 Brukerbetalingens inntektsmålsetting

Inntektsmålsettingen er formulert slik:

– De bør bidra til at brukerbetalingen i framtida kan finansiere en større andel av de samlede utgiftene til omsorgssektoren, og avklare på hvilke områder slik brukerbetaling vil være mest aktuelt.

Spørsmålet i forbindelse med vurdering av dagens ordninger, er hvorvidt brukerbetalingen gir et rimelig bidrag til finansiering av tjenestene ut fra dagens inntekter blant brukerne og generelle sosialpolitiske målsettinger. Brukerbetalingens del av finansieringen varierer som vist tidligere fra tjeneste til tjeneste. Prosentsatsene i institusjon og utenfor kan ikke sammenlignes direkte. Når det gjelder aldershjem og sykehjem, ligger brukerbetalingen på henholdsvis 12 pst. og 18 pst. av brutto driftsutgifter, eks. kapitalutgifter. Dette er relativt høyt ut fra de inntekter dagens brukere har.

I hjemmetjenesten dekker brukerbetalingen bare 3–4 pst. av brutto driftsutgifter. Dette er lite også i forhold til innkrevingskostnadene. 75 pst. av de som betaler egenandeler har inntekt under 3 G. Denne gruppen betaler mer enn 50 pst. av kommunenes inntekter. Mandatet legger til grunn at det bør være en målsetting å få til en utjevning i betalingsnivå i og utenfor institusjon. Videre at det burde være et potensiale for økt brukerbetaling ved bedre målretting av de kommunale boligsubsidiene.

5.7.10 Brukerinnflytelse

I tillegg til foredragets krav til framtidige finansierings- og brukerbetalingsordninger, vil utvalget også drøfte forholdet mellom brukerinnflytelse og brukerbetalingsordninger, jf. *"Drøfting av sentrale mål, begreper og hensyn"* i kap. 3. Økt brukerinnflytelse er en verdi i seg selv, og forskning viser at resultatene av pleie og omsorg blir bedre når brukeren er aktivt med i utforming av aktuelle tiltak. Et hovedproblem med dagens ordninger er at de ikke skiller mellom hva som bør være den enkeltes ansvar, og hvilke tjenester som i hovedsak bør være et offentlig ansvar. Ved å skille ut de tjenestene som i hovedsak bør være den enkeltes ansvar, kan disse tjenestene prises til selvkost, og dette kan danne grunnlaget for at brukeren selv kan velge standard og nivå på tjenesten. Dette gjelder f. eks. for bolig og dagliglivets utgifter.

Når det gjelder tjenester som i større grad skal subsidieres av det offentlige, som helsetjenester og pleie- og omsorgstjenester, tildeles disse etter medisinske og sosiale kriterier og mindre etter betalingsvillighet og -evne. Brukerbetalingsordninger vil derfor være et begrenset virkemiddel for brukermedvirkning.

I dag er det i all hovedsak kommunen som bestemmer både omfang og sammensetning av det tilbudet den enkelte får. Brukerinnflytelsen i den daglige samhandling mellom bruker og tjenesteyter varierer mye. Det er likevel utvalgets inntrykk at brukerinnflytelsen på tjenestene gjennom brukerbetaling kan bedres.

Brukernes tilpasning

Sosialkomiteen har i sin innstilling til Velferdsmeldingen understreket at de som ønsker det, skal kunne bli boende i eget hjem så lenge som mulig. I sine vurderinger vil brukerne naturlig nok også overveie økonomiske virkninger av ulike boalternativer. Med helt ulike betalingssystemer og betalingsnivåer i og utenfor institusjon, vil brukerne i mange tilfeller kunne komme i konflikt med en kommune som ut fra sine vurderinger gir et tilbud som ikke er økonomisk gunstig for brukeren. Både for kommuner og brukere kan de ulike finansierings- og brukerbetalingsordningene føre til at det blir uoverensstemmelse mellom de løsningene som er best ut fra et personlig synspunkt, et faglig synspunkt, og de som gir best samfunnsøkonomisk uttelling.

5.7.11 Hovedkonklusjoner for de enkelte ordninger

Vederlagsforskriften for institusjon mv.

Utvalget har pekt på hvordan vederlagsforskriften for institusjon mv. virker i forhold til andre betalingsordninger. Det er videre grunn til å understreke følgende svakheter ved ordningen:

- forskriften er komplisert og vanskelig å praktisere. Tolkningsproblemer skaper konflikter.
- ordningen slik den i dag er utformet kan gi en «marginal betaling» på over 90 pst.
- rehabilitering og avlastning gjennom korttidsopphold som er prioritert i nasjonale målsettinger, fører gjennomgående til tap for kommunene i forhold til langtidsopphold.

Betalingsordningen for hjemmebaserte tjenester

Forskriftene på dette området gir stor kommunal frihet i utforming av den praktiske betalingsordning. Utvalget har påpekt en del svakheter i måten forskriftene blir praktisert på, men vil i denne sammenhengen understreke følgende:

- det er store forskjeller i brukerbetaling mellom kommuner.
- betalingsordningen gir beskjedne inntekter.

Bolig

Det er særlig to utfordringer i boligpolitikken knyttet til pleie- og omsorgstjenesten:

- behovet for utbedringer i eksisterende boliger og bygging av flere omsorgsboliger er særlig viktig for å møte utfordringen om økt hjemmebasert omsorg.
- behovet for bedring av bostøtteordningene slik at en kan få tatt hensyn til boutgiftene knyttet til en nøktern bolig. I tillegg bør en komme fram til at alle nøkterne boliger er berettiget til bostøtte.

Helsetjenester

Ulikheter i finansiering og brukerbetaling for helsetjenester mv. i og utenfor institusjon kan medføre uheldige tilpasninger, og kan virke urettferdig for kommuner og brukere. Utvalget vil imidlertid påpeke at det i all hovedsak synes å være faglige vurderinger av brukernes behov som legges til grunn for de valg kommunene gjør på dette området.

KAPITTEL 6

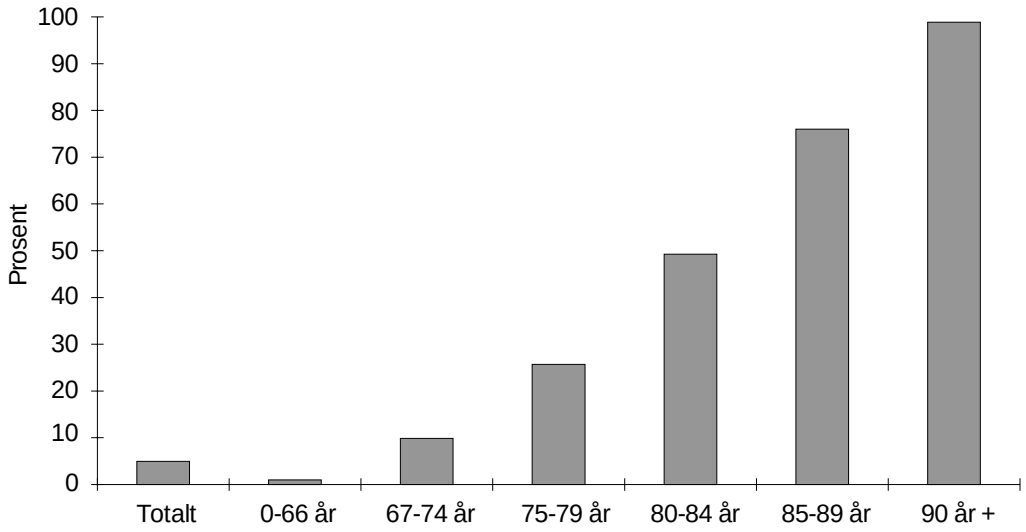
Brukerne

6.1 INNLEDNING

Kjennetegn ved brukerne av pleie- og omsorgstjenesten danner en viktig del av grunnlaget for de vurderinger utvalget har gjort rundt forslag om nye finansierings- og brukerbetalingsordninger. I dette kapitlet gis det derfor en relativt omfattende oversikt over kjennetegn ved brukerne med særlig vekt på pleietyngde, mottak av hjelp, inntektsforhold og boligforhold.

6.2 BRUKERE AV PLEIE- OG OMSORGSTJENESTEN

I 1993 var ca. 5 prosent av befolkningen brukere av pleie- og omsorgstjenesten. Blant befolkningen under 67 år var det bare 8 promille som var brukere av disse tjenestene. For aldersgruppen mellom 67 og 74 øker brukerandelen til ca. en tiendedel. Brukerandelen øker videre jevnt med stigende alder. Blant de eldre over 90 år var brukerandelen nesten 100 prosent. Blant de aller eldste har altså nesten alle behov for pleie- og omsorgstjenester i en eller annen form, jf. figur 6.1.



Figur 6.1 Andel av befolkningen som er brukere av pleie- og omsorgstjenestene.
Kilde: SSB

Tabell 6.1: Brukere i egne hjem, omsorgsboliger og institusjoner pr 1000 innbyggere. 1995.

	Totalt	0–66	67–74	75–79	80–84	85–89	90 +
Befolkning	4 369 957	3 748 424	292 868	152 162	101 269	52 764	22 470
Hjemmetjenester	30,1	6,5	70,6	165,9	312,1	435,7	433,6
Boliger til pleie og oms.formål	7,4	2,4	13,6	30,6	55,2	84,5	94,4
Institusjoner	9,7	0,4	12,8	41,6	98,4	212,8	429,9
Totalt	47,2	9,3	97,0	238,1	465,7	733,0	957,9

Kilde: SSB

Tabell 6.1 viser hvordan brukerne fordeler seg etter alder og tjenestetype. Tabellen viser at de yngre aldersgruppene i stor grad får sine behov dekket gjennom hjemmebaserte tjenester. Andelen som har et institusjonstilbud øker sterkt med alderen, og for eldre over 90 år har bortimot halvparten et institusjonstilbud.

Tabell 6.2 gir en oversikt over antall brukere ved ulike aldersinstitusjoner, boliger for eldre og funksjonshemmede og hjemmetjenester for 1995.

Tabell 6.2: Antall brukere og andelen brukere over 67 år. 1995.

	Brukere	Andel over 67 år
Institusjoner	42 532	96,2
Boliger i alt	32 338	71,6
Hjemmetjenester	134 529	82,0

Kilde: SSB

Størstedelen av brukerne av den kommunale pleie- og omsorgstjenesten er over 67 år, og det har tradisjonelt vært vanlig å se på disse tjenestene som eldreomsorg. Tjenestene skal imidlertid omfatte alle personer med pleie- og omsorgsbehov. De siste årene har stadig nye brukergrupper kommet til. Psykisk utviklingshemmede og psykiatriske langtidspasienter er eksempler på dette.

Pleie- og omsorgstjenesten skal også gi tilbud til yngre funksjonshemmede som har omsorgsbehov. Hvis man regner personer som mottar uførepensjon og/eller grunn- eller hjelpestønad, som funksjonshemmet, kan 1/10 av befolkningen i alderen 16–66 år sies å være funksjonshemmet (St.meld. nr. 35 (1994–95)). Bare et mindretall av disse har imidlertid behov for kommunale pleie- og omsorgstjenester.

6.3 BRUKERE AV INSTITUSJONSOMSORG

Alderssammensetningen i beboermassen i institusjonsomsorgen har vært tilnærmet konstant de senere årene. Beboerne er i all hovedsak eldre, der aldersgruppen over 85 år utgjør nærmere halvparten av alle institusjonsbeboere. I 1995 var det 42 532 brukere i institusjonsomsorgen. Aldersfordelingen er gjengitt i tabell 6.3.

Tabell 6.3: Beboere i institusjoner for eldre etter alder. Antall og prosent. 1994.

År	Beboere i alt	Beboere under 67 år	Beboere 67–79 år	Beboere 80–84 år	Beboere 85–89 år	Beboere over 90 år
1995	42 532	3,7 %	23,7 %	23,4 %	26,4 %	22,7 %

Kilde: SSB

Beboerne under 67 år er i stor grad fysisk funksjonshemmede. Pr. 31.12.95 var det 1 615 personer under 67 år i institusjoner. 12 personer var under 17 år, mens 1 603 personer var mellom 18–67 år. I statsbudsjettet for 1996 ble det bevilget 61 mill. kr. til utskriving av unge funksjonshemmede fra aldersinstitusjoner og spesialsykehjem.

Økt satsing på korttidsplasser i sykehjem har de senere årene vært en målsetting. Formålene med korttidsopphold er primært medisinsk rehabilitering og avlastning. Tallene for 1991–1993 viser imidlertid en svak nedgang for medisinsk rehabilitering, mens avlastning er omtrent uendret. Andelen innskrevet for langtidsopphold har økt fra 86 til 88 prosent i løpet av denne treårsperioden, jf. tabell 6.4. En mulig forklaringsfaktor på nedgangen i korttidsplasser kan være at behovet for langtidsplasser har økt. Det kan derfor være vanskelig for kommunene å prioritere pasienter til korttidsopphold. Dessuten har trolig rehabiliterings- og opptreningsinstitusjonene overtatt en del av oppgavene.

Tabell 6.4: Institusjonsbeboere etter formål for innskrivning. Antall og prosent. 1991-1994.

År	Heldøgnsbeboere totalt	Medisinsk rehabilitering	Avlastning	Langtidsopphold	Annen type opphold
1991	44 966*	4,8 %	6,9 %	86,4 %	1,9 %
1992	45 623	4,0 %	6,7 %	87,9 %	1,4 %
1993	44 513	4,1 %	7,1 %	88,1 %	0,7 %
1994[1)]	43 388	–	–	87,6 %	–

*. For 1991 gjelder antallet beboere i alt.

1) Tall for medisinsk rehabilitering, avlastning og annet type opphold er ikke tilgjengelig for 1994.

Kilde: SSB

6.4 BRUKERE AV HJEMMETJENESTER OG BOFORMER

6.4.1 Brukere av hjemmetjenester etter alder, tjeneste og husstand

I alt 134 529 personer var registrert som brukere av hjemmetjenester ved utgangen av 1995. Av eldre mellom 75–89 år har gruppen 80–84 år den største brukerandelen av hjemmetjenester med ca. 23 prosent. Brukertallene er lavere for de høyeste aldersgruppene, noe som naturlig nok må ses i sammenheng med at færre innbyggere er gjenlevende i forhold til de øvrige aldersgrupper. Tallene må også ses i sammenheng med at en større andel av de eldste er innlagt på institusjon. Ser man tallene i sammenheng med antall eldre i befolkningen over 90 år, mottar om lag halvparten

hjemmebaserte tjenester. Andelen brukere fordelt på de ulike aldersgrupper har tilnærmet vært konstant de senere år, jf. tabell 6.5.

Tabell 6.5: Mottakere av hjemmetjenester etter alder. Antall og prosent. 1995.

År	Mottakere i alt	Mottakere 0–66 år	Mottakere 67–74 år	Mottakere 75–79 år	Mottakere 80–84 år	Mottakere 85–89 år	Mottakere over 90 år
1995	134 529	18,0 %	15,4 %	18,8 %	23,5 %	17,1 %	7,2 %

Inneholder 416 mottakere med uoppgitt aldersfordeling.

Kilde: SSB

Tabell 6.6 viser at brukerne som mottar både hjemmehjelp og hjemmesykepleie, utgjorde 33 prosent. De som bare mottar hjemmehjelp, utgjorde litt over halvparten av brukerne, mens mottakere av bare hjemmesykepleie representerte 16 prosent av brukerne. Andelen brukere fordelt på de ulike aldersgrupper har tilnærmet vært konstant de senere år.

Tabell 6.6: Mottakere av hjemmetjenester etter tjeneste og husstand. Antall og prosent. 1994.

År	Mottakere i alt	Både hjemmehjelp og hjemmesykepleie	Bare hjemmehjelp	Bare hjemmesykepleie	Aleneboende mottakere
1994	142 354	33 %	51 %	16 %	63 %

Kilde: SSB

6.4.2 Beboere i boliger for eldre og funksjonshemmede

I 1993 var det 26 562 beboere i boliger for eldre og funksjonshemmede. Beboere over 67 år utgjorde om lag 70 pst. av totalt antall beboere. Det har vært en nedgang på ca. 1 730 beboere i boliger for eldre og funksjonshemmede fra 1991 til 1994. Andelen beboere i aldersgruppen 67–79 gikk ned samtidig som andelen beboere over 80 år har vært relativt konstant, jf. tabell 6.7.

Tabell 6.7: Beboere i boliger for eldre og funksjonshemmede. Prosent og antall. 1991-1994.

År	Beboere i alt	Beboere, 0–66 år	Beboere, 67–79 år	Beboere, 80–84 år	Beboere, 85–89 år	Beboere, 90 år og over
1991	28 291	15 %	46 %	20 %	13 %	6 %
1992	28 067	17 %	38 %	22 %	15 %	8 %
1994	26 562	30 %	29 %	20 %	14 %	7 %

Kilde: SSB

6.4.3 Boligsituasjonen for psykisk utviklingshemmede

HVPU-reformen i 1991 innebar en overføring av ansvaret for de psykisk utviklingshemmede fra en fylkeskommunal institusjonsbasert særomsorg, til det ordinære omsorgsapparatet i kommunene. Målsettingen har vært å avvikle institusjonene over en fireårsperiode og integrere de psykisk utviklingshemmede i kommunene, der de skal nyte godt av kommunale botilbud og omsorgstjenester.

Tabell 6.8: Psykisk utviklingshemmede beboere etter boligtype. Antall og prosent. 1991-1993.

År	Pu-beboere totalt	Pu-beboere i egen selvstendig bolig	Pu-beboere i samlokalisert bolig	Pu-beboere i bokollektiv/ fellesskap
1991	4 666	27 %	19 %	54 %
1992	5 851	29 %	26 %	45 %
1993	6 999	30 %	27 %	43 %

Kilde: SSB

Samtidig med økningen av PU-beboere har det skjedd en endring i fordelingen mellom de ulike boformer. Andelen beboere i bokollektiv/fellesskap er redusert, mens andelen beboere i egne selvstendige boliger og samlokaliserte boliger har økt.

I 1993 hadde kommunene ansvaret for i alt 14 461 psykisk utviklingshemmede. Av tabellen framgår det at nærmere halvparten av de psykisk utviklingshemmede (48 prosent) hadde et botilbud fra kommunen. I alt 5 847 personer bodde hos foreldre/pårørende, 947 personer var i avviklingsinstitusjon, og 668 personer bodde i andre boformer, jf. tabell 6.8. Mange av foreldrene som tar seg av sine psykisk utviklingshemmede barn, begynner å bli eldre. Dette vil i årene framover representere et økende omsorgsbehov som i stor grad må dekkes av det offentlige.

6.5 PLEIETYNGDE OG BEHOV

6.5.1 Gerix

Gerix er betegnelsen på et langsiktig utviklingsprosjekt i samarbeid mellom kommunene, Sosial- og helsedepartementet, Kommunal- og arbeidsdepartementet, Statistisk sentralbyrå og Storbyforskningsprogrammet/KS. Siktemålet er et system for innhenting og bruk av informasjon om brukerne av pleie- og omsorgstjenesten i kommunene. Gerix omfatter data om personer som bor hjemme og om personer som bor i institusjon. Målet er at systemet skal benyttes til utmåling av hjelp til enkeltpasienter ute i kommunene, og i administrasjon og styring både lokalt og på landsbasis. I Gerix registreres opplysninger om brukerens funksjonsnivå i forhold til daglige gjøremål og om kognitiv og psykososial funksjonsevne. Det registreres også opplysninger om brukernes bolig- og husholdningssituasjon, sosialt nettverk, mengde og type hjelp man mottar fra kommunen, samt ytterligere anbefalt hjelp.

Ved utgangen av 1995 var det i overkant av 100 kommuner som har fått opplæring i Gerix, og i 1996 har ytterligere 50 kommuner fått opplæring.

Mestringsevne måles med utgangspunkt i 17 variable som beskriver brukerens funksjonsnivå. Av disse er 10 såkalte ADL-variable (Aktiviteter i Daglig Liv) som klassifiserer brukeren ut fra evnen til å utføre ulike aktiviteter (innendørs mobilitet, utendørs mobilitet, personlig hygiene, av-/påkledning, toalett, spising, innkjøp, matlaging, rengjøring og medisinsk egenomsorg). Brukerens tilstand i forhold til disse aktivitetene klassifiseres med tallverdiene 1–4, som er gitt følgende definisjoner:

Verdi 1: Kan utføre aktiviteten alene, og gjør det uten hjelpemidler eller annen form for tilrettelegging. Ikke avhengig av personhjelp.

Verdi 2: Kan utføre aktiviteten selv og gjør det med tilrettelegging og/eller tilsyn. F.eks. ved bruk av hjelpemidler.

Verdi 3: Kan delvis utføre aktiviteten alene, evt. kan utføre aktiviteten helt alene, men gjør det ikke. Trenger noe personhjelp og/eller motivering. Brukeren kan mestre deler selv, men er avhengig av personhjelp. Avhengig av delhjelp.

Verdi 4: Kan ikke utføre aktiviteten. Helt avhengig av hjelp.

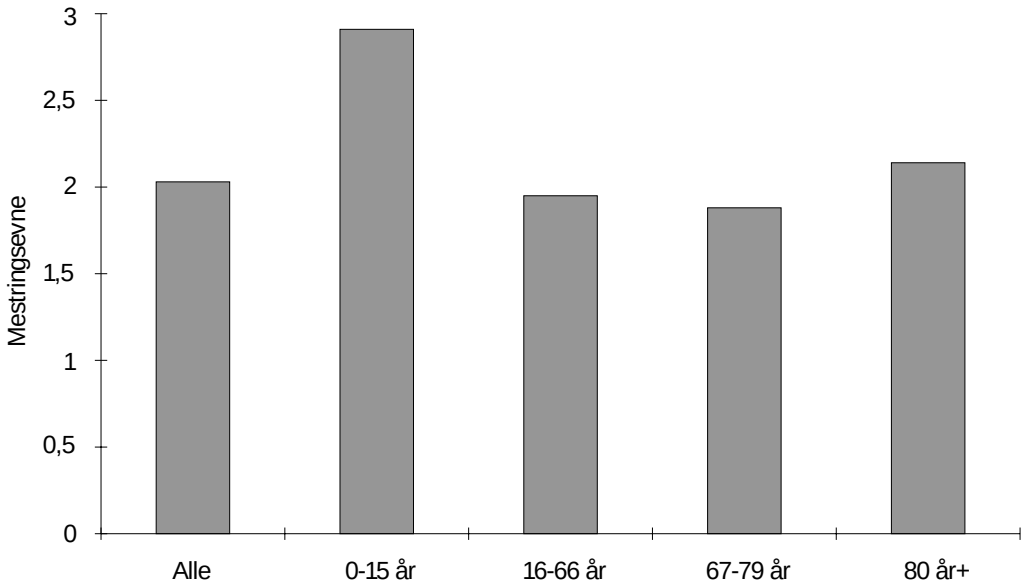
De 7 siste variablene beskriver brukeren ut fra psykososiale forhold (orienteringsevne, oppfatning av egen situasjon, trygghet, sosial kontaktevne, initiativevne, ansvar for egen hverdag og kommunikasjonsevne) rangert på en skala fra 1-4:
Verdi 1: Ingen problemer.
Verdi 2: Noe redusert.
Verdi 3: Nokså redusert.
Verdi 4: Sterkt redusert.

Brukerne etter alder, boform og ressursinnsats

En undersøkelse foretatt av Norsk institutt for sykehusforskning (SINTEF NIS, 1995) diskuterer bruk av Gerix-systemet til utarbeidelse av styringsdata for den kommunale pleie- og omsorgstjenesten. Individdataene omfatter brukerne i pleie- og omsorgstjenesten i 47 kommuner og bydeler. Rapporten påpeker at manglende eller feil registrering på variable er et problem, slik at en skal vise varsomhet med å generalisere resultatene. Dataene er ikke tilstrekkelig kvalitetssikret og det er ikke undersøkt om Gerix-kommunene kan sies å være representative for landets kommuner.

Rapporten bruker gjennomsnittet av de 17 variable forklart boks 6.1 som et samlet mål på mestringsevne, der verdier nær 1 indikerer høy mestringsevne og verdier nær 4 indikerer lav mestringsevne.

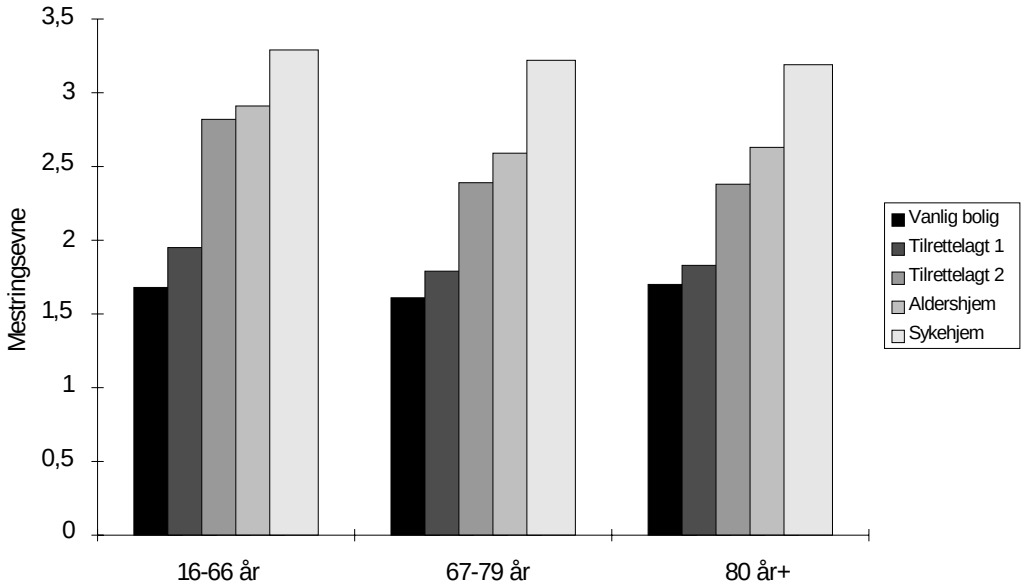
Undersøkelsen viser ikke uventet at evnen til å utføre ulike dagligdagse aktiviteter og brukerens psykososiale forhold (mestringsevne), avtar med alder. Lavest mestringsevne ble i rapporten imidlertid funnet å være blant de aller yngste brukerne mellom 0–15 år. Se figur 6.2.



Figur 6.2 Gjennomsnittlig mestringsevne etter alder.
Kilde: SINTEF NIS, 1995

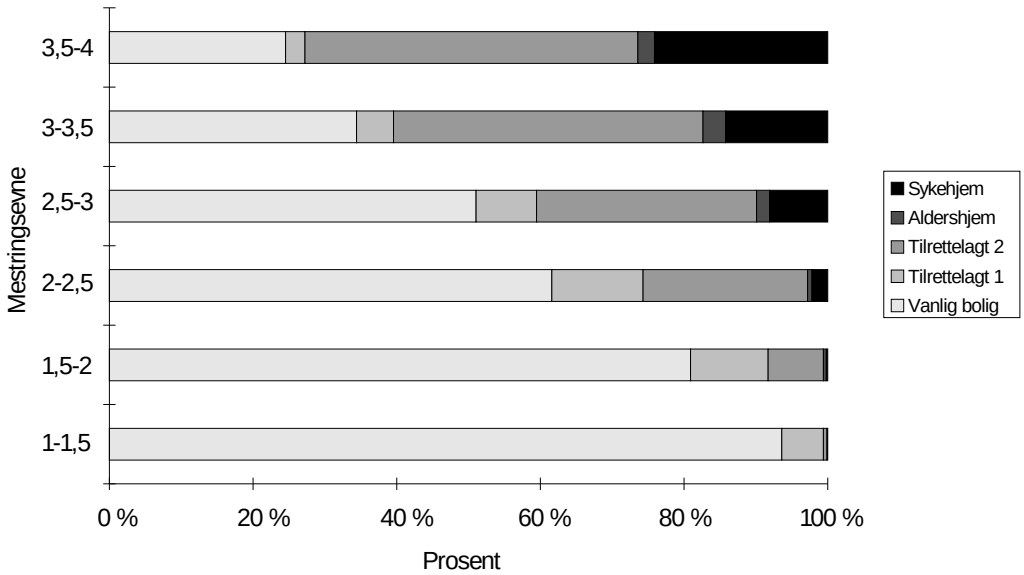
"" i Figur 6.3 viser gjennomsnittlig mestringsevne etter boligtype for de ulike aldersgruppene. Med unntak for de yngste brukerne, viser figuren at mestringsevnen avtar etter hvert som boligen blir mer «tjenestetung».[4]

4. Bolig med tilrettelagte tjenester 1, er i rapporten definert som der tjenesteytingen foregår eller er tilgjengelig kun deler av døgnet. Bolig med tilrettelagte tjenester 2, defineres som der tjenesteytingen foregår eller er tilgjengelig hele døgnet.



Figur 6.3 Gjennomsnittlig mestringsevne etter boligtype og alder.
Kilde: SINTEF NIS, 1995

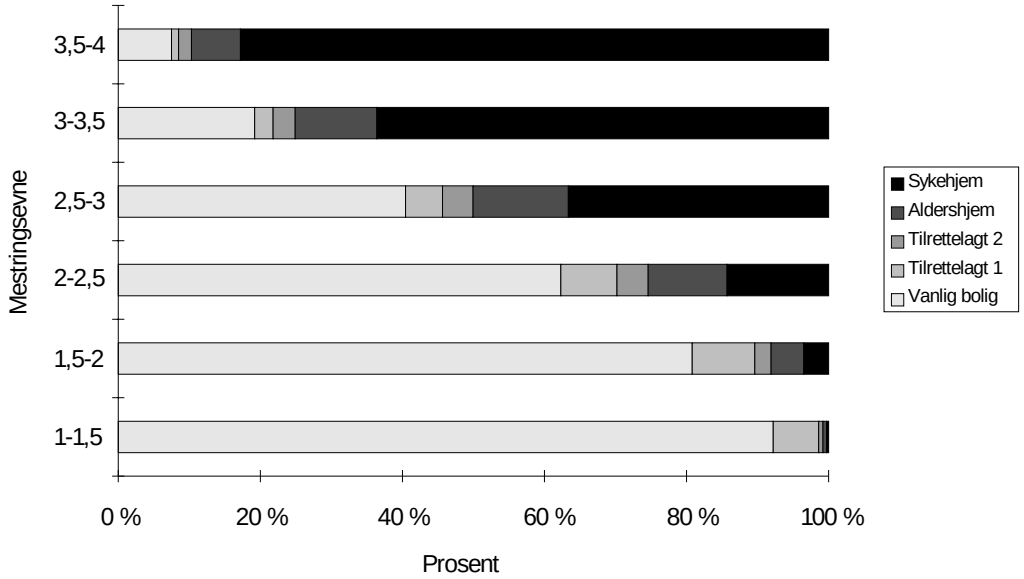
Blant de yngre brukerne (0–6 år) med høyest mestringsevne, er 94 prosent bosatt i vanlig bolig. Men også 25 prosent av de tyngste brukerne er bosatt i vanlig bolig. Andelen bosatt i tilrettelagte boliger med tjenester deler av døgnet, varierer fra 3 prosent blant de tyngste brukerne til 13 prosent blant brukere med noe høyere mestringsevne. Tilrettelagte boliger med døgntjenester blir mer dominerende jo mer pleietrengende brukeren er. Denne boformen har 46 prosent av brukerne med lavest mestringsevne. Av disse bor en like stor andel på sykehjem som i vanlig bolig. Fordelingen er gjengitt i figur 6.4.



Figur 6.4 Fordelingen av brukerne etter boligtype for grupper av brukere inndelt etter mestringsevne, prosent. Brukere 0–66 år.

Kilde: SINTEF NIS, 1995

Vanlig bolig er en like utbredt boform blant de letteste gruppene, for eldre brukere som for yngre brukere. Vanlig bolig utgjør en mindre andel blant eldre brukere med lav mestringsevne, ca. 8 prosent. Sykehjem er den klart dominerende boformen for brukere med lav mestringsevne. 64 prosent av gruppen med mestringsevne mellom 3 og 3,5 bor i sykehjem, mens 83 prosent av brukerne med mestringsevne over 3,5 bor i sykehjem. Undersøkelsen viser også at tilrettelagte boliger, og da spesielt de med døgntjenester, er en mye mindre utbredt boform blant eldre brukere enn blant yngre brukere. Fordelingen er gjengitt i figur 6.5.



Figur 6.5 Fordelingen av brukere etter boligtype for grupper inndelt etter mestringsevne, prosent. Brukere over 67 år.

Kilde: SINTEF NIS, 1995

Rapporten konkluderer med at sammenhengen mellom mestringsevne og boform tyder på at mestringsevnen i stor grad gjenspeiler «behovsnivå» hos brukerne, og at mønsteret som ble avdekket var som forventet.

Tall fra Statistisk sentralbyrå viser også at beboerne i institusjon er ofte sterkt pleietrengende og trenger derfor ofte hjelp til ulike aktiviteter. Tabell 6.9 viser andelen av beboerne som trenger hjelp til slike formål.

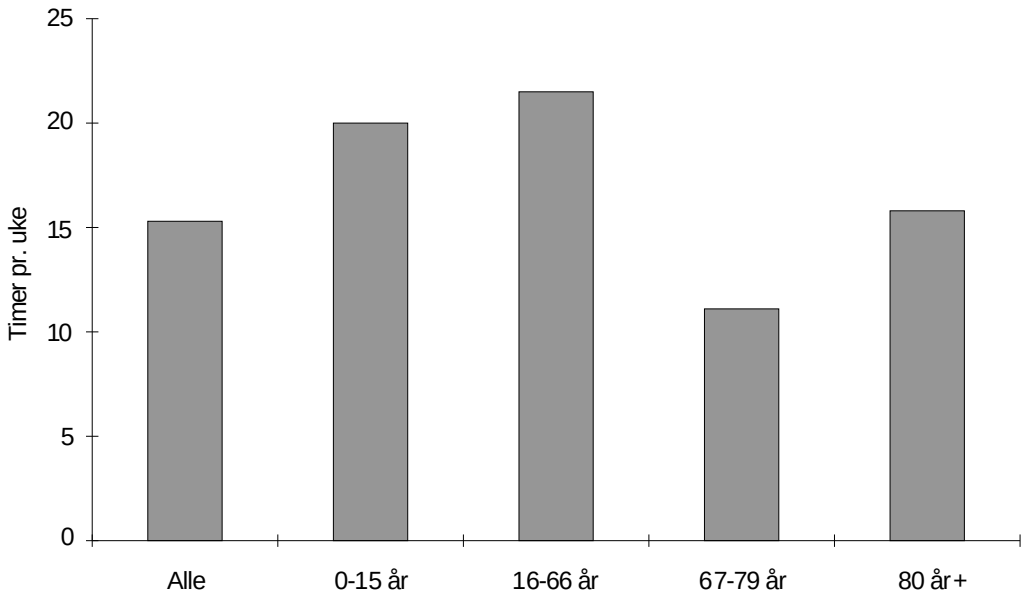
Tabell 6.9: Hjelpebehov blant beboere i institusjoner for eldre. Prosent. 1993.

År	Hjelp til personlig hygiene	Hjelp til av/på-kledning	Hjelp til toalett/WC	Hjelp til å spise	Hjelp til å gå inne	Hjelp til å gå ute	Hjelp til å komme opp av senga	Senge-liggende hele døgnet
1993	78,3	74,3	64,5	30,8	43,9	59,7	55,7	4,1

Kilde: SSB

Omfanget av kommunal hjelp målt ved timer direkte persontjenester og tilsyn pr. uke slik det registreres i Gerix, viser at gjennomsnittet for samtlige brukere er 15 timer pr. uke. De yngste brukerne mottar mest hjelp i gjennomsnitt, 20 timer pr. uke

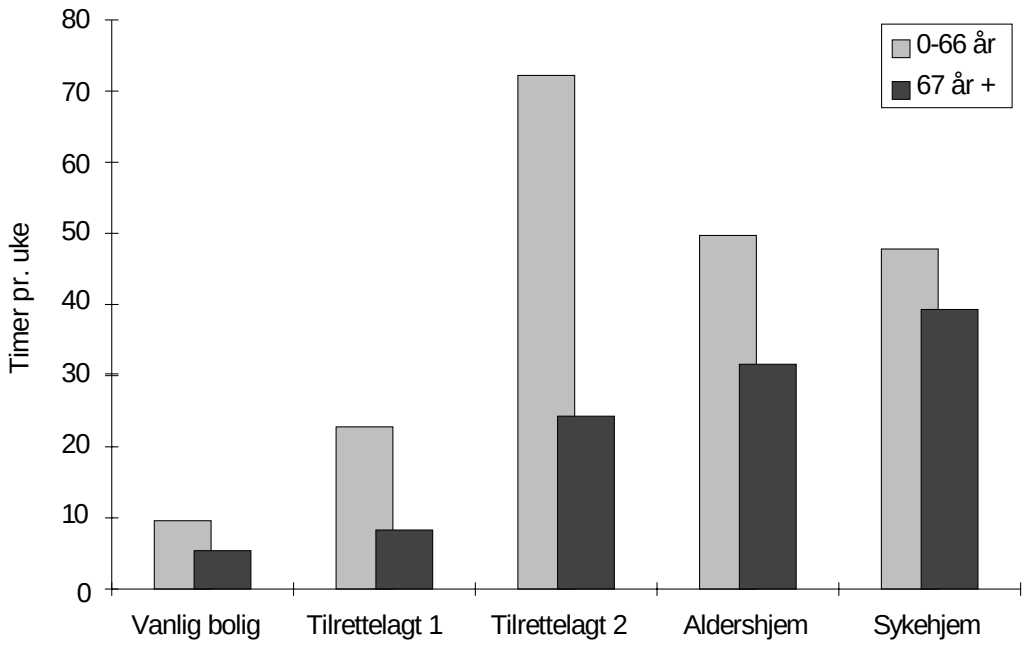
for brukere i alderen 0–15 år, og 22 timer pr. uke for brukere mellom 16-66 år. Lavest gjennomsnittlig antall timer pr. uke ble funnet i aldersgruppen 67–79 år, som i gjennomsnitt mottok 11 timer. Brukere over 79 år mottar i gjennomsnitt 16 timer pr. uke, jf. fig. 6.6.



Figur 6.6 Gjennomsnittlig antall timer kommunal hjelp pr. uke etter alder.
Kilde: SINTEF NIS, 1995

Kommunal hjelp etter boligtype viste at eldre bosatt i vanlig bolig i gjennomsnitt mottar ca. 5 timer hjelp pr. uke. Eldre i tilrettelagte boliger med tjenester deler av døgnet mottar i gjennomsnitt 8 timer pr. uke. Brukere i tilrettelagte boliger med tjenester på døgnbasis mottar i gjennomsnitt 24 timer pr. uke. De eldre sykehjemsbeboerne mottok i gjennomsnitt nær 40 timer pr. uke, eller ca. 8 timer mer enn aldershjemsbeboerne.

Undersøkelsen viser videre at yngre brukere har gjennomgående flere timer pr. uke enn eldre brukere, uavhengig av boligtype. Yngre brukere som bor i vanlig bolig mottar i gjennomsnitt 10 timer pr. uke, mens brukere bosatt i tilrettelagt bolig med tjenester deler av døgnet mottar i gjennomsnitt 23 timer pr. uke. Yngre brukere i alders- og sykehjem mottar ca. 50 timer i uka, altså mer enn alders- og sykehjemsbeboere. Gruppen som mottar desidert mest hjelp er yngre brukere i tilrettelagte boliger med døgntjenester, hele 72 timer pr. uke i gjennomsnitt. Nær 80 prosent av brukerne i alderen 0–66 år i tilrettelagte boliger med døgntjenester er psykisk utviklingshemmede brukere. Tallene er gjengitt i figur 6.7.



Figur 6.7 Gjennomsnittlig antall timer kommunal hjelp pr. uke etter bolig type. Brukere 0–66 år og 67 år +.

Kilde: SINTEF NIS, 1995

Brukere og ikke-brukere av pleie- og omsorgstjenestene

Statistisk sentralbyrå foretok i 1995 (SSB 1995) en undersøkelse der formålet var å kartlegge funksjonsnivå og hjelpebehov blant eldre som ikke mottar tjenester fra den kommunale pleie- og omsorgstjenesten, og sammenligne dette med funksjonsnivå og hjelpebehov blant eldre som mottar slike tjenester. Prosjektet er et av flere forsknings- og utviklingsprogram med sikte på å evaluere Gerix-systemet. Utvalget til undersøkelsen blant ikke-brukere ble trukket blant eldre 67 år og over i de kommuner som i mars 1995 enten hadde tatt i bruk Gerix-registreringssystemet, eller mente de kom til å gjøre det i løpet av de to nærmeste månedene. Nettoutvalget utgjorde i alt 862 personer 67 år og eldre som ble intervjuet.

Undersøkelsen fant ikke overraskende at eldre som ikke mottar kommunale omsorgstjenester har et klart mindre funksjonstap enn eldre som mottar slike tjenester. Det konkluderes videre med at hovedtyngden av alle eldre som har alvorlige funksjonstap, får hjelp. Særlig gjelder dette for de aller eldste. Det var først og fremst når det gjelder rengjøring og innkjøp at en del ikke-brukere har vesentlige funksjonstap. Flertallet av dem som trenger hjelp, får imidlertid tilstrekkelig hjelp fra private eller uformelle hjelpekilder i eller utenfor husholdningen. Svært få står helt uten noen form for hjelp.

Undersøkelsen finner likevel en del udekkede hjelpebehov blant ikke-brukere, men omfanget og hvilke faktorer som har betydning, varierer med hvilket mål som legges til grunn. Av intervjuene hadde 12 prosent av ikke-brukerne udekkede

hjelpebehov, der andelen er høyest blant de eldste. Når de eldres egne oppfatninger ble lagt til grunn, har 14 prosent av ikke-brukerne udekkede hjelpebehov. Det er først og fremst rengjøring flere ønsker mer hjelp til. Det er langt fra sammenfall mellom intervjuernes vurderinger og eldres egne vurderinger av behov for mer hjelp.

Udekkede hjelpebehov blant eldre ikke-brukere er bare i liten grad kjent av det offentlige. Bare et fåtall av dem som anbefales mer hjelp av intervjueren, eller selv synes de trenger mer hjelp, har søkt om hjelp fra pleie- og omsorgstjenesten i kommunen og fått avslag. Undersøkelsen konkluderer med at dette tyder på at de udekkede behovene, målt ved intervjuers og eldres vurderinger, ikke er av særlig alvorlig karakter. Det er også svært få ikke-brukere som tidligere har mottatt offentlig hjelp og er blitt fratatt denne av andre grunner enn at hjelpebehovet opphørte. Udekkede behov for hjelp bunner heller ikke i at man ikke ønsker offentlig hjelp. De fleste av dem som har klare hjelpebehov, mener de vil henvende seg til pleie- og omsorgstjenesten i kommunen når de trenger det.

Ikke alle funksjonshemmede har behov for pleie- og omsorgstjenester, enten fordi funksjonshemmingen ikke er så omfattende, eller fordi de bor hjemme sammen med voksne familiemedlemmer som ivaretar mange av hjelpefunksjonene. Undersøkelser viser imidlertid at det i denne gruppen er et svært lavt forbruk av slike tjenester når en tar funksjonsnivået og livssituasjonen for øvrig i betraktning.

6.6 INNTEKTSFORHOLD

6.6.1 Innledning

Når utvalget skal gi en beskrivelse og vurdering av ulike sider ved dagens finansierings- og brukerbetalingsordninger, trenger en kunnskaper om inntektsforholdene blant brukerne av tjenestene. Eldre utgjør den største gruppen brukere, men også funksjonshemmede i alle aldersgrupper er en sentral gruppe.

I *"Framtidig behov for pleie- og omsorgstjenester"* i kapittel 7 gis en omtale av alders- og uførepensjonisters inntektsforhold på 1980-tallet og fram til i dag. I tillegg er det gjort noen framskrivninger av hvordan pensjonistenes inntekter fra folketrygden antas å utvikle seg framover. Siden den største gruppen brukere av pleie- og omsorgstjenesten er pensjonister, kan en hevde at brukernes inntektsforhold allerede i noen grad er belyst. Imidlertid har en ikke foretatt en kobling mellom brukerne av de ulike tjenester og deres inntekter. Dette er ønskelig for å kartlegge hvorvidt det kan være systematiske forskjeller i inntekter mellom ikke-brukerne og brukerne av pleie- og omsorgstjenesten.

En skiller i omtalen mellom brukere av to hovedkategorier av tjenester, henholdsvis hjemmebaserte tjenester og institusjonsbaserte tjenester. Først beskrives inntektsforhold blant brukere av hjemmebaserte tjenester, basert på en kartlegging som forskningsstiftelsen FAFO har gjennomført. Dernest beskrives inntektsforhold blant et utvalg av institusjonsbeboere, basert på et tallmateriale fra Rikstrygdeverket og Statistisk sentralbyrå.

6.6.2 Inntektsforhold blant brukere av hjemmetjenester

Data og metode

Forskningsstiftelsen FAFO har uført en undersøkelse: «Ensom og ulykkelig? Levekår og livskvalitet blant eldre». Undersøkelsen er basert på et tilfeldig, landsomfattende utvalg av 964 hjemmeboende personer i alderen 65–98 år. Gjennomsnittsalderen er 74 år. 57 prosent er kvinner og 43 prosent menn.

Undersøkelsen omfatter blant annet spørsmål omkring boforhold, familie og sosiale relasjoner, helse og bruk av kommunale tjenester. Det tallmateriale vi bruker er framkommet ved å koble dem som er brukere av hjemmehjelp og hjemmesykepleie i denne undersøkelsen, med Statistisk sentralbyrås ligningsregister for 1993. Inntektsstørrelsene er gitt på personnivå. Mange i utvalget, både blant brukere og ikke-brukere av kommunale hjemmetjenester, vil være gift og således ha høyere husholdningsinntekt. Slike forhold er ikke belyst her.

Resultater

Tabell 6.10 viser gjennomsnittlig samlet inntekt og gjennomsnittlig disponibel inntekt for hele utvalget, for brukere og ikke-brukere av hjemmesykepleie og hjemmehjelp. Tallene er fordelt på kjønn. Disponibel inntekt er lik samlet inntekt fratrukket skatt og gjeldsrenter.

Tabell 6.10: Samlet inntekt og disponibel inntekt pr. person og etter kjønn, for totalutvalget og brukere og ikke-brukere av hjemmebaserte tjenester. 1993-kroner.

	Samlet inntekt	Disponibel inntekt
Hele utvalget:		
Alle	125 830	100 670
Menn	173 440	131 730
Kvinner	89 220	76 740
Bruker hjemmehjelp:		
Alle	95 840	84 540
Menn	131 180	105 540
Kvinner	83 150	77 000
Bruker ikke hjemmehjelp:		
Alle	130 930	103 410
Menn	177 530	134 270
Kvinner	90 560	76 680
Bruker hjemmesykepleie:		
Alle	92 090	81 650
Menn	115 850	96 260
Kvinner	79 510	73 910
Bruker ikke hjemmesykepleie:		
Alle	127 820	101 770
Menn	176 220	133 440
Kvinner	89 780	76 890

Kilde: FAFO

Tabellen viser at gjennomsnittlig samlet inntekt for utvalget er ca. 125 800 kroner. Menn har betydelig høyere inntekt enn kvinner, 173 400 mot 89 200 kroner. Anslaget for samlet inntekt ligger noe over anslaget for pensjonistenes samlede inntekter i avsn. 7.4. Der ble f.eks. samlet inntekt for en alderspensjonist anslått å

være ca. 111 000 kroner i 1993. At materialet som ligger til grunn for analysen i avsn. 7.4 bygger på registerdata, og tallmaterialet her bygger på en utvalgsundersøkelse med de svakheter det innebærer, kan være en mulig forklaring på avvikene. I tillegg har en her med aldersgruppene fra og med 65 år som er to år lavere enn folketrygdens pensjonsalder på 67 år.

Utvalget i denne undersøkelsen har i gjennomsnitt en disponibel inntekt på 100 700 kroner. Menn har betydelig høyere disponibel inntekt enn kvinner, vel 70 pst. høyere. Alder er også en sterk forklaringsfaktor for hvor stor inntekt en har i utvalget. For eksempel har aldersgruppen 65–79 år 22 prosent høyere disponibel inntekt enn aldersgruppen 85 år og over.

Hvis en ser på dem som benytter hjemmesykepleie, finner en at gjennomsnittlig samlet inntekt er betydelig lavere enn blant ikke-brukere av hjemmesykepleie. Både for kvinner og menn er det i gjennomsnitt lavere inntekt blant brukerne enn ikke-brukerne, selv om forskjellene er størst for menn. Ser en på disponibel inntekt finner en de samme trekk, men som forventet er forskjellene noe redusert på grunn av progressiviteten i skattesystemet. Blant dem som benytter hjemmehjelp, finner en også at gjennomsnittlig samlet inntekt er lavere enn blant dem som ikke bruker hjemmehjelp. Både for kvinner og menn er det i gjennomsnitt lavere inntekter blant brukerne enn ikke-brukerne av hjemmehjelp, og forskjellen er størst for menn.

En mulig forklaring på at det blant brukere av kommunale hjemmetjenester er lavere inntekter enn blant ikke-brukere, gitt kjønn, kan være at de eldste er overrepresentert blant personer som benytter kommunale hjemmetjenester. De eldste gruppene av pensjonister har i gjennomsnitt lavere inntekter enn de yngre, jf. også omtalen i avsn. 7.4. En annen mulig forklaring kan være at helsetilstanden er dårligere blant dem som har hatt de hardeste levekår og lavest inntekt, f.eks. blant dem med ingen eller lav utdanning, tungt fysisk arbeid mv.

Nærmere studier av materialet viser at forskjellene i inntekter mellom brukere av kommunale hjemmetjenester og ikke-brukere i det alt vesentlige kan forklares ved at brukerne i gjennomsnitt er eldre enn ikke-brukerne. En betydelig kvinnedominans blant brukerne har også betydning.

6.6.3 Inntektsforhold blant institusjonsbeboere

Data og metode

For å skaffe oss statistikk over institusjonsbeboeres inntektsforhold, har vi benyttet ett av trygdeetatens registre som utgangspunkt. Vederlagsordningen omfatter pensjonister som ligger på syke- eller aldershjem, og skal trekkes i folketrygdpensjonen som følge av dette. Trekkbeløpene tilfaller den enkelte kommune. Imidlertid er Rikstrygdeverket behjelpelig med å regne ut de beløp kommunene skal trekke i pensjonene (gjelder ikke alle kommuner). Dette fører til at Rikstrygdeverket i sine regionale edb-systemer merker alle pensjonister som er berørt av ordningen. En har benyttet en uttrekksfil fra Infotrygd-området (omfatter ca. halve Norges befolkning). Denne filen inneholder 23 238 personer. 16 705 er kvinner og 6 664 er menn. Fordelingen mellom kvinner og menn stemmer godt overens med den fordelingen vi finner i Statistisk sentralbyrås oversikt over heldøgnsbeboere i januar 1994, jf. tabell 6.11.

Tabell 6.11: Antall heldøgnsbeboere etter kjønn og alder 20. januar 1994.

Alder	Menn	Kvinner	Alle
–17 år	3	5	8
18–66 år	885	768	1 653
67–74 år	1 829	2 341	4 170
75–79 år	2 334	4 135	6 469
80–84 år	3 060	7 473	10 533
85–89 år	2 935	8 986	11 921
90 år–	2 171	7 951	10 122
I alt	13 217	31 659	44 876

Kilde: Statistisk sentralbyrå

Vi ser også at ca. 96 prosent av institusjonsbeboerne er 67 år og eldre. Filen fra Rikstrygdeverket er videre koblet mot Statistisk sentralbyrås inntektsregister for inntektsåret 1993. Inntektsstatistikken er presentert på individnivå.

Resultater

Tabell 6.12 viser samlet inntekt og disponibel inntekt for hele utvalget. Tallene er fordelt på kjønn. Disponibel inntekt er inntekt hvor både skatt og gjeldsrenter er fratrukket.

Tabell 6.12: Disponibel inntekt og samlet inntekt pr. person og etter kjønn for institusjonsbeboerne. 1993-kroner.

	Alle	Menn	Kvinner
Samlet inntekt	91 360	104 610	85 350
Disponibel inntekt	81 480	90 120	77 390

Kilde: Statistisk sentralbyrå

Tabellen viser at gjennomsnittlig samlet inntekt for utvalget er vel 91 400 kroner. Menn har nesten 20 000 kroner høyere samlet inntekt enn det kvinner i gjennomsnitt har. Siden utvalget domineres av kvinner, ligger gjennomsnittlig samlet inntekt nærmere gjennomsnittet for kvinner enn menn.

Utvalgene i analysen i avsn. 7.4 om pensjonistenes inntekter, FAFO undersøkelsen og her er ikke helt sammenlignbare. Imidlertid er hovedvekten av personene i utvalgene 67 år og over, slik at vi kan foreta en grov sammenligning. Gjennomsnittlig samlet inntekt for institusjonsbeboerne ligger betydelig lavere enn hva analysen av pensjonistenes inntekter i avsn. 7.4 viser. Også hvis en sammenligner med gjennomsnittlig samlet inntekt for utvalget i undersøkelsen til FAFO som er omtalt ovenfor, finner en at institusjonsbeboerne har lavere gjennomsnittlig samlet inntekt. Gjennomsnittlig samlet inntekt for institusjonsbeboerne (91 360 kroner) ligger imidlertid godt på linje med inntektene til brukerne av hjemmehjelp (95 840 kroner) og hjemmesykepleie (92 090 kroner) i undersøkelsen til FAFO.

Utvalget i denne undersøkelsen har i gjennomsnitt en disponibel inntekt på 81 500 kroner. Målt ved disponibel inntekt har menn betydelig høyere inntekt enn kvinner, vel 16 pst. høyere.

Tabell 6.13: Gjennomsnittsbeløp for institusjonsbefolkningen etter kjønn og alder. 1993-kroner.

Kjønn/alder	Samlet inntekt	Disponibel inntekt
Kvinner		
Totalt	85 350	77 390
under 67 år	94 880	84 570
67–69 år	87 300	77 850
70–74 år	87 940	78 090
75–79 år	87 570	78 500
80 år og over	84 100	76 730
Menn		
Totalt	104 610	90 120
Under 67 år	104 840	92 910
67–69 år	118 300	100 350
70–74 år	114 150	97 020
75–79 år	109 260	93 160
80 år og over	99 330	85 770

Kilde: SSB

Tabell 6.13 viser at menn har høyere inntekter enn kvinner for alle aldersklasser. En ser også at den eldste aldersgruppen (80 år og over) har lavere inntekter enn alle de andre aldersgruppene. Dette mønsteret finner vi både for kvinner og menn.

6.7 BOFORHOLD

Kartleggingen av boforholdene og utviklingen i disse for eldre og funksjonshemmede er basert på Boforholdsundersøkelsene 1981 – 1995. Boforholdsundersøkelsen blir foretatt hvert 7. år. Den siste er fra 1995.

6.7.1 Funksjonshemmedes boforhold

Undersøkelsen ser på funksjonshemmede i aldersgruppen 30–64 år og er basert på sammenligninger av boforholdsundersøkelsene i 1981, 1988 og 1995. Funksjonshemmede er registrert ut fra egenrapportering. Dette gir erfaringsvis noe lavere tall på antall funksjonshemmede enn ellers.

Aleneboende funksjonshemmede

Hver 3. norske husholdning er i dag på bare én person. Andelen har steget kraftig de siste 30 årene. Det samme utviklingen har en også registrert for funksjonshemmede. Andelen aleneboende funksjonshemmede har vokst mer enn for befolkningen generelt. Andelen aleneboende funksjonshemmede i alderen 30–44 år

er doblet fra 1988 til 1995. Det samme gjelder for aldersgruppen 60–64 år, jf. tabell 6.14.

Tabell 6.14: Utvikling i andel aleneboende funksjonshemmede fordelt på alder i prosent.

	30–44 år	45–59 år	60–64 år
BU 1981	11	9	19
BU 1988	8	19	22
BU 1995	19	21	44

Mulige forklaringer på økningen i andelen aleneboende funksjonshemmede er blant annet nedbyggingen av institusjoner, og økt satsing på utflytting til selvstendige boliger i forbindelse med reformen for mennesker med psykisk utviklingshemmede. Men også forhold som styrking av det selektive boligpolitiske opplegget rettet inn mot blant annet funksjonshemmede, har sammen med en generell rentenedgang økt muligheten for denne gruppen til å skaffe seg en egen bolig.

Veksten av aleneboende funksjonshemmede kan få flere konsekvenser. For det første betyr det at utgiftsbelastningen blir høyere enn om husholdningen hadde bestått av flere medlemmer. Det vil si at boutgiftenes andel av inntekten øker for funksjonshemmede som gruppe, uten at en kan si at dette nødvendigvis er et problem. For det andre øker sannsynligvis behovet for pleie- og omsorgstjenester som følge av at flere bor alene. Omsorg og pleie gitt av familie eller de som en bor sammen med avtar når en bor alene.

Boligstørrelse – Boligkvalitet

I løpet av 1970-årene var nybyggingen av boliger på sitt høyeste. De fleste boligene som ble bygd var relativt store, fire rom og kjøkken eller mer. Det foregikk også en utbedring og påbygging av boligmassen som også bidro til større boliger. Hele perioden fra 1970 og fram til i dag viser en sterk økning i rommelighetsstandarden for store grupper. Økningen i rommelighetsstandarden gjelder også for funksjonshemmede.

Størrelsen på boligene er en indikator på trangboddhet og standard for øvrig. Boforholdsundersøkelsene har opplysninger om boligen i antall kvadratmeter. Dette må korrigeres for antall personer som bor i boligen.

Tabell 6.15: Gjennomsnittlig boligareal i boligene i kvadratmeter til personer i yrkesaktiv alder. Funksjonshemmede og ikke-funksjonshemmede.

Alder	30–44 år		45–59 år		60–64 år	
	Funksjonsh	Ikke funksj	Funksjonsh	Ikke funksj	Funksjonsh	Ikke funksj
BU 1981	105,0	116,2	107,6	119,3	100,4	104,7
BU 1988	113,8	127,3	109,5	128,0	94,8	117,7
BU 1995	117,7	135,4	118,9	132,5	98,8	124,3

Tabell 6.15 viser at gjennomsnittlig boligstørrelse allerede i 1981 var relativt stor, det vil si minst 100 kvadratmeter for alle gruppene. Gjennomsnittet sier imidlertid ikke noe om hvor mange innen gruppene som bor i for liten bolig, men i alle tilfeller har gruppene som helhet gjennomsnittlig store boliger.

Tabellen viser også gjennomsnittlig boligareal har økt i perioden vi ser på, med unntak av gruppen funksjonshemmede 60 – 64 år. Selv om de fleste har fått større boliger i perioden, er økningen for de funksjonshemmede mindre enn for de ikke funksjonshemmede. Funksjonshemmede som var under 60 år i 1981 hadde 10-12 kvadratmeter mindre boligareal enn de ikke funksjonshemmede. I 1988 var forskjellen enda større, 14-23 kvadratmeter, og forskjellen har holdt seg i 1995.

Boforholdsundersøkelsene 1981-1995 viser at forskjellen i boligstørrelse mellom funksjonshemmede og ikke funksjonshemmede blant husholdninger med flere personer har blitt mindre fra 1988 til 1995, og gått i favør av de funksjonshemmede i aldersgruppen 45-49 år.

Disposisjonsform for boligen

Det har vært et overordnet mål i boligpolitikken at flest mulig skal eie sin egen bolig. Det å eie boligen anses som et gode av mange. Tilgang på gode leide boliger kan imidlertid være en fordel i de situasjoner hvor en ikke ønsker å knytte seg til en bestemt bosituasjon. I løpet av 1990 årene har flere unge blitt leietakere. Tabell 6.16 viser utviklingen i andel leieboere blant funksjonshemmede og ikke-funksjonshemmede fordelt på alder.

Tabell 6.16: Andel leieboere av personer som er funksjonshemmet og ikke-funksjonshemmet etter alder i prosent.

Alder	30–44 år		45–59 år		60–64 år	
	Funksjonsh	Ikke-funksj	Funksjonsh	Ikke-funksj	Funksjonsh	Ikke-funksj
BU81	15	16	18	8	23	13
BU88	10	10	19	8	22	11
BU95	18	13	13	8	14	8

Det er to motsatte tendenser i utviklingen på 1990 tallet hvor de yngre funksjonshemmede har økte leieandeler, mens de eldre funksjonshemmede har en betydelig reduksjon i leieandeler. Av tabellen ser vi at funksjonshemmede oftere enn ikke-funksjonshemmede leier boligen. Før 1995 var leieandelene markert høyere for de eldste funksjonshemmede.

6.7.2 Eldres boforhold

Jo eldre husholdningsmedlemmene er, dess større andel av dem bor alene. Mens 40 prosent av husholdningene i alderen 65–69 år bor alene, er 60 prosent i alderen 70–79 år aleneboende og 80–90 prosent i aldersgruppen over 80 år. Tabell 6.17 gjengir en oversikt over antall personer i husholdningen fordelt på alder.

Tabell 6.17: Antall personer i husholdningen i prosent (hovedperson minst 65 år). n = 472 000

	1 person	2 person	3 person	4 person el fl
65–69 år	40	55	4	1
70–79 år	59	40	1	0
80–89 år	78	22	0	0
90–99 år	91	9	0	0

Boligstørrelse

For eldre har vi valgt å se på antall rom som et mål på størrelsen på boligen. Hver tiende av de yngste eldre, og opptil tre av ti husholdninger blant de eldste eldre, bor i små boliger på bare to rom og noen få i ettromsleiligheter. En tilsvarende gruppe har svært mange rom til disposisjon, jf. fig. 6.18.

Tabell 6.18: Antall rom i boligen fordelt på beboers alder i prosent. n = 472 000

	1 rom	2 rom	3–4 rom	5–6 rom	7 eller flere
65–69 år	1	8	48	31	12
70–79 år	2	15	49	28	6
80–89 år	0	29	47	17	7
90–99 år	0	15	57	18	10

Tabell 6.19 viser fordelingen av antall rom som er ønsket. Sammenligning av de to tabellene viser at det er mange eldre som har flere rom til disposisjon enn de faktisk ønsker.

Tabell 6.19: Antall rom ønsket i prosent (husholdning med hovedperson minst 65 år). n = 453 000

	1 rom	2 rom	3–4 rom	5–6 rom	7 eller flere
65–69 år	1	8	81	9	1
70–79 år	2	26	67	5	0
80–89 år	2	42	49	6	1
90–99 år	0	42	58	0	0

Bare vel 30 000 husholdninger ønsker mer enn 4 rom, slik at det er om lag 130 000 husholdninger av eldre som har større boliger enn de ville foretrukket hvis de kunne velge fritt. Etter de eldres preferanser vil de foretrukket 70 000 flere 3–4-romsleiligheter og knapt 40 000 flere toromsleiligheter. Dette har sannsynligvis sammenheng med et ønske om en mindre og mer lettstelt bolig.

Det ble funnet en tilsvarende tendens i boforholdsundersøkelsen for 1988, mens den synes mer markert i 1995.

Disposisjonsform for boligen

I stor grad viser materialet i boforholdsundersøkelsen at den faktiske disposisjonsformen samsvarer med ønskene. De eldres ønsker med hensyn til disposisjonsform er vist i tabell 6.20.

Tabell 6.20: Ønsket disposisjonsform for husholdninger med hovedperson minst 65 år. n = 453 500

Ønsket disposisjonsform	Eier i dag	Leier i dag	Antall	Andel i prosent
Eie	86	17	320 500	71
Vanlig leie	5	26	43 000	9
Trygde-/aldersb.	8	51	79 000	17
Annen leie	1	6	11 000	3

En del av de som eier sin egen bolig ønsker en leid bolig og da primært en trygde-/aldersbolig. En omtrent like stor andel av de som leier bolig i dag, ønsker å eie sin egen bolig.

Tilpasning av boligen til husstanden

Funksjonsnedsettelse opptrer med stor sannsynlighet blant over halvparten av de eldre. På denne bakgrunnen er det spurt om en har behov for en bolig som er bedre tilpasset funksjonshemmingen. Spørsmålet ble kun stilt til eldre med funksjonshemming. Resultatet er gjengitt i tabell 6.21.

Tabell 6.21: Ønske om en bedre bolig eller forbedringer av nåværende bolig på grunn av at noen i husholdningen er funksjonshemmet. n = 199 000

Alder	Nei, boligen passer bra	Ja, vil skifte	Ja, ønsker forbedring	Antall
65–69 år	86	11	3	31 000
70–79 år	87	10	3	76 500
80–89 år	82	9	9	81 000
90–99 år	88	2	10	11 000
Total	85	9	6	

Tabellen viser at 9 prosent kan tenke seg å flytte. Dette tilsvarer om lag 19 000 husstander. Om lag 11 000 husstander kan tenke seg å bli boende, men ønsker forbedringer i boligen. Antallet som enten ønsker å flytte eller ønsker forbedringer av boligen er lavt, til sammen om lag 30 000 husholdninger. Dette reflekterer sannsynligvis den høyere boligstandarden blant eldre i dag sammenlignet med tidligere.

Husholdningene ble også spurt om hvilke varige problemer de hadde angående ulike forhold knyttet til boligen, jf. tabell 6.22.

Tabell 6.22: Om noen i husholdningen har varige problemer angående ett eller flere av følgende forhold.

Type problem	65–69 år	70–79	80–89 år	90–99 år
Bevege seg i boligen	4	5	4	19
Gå i trapper	7	10	11	19
Bevege seg ut av boligen	5	6	2	19
Dagligvareinnkjøp	4	9	13	34
Vask og rengjøring av boligen	4	13	29	42
Kle av og på seg	4	6	2	0
Lese vanlig tekst	6	7	7	24
Hørsel	6	8	8	40

Vi ser av tabellen at det som oftest forårsaker problemer er vask og rengjøring av boligen. Dette er et resultatet som er bekreftet i flere undersøkelser. Problemet øker også betydelig med økende alder. For gruppen under 90 år er det bare om lag 4 prosent som har problemer med å bevege seg i boligen.

6.7.3 Oppsummering

Boforholdsundersøkelsen 1995 viser at både funksjonshemmede og eldre generelt bor godt. Det er likevel en del av disse gruppene som bor lite tilfredsstillende både når det gjelder tilgjengelighet i boligen, og tilpasningen av denne til redusert funksjonsevne. Det ligger fortsatt utfordringer i å stimulere til bedre boligløsninger for disse gruppene både med hensyn til utformingen av nye boliger og utbedring av den eksisterende boligmassen.

KAPITTEL 7

Framtidig behov for pleie- og omsorgstjenester

7.1 BEHOV OG ETTERSPØRSEL

Behovet for pleie- og omsorgstjenester er ikke noe entydig begrep. Likevel danner oppfatninger av behovet grunnlaget for brukernes forventninger, faglig normering og politiske prioriteringer. For å få en kvalifisert oppfatning av behovet for pleie- og omsorgstjenester i framtida trenger vi opplysninger om:

– hva er behovet – hvilke tilstander utløser behov for pleie og omsorgstjenester?
– hvor stort er behovet – hvilket omfang er det naturlig å dimensjonere tjenestene ut fra?
– hva skyldes behovet – kan det endres gjennom forebygging, rehabilitering eller behandling?
– hva kan gjøres med behovet – med knappe ressurser må det prioriteres hvilke behov som skal dekkes.

Sett fra brukerens synspunkt oppstår behovet for pleie- og omsorgstjenester når funksjonsevnen er redusert så mye at muligheten for egenomsorg blir begrenset. Terskelen for når brukeren opplever muligheten for egenomsorg så redusert at det oppstår behov for pleie- og omsorgstjenester, vil variere fra person til person. Når dette inntrer, og behovet ikke kan dekkes ved uformell omsorg, vil brukeren *etterspørre* offentlige pleie- og omsorgstjenester.

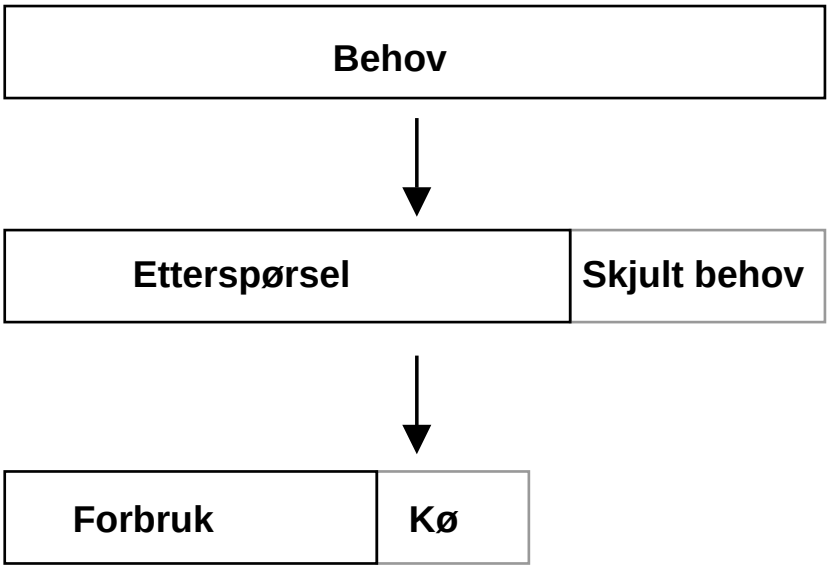
Ifølge økonomisk teori er etterspørsel etter en tjeneste det en er villig til å kjøpe til prisen i markedet. Den totale etterspørsel er summen av etterspørsel fra de enkelte aktører. Den totale etterspørsel etter pleie- og omsorgstjenester framkommer likevel på en spesiell måte. Tre ulike aktører spiller en sentral rolle når det gjelder påvirkning av etterspørselen:

– brukeren som ofte har en usikker kunnskap om hva pleie- og omsorgstjenesten kan bidra med til løsning av behov.
– fagfolk som bidrar til å finne fram til de «riktige» tjenestene.
– offentlige myndigheter som griper inn i markedet for å hjelpe brukeren til å velge de riktige tilbudene, f.eks. gjennom brukerbetaling og andre insentiver.

Etterspørselen etter pleie- og omsorgstjenester karakteriseres ved at det formelt er brukeren som etterspør, men at det er fagfolk som reelt sett tildeler tjenester. Behovene for pleie og omsorgstjenester må derfor gjennom to filtre før de slår ut i etterspørsel:

– et filter hos brukeren og de pårørende
– et filter hos fagfolkene

Det er forholdene mellom disse filtrene og de rammer myndighetene har lagt for brukerens og fagfolks tilpasning, som bestemmer hva etterspørselen etter pleie- og omsorgstjenester faktisk blir. Forholdet mellom behov, etterspørsel og forbruk illustreres i figur 7.1.



Figur 7.1 Forholdet mellom behov, etterspørsel og forbruk av pleie- og omsorgstjenester.

I dette kapitlet drøftes forhold som vil innvirke på behovet for og etterspørselen etter pleie- og omsorgstjenester i framtida. Mange av forholdene innvirker selvsagt både på behov og etterspørsel, men vi har i diskusjonen ikke laget noe skille.

7.2 BEFOLKNINGSUTVIKLINGEN – SPESIELT OM ALDERSSAMMENSETNINGEN

7.2.1 Innledning

Befolkningsutviklingen og ikke minst utviklingen i aldersfordelingen i befolkningen, vil ha avgjørende betydning for behovet for pleie- og omsorgstjenester i framtida. Dette avsnittet gir derfor en kort historisk oversikt over hovedtrekkene i befolkningsutviklingen samt en redegjørelse for resultater av Statistisk sentralbyrås befolkningsframskrivninger for perioden 1993–2050.

7.2.2 Hovedtrekk 1900–1994

De historiske hovedtrekkene ved befolkningens alderssammensetning kan oppsummeres i følgende punkter:

Aldersgrupper

Befolkningen i Norge har vokst fra om lag 2,25 mill. personer ved inngangen til dette århundre, til om lag 4,35 mill. ved utgangen av 1994. Befolkningsveksten har imidlertid ikke fordelt seg jevnt på de ulike aldersgruppene.

I perioden 1900–1994 økte tallet på personer over 67 år i Norge med om lag 472 000 – fra 149 000 i 1900 til 621 000 i 1994. Mens aldersgruppen over 67 år utgjorde 6,6 pst. av befolkningen i 1900, var denne andelen økt til 14,3 pst. i 1994. Det har vært en jevn vekst i andelen eldre i hele perioden fra 1920, og denne veksten har vært klart sterkest etter 1945. Samtidig har denne utviklingen ført til at andelen under 16 år har sunket fra 37,3 pst. i 1900 til 20,6 pst. i 1994.

Aldersgruppen over 67 år økte med 128 pst. i perioden 1950–1990, samtidig som veksten i samlet befolkning var på 30 pst. Veksten var enda sterkere for aldersgruppen over 80 år – på hele 183 pst. «Eldrebefolkningen» har altså over tid blitt eldre, samtidig som den har blitt større.

Antall personer over 80 år er tredoblet i perioden 1950–1994 – fra 56 000 personer til 173 000 personer. Aldersgruppen over 80 år utgjør i 1994 dermed 27,9 pst. av aldersgruppen over 67 år.

Kvinner utgjør en stadig stigende andel av de eldste aldersgruppene. Mens kvinner utgjorde 57,6 pst. av aldersgruppen over 80 år i 1960, var denne andelen økt til 66,5 pst. i 1990.

Regionale forhold

De eldres andel av befolkningen er forskjellig fra kommune til kommune, og variasjonene er ganske betydelige. Gjennomsnittet for de 10 kommunene med høyest eldreandel over 67 år var i 1989 25,3 pst., mens gjennomsnittet for de 10 kommunene med den laveste eldreandel var 6,8 pst. Forskjellene mellom kommunene ser ut til å ha økt over tid.

Den ulike aldersstrukturen er et resultat av en langvarig fraflytting av unge fra de minst sentrale kommunene i landet. Disse kommunene har derfor opplevd en en økning i andelen eldre. De sentrale kommunene utenom storbyene har hatt sterk tilflytting av unge, og har derfor en eldreandel langt under gjennomsnittet for landet. Oslo har en eldreandel som ligger høyere enn for landet under ett, mens dette ikke er tilfellet for de andre storbyene.

Levealder

Levealderen, definert som gjenstående levealder ved fødsel, har økt sterkt i dette århundre. Hovedforklaringen er at barnedødeligheten er gått kraftig ned. Økningen i levealder fant sted først og fremst fram til tidlig på 1950-tallet. Fra da av har økningen vært beskjeden. Gjenstående leveår ved 50- og 70-års alder har hatt en relativt beskjeden vekst i dette århundre. Levealderen er høyere blant kvinner enn menn.

7.2.3 Status og forventet utvikling

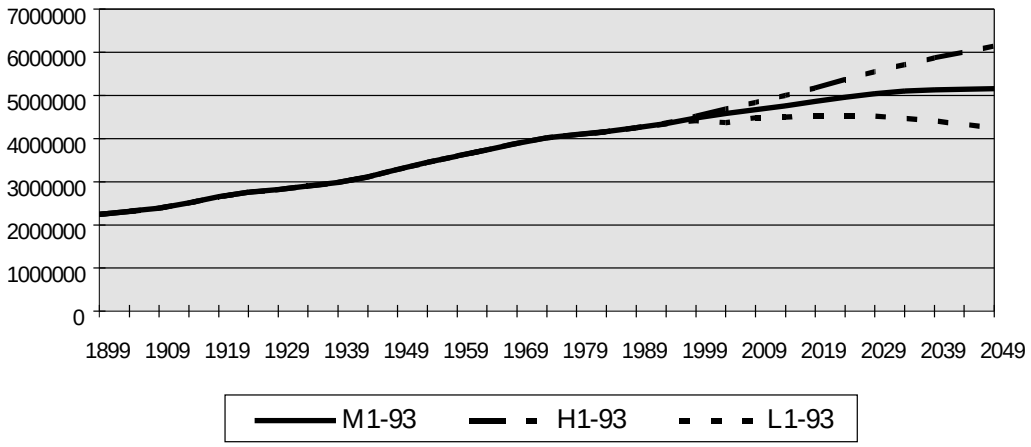
Folketallet var ved utgangen av 1994 kommet opp i om lag 4,35 mill. Fordelt på alder utgjør gruppen 16–66 år om lag 2,83 mill. personer, eller 65,1 pst., mens aldersgruppene 0–15 år og 67 år og over utgjør hhv. 20,6 pst. og 14,3 pst. Dette framgår av tabell 7.1.

Dersom vi deler den eldste aldersgruppen i snevrere aldersintervaller samt splitter på kjønn, ser en at kvinner utgjør den største andelen i alle aldersintervallene, men at andelen er størst i intervallet 90 år og over. Dette framgår av tabell 7.2. Den forventede utviklingen i disse samt andre forhold, framgår av Statistisk sentralbyrås framskrivninger fra 1993–2050.

SSB la ved årsskiftet 1993/1994 fram en befolkningsframskrivning med basis i folketallet ved utgangen av 1992. Framskrivningen er utarbeidet på regionalt nivå, og gir årlige folketall fordelt på kommuner fram til utgangen av 2049. Framskrivningen har tre hovedalternativer. Ifølge SSB gir alle alternativene, basert på SSBs nåværende innsikt, et realistisk anslag på befolkningens utvikling i årene framover. Mellomalternativet (M1–93) framtrer imidlertid som den mest sannsynlige utviklingen, og vil være det alternativet vi redegjør for i det følgende. Dette alternativet baserer seg på innenlands flytting som registrerte rater 1988–1992, fruktbarhet

1,88 (som tilsvarer faktisk fruktbarhet i 1992), netto innflytting 8 000 pr. år f.o.m. 1998, og gradvis redusert dødelighet gjennom hele framskrivningsperioden. Lavalternativet (L1–93) og høyalternativet (H1–93) bygger også på innenlands flytting som i perioden 1988–1992, men kombinerer hhv. lav fruktbarhet med lav forventet levealder og lav nettoinnvandring og høy fruktbarhet med høy forventet levealder og høy netto innvandring.

Folkemengden i Norge etter de tre hovedalternativene er vist i figur 7.2.



Figur 7.2 Folkemengden i Norge 1899–2049
Kilde: SSB

Fram til 2030 viser M1–93 en tilvekst i befolkningen på om lag 0,4 prosentenheter pr. år. Dette har også vært gjennomsnittet de siste 20 årene. Deretter får vi en svakere vekst som går mot null de siste årene av framskrivningen. Til sammenligning var den gjennomsnittlige veksten på 0,8 pst. årlig de første 75 årene av dette århundre.

Absolutt sett er det ett forholdsvis stort sprik mellom de ulike framskrivningsalternativene. I 2010 forventes det at folketallet vil øke til mellom 4,48 og 4,84 mill. Etter 2010 varierer anslagene fra ingen ytterligere befolkningsvekst, til en forholdsvis sterk vekst i befolkningen. Således er anslagene på folkemengden i 2050 etter de ulike framskrivningsalternativene hhv. 4,25 mill. (altså en nedgang), 5,16 mill., og 6,15 mill. I forhold til framskrivningene i 1990 innebærer disse siste framskrivningene en viss økning for alle alternativene. Det er særlig lavere dødelighet (dvs. høyere levealder) og høyere innvandring som er årsak til denne «oppjusteringen» av anslagene. Til sammenligning var anslagene ved framskrivningen i 1990 på mellom 4,39 og 4,75 mill.

Alderssammensetningen

Tabell 7.1 viser fordelingen av befolkningen, både absolutt og relativt sett, på aldersgrupper for utvalgte år. En har av sammenligningshensyn tatt med historiske observasjoner. Det framgår at det var i underkant av 622 000 personer over 67 år ved utgangen av 1994. Ved århundreskiftet vil tallet sannsynligvis ligge noe i underkant av dette nivået. Det er dermed ikke snakk om noen tilvekst de neste ti år. Fra 2010,

når de store etterkrigskullene når pensjonsalderen, vil imidlertid antall eldre vokse sterkt fram til 2040. Veksten stopper opp først når de små fødselskullene fra midten av 1970-tallet blir gamle. I 2040 må en regne med at om lag 20 pst. av befolkningen er over 67 år. I dag er denne andelen 14,3 pst. Fra 2040 og ut framskrivningsperioden, vil andelen holde seg forholdsvis konstant. Utviklingen i størrelsen på den eldre delen av befolkningen samt sammensetningen av denne, er oppsummert i figur 7.3.

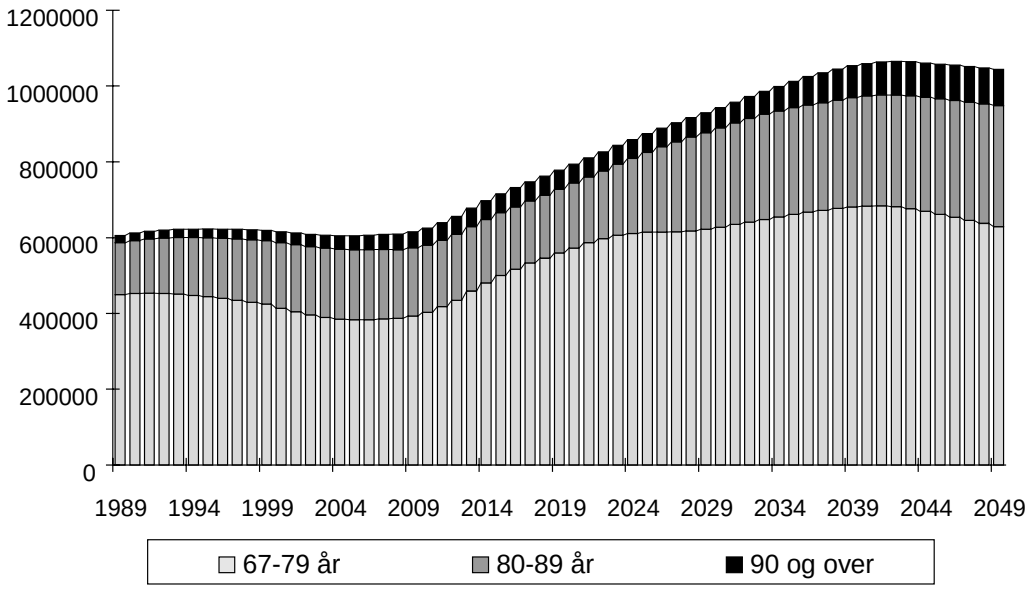
Tabell 7.1: Befolkningen fordelt på ulike aldersgrupper.

	0–15 år	16–66 år	67 år og over	I alt
1970	1.011.890	2.446.347	430.068	3.888.305
1980	964.467	2.602.837	525.036	4.092.340
1990	862.886	2.775.225	611.719	4.249.830
1994	897.602	2.829.022	621.786	4.348.410
2000	958.258	2.921.501	616.092	4.495.851
2010	937.124	3.126.648	625.060	4.688.832
2020	913.643	3.173.996	794.347	4.881.986
2030	952.148	3.160.264	943.350	5.055.762
2040	938.835	3.134.921	1.059.503	5.133.259
2049	935.148	3.180.119	1.043.797	5.159.064

Tabell 7.2:

	0–15 år	16–66 år	67 år og over	I alt
1970	26,0 %	62,9 %	11,1 %	100 %
1980	23,6 %	63,6 %	12,8 %	100 %
1990	20,3 %	65,3 %	14,4 %	100 %
1994	20,6 %	65,1 %	14,3 %	100 %
2000	21,3 %	65,0 %	13,7 %	100 %
2010	20,0 %	66,7 %	13,3 %	100 %
2020	18,7 %	65,0 %	16,3 %	100 %
2030	18,8 %	62,5 %	18,7 %	100 %
2040	18,3 %	61,1 %	20,6 %	100 %
2049	18,1 %	61,6 %	20,2 %	100 %

Kilde: SSB



Figur 7.3 Aldersfordelingen i befolkningen 67 år og over
Kilde: SSB

Det er særlig de aller eldste aldersgruppene som øker sterkt. Antall personer i aldersgruppen 80 år og over var 173 000 i 1994. Fram til år 2000 regner en med en økning på rundt 17 pst. I 2030 kan denne aldersgruppen være på om lag 315 000 personer. Økningen i antall eldre har nær sammenheng med at det forventes en betydelig reduksjon i dødeligheten. Forventet levealder har med mindre unntak vært stigende i hele dette århundret, og var i 1993 74,2 år for menn og 80,3 år for kvinner. I framskrivningen går SSB ut fra at økningen i levealder kommer til å fortsette, og forventer for året 2050 (etter mellomalternativet) en levealder på 79 år for menn og 84,5 år for kvinner.

Siden kvinner har høyere forventet levealder enn menn, er det relativt sett flere eldre kvinner enn menn, og denne forskjellen er større desto eldre aldersgruppe en betrakter. Det forventes imidlertid at forskjellen mellom antall kvinner og menn i disse aldersgruppene avtar over tid. Dette framgår av tabell 7.2.

Tabell 7.3: Relativ fordeling av kvinner og menn i de eldste aldersgruppene.

	67–79 år			80–89 år			90 år +		
År	Menn	Kvinner	I alt	Menn	Kvinner	I alt	Menn	Kvinner	I alt
1970	43,9 %	56,1 %	343.345	39,6 %	60,4 %	78.128	36,6 %	63,4 %	8.595
1980	43,4 %	56,6 %	403.367	36,7 %	63,3 %	109.810	32,2 %	67,8 %	11.859
1990	43,4 %	56,6 %	452.733	33,8 %	66,2 %	141.956	26,3 %	73,7 %	20.018
1994	43,7 %	56,3 %	448.306	34,8 %	65,2 %	155.427	27,2 %	72,8 %	23.263
2000	44,1 %	55,9 %	413.272	35,5 %	64,5 %	173.432	28,3 %	71,7 %	29.388
2010	45,4 %	54,6 %	402.653	36,9 %	63,1 %	177.575	30,3 %	69,7 %	44.838

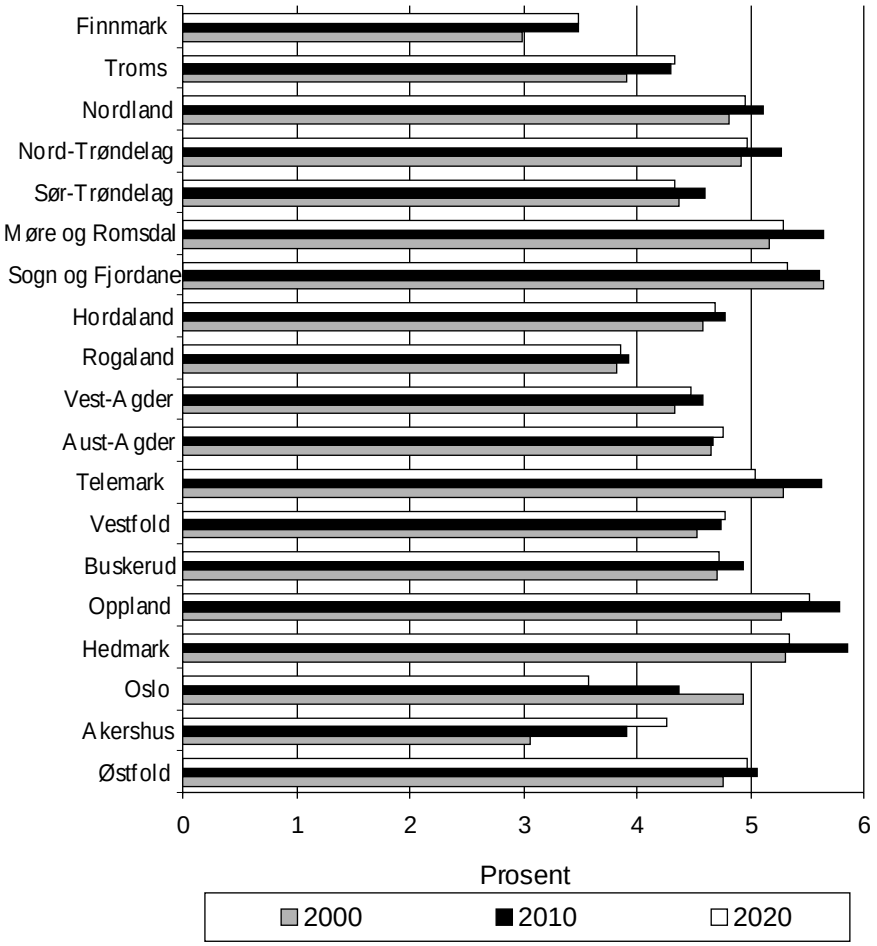
Tabell 7.3: Relativ fordeling av kvinner og menn i de eldste aldersgruppene.

	67–79 år			80–89 år			90 år +		
År	Menn	Kvinner	I alt	Menn	Kvinner	I alt	Menn	Kvinner	I alt
2020	46,5 %	53,5 %	572.727	38,6 %	61,4 %	171.234	32,4 %	67,6 %	50.386
2030	46,5 %	53,5 %	627.182	40,5 %	59,5 %	262.128	34,3 %	65,7 %	54.040
2040	46,7 %	53,3 %	682.949	40,7 %	59,3 %	290.574	36,4 %	63,6 %	85.980
2049	46,7 %	53,3 %	629.205	41,1 %	58,9 %	319.524	36,8 %	63,2 %	95.068

Regional fordeling

Når flyttemønsteret for perioden 1988–1992 legges til grunn, vil ingen fylker få nedgang i folketallet fram mot år 2000. Likevel ventes det betydelige forskjeller i befolkningsutviklingen mellom kommuner. Det er ventet at nærmere 200 kommuner, særlig de typiske distriktskommunene, vil få tilbakegang de nærmeste årene, mens de større bykommunene derimot kan vente økning.

Andelen av befolkningen som er over 80 år i de ulike fylkene er vist i figur 7.4. Det framgår her at ikke alle fylkene følger utviklingen som ble skissert i figur 7.2, der en for landet så at de aller eldste aldersgruppene (80–89 år og 90 år og over) utgjør en stadig større andel. Sogn og Fjordane er eksempel på et fylke der utviklingen går i motsatt retning. Til sammenligning er landsgjennomsnittet for de ulike årene 4 pst. i 1994, 4,5 pst. i 2000, 4,7 pst. i 2010 og 4,5 pst. i 2020.



Figur 7.4 Andel av befolkningen som er 80 år og over i fylkene
Kilde: Statistisk sentralbyrå

Det må påpekes at resultatene som befolkningsframskrivningen gir for fylker og kommuner, er mer usikre enn nasjonale resultater på grunn av usikkerheten knyttet til forutsetningene om det framtidige innenlandske flyttemønster. Flyttemønsteret har nemlig variert en del over tid.

7.3 HUSHOLDNINGSFRAMSKRIVNINGER, 1990–2020. ULIKE FØLSOMHETSBEREGNINGER

7.3.1 Innledning

Det er ikke bare de demografiske forhold som er av betydning for etterspørselen etter pleie- og omsorgstjenester. Også utviklingstrekk ved husholdningsstrukturen vil ha betydning, særlig utviklingen i antall enpersonhushold. Vi vet f.eks. at tilbøyeligheten til å etterspørre institusjonsplasser er større blant personer som lever alene, enn blant personer som lever i fellesskap med andre.

Bruk av hhv. institusjonsbaserte og hjemmebaserte tjenester er av stor betydning for den samlede utgiftsutviklingen i pleie- og omsorgssektoren. Beregningene som ligger til grunn for omtalen i dette avsnittet er imidlertid ikke egnet til å si noe om avveiningen mellom disse to kategorier av tjenester. Metoden som er brukt, bel-

yser bare hva endringer i alders- og husholdningsstrukturen kan bety for antall institusjonsplasser i framtida, gitt at forholdene ellers er som i dag. Det vil si at en tar utgangspunkt i dagens standard og dekningsgrad. Det tas ikke hensyn til at folk står på ventelister eller til en eventuell vridning mot mer bruk av hjemmebaserte tjenester. Slike forhold vil imidlertid påvirke bruk av institusjonsplasser i praksis.

Det er tatt utgangspunkt i Statistisk sentralbyrås husholdningsframskrivninger. Det er viktig allerede her å nevne den store usikkerheten knyttet til slike analyser på lang sikt. Beregningene som presenteres må derfor ikke tas som prognoser, men avdekker hvordan ulike faktorer påvirker utviklingen. Deler av beskrivelsen nedenfor er hentet fra Statistisk sentralbyrås rapport 95/21 av Nico Keilman og Helge Brunborg. Nico Keilman har dessuten utført en del tilleggsberegninger for utvalget. Det vises til den nevnte rapport for en nærmere omtale av modellen.

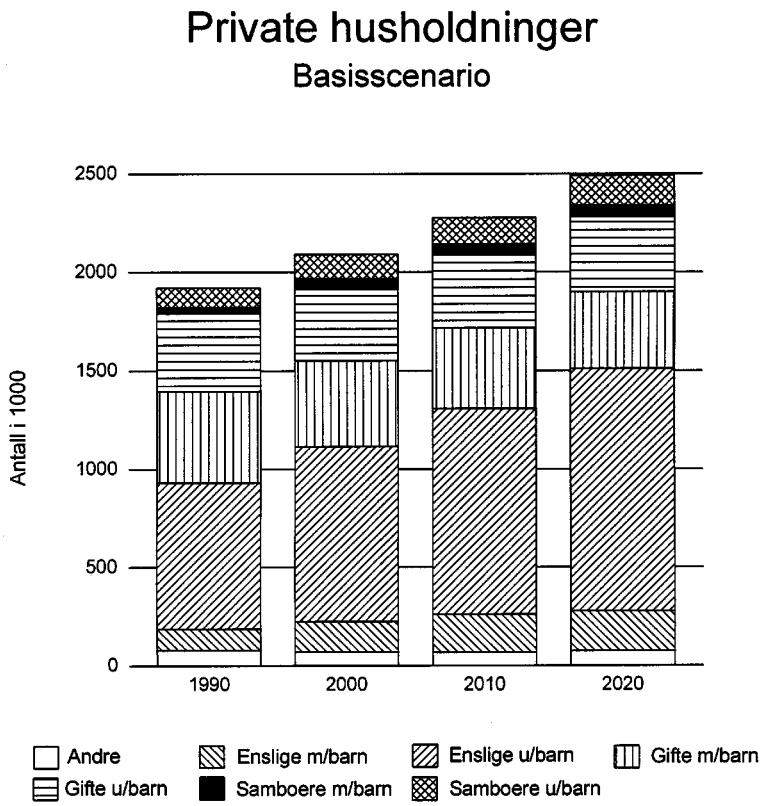
7.3.2 Hovedresultatene fra husholdningsframskrivningene

Nedenfor presenteres kort framskrivninger for husholdningsstrukturen uten spesiell fokus på institusjonsomsorgen. Deretter ser en nærmere på forhold som spesielt kan påvirke omfanget av institusjonsomsorgen i framtida.

Statistisk sentralbyrå har benyttet seks sett av forutsetninger for å kartlegge usikkerheten omkring husholdningsstrukturen framover. I basisscenariet holdes alle rater konstant over perioden 1990–2020. Husholdningsdynamikken er forutsatt å forbli som observert på midten av 1980-tallet, og antall fødsler, dødsfall mv. er som i Statistisk sentralbyrås befolkningsframskrivninger fra 1993 (mellomalternativet). Antall personer på institusjon holdes konstant på 1990-nivå (dvs. 45 000 plasser). For å kunne studere effektene av høy og lav fødselsrate, dødelighet og migrasjon har en også laget alternativer med parametre som tilsvarer høyalternativet og lavalternativet i Statistisk sentralbyrås befolkningsframskrivninger fra 1993.

I likhet med andre vestlige land har Norge registrert et økende antall samboerskap og økte skilsmisserater. Det er laget et alternativ for hvert av disse utviklingstrekkene, hvor ratene for disse tilstandene er satt på et høyere nivå enn i basisscenariet (hhv. 100 og 50 pst. høyere). Sist, men av stor betydning i denne sammenheng, er scenariet hvor skranken for antall institusjonsplasser er opphevet. I dette alternativet er antall institusjonsplasser bestemt ved tilgangs- og avgangsrater til/fra institusjon fra basisscenariet for perioden 1990–1994.

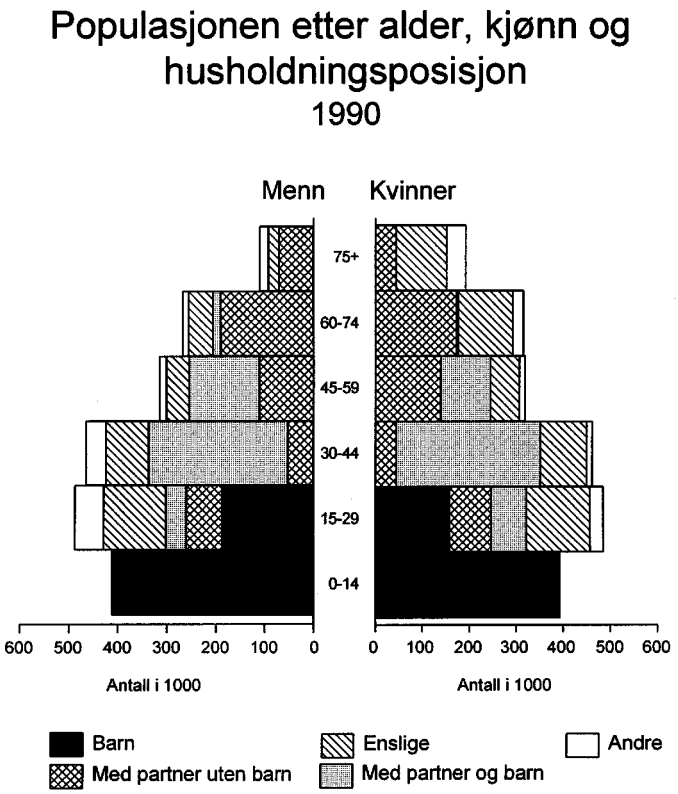
Avhengig av valg av alternativ vil det totale antall husholdninger vokse fra dagens nivå på 1,92 millioner til mellom 2,37 og 2,62 millioner i 2020. Det mest framtredende resultat ved disse framskrivningene er den sterke veksten i antall enpersonhusholdninger, fra 740 000 i 1990 til mellom 1,04 og 1,37 millioner i 2020. Mens denne typen hushold utgjorde 39 pst. av alle private hushold i 1990, vil andelen stige til 49 pst. i 2020. Denne sterke veksten forklares ved økningen i antall eldre, økning i gruppen som aldri bor i et parforhold, og tendensene til skilsmisse og brutte samboerskap. Antall parforhold vil holde seg forholdsvis konstant. Imidlertid vil gifte par med barn få en svekket stilling relativt sett. Og det registreres en relativt sterk vekst i andelen enslige med barn. For utvalgets arbeid er det imidlertid særlig den forventede veksten i antall eldre aleneboende som er interessant. Denne utviklingen vil isolert sett bidra til sterk økning i etterspørselen etter institusjonsplasser for eldre.



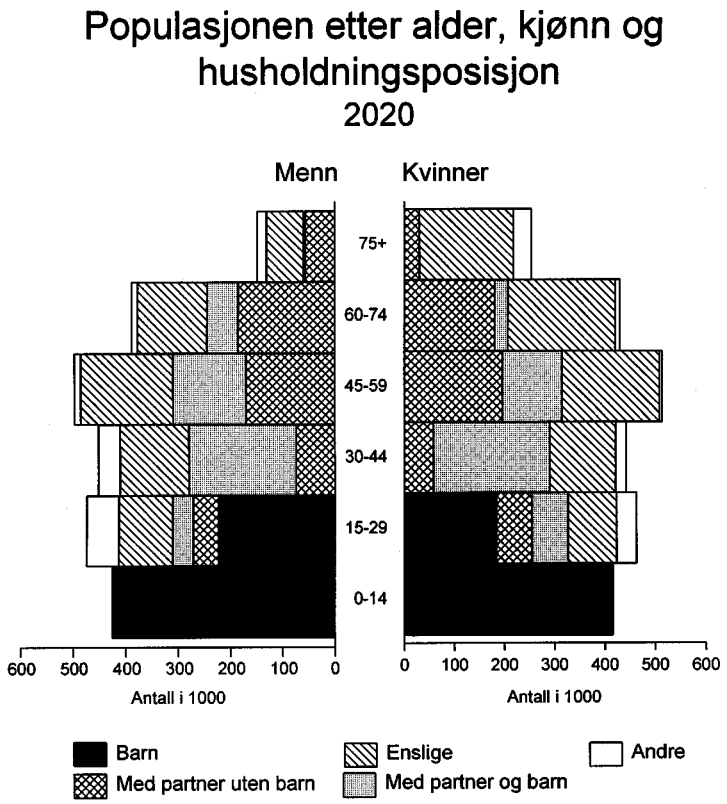
Figur 7.5 Private husholdninger.
Kilde: Statistisk sentralbyrås husholdningsframskrivninger, 1995.

"" i Figur 7.5 gir et bilde av fordelingen av private husholdninger i basisalternativet. Vi ser at det spesielt er gruppen enslige u/barn som vokser sterkt mot 2020. Det totale antall husholdninger vil øke med 0,8 pst. pr. år, noe som er en sterkere vekst enn for befolkningen. Konsekvensen av dette er at gjennomsnittlig husholdningsstørrelse faller fra 2,2 personer i 1990 til 1,9 personer i 2020.

Mens forklaringen på den historiske nedgangen i husholdningsstørrelse er fallet i fødselsratene, vil det vesentlige av nedgangen i husholdningsstørrelsen i framtida skyldes en generell aldring av befolkningen. Store andeler av de eldre lever alene. For eksempel er andelen som lever alene i aldersgruppen over 75 år, 74 pst. for kvinner og 47 pst. for menn i 2020. Tilsvarende tall for 1990 var 55 og 20 pst., jf. figur 7.6 og 7.7.



Figur 7.6 Populasjonen etter alder, kjønn og husholdningsposisjon 1990.
Kilde: Statistisk sentralbyrås husholdningsframskrivninger, 1995.



Figur 7.7 Populasjonen etter alder, kjønn og husholdningsposisjonen 2020.
Kilde: Statistisk sentralbyrås husholdningsframskrivninger, 1995.

7.3.3 Alternativet uten skranke på antall institusjonsplasser for eldre og funksjonshemmede

En antar i dette alternativet at en eventuell ubalanse mellom tilbud og etterspørsel etter institusjonsplasser er holdt konstant. Det vil f.eks. si at fordelingen mellom institusjonsbasert og hjemmebasert omsorg ikke endres. Deretter framskrives hva aldrings- og husholdningseffekten har å si for antall institusjonsplasser i framtida.

Det splittes ikke opp på ulike institusjonstyper. En har ikke mulighet til å belyse forhold ved hjemmebasert omsorg her, eller eventuelt vridning mellom institusjonstyper. Det er heller ikke tatt hensyn til betalingsordninger etc. som kan påvirke etterspørselen, eller forhold som kan begrense tilbudet.

Resultatene må brukes forsiktig da grunnlaget for anslag av innleggelsesrater og ratene for å flytte tilbake til private husholdninger selvsagt er usikre. Antall eldre som bor på institusjon øker i et slikt alternativ til 172 000 i 2020, altså nesten en firedobling fra nivået i 1990. Denne dramatiske økningen skyldes for en stor del økningen i antall eldre som lever alene. I basisalternativet, som omtalt overfor, vil antall personer i aldersgruppen 65 og over som lever alene stige fra 255 000 personer i 1990 til 475 000 personer i 2020. Disse personene har i dag en relativt høy tilbøyelighet til å komme på institusjon, og tilbøyeligheten vokser med alder.

Med en noe kortere horisont, til f.eks. 2010, avspeiler framskrivningene et antall på institusjon på 138 000, dvs. en økning på 93 000 plasser i forhold til 1990. Som en illustrasjon kan det være interessant å se hvor mye aldringseffekter bidrar

til økning i institusjonsplasser, og hvor mye som skyldes en forandring i husholdningsstruktur. Av økningen på 93 000 plasser til 2010, kan en anslå at forandringer i aldersstruktur (15 100) og husholdningsstruktur (64 300) bidrar til 79 400 flere institusjonsbeboere. I denne kjøringen var økningen større (93 000). En ren antallseffekt (antall 65-åringer har økt uansett husholdningsposisjon) forklarer 1 500, resten er i stor grad ulike samspillseffekter mellom ulike forhold (for eksempel en forandring i aldersfordelingen innenfor hhv. private og kollektive husholdninger). Vi ser at husholdningseffekten er betydelig større enn aldringseffekten. Selve aldringseffekten er fram til 2010 nesten i sin helhet forårsaket av endring i aldersstrukturen.

7.3.4 Beregninger under alternative forutsetninger

Omtalen ovenfor viser at det er viktig å skaffe seg kunnskap om betydningen av de ulike forutsetninger som er lagt til grunn i beregningene. Nedenfor skal vi drøfte enkelte sentrale forutsetninger som er valgt og presentere noen alternative beregninger. Alternativet uten begrensinger på kapasiteten i institusjonsomsorgen brukes som sammenligningsgrunnlag. Alternative beregninger gir samtidig et bedre vurderingsgrunnlag, spesielt med henblikk på usikkerheten rundt innleggelsesratene og sannsynlighetene for å flytte tilbake fra institusjon til private hushold.

Ad. sykelighetsbegrepet

Det framtidige omsorgs- og tjenestebehovet påvirkes ikke bare av befolknings- og husholdningsendringer. En rekke andre faktorer har også stor betydning: endret sykelighet, ny medisinsk teknologi og nye ansvarsområder for kommunene. Mye taler for at vi får en fortsatt økning i levealder, og at menneskene gjennomsnittlig kommer til å få flere friske leveår. Det er derimot usikkert om den perioden i livet som eldre mennesker er syke kommer til å øke eller reduseres. Tre begrep kan benyttes til å belyse denne problemstillingen:

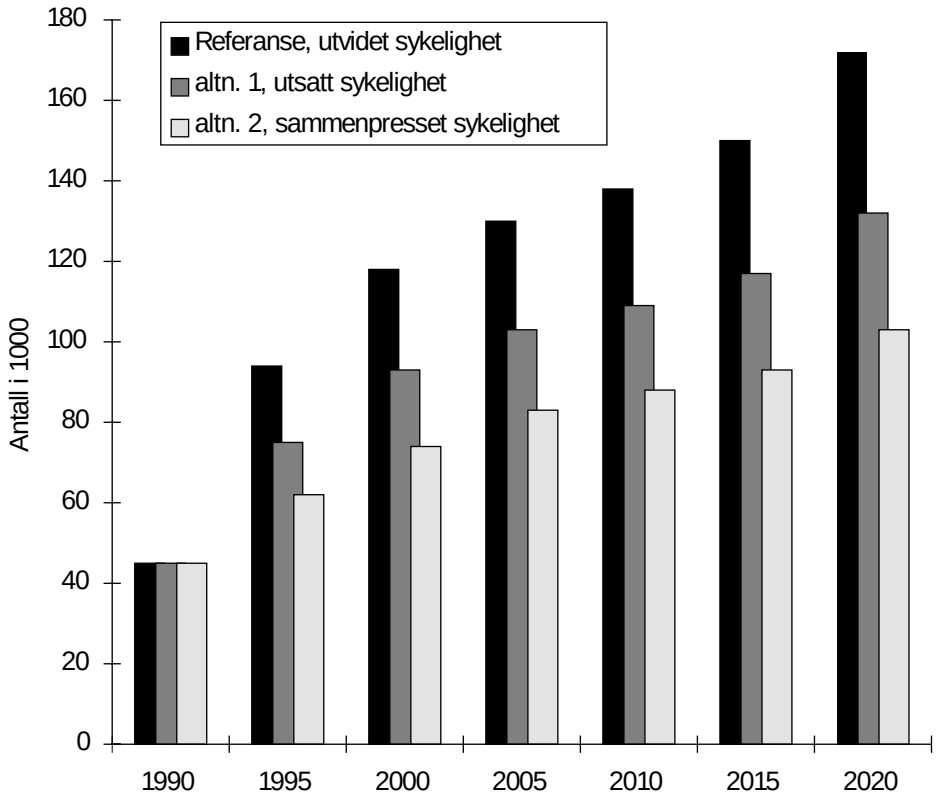
- *Utvidet sykelighet*: Defineres som at levealderen øker sterkere enn antall leveår med god helse. Dette betyr at den gjennomsnittlige tiden de eldre trenger omsorg og pleie, øker. Basisalternativet bygger på denne forutsetningen.
- *Utsatt sykelighet*: Defineres som at samtidig som den gjennomsnittlige levealderen øker, forskyves tidspunktet for når en trenger omsorg og pleie. Resultatet er at den gjennomsnittlige tid en trenger pleie og omsorg er konstant i befolkningen.
- *Sammenpresset sykelighet*: Defineres som at antall friske leveår øker fortere enn levealderen. Om antall friske leveår øker pga. generelt bedre helsetilstand, sammenpresses sykelighetstiden.

Hvilken hypotese som er mest realistisk, er ikke sikkert etablert. Under slik usikkerhet er det derfor også viktig å studere nærmere hva hypotesen om utsatt sykelighet og sammenpresset sykelighet har å si for pleie- og omsorgsbehovet.

I beregningen med forutsetning om utsatt sykelighet, er tankegangen at en i framtida blir innlagt på institusjon i en alder som stiger i takt med økning i levealder. Gitt at du er syk og må legges inn, er sannsynligheten for å vende tilbake til hjemmet den samme som i referansealternativet. I dette alternativet er alle innleggelsesrater forskjøvet med 2,5 år som tilsvarer antatt økning i levealderen for en 65-åring for perioden 1990–2010. Beregningen viser en økning i institusjonsplasser til 132 000 i 2020, mot 172 000 plasser i referansealternativet. Vi ser at endringen av forutsetningen om utvidet sykelighet til utsatt sykelighet har en god del å si. Likevel ser vi

en tredobling av institusjonsplasser i 2020 i forhold til 1990. Fram mot 2010 økte antall institusjonsplasser til 109 000 mot 138 000 i referansealternativet.

I tilfellet med sammenpresset sykelighet, er sykelighetsfasen blitt komprimert i forhold til alternativet uten noen begrensning i institusjonsomsorgen, slik at innleggelsesratene for aldersgruppene 65–69 er satt lik null, og ratene for aldersgruppene 70–74 er satt lik ratene fra basisalternativet for aldersgruppene 65–69 osv. Innleggelsesratene for aldersgruppene 90 og over er som i basisalternativet. Med disse forutsetningene fikk vi en økning i institusjonsplasser til 103 000 i 2020, dvs. i underkant av 70 000 færre plasser enn i referansealternativet, og sammenlignet med 1990-nivå gir dette en drøy fordobling av antall institusjonsplasser i 2020. I 2010 er antall institusjonsplasser anslått til 88 000, altså en fordobling av 1990-nivået. "" i Figur 7.8 gir en nærmere sammenligning av disse tre alternativene.



Figur 7.8 Sammenligning mellom tre alternativer for sykelighet.
Kilde: Statistisk sentralbyrås husholdningsframskrivninger, 1995.

I framskrivningen, uten noen begrensning på kapasiteten i institusjonsomsorgen (utvidet sykelighet), er det antatt et behov på 138 000 plasser i 2010 og 172 000 plasser i 2020 (ca. en firedobling i perioden 1990–2020). I eksempelet med utsatt sykelighet økte antall institusjonsplasser til 109 000 i 2010 og 132 000 plasser i 2020 (ca. en tredobling i perioden 1990–2020), mens tilfellet med sammenpresset sykelighet gir 88 000 institusjonsplasser i 2010 og 103 000 plasser i 2020 (en fordobling i perioden 1990–2020). En forstår at valg av forutsetninger er viktig. Forutsetningene for alternativ 1 og 2 er skjønnsmessig valgt, men illustrerer at framtidige helseforhold er av stor betydning.

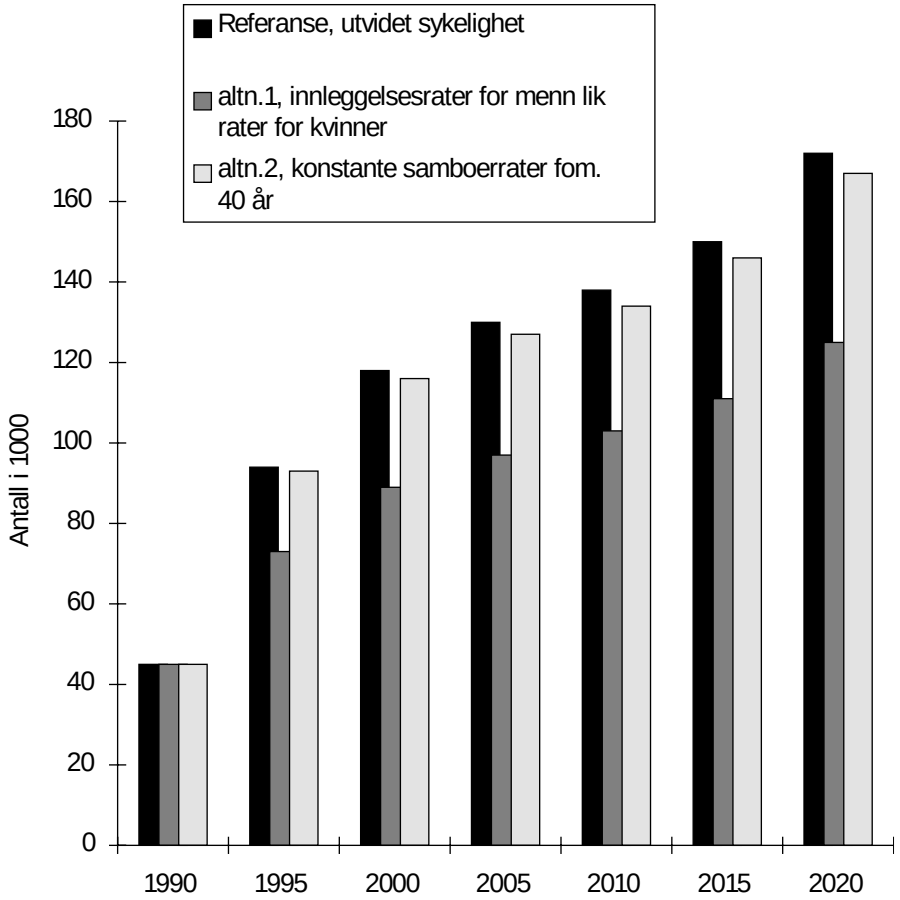
Om kjønnsspesifikke rater for omsorgs- og pleiebehov og om samlivsformer

Det er lagt inn spesifikke rater for kjønn og alder for pleiebehov. Spesielt er det slik at en aleneboende mann har høyere tilbøyelighet til å bli lagt inn på institusjon enn en aleneboende kvinne i samme alder. Dette kan ha sammenheng med helsemessige årsaker og at kvinner tradisjonelt har tatt seg av hjemmet og omsorgstjenestene, og derfor klarer seg bedre alene enn en mann i gjennomsnitt gjør. Endringer i samfunnsforhold tilsier at det sannsynligvis er liten grunn til å anta like sterke forskjeller mellom kjønn for framtidas generasjoner.

Det er foretatt en beregning hvor innleggelsesratene for menn er satt lik ratene for kvinner. Resultatene viser et anslag på 125 000 institusjonsplasser i 2020, 47 000 plasser lavere enn i alternativet med full kapasitet i institusjonsomsorgen, og en snau tredobling av nivået i 1990. Antall institusjonsplasser fordobles fram mot 2010.

Husholdningsdynamikken i modellen er forutsatt som observert på midten av 1980-tallet. Det kan ikke utelukkes at det på sikt vil utvikles samlivsformer som erstatter for at ekteskapet ikke lenger dominerer så sterkt som før, og at flere lever i ulike samlivsformer i løpet av livet. Slik kan det utvikle seg flere alternativ til å leve alene, f.eks. forskjellige storhusholdninger, bofellesskap mv. Det kan derfor være argumenter for at en bør utføre alternative analyser med ulik tilnærming til samlivsproblematikken enn det som ligger i referansealternativet.

I forhold til alternativet med økt kapasitet i institusjonsomsorgen har vi gjort to forandringer. Først er samboerrater blant barnløse fordoblet. For det andre har vi antatt at samboerratene for alle samboende menn og kvinner med barn ikke faller etter alder 40. Resultatene viser et anslag på 167 000 institusjonsplasser i 2020, en firedobling av antallet i 1990 og på samme nivå som referansealternativet. I dette tilfellet må det imidlertid gå enda lengre tid før virkningene har gjort seg fullt ut gjeldende. "" i Figur 7.9 gir en nærmere sammenligning av disse tre alternativene.



Figur 7.9 Sammenligning av ulike alternativer.
Kilde: Statistisk sentralbyrås husholdningsframskrivinger, 1995

7.3.5 Avslutning

De beregningene som er presentert, viser at det er stor usikkerhet når det gjelder utviklingen i etterspørsel etter institusjonsplasser. Tallet på 172 000 institusjonsplasser i 2020 er mest sannsynlig et for høyt anslag. Mange av morgendagens eldre vil være friskere enn eldre i dag. Dette betyr at etterspørselen etter institusjonsplasser tatt hensyn til alder, kjønn og husholdningsposisjon vil bli mindre. Dette motvirkes av aldrings- og husholdningseffekten. Det er f.eks. heller ikke tatt hensyn til at det kan være et udekket behov for disse tjenestene, spesielt blant familier med funksjonshemmede.

Det er derfor vanskelig å si hvor i intervallet (mellom 45 000 og 172 000) det framtidige anslaget for institusjonsplasser vil ligge. Aldringen og endringen i husholdningsstrukturen peker likevel i retning av et betydelig press på sektoren. I praksis kan det tenkes mer sammensatte virkninger i helse- og sosiale forhold enn det vi har illustrert her. Kunnskap, normer og holdninger i samfunnet som påvirker helse- og sosiale forhold vil være av stor betydning for hvor sterkt dette presset blir, i tillegg til økonomiske og organisatoriske forhold.

Den politikk og de tiltak som velges framover for denne sektoren er av avgjørende betydning når det gjelder behovet for institusjonsplasser. Prognosene en har presentert her, illustrerer kun hva utviklingen i demografi og husholdningsstruk-

tur under gitte forutsetninger kan bety for behovet for pleie- og omsorgstjenester. En økt satsing på blant annet utbygging av alternative boligformer tilrettelagt for eldre, styrking av hjemmebaserte tjenester, rehabiliterende tiltak, vil kunne være med å dempe en slik utvikling.

7.4 INNTEKTSFORHOLD – HISTORISK UTVIKLING OG FRAMSKRIVNINGER

7.4.1 Innledning

Inntektsforhold er av sentral betydning når en skal vurdere folks levekår. De eldste utgjør den største gruppen brukere av pleie- og omsorgstjenesten, og en kartlegging av pensjonistenes inntektsforhold vil på den ene siden kunne gi økt kunnskap om behovet for/etterspørselen etter pleie- og omsorgstjenester i framtida. Et økt inntektsnivå må kunne antas å bidra til bedret helse og levekår og dermed redusere behovet for omsorgstjenester, for eksempel gjennom at de eldre holder seg friske lengre og/eller har et mer funksjonelt hjem enn tidligere. På den andre siden kan en ikke se bort fra at etterspørselen etter omsorgstjenester isolert sett øker med inntektsnivået, slik at den samlede effekt vil være usikker. Utviklingen i pensjonistenes inntektsforhold er ikke minst viktig ved en nærmere vurdering av hvilket potensiale det er for brukerbetaling i pleie- og omsorgstjenesten i framtida.

I dette avsnittet gjør en rede for utviklingen i pensjonistenes inntekter. Den historiske utviklingen bygger blant annet på ligningsdata for et utvalg av norske husholdninger. Framskrivningene er gjort ved Statistisk sentralbyrås mikrosimuleringsmodell MOSART.

7.4.2 Inntektsutviklingen for ulike grupper av hushold for årene 1984–1994

En persons økonomiske velferd avhenger ikke bare av egen inntekt, men også av inntekten til øvrige husholdningsmedlemmer. I dette avsnittet gis en oversikt over inntektsutviklingen for ulike grupper av hushold for perioden 1984–1994.

Økonomisk velferd er videre avhengig av den delen av inntekten som er disponibel for forbruk og eventuelt sparing. Et bestemt inntektsbeløp strekker heller ikke like godt til for store som for små husholdninger. Omtalen tar derfor utgangspunkt i husholdningenes disponible inntekter pr. forbruksenhet. Dette er en metode som gjør husholdningsinntekten mer sammenlignbar mellom husholdninger av ulik størrelse og sammensetning.

I tabell 7.3 vises disponibel inntekt pr. forbruksenhet, dvs. at både skatt og gjeldsrenter er trukket fra samlet inntekt, for ulike husholdninger for årene 1984, 1986, 1990, 1993 og 1994. Tabellen viser at gruppen selvstendige har høyest disponibel inntekt pr. forbruksenhet i 1994. I gjennomsnitt har de 44 pst. høyere inntekt enn for alle husholdningene. Lavest inntekt har pensjonister og andre (samlekategori som omfatter f.eks. personer midlertidig ute av arbeid og sosialhjelpsmottakere), hhv. 18 og 77 pst. under gjennomsnittet for alle husholdninger.

Pensjonistene har hatt sterkest reell vekst i inntektene (21 pst.). De har også hatt en svakt gunstigere utvikling enn ansatte (20 pst.). Forklaringer på dette er blant annet at det skjer en viss utskifting i pensjonistgruppen ved at det kommer inn nye pensjonister med høyere tilleggspensjoner og tjenestepensjoner enn hva de eldste tidligere hadde. I tillegg har det vært vekst i andelen av pensjonister som har kapitalinntekter i tillegg til folketrygdpensjonen mv., og en reduksjon i andelen pensjonister som har gjeld i perioden vi ser på.

Tabell 7.4: Disponibel inntekt pr. forbruksenhet for ulike typer hushold. 1984–1994. 1994-kroner. I parentes står nivået målt i forhold til 1984, 1984 = 100.

	1984	1986	1990	1993	1994
Alle	97 765 (100)	102 905 (105)	101 857 (104)	113 463 (116)	113 743 (116)
Selvstendige	129 291 (100)	129 892 (100)	128 023 (99)	154 793 (120)	163 323 (126)
Ansatte	107 447 (100)	111 834 (104)	112 529 (105)	126 788 (118)	129 426 (120)
Pensjonister	77 000 (100)	83 368 (108)	87 243 (113)	93 191 (121)	93 386 (121)
Alders-pensjonister	77 024 (100)	84 445 (110)	89 118 (116)	94 295 (122)	96 612 (125)
Uføre-pensjonister	78 302 (100)	81 010 (103)	84 674 (108)	92 856 (119)	90 253 (115)
Andre pensjonister	73 028 (100)	78 423 (107)	77 251 (106)	88 722 (121)	81 541 (112)
Andre	45 918 (100)	39 214 (85)	29 280 (64)	33 299 (73)	25 798 (56)

Kilde: Statistisk sentralbyrå

Målt ved disponibel inntekt pr. forbruksenhet har alderspensjonister hatt en relativt sterk inntektsvekst i perioden 1984 til 1994, sammenlignet med uførepensjonistene og andre pensjonister (f.eks. etterlattepensjonister og barnepensjonister). Inntektsnivået er imidlertid ganske likt mellom alders- og uførepensjonister, mens etterlattepensjonister har høyere inntekter enn både alders- og uførepensjonister og andre pensjonister.

7.4.3 Utviklingen i pensjonistenes samlede inntekter i perioden 1984–1994

I dette avsnittet fokuseres det på utviklingen i inntekter på personnivå fra 1984 til 1994. Undersøkelsen tar utgangspunkt i samlet inntekt, som er et brutto inntektsbegrep. Inntektsstatistikken er basert på ligningsdata for alle personer 17 år og over i et utvalg av norske husholdninger. Av disse regnes som folketrygdpensjonist de som ifølge Rikstrygdeverkets registre mottar pensjon ved utgangen av året. Noen av dem kan derfor ha vært yrkesaktive deler av året.

Omtalen avgrenses til å gjelde alders- og uførepensjonister, som utgjør de to største gruppene av pensjonister. Gruppen uførepensjonister omfatter alle årsklasser fra unge funksjonshemmede og helt opp til de som nærmer seg alderspensjon. Det er således viktig å være klar over at behov i forhold til livsfaser vil være langt mer variert for uførepensjonistene enn for alderspensjonistene. Tabell 7.4 viser gjennomsnittlig inntektsnivå og inntektens sammensetning på personnivå for et utvalg alderspensjonister, mens tabell 7.5 viser det tilsvarende for et utvalg uførepensjonister.

Tabell 7.5: Gjennomsnittlig samlet inntekt pr. person for alderspensjonister etter inntektsart. 1994-kroner. Andeler av samlet inntekt i parentes.

	1984	1990	1993	1994	Endring i % 1984–1994
Yrkesinntekt	9 000 (10)	7 710 (7)	5 766 (5)	5 961 (5)	-34
Kapitalinntekt	11 475 (13)	17 931 (16)	14 323 (13)	15 565 (13)	36
Ytelser fra folketrygden	63 533 (70)	69 489 (63)	72 409 (64)	74 655 (65)	18
Tjenestepensjon	5 833 (6)	14 111 (13)	19 463 (17)	19 017 (16)	226
Andre over-føringer	503 (1)	705 (1)	387 (0)	544 (1)	8
Samlet inntekt	90 344 (100)	109 946 (100)	112 348 (100)	115 742 (100)	28

Kilde: Statistisk sentralbyrå

Samlet inntekt økte reelt sett med 28 pst. fra 1984 til 1994, dvs. med om lag 2,4 pst. pr. år. Folketrygdpensjonens andel sank fra 70 pst. av samlet inntekt i 1984 til 65 pst. i 1994. Dette skyldtes først og fremst en økning i tjenestepensjonen.

Mange alderspensjonister har tjenestepensjon, og andelen som har slik inntekt har økt de siste årene. Også en stor og voksende andel av alderspensjonistene har kapitalinntekter, særlig renteinntekter av bankinnskudd og inntekt av bolig og hytte. En god del alderspensjonister har også arbeidsinntekter. Kvinnelige alderspensjonister har betydelig lavere bruttoinntekt enn menn, og får en større andel av inntekten sin fra folketrygden enn menn.

Av alderspensjonistene er det under 10 pst. som ikke har andre inntekter enn folketrygden. De pensjonistene som har tilleggspensjon fra folketrygden, har også de største inntektene utenom folketrygden. Av minstepensjonistene er det om lag 15 pst. som ikke har tilleggsinntekter.

Mens tre av fire alderspensjonister var minstepensjonister i 1980, var under halvparten minstepensjonist i 1994. Andelen minstepensjonister vil fortsatt synke framover. Det er flest kvinner blant minstepensjonistene. Kapitalinntekter, tjenestepensjoner og folketrygdytelser har alle hatt en sterkere økning for gjennomsnittet av alderspensjonister enn for minstepensjonistene. Sammensetningen av pensjonister endres stadig ved at de eldste pensjonistene, de som har kort opptjeningsperiode, faller fra, mens nye pensjonistkull med stadig bedre tilleggspensjon, fyller rekkene. Dette betyr isolert sett at gjennomsnittspensjonene vil vokse over tid.

Utviklingen i gjennomsnittspensjonen avspeiler den samlede effekt av grunnbeløpsjusteringer, lovendringer, opptrapping av tilleggspensjon, og sammensetning av pensjonistene etter alder og familiesituasjon. Det er flere menn enn kvinner som har bygget opp tilleggspensjoner i denne perioden, og veksten i gjennomsnittspensjon har vært mest markert for menn.

Opptrappingen av tilleggspensjonene har ført til en økende ulikhet i pensjonene. Det blir større inntektsforskjeller mellom yngre og eldre pensjonister, og større forskjeller mellom ytelsen til kvinner og menn. For eksempel lå menns gjennomsnittspensjon 19 pst. høyere enn kvinners i 1985. I 1993 ligger den 33 pst. over. I tillegg har yngre kull også høyere beløp på andre inntekter, som f.eks. lønn og kapitalinntekt (Koren, 1995). På lang sikt viser imidlertid framskrivninger med Statis-

tisk sentralbyrås modell MOSART at en vil få en tilnærming mellom kvinner og menn i utbetalte pensjoner fra folketrygden.

Tabell 7.6: Gjennomsnittlig samlet inntekt pr. person for uførepensjonister etter inntektsart. 1994-kroner. Andeler av samlet inntekt i parentes.

	1984	1990	1993	1994	Endring i % 1984–1994
Yrkesinntekt	14 165 (15)	17 732 (16)	19 196 (16)	16 423 (14)	16
Kapitalinntekt	6 957 (7)	9 656 (9)	8 972 (7)	5 861 (5)	16
Ytelser fra folketrygden	67 240 (71)	74 632 (67)	78 879 (66)	80 102 (70)	19
Tjenestepensjon	3 170 (3)	7 410 (7)	9384 (8)	9 387 (8)	196
Andre over-føringer	2700 (3)	2 573 (2)	2 846 (2)	2 776 (2)	3
Samlet inntekt	94 232 (100)	112 183 (100)	120 277 (100)	14 550 (100)	22

Kilde: Statistisk sentralbyrå

Tabell 7.5 viser at uførepensjonistene har hatt en vekst i gjennomsnittlig samlet inntekt på 22 pst. fra 1984 til 1994. Blant uførepensjonistene ble folketrygdpensjonen som andel av samlet inntekt redusert fra 71 pst. i 1984 til 70 pst. i 1994. Dette skyldes en økning i andre inntekter, hovedsakelig tjenestepensjon. En stadig økende andel av uførepensjonistene mottar tjenestepensjoner, den samme utviklingen som hos alderspensjonistene. Mange uførepensjonister har kapitalinntekter, men andelen av uførepensjonister som har kapitalinntekter er noe lavere enn blant alderspensjonistene. Kvinnelige uførepensjonister har betydelig lavere bruttoinntekter enn menn, og får større andel av inntekten sin fra pensjonene enn de mannlige uførepensjonistene.

Inntekter utover pensjon utgjør en lavere andel av samlede inntekter for uførepensjonistene enn for alderspensjonistene. Om lag 10 pst. av alle uførepensjonister har ikke andre inntekter enn folketrygden. Av minstepensjonistene er det i underkant av 15 pst. som ikke har tilleggsinntekter.

7.4.4 Funksjonshemmedes inntektsforhold i perioden 1984–1994

Ved en eventuell omlegging av brukerbetalingssystemet i pleie- og omsorgstjenesten er det i hovedsak to grupper som blir berørt, de eldre, og de funksjonshemmede. De eldre utgjør den klart største gruppen. Når vi snakker om de eldre, er dette vanligvis en enkelt definerbar gruppe som for eksempel personer i alderen 67 år og eldre. Derimot er gruppen funksjonshemmede ikke like lett definerbar, jf. nærmere drøfting av ulike definisjoner av gruppen funksjonshemmede i *"Drøfting av sentrale mål, begreper og hensyn"* i kap. 3. Omtalen av funksjonshemmede er her begrenset til personer i alderen 16–66 år som mottar grunn- eller hjelpestønad, eller som ikke uten hjelp klarer grunnleggende dagligdagse gjøremål som vareinnkjøp, vask mv.

Inntektsopplysningene for alle husholdninger og for pensjonisthusholdninger som er brukt i dette avsnittet, er hentet fra Statistisk sentralbyrås inntektsundersøkelse. Informasjonen om funksjonshemmedes husholdninger er hentet fra

levekårsundersøkelsen. På grunn av utvalgsskjevhet i undersøkelsene, er husholdningsinntektene fra levekårsundersøkelsen noe overvurdert i forhold til inntektene ifølge inntektsundersøkelsen.

Tabell 7.7: Inntekt etter skatt pr. forbruksenhet for noen typer hushold 1984–1994. 1994-kroner.*

	1984	1990	1994	Endring i prosent 1984–1994
Alle	109 605	121 474	124 676	14
Pensjonister	79 431	91 880	97 047	22
Hvorav:				
- Alderspensjonister	78 288	92 403	98 970	26
- Uførepensjonister	81 903	93 299	97 021	18
Funksjonshemmede†	–	118 118	124 900	–

*. Et hushold klassifiseres som alderspensjonister når hovedinntektstaker er alderspensjonist, og som uførepensjonister når hovedinntektstaker er uførepensjonist. I levekårsundersøkelsen trekkes funksjonshemmede ut. Deres husholdninger er her representert som de funksjonshemmede.
†. De funksjonshemmedes inntekter er korrigert for grunn- og hjelpestønad.

Kilde: Statistisk sentralbyrå

Som tabell 7.6 viser, har inntektsutviklingen vært positiv for de funksjonshemmede. Fra 1990 til 1994 økte funksjonshemmedes inntekter reelt med 6 prosent. Til sammenligning økte pensjonisthusholdningenes inntekter i samme periode med 6 prosent, og gjennomsnittsinntekten i alle husholdninger økte med 3 prosent. De funksjonshemmede hadde således en noe sterkere inntektsvekst i perioden 1990–1994 enn alle husholdninger.

Tallene mellom de funksjonshemmedes og de andre husholdningenes inntekter er imidlertid ikke helt sammenlignbare. Som nevnt er funksjonshemmedes inntekt i tabell 7.6 noe overvurdert i forhold til andre husholdningers inntekt. Inntekt pr. forbruksenhet for alle husholdninger i 1994 var i levekårsundersøkelsen 129 800 kroner. De funksjonshemmedes inntekter utgjør 96 prosent av dette. Men også i levekårsundersøkelsen hadde funksjonshemmede en noe sterkere inntektsvekst i perioden 1990–1994 enn alle husholdninger.

Statistisk sentralbyrå (Lofthus, 1996) har gjort en undersøkelse av yngre uførepensjonisters materielle levekår hovedsakelig basert på inntekts- og formuesundersøkelsen 1992. Følgende hovedfunn ble framhevet på personinntektsnivå:

– yngre uføre har en lavere samlet inntekt enn det som er gjennomsnittet for andre i samme aldersgrupper
– yngre uføre har inntekter omtrent på nivå med, eller litt høyere enn andre uførepensjonister
– det er liten variasjon i inntektsnivået til yngre uføre. Dette står i motsetning til andre i samme aldersgrupper. Få av de yngre uføre har inntekter som kan karakteriseres over middels. Enda færre har inntekter som er svært lave, og
– yngre uføre bor oftere hjemme sammen med far/mor enn andre f.eks. ikke-uføre i samme alder. Yngre uføre med inntekter under middels for gruppen bor oftere hjemme enn andre yngre uføre.

Estimert gjennomsnittsinntekt pr. husholdning viser de samme trekk. Men forskjellene er langt mindre mellom yngre uføre og yngre ikke-uføre. Forskjellen mellom yngre uføre og yngre ikke-uføre blir ytterligere redusert når en betrakter husholdningsinntekt pr. forbruksenhet i stedet for gjennomsnittsverdier for husholdning.

7.4.5 Utvikling i formuen til husholdninger der hovedinntektstaker er mellom 67 og 79 år

Formuen har stor betydning for husholdningenes levekår, og påvirker denne på flere måter. Rent inntektsmessig vil formuen gi en avkastning i form av renteinntekter, aksjeutbytte og eventuelle gevinster som følge av verdiendringer. Formuesdataene er hentet fra Statistisk sentralbyrås inntekts- og formuesstatistikk. Tallene bygger på utvalgsundersøkelser med skatteligningen i det enkelte år som viktigste kilde. Det er derfor flere svakheter ved disse tallene. Blant annet fanger en bare opp den delen av formuen som føres på selvangivelsen og blir gjenstand for beskatning. Ligningsverdien undervurderer også markedsverdien for flere formuesobjekter, f.eks. bolig. En nærmere omtale av datagrunnlaget og formuesutviklingen for alle husholdninger gjennom 1980-tallet gis i NOU 1993:17 Levekår i Norge. Nedenfor vises kun til noen trekk ved formuesforhold blant husholdninger der hovedinntektstaker er mellom 67 og 79 år.

Husholdningenes formue omfatter husholdningenes realkapital og finanskapital. Realkapital består av konsumkapital, som f.eks. bolig, hytte etc., og produksjonskapital. Brutto finanskapital omfatter bankinnskudd, aksjer, obligasjoner etc. Netto finanskapital er lik brutto finanskapital, fratrukket gjeld. Tabell 7.7 viser bruttoformue og gjeld for alle husholdninger og hushold der hovedinntektstaker er mellom 67–79 år for utvalgte år i tiårsperioden 1984–1994.

Tabell 7.8: Formue og gjeld for alle husholdninger og for husholdninger der hovedinntektstaker er mellom 67–79 år. 1984–1994.

	1984	1990	1993	1994
Alle				
– Formue	84 818	164 118	234 034	234 489
– Gjeld	149 394	284 353	290 744	281 477
67–79 år				
– Formue	118 494	302 576	401 296	405 723
– Gjeld	28 241	45 760	46 726	58 736

Kilde: Statistisk sentralbyrå

Husholdninger der hovedinntektstaker er mellom 67–79 år har betydelig høyere bruttoformue enn gjennomsnittet av alle husholdninger, og differansen har økt i løpet av de siste ti årene. Mens de eldste husholdningene i 1984 hadde 40 prosent høyere bruttoformue enn gjennomsnittet av alle husholdninger, var differansen i 1994 økt til 73 prosent. De eldste husholdningene har også typisk relativt lav gjeld, og en positiv nettoformue. Dette i motsetning til gjennomsnittet av alle husholdninger, som i hele den perioden vi ser på hadde negativ nettoformue slik den er målt her.

Det er særlig finanskapitalen som trekker opp de eldste husholdningenes formue sammenlignet med formuen til alle husholdninger. I 1994 var verdien av eldre

husholdningers realkapital vel 20 prosent lavere enn alle husholdningers, mens brutto finanskapitalen var over dobbelt så høy.

7.4.6 Framskrivninger av pensjonistenes inntekter til 2030

Følgende framstilling bygger på materiale fra Velferdsmeldingen. Framskrivningene er utført ved Statistisk sentralbyrås mikrosimuleringsmodell MOSART. Modellen trekker ut et utvalg av befolkningen og simulerer det videre livsløpet for hver enkelt individ med hensyn til inn- og utvandring, dødelighet, ekteskap, fødsler, utdanning, trygdestatus og arbeidstilbud/inntekter. Sammen med hittil opptjente pensjonspoeng genererer simuleringen av arbeidsinntektene fullstendige pensjonspoengrekker. Gitt forutsetningene bak simuleringen brukes dette til framskrivninger av folketrygdens utgifter. Det er stor usikkerhet knyttet til utviklingen på lang sikt, og ved modellanslagene.

I framskrivningene er lønnsnivået og folketrygdens grunnbeløp (G) holdt reelt sett uendret. Dette betyr at en rendyrker effekten av demografien og effekten av muligheten for full opptjening i folketrygden fra 2007. Det er kun pensjoner i folketrygden som framskrives.

Med reelt sett uendret G vil en gjennomsnittlig alderspensjon fra folketrygden øke med i underkant av 40 prosent fra 1994 til 2030. Den gjennomsnittlige alderspensjonen til kvinner vokser ifølge disse framskrivningene sterkere (41 pst.) enn for menn (29 pst.), noe som kan forklares ved en økning i yrkesaktiviteten blant kvinner som på sikt vil gi en betydelig økning i kvinners tilleggspensjoner. Denne veksten i gjennomsnittlig alderspensjon kommer som følge av at nye kull av pensjonister har opptjent vesentlig større pensjonsrettigheter enn eldre kull. For den enkelte pensjonist vil pensjonen være uendret over pensjonistperioden som følge av at G er holdt uendret.

Gjennomsnittlig uførepensjon er anslått til å øke med om lag 12 pst. fra 1994 til 2030. Den gjennomsnittlige uførepensjonen vil øke langt sterkere for kvinner enn for menn, hvor gjennomsnittlig uførepensjon antas å bli omtrent uendret. Veksten i gjennomsnittlig uførepensjon vil altså være betydelig lavere enn for alderspensjon. Dette har sammenheng med at uførepensjonister allerede i dag får framskrevet framtidige pensjonspoeng, slik at modningen av folketrygdsystemet får vesentlig mindre effekt.

Andelen minstepensjonister blant alderspensjonistene er anslått til å falle fra om lag 42 pst. i 1995 til om lag 9 pst. i 2030. Reduksjonen i andelen minstepensjonister vil være særlig markert blant kvinner. Det er i dag slik at de fleste alderspensjonister har pensjoner på nivå under 2 G. I 2030 er det anslått at de fleste vil ha pensjoner mellom 2 og 4 G. Det vil være samme tendensene blant uførepensjonister. Men her er andelen minstepensjonister lavere i 1995 og reduksjonen framover vil gå langsommere. I tillegg vil inntektsforskyvningene også være noe svakere.

Veksten i gjennomsnittlig alderspensjon fram til pensjonssystemet er fullt utbygd i 2007, varierer i betydelig grad for de ulike aldersgruppene. I dag har de yngste pensjonistene høyest pensjon fra folketrygden, mens eldre pensjonister i større grad er minstepensjonister. I 2030 har så godt som alle alderspensjonister hatt mulighet til full opptjening. Etter dette vil nye årskull 67-åringer ikke ha systematisk avvikende pensjon fra gjennomsnittet.

Regelendringene i 1992 når det gjelder opptjening av pensjon, og spesielt lavere tilleggspensjonsopptjening for inntekter mellom 6 og 8 ganger folketrygdens grunnbeløp, og noe lavere pensjonsopptjening på alle inntektsnivåer ved at pensjonsprosenten ble redusert fra 45 til 42 prosent, vil på sin side dempe opptrappingen av tilleggspensjonene på sikt.

I disse framskrivningene er folketrygdens grunnbeløp (G) holdt reelt sett uendret for å illustrere effekten av «modningen» av folketrygden. Alternativt kunne en også lagt til grunn en vekst i reallønn for yrkesaktive og at G utvikler seg i takt med denne. En positiv reallønnsutvikling vil gi en sterkere inntektsvekst enn tallene i forrige avsnitt viste.

Bruker en vekstratene som ble benyttet i de langsiktige makroøkonomiske framskrivningene i Velferdsmeldingen, vil reallønningene og derved pensjonsnivåene i 2030 ligge drøyt 50 pst. høyere. Dette er basert på en forutsetning om parallellitet i utviklingen av reallønnen og G. Dette illustrerer den store usikkerhet som er knyttet til slike framskrivninger.

Når en drøfter pensjonisters inntekter i framtida, bør en i tillegg til pensjoner fra folketrygden, også ta hensyn til andre inntekter. Kapitalinntektene er i hovedsak bestemt av pensjonistenes sparing gjennom tidligere år og avkastningen på sparingen. Som statistikken i *"Utviklingen i pensjonistenes samlede inntekter i perioden 1984–1994"* i avsnitt 7.4.3 viser, har det vært en vekst i kapitalinntektene hos alderspensjonistene. Økning i folks inntekt vil på sikt også kunne øke folks kapitalinntekter ved at det spares mer i løpet av livet. Imidlertid vil en økning av pensjonsinntekter og tjenestepensjon kunne bidra til at pensjonistene ser mindre behov for å ha kapitalinntekter i tillegg til dette.

Statistikken viser også at det har vært betydelig vekst i utbetalinger fra tjenestepensjoner hos alderspensjonistene og uførepensjonistene. Alle i offentlig sektor er omfattet av tjenestepensjoner. Sysselsettingen i offentlig sektor har økt betydelig, og det forventes en fortsatt vekst framover. Dette trekker i retning av økt utbredelse av tjenestepensjoner blant pensjonistene i årene framover. I tillegg har det vært økt utbredelse av tjenestepensjonsordninger i privat sektor. På den andre siden har ansatte i offentlig sektor såkalte bruttoordninger som sikrer et samlet pensjonsnivå på 66 prosent av sluttlønn ved full opptjening. Når en ser på alderspensjoner fra Statens Pensjonskasse, har den andelen av pensjonene som pensjonskassen dekker falt fra vel 54 prosent av bruttopensjonene i 1984 til vel 48 prosent i 1994. Dette elementet trekker isolert sett i motsatt retning, men en kan likevel ikke slutte at betydningen av tjenestepensjoner for alderspensjonister som gruppe vil bli mindre i framtida enn i dag.

Det er vist at eldres pensjonsinntekter vil øke i framtida. I tillegg er det rimelig å anta at også andre inntekter vil kunne øke. En positiv utvikling i pensjonistenes inntekter gjør at flere pensjonister i framtida vil være i stand til å betale mer for de pleie- og omsorgstjenester de mottar enn de gjør i dag. Dette vil kunne bidra til et mindre press på den offentlige sektor, og i noen grad kunne lette utfordringene knyttet til den framtidige finansiering av pleie- og omsorgstjenestene. Imidlertid vil en slik utvikling også kunne føre til at kravet til standarden på de offentlige tjenestene vil øke.

7.5 FRAMTIDIGE BOFORHOLD FOR ELDRE OG FUNKSJONSHEMMEDE

7.5.1 Innledning

I dag er det om lag 1 700 000 boliger i Norge. Nybyggingsaktiviteten er på om lag 20 000 boliger i året. Nybyggingen utgjør derfor en svært liten andel av den totale boligmassen. Beregninger foretatt av boligmarkedsmodellen BUMOD tyder på at boligbyggingen vil ligge på om lag 20 000 boliger i årene framover.

Det er en rekke forhold som vil påvirke boforholdene for eldre og funksjonshemmede i årene framover. Det boligpolitiske opplegget, herunder Husbankens og

andre finansieringsinstitusjoners krav til omsorgsboliger og sykehjem, vil være viktig. Også mulighetene for tilpasning av og utbedring av eksisterende boliger, vil spille en sentral rolle. Særlig viktig er det med økt aktivitet i byfornyelsen i de store byene hvor mange eldre bor. Videre vil formues- og inntektsforholdene være av betydning for husholdningenes etterspørsel etter bolig.

Som beskrevet i avsn. 6.7 er den generelle boligstandarden i Norge god. Standarden er svært god også sammenlignet med andre land.

7.5.2 Krav til omsorgsboliger og sykehjem

De krav som stilles til nye omsorgsboliger og sykehjem som nevnt vil være avgjørende for eldre og funksjonshemmedes boforhold i årene framover. I tillegg vil omgjøring av flersengsrom til ensengsrom på sykehjem være viktig for å avskaffe dårlige boforhold på sykehjem.

Det var i 1993 registrert 45 699 institusjonsplasser og 26 345 trygde- og aldersboliger. Nyproduksjonen av boliger i sektoren utgjør derfor en betydelig andel av det totale antall boliger i sektoren, og vil dermed få stor betydning for standarden generelt i årene framover.

I 1994 ble det gjennom Husbanken finansiert 2 609 enheter, fordelt på 1 364 selvstendige boliger, 517 boliger med fellesskapsløsninger og 729 sykehjemsplasser. I 1995 ble det finansiert 2 804 enheter, fordelt på 1005 selvstendige boliger, 858 boliger med fellesskapsløsninger og 941 sykehjemsplasser. Totalt har en fått 3 743 nye omsorgsboliger og 1 700 nye eller utbedrede sykehjemsplasser i årene 1994 og 1995 siden Regjeringens økte satsing på investeringer i omsorgssektoren i kommunene. Etterspørselen i 1996 var om lag på nivå med årene 1994 og 1995. Den økte satsingen på omsorgsboliger i forhold til sykehjemsplasser er en utviklingstrend som antas å fortsette. For hvert av årene 1994 og 1995 utgjorde omsorgsboliger henholdsvis 72 og 66 prosent av tilsagnene.

Til omsorgsboliger stilles følgende felles krav:

- tilgjengelighet for rullestol
- sideplass ved seng, toalett, dusj o.l. (viktig for å få bistand fra hjelper)
- uteplasser tilrettelagt for bevegelseshemmede
- planløsninger tilrettelagt for orienteringshemmede

For øvrig er retningslinjene bygd på Husbankens minstestandard for selvstendige boliger, blant annet må arealet for tiden må være minst 55 kvm. og boligen må defineres som en selvstendig bolig. For fellesskapsløsninger hvor privatarealet er mindre enn 55 kvm., må funksjonskrav som ikke er oppfylt i boenheten, dekkes i fellesarealet.

For at omsorgsboligen også skal kunne fungere som en mellomløsning mellom institusjon og eget hjem, er to forutsetninger viktig:

- tilbud om heldøgns pleie- og omsorg skal kunne gis 24 timer i døgnet og 7 dager i uken
- boligen må være tilrettelagt for å motta et slikt tilbud

I en evalueringsrapport (Christophersen, 1995) blir det konkludert med at de fleste prosjektene oppfyller kravene i Husbankens retningslinjer. Både selvstendige boliger og bofellesskap karakteriseres som romslige og med god funksjonell standard. De fleste selvstendige boligene er over 55 kvm. og en god del har 3 rom. Det bemerkes imidlertid at det er liten oppmerksomhet knyttet til det ytre miljø i form av felles uteareal.

Kravene i Husbankens retningslinjer for sykehjem er følgende:

– Privatareal med plass til seng i pleiesituasjon (ut fra veggen) og med tilstrekkelig sideareal
– Plass til sittegruppe, skap, minikjøkken
– Baderom med dusj, vask, toalett (tilstrekkelig sideareal)
– Fellesareal – stue og spisekjøkken for en gruppe på om lag 10 beboere

Omsatt i arealkrav vil funksjonene i det private rommet kreve ca. 24 kvm. Evalueringsrapporten peker på at det er visse avvik mellom Husbankens retningslinjer og de gjennomførte prosjekter. Årsaken til dette er at det bare er Arbeidstilsynet som er direkte kontrollmyndighet, og sjekker bare krav i forhold til Arbeidsmiljøloven.

Tabell 7.9: Kostnader knyttet til investering i de ulike botilbudene.

Omsorgsboliger	kr 695 000
Fellesskapsløsninger	kr 740 000
Sykehjem	kr 750 000

Kostnadene økte betydelig fra 1994 til 1995. Gjennomsnittet pr. enhet var i 1994 512 000 kroner mot 726 000 kroner i 1995. Årsaken til dette er en generell kostnadsøkning og at privatarealet er forbedret, altså økt standard.

Med en fortsatt utbyggingstakt på 2 500 enheter i året, vil det i år 2 000 være bygd om lag 15 000 enheter med denne standarden. Dette utgjør om lag 20 prosent av den totale massen av boenheter i sektoren.

I tillegg til nyproduksjon av boliger og sykehjem gis det tilskudd til omgjøring av flersengsrom til ensengsrom. Av de 1 700 sykehjemsplassene som har fått tilskudd i 1994 og 1995, er 203 gitt til omgjøring. Årsaken til det lave antallet er at omgjøring krever så store utbedringer at søknadene kommer inn under nye sykehjemsplasser. For å få en ytterligere fortgang i avskaffingen av flersengsrom, har Stortinget vedtatt å styrke ordningen med 150 mill. kroner.

7.5.3 Formues- og inntektsforhold og disposisjonsrett til boligen

Et annet forhold som er av avgjørende betydning for eldre og funksjonshemmedes bosituasjon i årene framover, er formues- og inntektsforholdene som sier noe om hvorvidt de er i stand til å etterspørre en god omsorgsbolig.

Analyser av Boforholdsundersøkelsene fra 1988 og 1995 viser at dagens middelaldrende opptil 60 år har betydelig bedre boforhold enn dagens eldre. I tillegg eier de sin bolig i langt større grad enn dagens eldre. Dette er forhold som kan indikere at dagens middelaldrende får bedre boforhold når de blir eldre, og at de i større grad vil eie sin egen bolig.

Mange av framtidas eldre vil ha store formuer, ikke minst knyttet til bolig. Eldre husholdningers inntekt og formue kan vises ut fra Levekårsundersøkelsen. Barlindhaug og Guldbrandsen 1994 gjorde en analyse av data fra Levekårsundersøkelsen ved å dele de over 70 år i 3 like store grupper fordelt etter husholdningsinntekt. Gruppene ble delt opp i de med husholdningsinntekt under 95 000 kroner, de med husholdningsinntekter mellom 95 000 kroner og 164 000 kroner og de med husholdningsinntekter over 164 000 kroner.

Gjennomsnittsinntekten til tredjedelen med lavest inntekt er 70 000 kroner, mens gjennomsnittsinntekten til tredjedelen med høyest inntekt var 292 000 kroner. Bruttoformuen varierer også betydelig mellom de tre gruppene, fra et gjennomsnitt på 226 000 kroner i gruppen med lavest inntekt, til 1 300 000 kroner i gruppen med

høyest inntekter. Formuene varierte både ut fra ulikheter i størrelsen på realkapital, og store forskjeller i finanskapital. Det er bare et lite mindretall av dagens eldre som ikke har en boligformue av betydning.

Undersøkelsen viser også at leieandelen varierer betydelig mellom gruppene. I gjennomsnitt er det 26 prosent av de eldre som leier boligen. I gruppen med de laveste inntektene er innslaget av leieforhold på 45 prosent, mens i de med de høyeste inntektene og formuene, er innslaget av leieforhold på 10 prosent.

Boligformuen er størstedelen av husholdningenes bruttoformue. Finansformuen utgjorde om lag en tredjedel av bruttoformuen, mens boligformuen utgjorde om lag 60 prosent. Den samlede gjeld for gruppene utgjør kun mellom 5–10 prosent av bruttoformuen. Nettoformuen avviker derfor ikke mye fra bruttoformuen.

En hovedårsak til at en del av dagens eldre ikke har formue, er at de er leietakere og dermed ikke har boligformue. I og med det større innslaget av grupper som eier sin egen bolig, er det svært sannsynlig at de som i dag er middelaldrende vil sitte med større formuer enn dagens eldre.

Undersøkelsen viser at de som blir gamle om 10–30 år i langt større grad enn dagens eldre kan tenke seg å benytte seg av formuen i alderdommen. Dette indikerer at framtidige generasjoner eldre i større grad vil ta ansvar for å skaffe seg en tilpasset bolig i alderdommen. Under forutsetning av at dette frigjør en del av boligkapitalen, kan dette også indikere at de framtidige eldre i større grad vil kunne betale for pleie- og omsorgstjenestene.

Boforholdsundersøkelsene viser de samme utviklingstrekk både med hensyn til disposisjonsform for boligen og inntekts- og formuesforhold. I boforholdsundersøkelsen er det oppgitt boligens antatte salgsverdi og den totale gjelden knyttet til boligen, jf. tabell 7.9.

Tabell 7.10: Husholdningenes boligøkonomiske situasjon fordelt på alder.

	< 30 år	30–54 år	55–69 år	70–79 år	80 +	Alle
Boligens verdi i 1 000 kr	853	875	791	729	572	820
Gjeldsandel i prosent	68	44	11	5	3	32

Kilde: Boforholdsundersøkelsen 1995

Blant de som eier sin bolig, herunder også andelshavere i borettslag, er det en rimelig jevn fordeling med hensyn til antatt salgsverdi på boligen, med unntak av de som er eldre enn 80 år som har en betydelig lavere antatt salgsverdi. Gjeldsandelen avtar som forventet med alderen.

Hvis vi sammenholder disse tallene med disposisjonsform og areal i boligen, kan vi få et bilde av sannsynlige utviklingstrekk i boligstandarden framover, jf. tabell 7.10 og 7.11.

Tabell 7.11: Disposisjonsform til bolig fordelt etter hovedpersonens alder. I prosent.

Boforhold	55–69 år	70–79 år	80 +	Alle 55 +
Selveie	73	58	47	63
Borett/aksje	16	19	17	18
Leie	11	23	36	19

Kilde: Boforholdsundersøkelsen 1995

Selveierandelen har økt noe, spesielt for den eldste aldersgruppen i forhold til tidligere boforholdsundersøkelser. Andelen som eier sin egen bolig er 89 prosent i den yngste aldersgruppen, mens den er redusert til 64 prosent for den eldste aldersgruppen. Dette er en bekreftelse på at de eldre leietakerne er i ferd med å dø ut. Bak dem kommer generasjoner av selveiere.

Tabell 7.12: Boligareal fordelt på aldersgrupper etter hovedpersonens alder. I prosent.

Boligareal	55–69 år	70–79 år	80+	Alle 55+
Under 60 kvm	12	22	33	19
60–79 kvm	18	27	25	23
80–99 kvm	23	21	22	22
100–129 kvm	27	18	12	21
130 + kvm	20	12	8	15

Kilde: Boforholdsundersøkelsen 1995

Tabellen viser at det er den yngste aldersgruppen som har de største boligene og at antall kvadratmeter i boligen avtar med alderen.

Undersøkelsene viser at de som i dag er middelaldrende og opp til 70 år vil ha en betydelig boligformue den dagen de blir omsorgstrengende, og at de dermed er i stand til å etterspørre en egen omsorgsbolig. Etterspørselsevnen blir altså god for de framtidige omsorgstrengende. Det avgjørende blir derfor om denne gruppen faktisk er villig til å flytte til en bedre tilpasset bolig den dagen de blir omsorgstrengende.

I en analyse av boforholdsundersøkelsen 1995 peker Barlindhaug (1996) på at mobiliteten blant dagens eldre er svært liten i Norge i forhold til andre land. Med mobilitet menes her flytting til en ny bolig. Han peker videre på at det er flere forhold som tyder på at denne kan øke framover. Årsaken til dette er i all hovedsak egenskaper ved gruppene som utgjør generasjonene etter dagens eldre. For det første tyder inntekts- og formuesforhold, og at de er villige til å bruke av formuen i alderdommen på, at de faktisk er villige til å etterspørre og flytte inn i en omsorgsbolig. I samme retning trekker at urbaniseringsprosessen har økt, og at mange bor i områder hvor de ikke er vokst opp. Dette reduserer bindingen til boligen og dermed kan flyttevilligheten øke.

Det er altså flere forhold som tyder på at boforholdene blant eldre vil bedre seg ytterligere i årene framover. Det vil likevel være utfordringer knyttet til de eldre som i dag har dårlige boforhold, særlig i de store byene, og avskaffing av flersengsrom i sykehjem.

7.6 UTVIKLINGEN I PRIVAT OMSORG

7.6.1 Innledning

Utgangspunktet for denne drøftingen er at befolkningens dekning av sine behov for pleie og omsorg er et samspill mellom privat og offentlig innsats. Forenklet kan en si at det vil være *summen* av den offentlige og private innsatsen som vil utgjøre det totale omsorgstilbudet. Under forutsetning av at et gitt samlet omsorgstilbud må realiseres, blir etter et slikt resonnement den omsorgsinnsats som ikke kan utføres privat, utført ved hjelp av ulike offentlige tiltak. Dermed blir omfanget av den private omsorgen og de forskjellige forutsetninger for realisering av slik omsorg, svært bestemmende for omfanget av den offentlige innsatsen. Framstillingen er i stor grad bygget på Gjærevollutvalgets innstilling.

7.6.2 Økt antall enslige eldre

En rekke undersøkelser har vist at eldre som bor alene, har et langt større forbruk av offentlige omsorgstjenester enn eldre som deler hushold med andre. Beregninger som er foretatt (Brevik, 1991) tyder på at f.eks. aleneboende eldre over 80 år i dag bruker jevnt over dobbelt så mye av slike omsorgstjenester pr. person som eldre i flerpersonhushold. Det er videre mye som tyder på at det i tillegg til disse høyere bruksratene for aleneboende, også er slik at de forbruker mere av tjenestene – f.eks. ved at de oppholder seg lengre i institusjon sammenlignet med eldre som kommer fra flerpersonshushold.

Folke- og boligtellingene viser at andelen eldre over 80 år som bor i enpersonshusholdninger er mer enn fordoblet fra 1960 til 1990. Denne utviklingen vil fortsette. Andelen som lever alene i aldersgruppen over 75 år var i 1990 55 pst. for kvinner og 20 pst. for menn. Disse andelene vil etter prognosene øke til henholdsvis 74 og 47 pst. Størstedelen av den private uformelle omsorgen blir gitt innenfor husholdet. En fortsatt utvikling i retning av flere enpersonshusholdninger blant eldre, vil derfor kunne få stor betydning for omfanget av privat uformell omsorg i framtida. Denne faktoren kan medføre at behovet for pleie- og omsorgstjenester vil kunne øke langt mer enn økningen i antall eldre skulle tilsi.

Det er langt vanligere å bo alene i bykommunene enn i landkommunene. Andelen enpersonshushold øker videre med byenes størrelse, og dette generelle mønsteret finner vi igjen også for hushold med eldre personer. Det kan her nevnes at i 1980 var nesten 70 pst. av husholdene med eldste person over 80 år i Oslo enpersonshushold, mens det tilsvarende tall for Sogn og Fjordane var ca. 35 pst.

Disse betydelige variasjonene mellom ulike deler av landet tyder på at det nok vil være noe begrenset hvor mye disse variasjonene vil kunne forsterkes i årene framover. Det kan derfor hevdes at grunnlaget for utviklingen mot en økt andel aleneboende eldre i bykommunene (kommuner med høye andeler i dag) naturlig nok vil måtte være begrenset, mens det vil være et betydelig rom for en slik utvikling i kommuner som i dag har en lav andel aleneboende eldre.

7.6.3 Andre forhold

Fruktbarhet – antall barn

Dagens eldre har i gjennomsnitt færre barn enn dem som når pensjonsalderen om noen år. Gjennomsnittlig antall fødte barn var bare 2,0 for kvinner født i 1910, mens kvinnene født i 1930 har en kohortfruktbarhet på 2,5. 1940-kohorten ligger like under dette nivået (Brunborg, 1989). Det lave gjennomsnittlige barnetallet for dagens pensjonister skyldes i stor utstrekning at mange av dem aldri fikk barn. Vi

har ikke data som nøyaktig viser andelen barnløse blant dagens gamle kvinner, men en har anslått at om lag hver femte kvinne født i 1910 forble barnløs. For kvinner født i 1920 var denne andelen sunket til 14 pst. og av morgendagens eldre kvinner vil bare 1 av 10 være uten barn (Noack og Texmon, 1990). Kort oppsummert kan utviklingen beskrives ved at flere har fått barn, mens det gjennomsnittlige barnetallet i husholdningene har sunket.

En forholdsvis stor andel av dagens kvinnelige pensjonister har fått bare ett barn – denne andelen er høyere for kvinner som giftet seg i 1930-årene enn for dem som er noen tiår yngre. Dermed er det også større sjanse for at dagens eldre ikke lenger har barn i live sammenlignet med det kommende pensjonistgrupper vil kunne oppleve.

Andelen med riktig store barnekull (5 eller flere) er imidlertid høyere blant dagens gamle kvinner enn den vil være blant morgendagens pensjonister. Men også en stor andel av morgendagens pensjonister vil ha mange barn å støtte seg til når de før eller siden får behov for hjelp. Nesten halvparten av kohortene født i 1935 og 1940 har tre eller flere barn. En annen utviklingstendens er den økte andel samboende med barn, skilsmisser, gjengifte etc., som leder til mere kompliserte familieforhold. Konsekvensene for den private omsorgen av disse utviklingstrekkene kjenner vi ikke.

Plasseringen av fødslene i livsløpet får også betydning for forholdet mellom generasjonene. Mange av dagens eldre kvinner har fått sine barn forholdsvis sent, og har dermed relativt unge barn. Kommer barna derimot riktig tidlig i livsløpet, kan også den yngre generasjon ha begynt å merke alderens virkninger når foreldregenerasjonene trenger hjelp. En stor andel av morgendagens gamle kvinner vil ved 80-årsalder allerede ha barn som selv raskt nærmer seg pensjonistenes rekker.

Familiemønster

Den høye andelen barnløse blant dagens eldre kvinner er mye en følge av at mange av dem ikke giftet seg. Av dagens 80-åringer f.eks. har 18 pst. aldri vært gift. Det betyr ikke bare fravær av ektefelle og barn, men også at familienettverket snevres inn siden det heller ikke er noen svigerfamilie. Dagens 50-åringer har en annen familiesituasjon. Bare 6 pst. av dem har aldri vært gift. Av kvinnene født i 1940 f.eks. er imidlertid 9 pst. skilt innen 40-årsalder. Det er ikke urimelig å anta at med skilsmisse før 40-årsalder vil bånd til tidligere svigerfamilie være betydelig svekket når en kommer i pensjonsalderen. Sammenlignet med noen tiår tilbake er det forholdsvis færre av de enslige eldre (ugifte eller førgifte) som bor sammen med nær familie (Moen, 1989). Hovedforklaringen på dette har nok vært at både de eldre og yngre generasjonene har fått bedre økonomiske muligheter til å opprettholde en egen husholdning.

Geografisk avstand

Hvor mye hjelp og omsorg generasjonene faktisk makter å gi hverandre, vil i stor grad være avhengig av den geografiske avstanden mellom dem. De som i dag merker omsorgsbehov fra sine gamle foreldre, er de samme generasjonene som i 1950- og 1960-årene i stor utstrekning flyttet fra distrikts-Norge. En god del av disse vendte imidlertid tilbake. Også for dagens ungdom – sønner og døtre av morgendagens pensjonister – et utflyttingen stor, og det er nok et åpent spørsmål om de i samme grad som sine forgjengere vil flytte tilbake til sine hjemtrakter.

Annet

De faktorene som er drøftet foran viser at det både er samfunnsmessige og befolkningsmessige endringer som ligger til grunn for den sterke økningen i offentlige omsorgsoppgaver som vi står overfor. Som eksempler på andre endringer kan nevnes:

– det forhold at kvinner i økende grad har lønnet arbeid
– dyptgripende endringer i kjønnsroller og dermed i samhandlingen mellom kjønnene
– sterk økning i skilsmisser (prognoser antyder at bortimot halvparten av de ekteskap som i dag inngås i større norske byer, kan komme til å ende med skilsmisse, jf. NOU 1991:3).

De fleste av de forhold som er nevnt i dette avsnitt synes å peke i retning av at den private uformelle omsorgen kommer til å bli ytterligere redusert i årene framover. Dette vil trolig øke behovet for offentlige pleie- og omsorgstjenester.

7.7 ANDRE FORHOLD

Mange ulike faktorer vil kunne påvirke behovet for etterspørselen etter pleie- og omsorgstjenester i en annen retning enn det for eksempel den demografiske utviklingen og utviklingen i husholdningsstrukturen isolert sett skulle tilsi. Inntektsforhold, boforhold og utviklingen i privat omsorg, er viktige eksempler, men også andre forhold er sentrale.

Fordelingen mellom hjemmetjenester og beboere i institusjoner og den generelle *organiseringen av eldreomsorgen* er særlig viktig når det gjelder ressursbruken i pleie- og omsorgstjenesten. Hvis for eksempel flere i framtida ønsker og får muligheten til å motta pleie i hjemmet, kan dette bidra til en mindre vekst i ressursbruken enn prognosene tilsier. I Velferdsmeldingen heter det (s. 76):

> «.....Forskjeller i ressursbruk gir indikasjoner om at ressursbruken i eldreomsorgen kan begrenses ved at en vrir fra institusjonsbaserte tjenester til hjemmebaserte tjenester, men det er grunn til å ta forbehold om hvor langt det er hensiktsmessig å gå i en slik retning. For det store flertall av de personer som i dag mottar pleie- og omsorgstjenester i institusjon, ville det antakelig medføre økt ressursbruk om en valgte å gi dem tjenestene hjemme.....
>
> Utfordringene når det gjelder organiseringen av eldreomsorgen, ligger derfor i å utvikle et bredt spekter av boformer og tjenester, slik at en kan unngå at noe mindre pleietrengende personer legger beslag på unødig ressurskrevende institusjonsplasser.»

Helsetilstanden blant eldre og funksjonshemmede er viktig for pleie- og omsorgsbehovet. Det er vanskelig å si noe sikkert om utviklingen i helsetilstanden fordi det er mange trekk ved samfunnsutviklingen som samtidig er med å påvirke denne, med til dels motstridende effekter. Levealderen har imidlertid økt noe de siste årene blant den eldste del av befolkningen, men levealderen er ingen god indikator på at helsetilstanden blant de eldste er bedre nå enn før, og da heller ikke for utviklingen i pleiebehovene.

Endrede forventninger og krav blant brukerne av pleie- og omsorgstjenesten vil kunne være med og påvirke utviklingen i etterspørselen etter tjenester. Mange av dagens pensjonister ble født før 1. verdenskrig. Det er rimelig grunn til å anta at disse har andre forventninger til kvaliteten på det offentlige hjelpeapparatet, enn de

kommende generasjoner av pensjonister som har vokst opp med utviklingen av velferdssamfunnet.

I forhold til dagens pensjonister vil framtidas pensjonister være kjennetegnet ved at de lever lengre og kanskje har de bedre helse lengre også, har høyere utdannelse og høyere inntekter. På grunnlag av denne utviklingen kan en forvente økt bevissthet blant de framtidige brukere av pleie- og omsorgstjenesten som også vil stille større krav til *økt brukermedvirkning* og *individuelt tilrettelagte tjenester*. Det er usikkert hvordan økende brukermedvirkning vil slå ut når det gjelder behovet for tjenester. Det kan tenkes at det kan bety at nye behov blir avdekket, men det kan også føre til at brukerens ressurser blir tatt i bruk på en mer aktiv måte, slik at behovet for offentlig hjelp blir redusert.

Den *teknologiske utviklingen* forventes å gå sin gang, og innen det medisinske feltet vil utviklingen gi nye muligheter til behandlingsmetoder. Det vil samtidig være sterke forventninger fra de ulike aktører om at slike muligheter benyttes. De mulighetene den teknologiske utviklingen gir, vil sannsynligvis påvirke våre «behov» og vil prege de forventninger og krav som stilles fra den enkelte til behandlingsmetoder og standarden på tjenestene.

Imidlertid vil den teknologiske utviklingen også kunne bidra til å dempe veksten i omsorgsoppgavene ved at flere etter utført behandling, operasjon mv. kan klare seg uten, eller med begrenset bistand fra omsorgstjenestene. Det er derfor vanskelig å si noe sikkert om hvilken «totaleffekt» den teknologiske utviklingen som sådan vil ha på pleie- og omsorgstjenesten.

Profesjonene i pleie- og omsorgstjenesten stiller stadig større krav til innholdet i tjenestene og sine egne arbeidsforhold. Spørsmålet om 6-timers arbeidsdag for omsorgsarbeider har vært på dagsorden lenge, og det foregår nå konkrete forsøk i Oslo kommune. Evalueringen vil vise om dette fører til økte kostnader, men det skal vel mye til å effektivisere så mye at kostnadene ikke øker vesentlig. Profesjonsorganisasjonene er også pådrivere når det gjelder å kreve økte ressurser til pleie- og omsorgstjenesten.

Både i privat og offentlig virksomhet legges det stadig mer vekt på *kvalitetsutvikling*. Det er utarbeidet en nasjonal strategi for kvalitetsutvikling i helsetjenesten og i lov om tilsyn med helsetjenesten § 3 er det gitt regler for internkontroll med helsetjenesten. Internkontroll er systematiske tiltak som skal sikre og dokumentere at aktivitetene utøves i samsvar med faglig aksepterte normer og krav fastsatt i lov eller forskrift. Sosial- og helsedepartementet har utarbeidet rundskriv om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene. Oppfølging av de nye kravene som kan bli resultatet av rundskrivet, vil kunne bety økte kostnader for en del kommuner. Yrkesorganisasjonene har i de senere år også lagt stadig større vekt på kvalitetsutvikling. Kvalitetsutvikling og krav fra brukere og yrkesutøvere om høyere kvalitet kan slå begge veier når det gjelder ressursbruk i tjenestene. Bedre kvalitet i administrasjon og fagutøvelse vil kunne effektivisere tjenestene og redusere behovet for økte ressurser. På den annen side vil krav om økt kvalitet i mange tilfeller måtte løses gjennom tilførsel av nye ressurser.

Mediene retter ofte søkelyset på enkeltpersoner som ikke får oppfylt elementære behov for pleie- og omsorg. Slike enkeltsaker setter ofte dagsorden for debatten og danner i stor grad grunnlaget for folks oppfatning av tjenestene. Det er liten tvil om at mediene også i framtida vil sette søkelyset på uheldige forhold innenfor pleie -og omsorgstjenesten, og dermed være blant pådriverne for større ressurstilførsel til sektoren.

Framtidas *brukerbetalingssystem* vil selvsagt kunne få avgjørende betydning for sammensetning og nivå på etterspørselen etter pleie- og omsorgstjenester. Dette blir imidlertid drøftet nærmere andre steder i utredningen.

7.8 OPPSUMMERING

Utvalget vil understreke at det knytter seg stor usikkerhet til framskrivning av etterspørsel etter pleie- og omsorgstjenester. De framtidige kostnader på dette området bestemmes også av en rekke forhold på tilbudssiden som offentlige finanser, politiske prioriteringer, tilgang på kvalifisert arbeidskraft mv. Utvalget har imidlertid pekt på en del forhold som vil være avgjørende for de framtidige kostnader på dette området:

Antall eldre

Antall eldre over 67 år vil holde seg forholdsvis konstant fram mot år 2010. I denne perioden vil behovet for tjenester likevel øke sterkt på grunn av en sterk økning i de eldste aldersgruppene som mottar flest tjenester. Fra 2010 og framover vil de store etterkrigskullene bli pensjonister, og vi vil få en sterk økning i alle grupper av eldre over 67 år. Dette vi føre til at antall brukere av omsorgstjenesten i disse aldersgruppene vil øke fra ca. 160 000 i 1993 til ca. 300 000 i 2030.

Husholdsstruktur

I det basisalternativ utvalget har lagt til grunn vil antall aleneboende over 65 år øke fra 255 000 i 1990 til 475 000 i 2020. Utvalgets beregninger viser at dette kan få dramatiske følger for intitusjonsbehovet dersom dagens dekningsgrad og tjenestestruktur skal legges til grunn. Uansett vil den sterke økningen i antallet aleneboende får store konsekvenser for etterspørselen etter pleie- og omsorgstjenester i årene framover.

Inntekt

Med et uendret grunnbeløp i folketrygden anslås alderspensjonene fra folketrygden å øke med i underkant av 40 pst. fra 1994 til 2030. Tilsvarende vil økningen for uførepensjonister være rundt 12 pst. Tar en hensyn til forventet reallønnsøkning og dermed regulering av G, økning i tilleggspensjoner og kapitalinntekter, vil pensjonistenes inntekter trolig øke langt sterkere enn disse tallene skulle tilsi. Dette vil kunne bety at flere vil søke å få dekket sitt tjenestebehov på det private marked.

Boligforhold

Utviklingen i boligforholdene vil trolig ha stor innvirkning på etterspørselen etter pleie- og omsorgstjenester. Dette gjelder både boforholdene generelt og utbygging av spesielt tilrettelagte boliger for funksjonshemmede og eldre. Når det gjelder boliger som finansieres av Husbanken, har antall boliger med livsløpsstandard økt fra ca. 20 pst. i 1989 til ca. 48 pst i 1995. Dette vil kunne få stor betydning for pleie- og omsorgsbehovet i årene framover. I tillegg vil satsingen på omsorgsboliger, kombinert med økt satsing på hjemmebaserte tjenester, kunne redusere økningen i kostnadene til pleie- og omsorgstjenesten i årene framover.

Privat omsorg

Utviklingen i privat omsorg vil bli særlig påvirket av at antall aleneboende øker. Den uformelle private omsorgen er i all hovedsak omsorg som ytes innenfor husholdet, og vil derfor bli sterkt redusert når antallet aleneboende øker. På den annen side kan pensjonistenes økte inntekter føre til at betalt privat omsorg kan øke i

framtida. Dette vil imidlertid være avhengig av utviklingen i brukerbetaling, tilgang på offentlige tjenester, og markedet for private betalte tjenester.

Andre forhold

Det er uklart hvordan økt levealder og bedret helse blant eldre påvirker lengden på den perioden noen eldre trenger pleie- og omsorgstjenester. Det synes imidlertid klart at antall aldersdemente vil øke sterkt med økende antall eldre over 80 år. Dette vil bidra til økt behov for tjenester.

Økende utdanningsnivå blant eldre kan øke muligheten for egenomsorg og ivaretakelse av egen helse. Utvalget har også pekt på andre forhold som økte forventninger og krav i befolkningen, økt brukerinnflytelse, den teknologiske utvikling, profesjonenes rolle, medienes rolle og økt vekt på kvalitetsutvikling. For flere av disse faktorene er det uklart i hvilken retning de trekker når det gjelder behovet for pleie- og omsorgstjenester.

Utvalgets konklusjon

På bakgrunn av den store usikkerheten knyttet til beregningen av framtidige kostnader til pleie- og omsorgstjenesten, har utvalget konkludert med at en vil ta utgangspunkt i de beregninger som er lagt til grunn i Velferdsmeldingen på dette området. Beregningene der er gjort ved hjelp av Statistisk sentralbyrås modell MAKKO. Den beskriver hvordan kommunal sysselsetting og tjenesteproduksjon avhenger av standarder og dekningsgrader i ulike tjenesteytende sektorer, samt av befolkningens fordeling på aldersgrupper.

Med konstante standarder og dekningsgrader – som gjør at en får rendyrket effekten av den demografiske utviklingen (her basert på mellomalternativet i befolkningsframskrivningene, jf. avsn. 7.2) – gir modellen en endring i den kommunale sysselsettingen samlet fra ca. 360 000 årsverk i 1993 til om lag 460 000 årsverk i 2030, dvs. med vel 32 pst. Sysselsettingsøkningen skyldes dels at totalbefolkningen øker, og dels at andelen eldre i befolkningen øker. Særlig fra 2010 bidrar dette til et større behov for pleie- og omsorgstjenester, gitt at bl.a. helseforholdene er som i dag. Veksten i pleie- og omsorgstjenesten bidrar alene til halvparten av veksten i den kommunale sysselsettingen fram til 2030. Beregningene gir vekst i årsverksinnsatsen i denne sektoren på vel 70 pst. i hele perioden.

Hvis en legger til grunn en forutsetning om samme relative økning i kostnadene som i timeverksinnsatsen, anslås kommunenes utgifter til pleie- og omsorgstjenesten å vokse fra ca. 24 mrd. kroner i 1994 til ca. 30 mrd. kroner i 2010 og videre til ca. 41 mrd. kroner i 2030. Dette er den veksten en isolert sett kan forvente som følge av den forventede økningen i de eldste aldersgrupper. Utvalget vil i hovedsak legge disse forutsetningene til grunn for beregning av provenyvirkninger mv. av utvalgets forslag.

KAPITTEL 8

Status og utvikling i sykehjem mv.

8.1 INNLEDNING

I dette kapitlet beskrives nærmere hva som i dag særpreger sykehjem og boform med heldøgns omsorg og pleie, og hva som i framtida vil kunne være spesielt for dette tjenestetilbudet. Etter gjeldende regelverk skal en rekke funksjoner ivaretas av disse institusjonene eller boformene. Brukerbetalingsordningene og -nivået varierer i dag for de ulike delfunksjonene. For korttidsopphold, dvs. rehabiliterings-, avlastnings- og dag-/nattopphold, betales en fast pris pr. døgn. Ved mer permanent opphold, dvs. når oppholdet forutsettes å ha en varighet utover 60 døgn i et kalenderår, er brukerbetalingen inntektsgradert. Brukerbetalingssatsene for korttidsopphold er langt lavere enn for langtidsopphold, fordi den som benytter et korttidstilbud i tillegg forutsettes å ha samme utgifter til bl.a. bolig som hjemmeboende. Beskrivelsen av hvilke funksjoner sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie har, og i tiden vil få, vil kunne danne grunnlag for å vurdere om det ut fra funksjonelle hensyn er hensiktsmessig å innføre samme finansierings- og brukerbetalingsordning i og utenfor institusjon.

For å forenkle framstillingen omtales sykehjem og boform med heldøgns omsorg og pleie i det videre under fellesbetegnelsen sykehjem mv..

8.2 HISTORIKK

Da sykehusloven trådte i kraft 1. januar 1970 ble sykehjemmene, som institusjonsomsorgen for øvrig, definert som et fylkeskommunalt ansvar. Sykehuslovens forutsetning var å skape en ressurssterk medisinsk institusjon. Sykehjemmene skulle avlaste sykehusene for oppgaver som ikke trengte spesielt høy teknisk eller medisinsk ekspertise, og skulle gjennom aktiv rehabilitering bidra til å føre flest mulig tilbake til egne hjem. Sykehjemmene fikk gjennom denne omleggingen samme finansieringsordning som sykehusene, men forskjellig fra aldershjemmene.

Fram til 1980 eksisterte det en statlig refusjonsordning for institusjoner under sykehusloven, hvor staten over trygdebudsjettet refunderte institusjonens utgifter (75 pst. fram til 1977 og deretter 50 pst. fram til 1980). Refusjonsordningen ble opphevet i 1980, da det ble innført en rammefinansieringsordning for institusjonshelsetjenesten. Fra januar 1988 ble ansvaret for de somatiske sykehjemmene igjen tilbakeført til kommunen. Ansvaret for organisering og finansiering av sykehjemmene ble da det samme for syke- og aldershjemmene. Sosialkomiteens begrunnelse for omleggingen var at sykehjemmene aldri ble det de var forutsatt å være, dvs. et alternativ til sykehus for kronisk og langvarig syke. De var i større grad blitt en integrert del av omsorgsapparatet for eldre og funksjonshemmede, jf. Innst. S. nr. 223 (1984–85).

Fra 1. januar 1988 ble også brukerbetalingsordningen i syke- og aldershjem den samme. Fra en ordning i sykehjem med avkorting av trygdeytelser (indirekte betaling), gikk man også her som i aldershjem over til en ordning med direkte betaling. Fra 1. januar 1989 fikk kommunene også adgang til å kreve betaling for korttidsopphold ved sykehjemmene. Fram til 1. januar 1995 var det imidlertid forskjellig finansiering av helsetjenester i alders- og sykehjem. Forskjellen besto i at helsetjenester ble dekket av folketrygden i aldershjem, men av den enkelte kommune i syke-

hjem. Etter denne dato overtok kommunen ansvaret for helseutgiftene også i aldershjem.

Den omlegging som har skjedd de senere årene i forhold til institusjonene ved at de finansieres dels av kommunale skatteinntekter og dels av statlige rammeoverføringer gjennom inntektssystemet, og ikke som tidligere gjennom refusjonsordninger, bidrar til en mer ubunden prioritering og dimensjonering av ulike tjenestetilbud i kommunene. Statlige myndigheter har mindre mulighet til å øve innflytelse over kommunale prioriteringer enn gjennom refusjonsordninger. Statens virkemidler er i dag først og fremst bruk av ulike øremerkede tilskuddsordninger.

8.3 JURIDISKE FORHOLD

8.3.1 Definisjon og avgrensning

Kommunehelsetjenesteloven (§ 1–3) slår fast at kommunen har ansvar for å tilby deltjenesten sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie. Loven og dens forarbeider gir ingen definisjon av begrepene. Forskrift om sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie (§2–1) regulerer imidlertid hvilke oppgaver disse boformene skal være innrettet mot. Disse er medisinsk attføring med sikte på tilbakeføring til hjemmet, avlastning, permanent opphold, spesielt tilrettelagt opphold for funksjonshemmede, skjermet enhet for senil demente, selvstendig enhet for barn og ungdom, dagopphold, nattopphold og terminalpleie. Da kommunene fikk overført ansvaret for sykehjemmene, ble formuleringen «boform med heldøgns omsorg og pleie» tilføyd for å fastslå kommunenes adgang til å dekke behovet for denne tjenesten ved sykehjemslignende tilbud. Den enkelte kommune avgjør selv om den vil løse sine oppgaver med tradisjonelle sykehjem, mindre institusjoner eller andre boformer, f.eks. små boenheter for 3–4 beboere, forutsatt at kravene til driften av tilbudet er oppfylt. Forskriften stiller ikke krav om at boformen skal ha et visst fysisk omfang for å falle inn under avgrensningen i forskriften. Det betyr at sykehjem eller boform for heldøgns omsorg og pleie kan være en liten bolig, bestå av en eller flere enheter og ha få eller stort antall pasienter. Felles for de ulike tjenestetilbud hjemlet i kommunehelsetjenesteloven er imidlertid at de har som sitt primære formål å gi helserettet heldøgns omsorg og pleie. På denne bakgrunn er det gitt et felles regelverk om utstyrs-, personellmessige og bygningsmessige krav til boformene hjemlet i kommunehelsetjenesteloven, den såkalte sykehjemsforskriften.

De nevnte boformene skiller seg fra boformene hjemlet i sosialtjenesteloven (§4–2d) d.v.s. institusjon og boliger med heldøgns omsorgstjenester. Kommunens sosialtjeneste skal tilby plass i institusjon eller «bolig med heldøgns omsorgstjenester» til dem som har behov for det på grunn av funksjonshemming, alder eller av andre årsaker. Begrepet «institusjon» omfatter bare fylkeskommunale institusjoner for rusmiddelmisbrukere. Begrepet «bolig med heldøgns omsorgstjeneste» er i forskrift til sosialtjenesteloven kap. 7 avgrenset til å omfatte aldershjem, bolig for barn og unge under 18 år som bor utenfor foreldrehjemmet som følge av særlig behov eller omsorg og privat forpleining. Boliger med heldøgns omsorgstjenester er altså tilbud hvor kommunen stiller både bolig og omsorgstjenester til disposisjon, og der omsorgstjenestene skal være til rådighet hele døgnet. Utover dette har boformen ingen klart definerte oppgaver og heller ikke spesifiserte krav til personell, utstyr eller bygningsmessig utforming.

Omsorgs-, trygde- og serviceboliger o.l. hvor beboerne kan leve et selvstendig liv, faller etter dette utenfor uttrykket «boliger med heldøgns omsorgstjenester». Dette gjelder selv om boligene er tilknyttet en felles vaktsentral for hjemmebaserte tjenester. Disse boformene er i motsetning til institusjoner og boliger hjemlet i hhv.

kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven ikke lovregulerte boformer. De kan juridisk likestilles med egne hjem.

Sykehjem mv. hjemlet i kommunehelsetjenesteloven, har til forskjell fra bolig med heldøgns omsorgstjenester hjemlet i sosialtjenesteloven, som formål å ivareta helserettede oppgaver. I sykehjem mv. skal det til enhver tid være til stede personell som kan gi omsorg og pleie, mens det i institusjon og bolig med heldøgns omsorgstjeneste er tilstrekkelig at tjenester er tilgjengelig døgnet rundt hvis det skulle oppstå behov for det. Felles for ovennevnte boformer er imidlertid at de skal være et hjem for beboerne.

Sykehjem mv. kan også avgrenses i forhold til somatiske sykehus som er et fylkeskommunalt ansvar. Sykehus er i sykehusloven definert som «medisinsk institusjon som undersøker og behandler pasienter og som gir pasienter opphold – kortvarig eller langvarig – så lenge undersøkelsen eller behandlingen krever det.» Sykehus er videre pålagt å yte øyeblikkelig hjelp og drive poliklinisk virksomhet. Sykehus skal drive spesialisert helsetjeneste.

Kortere innleggelser og økt poliklinisk behandling ved sykehus vil øke kravene til etterbehandling og oppfølging av pasienter i primærhelsetjenesten, herunder i sykehjem mv.

8.3.2 Personellmessige krav

Sykehjemsforskriften (§ 3–2) setter bestemte krav til hvilket personale som skal være tilknyttet sykehjem mv. Boformen skal ha en administrativ leder som skal ha det administrative ansvaret, en lege som skal ha det medisinske ansvaret og en offentlig godkjent sykepleier som skal ha ansvaret for sykepleien. Boformen skal i tillegg ha tilknyttet det personalet som er nødvendig for å sikre beboere forsvarlig omsorg og bistand. Det overlates til den enkelte institusjon, på bakgrunn av behovet til de enkelte beboere, å avgjøre hvilket annet personale som er nødvendig.

Begrunnelsen for å knytte personellmessige krav til denne boformen må ses i forhold til de oppgaver institusjonen har. Krav til personellet skal sikre at virksomheten drives på en faglig forsvarlig måte.

8.3.3 Bygningsmessige krav

Sykehjemsforskriften (§4–1) bestemmer at det ved utformingen av bygningene skal tas nødvendig hensyn til funksjonshemminger og pleie- og assistansebehov hos beboerne. Dette er en konsekvens av sykehjemmenes rolle som behandlingssted. Bygninger med mer enn en etasje skal f.eks. ha heis. Bygningsmessige krav stilles av hensyn til de beboerne og de oppgavene som skal ivaretas i boformen. Det vil bl.a. være behov for ulike hjelpemidler for å gi et forsvarlig tilbud. På bakgrunn av dette er det utformet krav om at rommene skal ha en størrelse og utforming som forenkler stellet av sengeliggende beboere. Boformen skal ha nødvendig rom for å ivareta beboernes hygiene, tilfredsstillende kjøkken- og vaskerifunksjon, og funksjonell møblering og belysning.

Som en konsekvens av at sykehjem mv. i dag i tillegg til å ivareta behandlingsoppgaver, skal være et hjem, ofte et siste hjem, er det også gitt regler om utforming av bofunksjonen. Hovedregelen er at soverommene skal være enerom, men at det kan og bør innredes to-sengsrom for ektefeller og andre som ønsker å bo sammen. Utformingen av bofunksjonen bør gjøres så hjemlig som mulig samtidig som det blir tatt hensyn til plass for hjelpemidler som sykesenger, rullestoler, gåstoler mv. Det er viktig at rommene har en form og størrelse som gjør det mulig å møblere rommet hjemlig og likevel ha gulvplass til å bevege seg f.eks. i rullestol. Ved

utformingen av bygningen bør det tas hensyn til beboernes behov for å kunne oppholde seg utendørs på lett tilgjengelig terrasse eller hage. Av hensyn til beboernes behov for lett tilgjengelig toalettrom, skal det være et slikt rom i tilknytning til hvert soverom. Flere soverom med felles forgang eller annen skjermet tilknytning kan ha felles WC-rom. Beboere som får permanent plass skal i størst mulig utstrekning kunne medbringe sine egne møbler, gjenstander, bilder mv.

8.3.4 Krav til faglig forsvarlig virksomhet

Kommunehelsetjenesteloven (§ 6–3) bestemmer at kommunen skal fremme helsetjenestens formål herunder virksomheten i sykehjem mv. på en forsvarlig og hensiktsmessig måte. Medisinsk faglig rådgiver for helsetjenesten i kommunen skal bidra til dette. Videre skal Statens helsetilsyn føre tilsyn med at virksomheten drives på denne måten. I praksis er denne oppgaven delegert til fylkeslegene. Om virksomheten drives på en måte som kan ha skadelige følger for beboerne eller andre, eller på en annen måte er uheldig eller uforsvarlig, har Statens helsetilsyn myndighet til å gi pålegg om å rette forholdene.

Sosialtjenesteloven (§7–8) gir også hjemmel for å fastsette veiledende retningslinjer om bygninger, utstyr, bemanning, ansattes utdanning mv. for boliger med heldøgns omsorgstjeneste hjemlet i sotjl. (§ 4–2d) for å sikre at denne boformen drives forsvarlig. Slike retningslinjer er imidlertid så langt bare gitt for boliger for barn, men Fylkesmannen har plikt til å føre tilsyn med at det tjenestetilbudet som ytes er faglig forsvarlig.

Forskrift om legemiddelforsyning i den kommunale helsetjenesten setter i tillegg særskilte krav til legemiddelforsyningen i sykehjem mv. Sykehjemsstyrer skal ha ansvar for at legemidler håndteres forskriftsmessig, kommunelegen skal føre tilsyn med at det farmasøytiske tilsyn er tilfredsstillende. Sykehjemmets tilsynslege har et medisinsk ansvar for at legemiddelhåndteringen er forsvarlig. Det kreves også at en farmasøyt skal ha tilsyn med legemiddelrutiner og -lagre.

Det er så langt ikke gitt hjemmel for å gi spesielle retningslinjer for standard eller for å føre tilsyn i trygde-, omsorgs- og serviceboliger etc. Begrunnelsen er at disse juridisk sett likestilles med egne hjem.

8.3.5 Beboers rettigheter og plikter

Når det gjelder rettigheter og plikter for beboere i sykehjem mv., er det alminnelige utgangspunktet at beboere har de samme rettigheter og plikter som andre borgere. Alminnelige menneskerettigheter og legalitetsprinsippet gjelder. Sistnevnte prinsipp slår fast at det ikke kan pålegges plikter eller fratas rettigheter uten hjemmel i lov.

Alle har i henhold til kommunehelsetjenesteloven rett til nødvendig helsehjelp i den kommunen vedkommende bor eller midlertidig oppholder seg. Bestemmelsen gir imidlertid ikke rett til bestemte deltjenester, som f.eks. sykehjemstilbud. Det vil være opp til den enkelte kommune å vurdere om hjelpen i det enkelte tilfellet skal gis som institusjonsopphold, eller som hjelp mens pasienten fortsatt bor hjemme. Pasientens behov må derfor vurderes i forhold til tilgjengelige helsetjenester, jf. St.meld. nr. 68 (1985–86).

Opptak i sykehjem mv. skjer etter søknad. Hvilke brukere som bør ha opphold i sykehjem defineres ikke i regelverket, men behovet for behandling og pleie samt sosialmedisinske forhold vil i praksis være avgjørende.

Det er overlatt til den enkelte kommune hvordan den vil organisere inntak og prioritering. Som regel skjer det ved at et inntaksteam bestående av representant fra

kommunens hjemmetjeneste, representant fra sykehjemmet og medisinsk sakkyndig vurderer pasientens behov for spesielle tiltak. Ved tildeling og bortfall av plass i sykehjem mv., skal forvaltningslovens regler følges. Vedtaket kan påklages til fylkeslegen. Den enkelte beboer kan kreve å bli utskrevet når han/hun måtte ønske det. En bruker som har fått vedtak om langtidsplass kan normalt ikke skrives ut mot sin vilje, med mindre faglige grunner taler for utskriving.

Når det gjelder alternative tjenestetilbud kommunen kan tilby etter sosialtjenesteloven, er dette også tjenester den enkelte har krav på hvis vilkårene er oppfylt. Den enkelte gis heller ikke i henhold til sosialtjenesteloven rettskrav på å velge disse tjenestenes art, innhold og omfang, jf. Ot. prp. 29 (1990–91). Tildeling og bortfall av tjenester skal også her skje etter forvaltningslovens regler og vedtak kan påklages til fylkesmannen.

8.3.6 Disponering av beboers kontantytelser

Forskrift om disponering av kontantytelser fra folketrygden gir sykehjem mv. adgang til å disponere slike midler inntil 3/4 G for beboere som ikke selv er i stand til å disponere sine midler. Sykehjemmets tilsynslege har ansvaret for å avgjøre om beboer er i stand til å disponere sine midler i samråd med nærmeste pårørende eller verge/hjelpeverge. Hvis beboer har midler som overstiger dette beløpet, må overformynderiet kontaktes. Vedtak om disponering av kontantytelser skal være skriftlig, journalført og sendes i kopi til pårørende eller verge/hjelpeverge. Det må føres særskilt regnskap for hver enkelt beboer, og dette skal undergis revisjon fra kommunerevisor. Formålet med å gi institusjonen denne disposisjonsretten er at beboer skal sikres nødvendige klær o.l.

For øvrig gir forskrift om meldeplikt for helseinstitusjon mv. etter vergemålslovgivningens regler som gir sykehjemmet mv. plikt til å melde fra til overformynderiet (fylkesmannen) dersom det skulle være behov for umyndiggjøring eller oppnevning av verge. For å forenkle saksgangen har sykehjemmets tilsynslege en selvstendig rett til å begjære oppnevnt hjelpeverge etter vergemålsloven § 90 a. Slike rettigheter og plikter i forhold til vergemålslovgivningen er ikke gitt i forhold til boformer som ikke er hjemlet i kommunehelsetjenesteloven. Det betyr at ordningen ikke gjelder i forhold til beboere i boformer hjemlet i sosialtjenesteloven, omsorgsboliger og egne hjem.

8.4 VIRKSOMHETEN

8.4.1 Innledning

I dette kapitlet ses nærmere på hvilke deltjenester som benyttes av hvilke beboere for å se om eventuelle sammenhenger bør få betydning for utformingen av finansierings- og brukerbetalingsordninger.

Sykdomsspekteret i en sykehjemsavdeling vil ofte være bredt både blant personer med behov for opphold over en lengre periode, og personer med behov for korttidsopphold. På grunn av de senere års satsing på utbygging av hjemmebasert omsorg, står sykehjem mv. i dag igjen med fire kategorier beboere ifølge Norsk Institutt for oppvekst, velferd og aldring (NOVA, 1996). Disse er: «personer med alvorlig mental svikt, fysisk skrøpelige gamle som ikke lenger kan klare seg med hjemmebasert omsorg, personer med rehabiliteringsbehov og personer som trenger korttids- og avlastningsopphold». Nedenfor beskrives virksomheten i sykehjem mv. ved å omtale enkelte av de større beboergruppene og hva som særpreger deres behov for tjenestetilbud.

Det kan selvfølgelig tenkes at det er andre større beboergrupper med behov for opphold enn de som omtales nedenfor. For mange av disse beboergruppene vil det være individuelt og variere avhengig av type sykdom og alvorlighetsgrad, eventuelt funksjonshemming, i hvilken grad de vil være i stand til å foreta valg og disponere i forhold til sin egen økonomi. Felles for alle beboergrupper vil imidlertid være at de som hovedregel enten vil være sterkt pleietrengende, ha omfattende behov for medisinsk behandling, eller store fysiske tilpasninger for å fungere.

8.4.2 Langtidsopphold

Demente beboere

Når det gjelder personer som trenger permanent opphold, uttaler NOVA at personer med alvorlig mental svikt utgjør den største gruppen i sykehjem mv.:

> «Personer med alvorlig mental svikt (fordi mange ikke er diagnostisert og utredet på en forsvarlig måte er det faglig sett ikke korrekt å kalle dem demente) utgjør på landsbasis mellom 60–70 prosent av alle som bor i sykehjem. To undersøkelser henholdsvis i Oslo og Bergen (Engedal, 1990 og Nygaard, 1987) viste at 70 pst. av alle i sykehjem i de to byene hadde alvorlig mental svikt.»

Demens kan beskrives som et syndrom med kognitive, affektive, atferdsmessige og motoriske følger. Forstyrret døgnrytme og manglende orienteringsevne medfører behov for døgnkontinuerlig tilsyn. Slikt tilsyn er ofte slitsomt for pårørende og personellkrevende for offentlig hjelpeapparat. Som hovedregel skal beboere være utredet i forhold til om de virkelig har demens før de flytter inn i sykehjem mv. I praksis vil dette ikke være tilfellet. Å.M Nygaard, uttaler følgende om demente institusjonsbeboere:

> «Ideelt sett skal personer med demenssykdommer ha muligheter til å foreta valg i forhold til egen person og egne behov på alle trinn i sykdomsutviklingen. En demenssykdom er ikke en statisk tilstand, men utvikler seg som regel til det verre over tid. En aldersdement som flytter til en institusjon vil i de aller fleste tilfeller ha kommet så langt i sin demensutvikling at omsorgsbehov ikke lenger kan dekkes av familie eller hjemmebaserte tjenester. Vedkommende kan ikke ta hånd om egen økonomi, planlegge innkjøp, tilberede mat, ta seg av klesvask og rengjøring, kle på seg uten hjelp, mestre personlig hygiene og orientere seg for tid og sted. Evnen til abstrakt tenkning er redusert, mange har problemer med å gjenkjenne objekter (sansene er i orden) og forstå hva tidligere kjente ting brukes til. På grunn av svikt i oppmerksomhetsfunksjon og hukommelse, problemer med orienteringsevne og gjenkjenning av ting og personer har aldersdemente behov for tilrettelagte miljøer for å kunne fungere optimalt. Bogrupper med 6–8 personer og fast personale (skjermede enheter eller bokollektiv) øker mulighetene for gjenkjenning og bedre fungeringsevne. Behandlingen i hverdagen legges opp etter normaliseringsprinsippet og knyttes til dagliglivets funksjoner. Måltider lages i gruppens felles kjøkken, beboerne deltar i forberedelsene i den grad de er i stand til det, alle spiser rundt et felles bord og med personalet som modeller blir det enklere å fortsatt smøre egen brødskive, velge mellom ost og syltetøy, når man ser det foran seg etc. Optimal fungering hos demente forutsetter ro, få distraksjoner og kontinuitet. Til et slikt opplegg står valg av mat i kafeteria med stykkbetaling, mange ukjente mennesker, støy og personer som kommer og går og forventninger om egeninnsats i kontrast.»

Det følger av denne redegjørelsen at blant personer med alvorlig kognitiv svikt vil det være et stort antall mennesker som er avhengig av særlig hjelp og omsorg for å klare seg. I forhold til betalingsordninger vil disse ikke kunne oppfylle de alminnelige krav til innsikt og forståelse av egen situasjon og egne behov. Slik innsikt og forståelse er blant annet et vilkår for å kunne gi informert samtykke til å bli tatt under omsorg i sykehjem mv., eller underkaste seg bestemte behandlings- og opplæringsopplegg. Det knytter seg ingen umiddelbare rettsvirkninger til at en person er aldersdement. Disse tilstandene kan danne utgangspunkt for formell umyndiggjøring, men dette er en forholdsvis tungvint prosess, og kan i tillegg være sterkt traumatisk både for den senil demente og pårørende. Det er en ganske alminnelig utbredt oppfatning at barn eller andre pårørende har rett til å treffe beslutninger på vegne av en aldersdement. Det er imidlertid ikke rettslig belegg for en slik oppfatning. Pårørende har etter norsk rett ingen alminnelig myndighet til å samtykke på vegne av beboere i sykehjem mv. Valg av tilbud og disponering av en persons økonomi er et inngrep i den omsorgstrengendes livssituasjon, og det kan være et betydelig element av egeninteresse inne i bildet fra den pårørendes side når det gjelder slike forhold. Det offentlige apparatet kan imidlertid ha plikt til å konsultere nære pårørende i spørsmål som angår den personlige omsorgen for beboer, så lenge beboer ikke setter seg mot dette.

Umyndiggjøringsinstituttet benyttes sjelden i praksis.[5] En umyndiggjøring vil for øvrig ikke gi en verge kompetanse til å samtykke i tvang dersom en beboer motsetter seg et tiltak. For personer med alvorlig kognitiv svikt som ikke er umyndiggjort, kan det imidlertid oppnevnes hjelpeverge i medhold av vergemålsloven § 90 a. Slik oppnevning skjer ved en ren administrativ beslutning av skifteforvalter og overformyndere i kommunen. Det skal innhentes samtykke fra den som skal ha oppnevnt hjelpeverge, hvis ikke det går fram av legeerklæring at dette ikke er mulig eller av særlige grunner tilrådelig. I likhet med vergeordningen, er hjelpevergeordningen utformet i første rekke med sikte på økonomiske disposisjoner og fungerer nærmest som et ugjenkallelig fullmaktsforhold. Hjelpevergen kan gis myndighet til å ivareta beboers anliggender i sin alminnelighet, eller enkelte særlige anliggender. Hva og hvor mye fullmakten skal omfatte, skal fastsettes ved oppnevningen.

Når man i Danmark innførte ordningen som skulle gi større valgfrihet og selvbestemmelse for beboere og innførte ordningen med pensjonsutbetaling til institusjonsbeboere, forventet man et stigende behov for umyndiggjøring og beslutninger om administrasjon av pensjonsytelser. I en erfaringsrapport fra Socialministeriet (1993) ble det imidlertid oppsummert etter at ordningen hadde fungert i et år:

> «Der ses generelt ingen sammenheng mellom antallet administrations- og umyndiggørelsessager og forsøgsordningen med pensionsudbetaling. En institution opplyser således, at ordningen er tilpasset den enkeltes niveau, hvilket ikke har gjort det nødvendigt at rejse administrations- og umyndiggørelsessager. Det kan undres, at der i så få tilfælde er svaret bekræftende på, at der er truffet beslutning om eller rejst administration eller umyndiggørelsessager for beboere, der ikke selv er i stand til at træffe valg. En forklaring her på kan være, at der ikke er tale om reelle valgmuligheder. En sådan praksis gør det unødvendigt at rejse administrations og umyndiggørelsessager. Der kan forventes en stigning i antallet af rejste /besluttede sager, når pensionsudbetalingen har fungert i længere tid og såfremt valgmulighederne bliver reelle/udvides.»

5. Iflg. Statistisk Årbok 1989 forvaltet overformynderiene pr. 31.12.87 midler for 6 009 umyndiggjorte, jf. Ot.prp. nr. 45 (1989–90). Iflg. Statistisk Årbok for 1996 var dette tallet pr. 31.12.94 økt til 7 716.

Beboere i terminalfasen

Mange personer innlegges i sykehjem mv. i den terminale fasen. Siden terskelen for å få plass i dag er høy, er sykdomsbelastning for de som får tilbud om langtidsplass stor. Det betyr at gjennomsnittlig liggetid går ned og flere får sykehjemstilbud i siste fase av livet. Personer som er døende bør oppleve trygge og rolige omgivelser, og bør derfor ha enerom.

Unge beboere

Offentlig politikk er i dag at unge funksjonshemmede ikke skal gis tilbud i sykehjem, men i alternative boformer. Andelen yngre pasienter i sykehjem er liten, jf. avsn. 6.3. I forbindelse med behandlingen av statsbudsjettet i 1996, ble det bevilget 61 mill. kroner til utskriving av unge funksjonshemmede fra syke- og aldershjem. Denne gruppen skal derfor med tiden forsvinne eller reduseres til et minimum i sykehjem.

8.4.3 Korttidsopphold

Korttidsopphold kan defineres ut fra varighet. Korttidsopphold kan defineres som opphold hvor det foreligger avtale/vedtak om utskriving. Slik definert er korttidsopphold et tilbud rettet mot hjemmeboende. Slike opphold kan imidlertid også inndeles etter formål. Disse kan for det første være medisinsk observasjon, utredning og behandling. Videre kan det være snakk om medisinsk rehabilitering eller avlastning av pårørende eller andre med tunge pleieoppgaver.

Rehabilitering

Rehabilitering kan defineres som planmessig arbeid for at den funksjonshemmede skal gjenvinne, bevare eller utvikle sin funksjonsevne og/eller mestringsevne med sikte på størst mulig grad av selvstendighet og livskvalitet på egne premisser. Persongrupper som har behov for rehabilitering kan grovt sett deles inn i tre hovedgrupper:

- personer med akutt funksjonstap og mulighet for å gjenvinne full funksjonsevne
- personer med akutt funksjonstap uten mulighet for å gjenvinne full funksjonsevne
- personer med gradvis funksjonstap som følge av kronisk eller progredierende sykdom

Rehabiliteringstjenester er viktig og behovet vil trolig øke i takt med at pasienter utskrives fra sykehus tidligere. Krav til rasjonalisering i sykehussektoren resulterer i at sykehjem mv. i framtida trolig vil få større ansvar for personer med stort behov for rehabiliterings-, andre behandlings- og medisinske tjenester.

Effektiv og målrettet rehabilitering setter krav til personalet og til samarbeidet mellom yrkesgrupper. Sentralt i rehabiliteringsarbeid står lege, fysioterapeut, ergoterapeut, sykepleier og hjelpepleier. For enkeltpasienter kan det dessuten være behov for også andre yrkesgrupper som logoped, sosionom eller andre fagpersoner. Organiseringen av rehabiliteringsarbeidet i sykehjem varierer fra kommune til kommune.

Dag- og nattilbud

Enkelte beboere kan ha behov for opphold bare enkelte deler av døgnet. Slike personer er hjemmeboende med rehabiliteringsbehov, behov for tilsyn på dagtid, behov for sosial stimulering, og aleneboende som har vansker med å klare seg om natten. Persongrupper som har behov for denne typen opphold representerer medisinsk sett ingen særegne problemstillinger. Det vil være individuelt hvor stort behandlings-, medisinerings- og pleiebehov de vil ha.

Avlastningsopphold

Mange funksjonshemmede eldre klarer seg såvidt hjemme på grunn av betydelig innsats fra pårørende, annet lokalt nettverk og/eller hjemmetjenester. Pårørende kan slite seg ut med mer eller mindre døgnkontinuerlig omsorgsarbeid over lang tid. Korttidsinnleggelse i sykehjem mv. kan i slike situasjoner være en god løsning. Det kan bidra til å unngå krisepregede situasjoner i hjemmet. Som for personer på dag- og nattopphold, vil det imidlertid være individuelt hvor stort behandlings-, medisinerings- og pleiebehov disse beboergruppene vil ha.

8.5 UTVIKLINGSLINJER

I Ot.prp. 48 (1985–86) var bl.a. følgende mål for eldreomsorgen nedfelt:

> «Hovedmålsettingen med eldreomsorgen er at eldre gis mulighet til å bo i sine egne hjem så lenge som mulig. En slik målsetting forutsetter at vi organiserer tjenestetiltakene slik at varig innleggelse ved institusjon ikke blir hovedløsningen på pleie- og andre omsorgsbehov. De offentlige tjenestetiltak må først og fremst settes inn der den hjelpetrengende bor. Med dette som utgangspunkt kan en enkel målsetting for kommunens eldreomsorg se slik ut: -ingen omsorgstrengende bør bli i institusjon etter ferdigbehandling/ rehabilitering pga. manglende tiltak i den åpne omsorg. Ingen omsorgstrengende bør legges inn i institusjon pga. mangel på tiltak i den åpne omsorg.
>
> Kommunalt ansvar for sykehjemmene vil være et godt utgangspunkt for en sammenhengende eldreomsorg som vil gjøre det lettere å skreddersy tiltak for den enkelte hjelpetrengende i tråd med lokale forhold.»

Den kommunale pleie- og omsorgstjenesten er under utvikling. Den faktiske utviklingen vil legge rammevilkår for hvordan finansieringsordningene bør utformes i framtida, samtidig som finansieringsordningene vil kunne være et verktøy for å støtte opp under ønsket utvikling.

I Velferdsmeldingen uttales følgende om behovet for institusjonsbaserte tjenester i framtida:

> «Når flere oppgaver legges til omsorgsboligene vil sykehjemmene i større grad kunne innrettes mot mer helserettede pleieoppgaver, men oppgavefordelingen mellom sykehjem og omsorgsbolig og andre tiltak vil i praksis kunne variere avhengig av lokale forhold. Sykehjemmene skal fortsatt være del av en samlet pleie- og omsorgstjeneste i kommunene, og bør først og fremst tilby oppgaver knyttet til rehabilitering, avlastning, overgangspleie etter sykehusopphold, krevende langtidspleie og terminalpleie.»

Denne uttalelsen legger til grunn at sykehjem mv. fortsatt skal ha en sentral rolle i den kommunale eldreomsorgen. Uttalelsen kan imidlertid tale for at sykehjem mv. skal ha en annen rolle enn den i dag har i de fleste kommuner, ved at det skal legges større vekt på medisinsk rehabilitering, etterbehandling, terminalpleie og andre korttidstilbud. Hvilket sykehjemstilbud som gis i kommunene vil imidlertid fortsatt

være avhengig av den enkelte kommunes prioritering av ulike tjenestetilbud. Behovet for sykehjemstilbud vil bl.a. være avhengig av hvor godt utbygd de øvrige kommunale pleie- og omsorgstjenestetilbudene er og sykehusenes utskrivingspraksis.

Ulike organisasjonsmodeller kan tenkes for å møte utfordringene innen pleie- og omsorgstjenesten. Enkelte kommuner vil velge å satse på at flest mulig skal motta tjenester i eget hjem eller tilpasset bolig. Skal brukere se dette tilbudet som et alternativ til institusjonstilbud, er det nødvendig med en utbygging av det hjemmetjeneste tilbudet. Kommuner som i dag har satset på utbygging av den hjemmebaserte omsorgen, har likevel sett behov for å opprettholde et visst antall sykehjemsplasser. Sykehjemsplassene benyttes i tilfeller der hjemmebasert omsorg ikke anses tilstrekkelig eller hensiktsmessig. Sykehjemsplasser tilbys til personer som trenger overgangspleie etter utskriving fra sykehus, personer som trenger terminal pleie, personer som har behov for plass fordi pårørende trenger avlastning og personer som trenger omfattende rehabiliteringstjenester. I forhold til sistnevnte persongrupper kan det være hensiktsmessig med sykehjemsopphold for å sikre nødvendig utstyr og personale for gjennomføring av rehabiliteringsopplegg.

For å kunne ivareta helserettede oppgaver i sykehjem mv. og bedre utnytte de ulike tjenestetilbudene i omsorgskjeden, kan det også tenkes en organisasjonsmodell med tettere samarbeid mellom sykehjems- og sykehustjenesten. Et slikt samarbeid kan bidra til at personer befinner seg på riktig sted i omsorgskjeden til enhver tid.

For å møte utfordringen med økt antall eldre, er satsing på flere korttidsplasser en mulighet. På grunn av økt gjennomsnittsalder på sykehjemsbeboere, vil den enkeltes liggetid reduseres og flere kan få tilbud om sykehjemsplass. Flere korttidsplasser kan imidlertid også bidra til at flere kan få tilbud om opptrening og således opprettholde et høyere funksjonsnivå lengre.

Uansett organisering i den enkelte kommune kan det se ut til at det er avgjørende at sykehjem mv. i framtida samarbeider tett både med hjemmetjenestene, sykehusene og eventuelt andre deler av omsorgsapparatet. I mindre kommuner kan en måte å oppnå dette på for eksempel være å benytte samme personale både i og utenfor sykehjem m. Man kan da ha som utgangspunkt at det er bedre å endre omsorgstilbudet enn å flytte brukere. Hvis behovet for tjenester likevel blir for stort, slik at det er behov for institusjonsopphold, skal vedkommende slippe å skifte personale med en slik organisering.

Et fellestrekk uavhengig av organisasjonsform i de ulike kommunene, kan se ut til å være at sykehjem mv. i større grad enn tidligere må være forberedt på at beboerne vil ha behov for omfattende helsehjelp og eventuelt tung medisinsk behandling. Det vil stille store krav til personale med ulik fagkompetanse for å kunne ivareta disse oppgavene.

Med økende gjennomsnittsalder øker andelen med aldersrelaterte sykdommer, herunder gruppen med alvorlig kognitiv svikt. Hukommelsestap med påfølgende forvirringstilstand gjør at mennesker med langtkommen kognitiv svikt trenger helkontinuerlig tilsyn. De kan derfor vanskelig fungere i eget hjem eller annen boform der de er alene deler av døgnet. Sannsynligheten for at denne gruppen trenger institusjonsplass vil dessuten øke dersom vedkommende er aleneboende. Da andelen eldre over 80 år i alenehushold antas å stige fra 59 pst. i 1990 til 65 pst. i 2015, vil også dette innebære fortsatt behov for institusjonsplasser for personer med alvorlig kognitiv svikt.

8.6 OPPSUMMERING

Ved utvalgets vurdering av ulike finansierings- og brukerbetalingsordninger i sykehjem mv. vil det være nødvendig å ta hensyn til de rettssikkerhetsmessige garantier som ligger i regelverket for sykehjem mv. Hovedtyngden av beboere i sykehjem mv. vil være betydelig svekket fysisk og mentalt. De rettssikkerhetsmessige garantier som ligger i dagens regelverk om sykehjem mv. for sykehjemsbeboere, er derfor nødvendig å ta hensyn til også ved eventuell utforming av ny finansierings- og brukerbetalingsordning.

Som omtalt foran utgjør personer med alvorlig kognitiv svikt den største gruppen beboere i sykehjem mv. Trygde-, service eller omsorgsboliger uten døgnkontinuerlig tilsyn er ikke en egnet boform for personer med langtkommen og alvorlig kognitiv svikt. Det er heller ikke sykehjem mv. som er organisert med store og uoversiktlige avdelinger. Fordi god og hensiktsmessig omsorg for denne gruppen betyr små og oversiktlige miljøer med stabilt og kvalifisert personale, bør denne gruppen som nevnt få tilbud i skjermede enheter i sykehjem mv. eller i bokollektiv med heldøgns omsorgstjenester. Mange med kognitiv svikt vil i tillegg til dette ha andre plager, og det vil derfor være behov for skjermede enheter i sykehjem mv. også i framtida for denne gruppen. Betalingsordningene bør legges opp med tanke på dette.

På bakgrunn av utviklingstrekk beskrevet foran, vil det i sykehjem mv. i framtida stilles store krav til fagpersonell for å ivareta de medisinske og helserettede oppgavene boformen vil få. Finansieringsordningene bør derfor legges opp slik at de bidrar til å underbygge ønsket organisering i sykehjem mv.

Med økende andel eldre med behov for pleie og omsorg, vil økt antall korttidsplasser kunne bidra til at flere får et nødvendig tjenestetilbud. Finansieringsordningene kan være et virkemiddel for å oppnå dette.

Et hovedspørsmål ved valg av framtidig finansierings- og brukerbetalingsmodell vil altså være om sykehjem mv. utvikler seg i retning av rene helseinstitusjoner, eventuelt med spesialfunksjoner, eller om de også i framtida skal være et mere langvarig botilbud for store grupper eldre, også åndsfriske eldre. Det er ikke entydig hvilken retning sykehjemmene vil utvikle seg. Fortsatt vil det i stor grad være den enkelte kommunes prioritering som vil bestemme hvilke oppgaver sykehjemmene vil ha. Kommunene vil derfor fortsatt kunne utbygge og tilpasse tjenestetilbudet noe ulikt.

Om sykehjem mv. skal ha oppgaver som medisinsk behandling, etterbehandling, terminalpleie og annet, vil ikke behovet for å ha like finansierings- og brukerbetalingsordninger i og utenfor institusjon (i og utenfor lovregulerte boformer) være det samme. Sykehjem mv. vil i en slik situasjon ikke være et alternativ til hjemmebasert omsorg, men ha spesialfunksjoner. Sykehjem mv. blir da ikke en bolig, men et behandlingssted. Betalingsordningene bør da spesialtilpasses de funksjoner og beboergrupper som skal ivaretas.

Velger imidlertid kommunene å satse på sykehjem mv. som en alternativ langtids boform for personer med redusert funksjonsevne og behov for medisinsk behandling, pleie og omsorg, kan det være større grunn til å innføre like finansierings- og brukerbetalingsordninger i og utenfor institusjon (i og utenfor lovregulerte boformer). Begrunnelsen er at sykehjem mv. da i større grad blir et alternativ til de andre boformene. Som påpekt i Velferdsmeldingen kan det oppfattes som urimelig, hvis den enkeltes behandling gjøres avhengig av om den enkelte kommune velger å tilby tjenestene i eller utenfor institusjon.

Konklusjonen blir derfor at jo mer likt tilbudet i og utenfor institusjon blir, jo større grunn vil det være til å tilstrebe likhet i betalingsordningene i og utenfor insti-

tusjon. Det viktigste kriteriet for hensiktsmessige finansierings- og brukerbetalingsordningene i ulike boformer er funksjon og driftsform.

KAPITTEL 9

Skjermingsprinsipper

9.1 ULIKE BRUKERBETALINGS- OG SKJERMINGSORDNINGER

9.1.1 Generelt om utforming av brukerbetalingssystem

Utvalget er i mandatets pkt. 3 bedt om å vurdere behovet for og eventuelt foreslå nødvendige skjermingsordninger for eldre og funksjonshemmede med lave inntekter og/eller formue eller som er storforbrukere.

I NOU 1997:8 – Om finansiering av kommunesektoren – drøftes behovet for skjermingsordninger:

> «Det er en hovedregel at ansvaret for å realisere fordelingspolitiske målsettinger bør legges på generelle skatter (f.eks. progressiv inntektsskatt) og direkte overføringer (trygd o.l.). Når generelle skatter og direkte overføringer betraktes som mer treffsikre fordelingspolitiske virkemidler enn subsidiering av kommunale og fylkeskommunale tjenester, bygger dette på en forutsetning om at inntekt er et tilfredsstillende mål på levestandard. I praksis er ikke inntekt alltid et godt mål på levestandard, bl.a. fordi kostnadene ved å dekke grunnleggende velferdsbehov varierer. Det er f.eks. betydelig variasjon i behovet for legetjenester og av fordelingshensyn kan det være ønskelig å skjerme personer med et stort behov. I slike tilfeller vil generelle skatter og direkte overføringer basert på upåvirkelige kriterier være lite treffsikre.»

Andre eksempler på uheldige fordelingsvirkninger ved brukerbetaling kan være når tjenesten i hovedsak er rettet mot personer med lav inntekt. Skjermingsordninger er altså aktuelle hvis brukerbetalingen kan få uønskede fordelingsvirkninger. I det følgende drøftes generelt alternativ utforming av brukerbetalingssystem og behovet for særlige skjermingsordninger.

I prinsippet er det to hovedmåter å betale for en offentlig tjeneste på – betaling etter inntekt eller betaling etter forbruk. Tjenestenes forskjellige karakter, tilsier at det kan være behov for flere forskjellige brukerbetalings- og skjermingsordninger. Som grunnlag for arbeidet med konkret utforming av samlet brukerbetalingssystem, drøftes her økonomiske, fordelingsmessige og administrative implikasjoner av inntekts- og forbruksgradert eller kombinerte betalings- og skjermingsordninger. Videre vurderes behovet for eventuelt andre særskilte tiltak for eldre og funksjonshemmede med lave inntekter og/eller formue eller stort forbruk av tjenester.

9.1.2 Inntektsgraderte brukerbetalings- og skjermingsordninger

Inntektsgraderte brukerbetalingsordninger benyttes dersom det ikke er ønskelig å legge det fulle ansvaret for fordelingspolitikken til det nasjonale skatte- og overføringssystemet. En slik betalingsordning kan også være ønskelig innenfor et system hvor tjenester ikke tildeles etter betalingsvillighet, men etter sosiale og helsefaglige kriterier. Inntektsgradert brukerbetalingssystem betyr individuell fastsetting av betalingsnivå etter betalingsevne. Når brukerbetalingen fastsettes etter betalingsevne, kan en hindre at brukere avstår fra nødvendig tjenestetilbud grunnet dårlig økonomi.

Det vil være enkelte problemer forbundet med en slik betalingsordning. Inntektsgraderte betalingssatser kan innebære at den effektive marginalskatten blir

svært høy for enkelte brukere, ved at brukerbetalingen legger beslag på en vesentlig del av inntektsøkningen. Videre kan det være vanskelige å definere et inntektsbegrep som gjenspeiler den enkeltes betalingsevne.

Hvis man ikke kommer fram til et inntektsbegrep som faktisk gjenspeiler forskjeller i betalingsevne, vil den omfordeling som skjer kunne bli både tilfeldig og urimelig. I avsn. 9.2 drøftes nærmere alternative inntektsbegrep og muligheten for å komme fram til et inntektsbegrep som er praktiserbart i denne sammenheng. Videre vil en inntektsgradert brukerbetalingsordning kunne være tung å administrere sammenlignet med et system med flate betalingssatser. Grunnen til dette er at inntektsforhold må dokumenteres, kontrolleres og ajourføres i hvert enkelt tilfelle. Med dagens moderne teknologi og utvikling av system for informasjonsflyt, vil merbelastningen ved en inntektsgradert brukerbetalingsordning reduseres.

9.1.3 Brukerbetaling og skjerming etter forbruk av tjenester

Brukerbetaling basert utelukkende på forbruk kan være ønskelig dersom formålet med brukerbetalingen er motivert ut fra effektivitetshensyn. For at brukerbetaling skal kunne bidra til effektiv ressursutnyttelse innen pleie- og omsorgstjenesten, vil flere sentrale forutsetninger rundt prismekanismen måtte være oppfylt. For eksempel må det være frivillig å benytte seg av tjenesten, tjenesten må ikke være rasjonert mv. Brukerbetaling fastsatt utelukkende på bakgrunn av forbruk vil kunne bety at den økonomiske belastningen på storforbrukere blir urimelig stor. For å unngå dette vil det ofte være nødvendig med skjermingsordninger for storforbrukere innenfor et forbruksbasert brukerbetalingssystem.

Utgiftstak

Personer med stort forbruk av tjenester, og derfor store utgifter til brukerbetaling innenfor et forbruksbasert system, kan skjermes ved innføring av utgiftstak. I en slik modell betaler alle brukere for forbruk av tjenester opp til et visst nivå. Når dette utgiftstaket er nådd, fritas den enkelte for brukerbetaling. En slik ordning vil gi sikring mot store utgifter og være administrativ enkel fordi det ikke forutsettes noen individuell vurdering av betalingsevne. Ordningen vil imidlertid ikke gi den enkelte bruker noe motiv for å begrense sin etterspørsel av eventuelt unødvendige tjenester når takgrensen passeres. Dette kan unngås ved innføring av en ordning hvor brukere som passerer taket, bare får delvis kostnadsfrihet. Dette betyr at brukere som har tjenestebehov utover utgiftstaket, får redusert pris. Dette vil ikke bety noen administrativ merbelastning av betydning samtidig som brukere vil ha en oppfordring til å vurdere sitt behov for tjenester. Et system med utgiftstak og redusert betaling utover utgiftstaket vil imidlertid ikke gi like god skjerming. Innenfor et slikt system vil den samlede brukerbetalingen til tross for reduserte satser kunne bli svært stor. Et system med ulike utgiftstak, der man oppnår delvis kostnadsfrihet når man passerer et tak, ytterligere redusert betaling når man når det neste taket, og eventuelt full kostnadsfrihet når man når det høyeste taket, vil imidlertid kunne sikre skjerming av storforbrukere bedre. Det finnes en øvre grense for belastningen på brukeren, samtidig som brukeren opp til et høyere utgiftsnivå har motiv for å vurdere sin etterspørsel av tjenester. En slik skjermingsordning vil imidlertid være mer arbeidskrevende enn en ordning med flatt tak, idet utgiftsforhold må dokumenteres løpende.

Forutsatt at det er sammenheng mellom visse brukergrupper (f.eks. alder, pensjoniststatus, diagnose) og forbruket av tjenester, ville det vært mulig å skjerme storforbrukere ved å frita visse brukergrupper for betalingsplikten. Problemet med

en slik skjermingsordning vil imidlertid være at den vil kunne omfatte også andre enn målgruppen.

En annen mulighet for å spesielt skjerme personer med stort forbruk av tjenester, er å gi kontantstønad til hel eller delvis dekning av høye utgifter forbundet med forbruk av tjenester. Denne typen kompensasjonsordninger vil være administrativt arbeidskrevende, idet det må foretas en individuell vurdering av hver enkelt bruker. Ordningen vil imidlertid kunne være svært treffsikker i forhold til brukere med dokumentert størst behov for tjenester.

9.1.4 Valg av brukerbetalings- og skjermingsordning

I utgangspunktet vil inntektsgraderte brukerbetalingssystem kunne ivareta fordelingshensyn, mens brukerbetalingssystem knyttet til forbruk kan ivareta effektivitetshensyn, jf. *"Drøfting av sentrale mål, begreper og hensyn"* i kap. 3 og diskusjonen over.

Som beskrevet i *"Drøfting av sentrale mål, begreper og hensyn"* i kap. 3 fordeles pleie- og omsorgstjeneste, herunder hjemmesykepleie, gjennom administrativ tildeling basert på søknad fra brukeren. Brukeren har videre liten valgmulighet. Tjenester tildeles etter helse- og sosialfaglige kriterier og ikke etter betalingsevne- og villighet. For denne typen tjenester vil det derfor være lite hensiktsmessig med brukerbetalingsordninger kun basert på forbruk. For pleie- og omsorg bør det derfor som utgangspunkt utformes inntektsgraderte brukerbetalingsordninger. Dette er likevel ikke til hinder for at det utvikles ordninger som tar hensyn til både inntekt og forbruk. En kombinasjonsløsning kan være ønskelig fordi det kan oppfattes som urimelig at brukere med samme betalingsevne, men med svært ulikt forbruk av tjenester, skal betale det samme. Slike kombinasjonsløsninger vil imidlertid være forholdsvis administrativt tunge, idet det forutsettes oversikt både over den enkeltes forbruk og inntekt.

Når det gjelder helsetjenester faller det utenfor utvalgets mandat å vurdere gjeldende politikk mht. prioritering av ulike helsetjenester. Utvalget vil kun vurdere hvilket forvaltningsnivå som skal finansiere tilbudet, og hvordan det skal betales for tjenester som allerede er belagt med betaling, jf. *"Finansiering av helsetjenester"* i kap. 11.

Når det gjelder mat og dagliglivets utgifter og bolig for eldre og funksjonshemmede som ikke er i stand til å klare seg selv, forutsettes det å være et personlig ansvar, selv om det offentlige bistår med omsorg for en person. Begrunnelsen er at dette er utgiftsposter alle har og at de til en viss grad har mulighet for å selv velge hvilket forbruk eller standard de ønsker å ha. Hvis det offentlige må bistå den enkelte med å tilby mat eller botilbud på grunn av den enkeltes pleie og omsorgsbehov, vil den enkelte dessuten kunne få en ugiftsreduksjon i eget hushold. Det er derfor ikke urimelig at vedkommende betaler utgifter til mat og bolig som står i forhold til den private utgiftsreduksjonen. Kost og losji er imidlertid velferdsgoder som alle har rettskrav på å sikres. Skjermingsordninger er derfor nødvendig for å sikre at alle har tilstrekkelig økonomi til å dekke slike utgifter. Aktuell skjermingsordning i denne sammenheng vil være kontantstønadsordninger, betalingsfritak eller redusert betaling for brukere med inntekter under et visst nivå.

9.1.5 Skjerming av brukergrupper og tjenester

9.1.5.1 Generelt

Inntekts- og forbruksbaserte skjermingsordninger skal som nevnt i utgangspunktet sikre at tjenester gjøres tilgjengelig for alle ut fra den enkeltes behov, uten at belast-

ningen for den enkeltes økonomi skal bli for stor. Skjermingsordningene er således gitt for å sikre at den enkelte brukers behov tilfredsstilles. I dette avsn. vil utvalget drøfte hvorvidt det er nødvendig og hensiktsmessig med også andre skjermingsordninger.

9.1.5.2 Skjerming av funksjonshemmede

Ved en eventuell omlegging av brukerbetalingssystemet i pleie- og omsorgstjenesten, er det i hovedsak to grupper som blir berørt, de eldre og de funksjonshemmede[6]. De eldre utgjør den klart største gruppen. Det kan tenkes forhold som taler for at disse gruppene ikke nødvendigvis bør behandles likt i en brukerbetalingssammenheng. Utvalget vil derfor drøfte om funksjonshemmede bør skjermes sterkere enn andre grupper ved utforming av brukerbetalingssystem, og eventuelt hvordan dette kan tenkes utformet. Utvalget drøfter kun særregler i forhold til pleie og omsorgsutgifter og ikke andre tjenester, fordi det legges til grunn at de generelle skjermingsordninger i forhold til helse-, bolig- og livsoppholdsutgifter også vil omfatte funksjonshemmede.

Det vil særlig være to forhold som kan begrunne særskilt skjerming av funksjonshemmede i forhold til betaling for pleie og omsorg. Det ene er det totale behovet for pleie og omsorg gjennom livet uavhengig av inntektsnivå for øvrig. Det andre er den spesielle livssituasjonen gruppen funksjonshemmede kan befinne seg i sammenlignet med andre grupper av befolkningen.

Uavhengig av økonomisk situasjon kan det argumenteres for at det forhold at enkelte er født med en funksjonshemming, er forhold som samfunnet bør dekke merkostnadene ved. Likhets- og rettferdighetsbetraktninger kan etter en slik tankegang tale for særskilte skjermingsordninger for denne gruppen.

Som beskrevet i *"Brukerne"* i kap. 6 har funksjonshemmede noe lavere inntekter på individnivå enn andre grupper av befolkningen. Utgiftsbelastningen for denne gruppen vil også kunne påvirke levekårene. NOU 1993:17, Levekår i Norge, konkluderte blant annet med følgende når det gjelder funksjonshemmedes levekår:

- Funksjonshemmede har lavere utdanning enn befolkningen for øvrig, dette gjelder særlig menn
- Inntektsnivået er lavere for husholdninger med funksjonshemmede enn for andre husholdninger
- Funksjonshemmede har oftere økonomiske problemer (om lag en fjerdedel av funksjonshemmede i levekårsundersøkelsen oppgir at de ikke vil klare en uforutsett regning på 2 000 kroner. Dette er omtrent dobbelt så mange som blant andre 16–66 åringer).

Levekårsundersøkelsen og beskrivelsen av funksjonshemmedes inntektsforhold i *"Brukerne"* i kap. 6 kan tale for at det først og fremst er funksjonshemmedes behovssituasjon og derigjennom utgiftsbelastning som medfører at den økonomiske belastningen for denne gruppen blir relativt stor. Ovennevnte forhold kan innebære at inntektsgraderte brukerbetalingsordninger ikke vil skjerme gruppen funksjonshemmede tilstrekkelig. Dette kan tale for særskilte skjermingsordninger i forhold til funksjonshemmede.

6. Jf. *"Drøfting av sentrale mål, begreper og hensyn"* i kap. 3 om nærmere avgrensning av gruppen funksjonshemmede i forhold til gruppen eldre.

Alternative skjermingsordninger for gruppen funksjonshemmede

Spørsmålet er om det er mulig å finne treffsikre og praktikable skjermingsordninger i forhold til målgruppen funksjonshemmede. Som påpekt innledningsvis i *"Drøfting av sentrale mål, begreper og hensyn"* i kap. 3 kan begrepet funksjonshemmet defineres på ulike måter. Å definere gruppen med behov for skjerming ut fra hvilke stønader eller pensjoner de mottar, vil trolig ikke favne alle de som trenger skjerming på grunn av funksjonshemming. Det vil være stønadsmottakere som ikke har behov for pleie og omsorg og det vil være mennesker med behov for slike tjenester som ikke mottar aktuelle stønader. Tar man utgangspunkt i mottakere av uførepensjon, grunn- eller hjelpestønad, vil ikke alle med behov skjermes. Begrunnelsen er for det første at mange funksjonshemmede voksne er yrkesaktive og ikke mottar uføretrygd, selv om de er avhengige av både tekniske hjelpemidler og praktisk hjelp i dagliglivet. Det er videre ikke slik at alle funksjonshemmede mottar grunn- og/eller hjelpestønad. En del funksjonshemmede kan ha ekstrautgifter til hjelpetiltak og tilrettelegging på grunn av funksjonshemming, uten at dette er ekstrautgifter som berettiger til grunnstønad.

Om man i definisjonene av gruppen funksjonshemmede legger til grunn et livsløpsperspektiv, vil funksjonshemming kun omfatte funksjonshemming av varig karakter, slik det forutsettes i Regjeringens handlingsplan. Midlertidig nedsatt funksjonsevne eller bevegelseshemming som f.eks. på grunn av benbrudd, er etter denne avgrensningen ikke å anse som funksjonshemming som gir grunn til skjerming. Om dette perspektivet legges til grunn vil en skjermingsordning måtte favne både dem over og under 66 år. Selv om en går inn i rekken av alderspensjonister ved oppnådde 67 år vil behovssituasjonen i forhold til funksjonshemmingen og således behovet for skjerming være uforandret.

Selv om behovssituasjonen knyttet konkret til funksjonshemmingen er den samme også for eldre funksjonshemmede, kan det argumenteres for at livssituasjonen for yngre og eldre funksjonshemmede er ulik. Det kan derfor i skjermingssammenheng være hensiktsmessig å differensiere mellom yngre og eldre funksjonshemmede. Med variasjon i livssituasjon menes for det første variasjon i aktivitetsnivå mellom gamle og unge brukere. Det antas at yngre som hovedregel kan delta og deltar på flere aktiviteter enn eldre. For det andre vil det i større grad være en normalsituasjon at man som følge av høy alder får mer eller mindre aldersrelaterte funksjonshemminger. Når man er yngre er dette ikke i samme grad normalsituasjonen. Rimelighetsbetraktninger kan derfor tale for at samfunnet i større grad i tilfeller der funksjonshemming ikke er normalsituasjonen, bør bidra til å normalisere livssituasjonen for denne gruppen.

Utvalget legger til grunn at det kan være rimelig med særlige skjermingsordninger for grupper av funksjonshemmede som har vedvarende stort hjelpebehov. Gruppen funksjonshemmede er imidlertid mangfoldig både hva gjelder behov for pleie- og omsorgstjenester, hvilke stønader de mottar og alder. Det er derfor vanskelig å finne skjermingskriterier som treffer gruppen som bør omfattes. Fordi det er vanskelig å utforme skjermingsordning i forhold til diagnose, stønadsmottak og pensjonsordning for denne gruppen, bør det vurderes om andre skjermingsordninger kan bidra til å skjerme målgruppen. Et alternativ til skjerming av funksjonshemmede som gruppe kan slik ulike brukerorganisasjoner har foreslått, være skjerming av ulike tjenestetilbud.

9.1.5.3 Skjerming av tjenester

Tjenesteskjerming betyr begrenset eller ingen brukerbetaling for utvalgte tjenester. Egenbetalingsutvalgets innstilling (NOU 1988:7) drøftet hvilke hensyn som tilsa å

skjerme enkelte tjenester for egenbetaling. De konkluderte med at det særlig var aktuelt i forhold til to tjenestetyper; behandling av alvorlig karakter og tjenester med forebyggende siktemål som samfunnet har stor interesse av at den enkelte mottar. Utvalget legger til grunn at gjeldende tjenesteskjermingsordninger skal videreføres. Her begrenser en seg til å vurdere hvorvidt det er nødvendig å skjerme ytterligere tjenester for å nå sentrale målsettinger innen helse- og sosialtjenesten.

Utvalget vil derfor se om skjerming av ulike tjenestetilbud er egnet til å skjerme de funksjonshemmede.

Skjerming av hjemmesykepleietjenester

Ulike brukerorganisasjoner har argumentert for at det ikke bør være brukerbetaling for hjemmesykepleie. Et eksempel på argumentasjonen for gratis hjemmesykepleie er uttalelsen fra Landsforeningen for hjerte- og lungesyke i forbindelse med hjerte- og lungesykes dag 9. mai 1996:

> «Hjemmesykepleie er en livsviktig helsetjeneste for mange syke- og funksjonshemmede. Sammen med hjemmehjelp er hjemmesykepleie i mange tilfeller en forutsetning for at funksjonshemmede og eldre skal bo i eget hjem. Fram til 1. oktober 1991 var hjemmesykepleie gratis for brukeren. Etter at kommunene fikk adgang til å ta egenandel for hjemmesykepleie, har stadig flere kommuner benyttet seg av denne muligheten. Tall fra Statistisk Sentralbyrå (SSB) viser at andelen kommuner med egenbetaling for hjemmesykepleie steg fra 51 prosent til 63 prosent fra 1993 til 1995. Fremdeles yter 1/3 av landets kommuner hjemmesykepleie kostnadsfritt for brukeren Det er etter LHL's syn viktig at det ikke legges økonomisk press på kommuner som fortsatt ønsker å la denne tjenesten være gratis. LHL frykter en utvikling der økt bruk av egenandeler hindrer at syke og funksjonshemmede får den hjelpen de har behov for. Pasienter skrives i dag ofte ut fra sykehus før de er ferdigbehandlet fordi de kan få nødvendig pleie i hjemmet. Det er urimelig at pasienten blir belastet med egenandeler på tjenester som ville vært gratis i sykehus. I 1995 hadde under halvparten av kommunene 46 prosent en nedre inntektsgrense som ga fritak for egenbetaling av hjemmetjenester. Dette er færre enn ett år tidligere da 56 prosent av kommunene hadde betalingsfritak. Bare fire prosent av kommunene har egne skjermingsregler for funksjonshemmede og uføre. LHL mener at hjemmesykepleie må være gratis for brukeren og oppfordrer Stortinget til å gå inn for at egenandeler for hjemmesykepleie fjernes umiddelbart.»

Tradisjonelt har det vært et skille mellom hjemmesykepleiers og hjemmehjelpers oppgaver med hensyn til hvilke tjenester de har utøvd overfor den enkelte bruker. Nygård (1992) har delt pleie og omsorg inn i fire «hverdagsfunksjoner» som i sin karakter er funksjoner som man kan bli mer eller mindre avhengig av hjelp til. Disse er som følger:

- *de praktiske funksjoner* som stort sett tilsvarer husstell, hus og vedlikehold, herunder matinnkjøp, matlaging, husvask, klesvask, hagestell, snømåking mv.,
- *de personlige funksjoner*, eller oppfølging av kroppens behov. Dette er funksjoner som av-/påkledning, personlig hygiene, toalettfunksjon, spising, medisinering, sårstell og behandling/opptrening,
- *tilsynsfunksjoner*. En rekke fysiske lidelser innebærer en betydelig risiko for at nye akutte endringer kan inntre. Psykiske lidelser og aldersdemens kan også kreve tilsyn med brukeren. Det er ikke alltid en direkte sammenheng mellom behovet for tilsyn og behovet for praktisk og personlig hjelp,
- *sosioemosjonelle funksjoner*. Disse behovene for nærhet og kontakt, for person-

lig bekreftelse, er det først og fremst de nærmeste som gir – familie og venner. De kan imidlertid være et viktig innslag også i den offentlige omsorgen.

Skillet mellom de praktiske funksjonene og de personlige funksjonene har i stor grad tilsvart det som tradisjonelt har vært skillet mellom tjenester utført av hjemmehjelpere og hjemmesykepleiere. Tilsynsfunksjonene og de sosioemosjonelle funksjonene har vært ivaretatt av både hjemmehjelpere og hjemmesykepleiere.

Fra 1. oktober 1991 ble det, etter en periode med betalingsfritak for denne tjenesten, igjen gitt adgang til å kreve betaling. Bakgrunnen for det var Egenbetalingsutvalgets innstilling (NOU 1988:7 side 87) hvor det het:

> «Ett problem i forhold til målet om helhetlig og fleksibel omsorgstjeneste i kommunene er at det er ulike regler for egenbetaling for de ulike deltjenestene som inngår i kjeden. For hjemmehjelp og de andre tiltakene innenfor hjelpeordningene for hjemmene kan det kreves egenbetaling av klienten. I hjemmesykepleien og for avlastnings- og rehabiliteringsopphold ved sykehjem er det derimot ikke anledning til å ta betaling. Om man skal få til en sammensmelting av de ulike tjenestene i et samlet omsorgstilbud, der hjemmehjelpere, sykepleiere og andre personellgrupper inngår og kan benyttes etter behov, er det nødvendig at egenbetalingsreglene forenkles og standardiseres. De som mottar hjelp og pleie bør betale for det samlede tjenestetilbudet uavhengig av hvem som utfører tjenestene og hvilke enkelttjenester som mottas.»

Fra 1991 til 1995 har bortimot to tredjedeler av kommunene innført brukerbetaling for hjemmesykepleie. Dette har trolig sammenheng med den utviklingen man har sett de senere årene hvor det har vært en sammensmelting av hjemmehjelpens og hjemmesykepleiens oppgaver. I stadig større grad har hjemmehjelpen overtatt oppgaver som tidligere var forbeholdt hjemmesykepleien. På denne måten har man utviklet effektive og fleksible tjenester som kan gi brukerne mer stabil hjelp og færre hjelpere å forholde seg til. Gratis hjemmesykepleie vil kunne hindre en fleksibel tjeneste der de bemanningsmessige ressursene benyttes på en best mulig måte, uten å skille i for stor grad på hvilke oppgaver den enkelte utfører til enhver tid. Er først hjemmesykepleier hos en bruker, kan det være hensiktsmessig at noen av de oppgavene som tradisjonelt har vært lagt til hjemmehjelpen utføres av hjemmesykepleier. Det omvendte er selvfølgelig også tilfellet, men noen av de oppgavene som tradisjonelt har vært knyttet til hjemmesykepleieren må fortsatt utføres av denne typen faglig utdannet personell. Dette er oppgaver som sårstell, medikamentering- og andre spesialiserte oppgaver som krever sykepleiefaglig bakgrunn.

For å kunne se hjemmebasert pleie og omsorg mer i sammenheng, kan man velge å skjerme både hjemmesykepleie og hjemmehjelpstjenesten. Dette kan bidra til at tjenestene organiseres, utformes og utøves fleksibelt av ulike faggrupper.

Ved skjerming av disse tjenestetilbudene tar man konsekvensen av at gruppen funksjonshemmede er vanskelig å definere. En generell skjerming av hjemmebaserte tjenester vil imidlertid også omfatte andre brukergrupper enn de man primært ønsker å skjerme, dvs. funksjonshemmede med stort og vedvarende behov for tjenester. Også brukere med mindre og forbigående behov vil omfattes av en generell tjenesteskjermingsordning. Utvalget har sett på ulike måter å avgrense målgruppen på i forbindelse med tjenesteskjerming.

For å avgrense målgruppen er det drøftet om det er hensiktsmessig å sette en øvre aldersgrense for fritaket for brukerbetaling for hjemmesykepleie og hjemmehjelp. Fordi funksjonshemming eller kronisk sykdom forutsettes å være varig om tilstanden er medfødt eller oppstår før eller etter fylte 67 år, er det vanskelig å avgrense gruppen på denne måten. Behovet for tjenester vil være like stort i forhold til

funksjonshemmingen også etter fylte 67 år. Et alternativ kan være en ordning hvor tjenestene er gratis opptil fylte 67 år, men hvor en annen skjermingsordning inntrer for brukere som har passert denne alder. En mulighet vil være at de som har fått innvilget tjenester før fylte 67 år opprettholder betalingsfritak også etter fylte 67 år. For de som får et vedvarende og stort behov for tjenester etter fylte 67 år, er en mulighet å utarbeide nasjonale retningslinjer hvor det gis betalingsfritak for inntekter opp til et visst nivå, f.eks. opp til 3 G, eventuelt med et skråtak for brukerbetaling for brukere med inntekter over dette nivå.

For å ytterligere avgrense målgruppen, kan man tenke seg en ordning hvor det stilles som vilkår for betalingsfritak at behovet for tjenester er av en viss varighet eller av et visst omfang. Som påpekt i *"Drøfting av sentrale mål, begreper og hensyn"* i kap. 3 er hjemmesykepleie- og hjemmehjelpstjenester et rasjonert tilbud. Kommunen tildeler den enkelte bruker tjenester etter en faglig vurdering av behov. Den enkeltes behov for tjenester skal spesifiseres i forbindelse med at kommunen treffer vedtak om tildeling av tjenestetilbud. I denne forbindelse kan det derfor la seg gjøre å vurdere, etter ovennevnte vilkår, hvilke brukere som skal fritas for brukerbetaling.

Gratis hjemmesykepleie og hjemmehjelp kan være en aktuell skjermingsordning i forhold til funksjonshemmede med vedvarende og stort behov for tjenester.

Skjerming av tjenester til dekning av primære eller sekundære brukerbehov

En annen tilnærming for å skjerme grupper med vedvarende stort hjelpebehov er å etablere skjermingsordninger som tar hensyn til om tjenesten som ytes brukeren er til dekning av brukerens primære eller sekundære behov. Skjerming kan her skje ved at tjenester som skal dekke «primære», «grunnleggende», eller «basale behov» ytes gratis.

Spørsmålet blir da hvilke behov skal defineres som «primære» og «sekundære» for en bruker. Det kan sannsynligvis være enighet om at behov som det å stå opp, legge seg, spise, toalettbesøk og personlig stell er primære behov. Mer komplisert vil det være å avgjøre om andre daglige gjøremål som matinnkjøp, matombringing, stell av klær osv. er det samme. Norges Handikapforbund har i forbindelse med utvalgets arbeid gitt uttrykk for at «primære behov» kan være behov den enkelte har som er avgjørende nødvendig, slik at den enkelte ikke får en redusert helsetilstand. «Sekundære behov» kan videre være behov bruker har for kommunal tjenesteyting som er nyttig og nødvendig, men som det ikke har helsetruende konsekvenser om de uteblir. Norges Handikapforbund framholder imidlertid videre at det er umulig å sette opp en generell, standardisert liste over primære og sekundære behov innenfor helse-/omsorgssektoren, idet det kan være individuelt i forhold til den enkelte bruker.

Sosial- og helsedepartementet har i forskrift og retningslinjer for kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten 1-13/97 søkt å definere hva som skal til for å tilfredsstille grunnleggende behov. Her heter det:

- oppleve trygghet, forutsigbarhet og respekt i forhold til tjenestetilbudet
- mulighet for å ivareta sin egenomsorg
- grunnleggende fysiologiske behov som tilstrekkelig næring (mat og drikke), variert og helsefremmende kosthold og rimelig valgfrihet i forhold til mat
- tilpasset hjelp ved måltider og nok ro til å spise
- få ivaretatt personlig hygiene og naturlige funksjoner (toalett)
- tilpasset hjelp ved av og påkledning
- følge en normal døgnrytme og unngå uønsket og unødig sengeopphold
- mulighet for ro og skjermet privatliv, selvstendighet og styring av eget liv

- mulighet for samvær, sosial kontakt, fellesskap og aktivitet
- tilbud om varierte og tilpassede aktiviteter både ute og inne
- nødvendig medisinsk undersøkelse og behandling, rehabilitering, pleie og omsorg tilpasset den enkeltes tilstand
- nødvendig tannbehandling og ivaretatt munnhygiene
- en verdig livsavslutning i trygge og rolige omgivelser
- grunnleggende fysiologiske behov som tilstrekkelig næring, væsketilførsel og søvn samt å få ivaretatt personlig hygiene og naturlige funksjoner (toalett)
- trygghet og respekt
- selvstendighet og styring av eget liv, herunder privatliv
- sosial kontakt, fellesskap og aktivitet og
- valgmulighet.

Man kan tenke seg en ordning hvor det i forbindelse med enkeltvedtak om tildeling av tjenester og brukerbetaling vurderes hvorvidt det er tale om tjenester til dekning av brukerens «primære» eller «sekundære behov». Administrativt vil ikke en slik ordning få særlige konsekvenser, idet det allerede i dag treffes enkeltvedtak om tjenester i forhold til brukerens behov.

En slik ordning kan imidlertid kreve hyppigere vurdering av søkers behov. Ved å legge til grunn et skille mellom «primære» og «sekundære behov» for hver enkelt bruker, blir ordningen avhengig av den enkelte saksbehandlers skjønnsvurdering. Dette kan bety mindre trygghet og rettssikkerhet for brukeren, selv om tildeling av tjenester skjer ved enkeltvedtak. Ordningen vil også kunne åpne for store kommunale forskjeller i vurderingene, idet retningslinjene/forskriftene, for hva som er å anse som primære og sekundære behov kan variere fra kommune til kommune.

Korttidsopphold i sykehjem mv.

Korttidsopphold kan ha som formål avlastning eller rehabilitering. Økt satsing på denne typen tjenester har vært en uttalt målsetting fra sentrale myndigheter. Bruk av rehabiliterings- og avlastningstjenester antas å ha en samfunnsøkonomisk og velferdsmessig gunstig effekt idet det vil bidra til at flere vil kunne opprettholde et høyere funksjonsnivå, i større grad være i stand til å greie seg selv, og bo hjemme lengre.

Statlig tilskudd eller økt brukerbetaling vil i denne sammenheng kunne være et virkemiddel for å øke tilbudet av korttidsplasser. I *"En tjenestebasert brukerbetalingsmodell"* i kap. 12 og *"Dagens brukerbetalingsmodell og endringsmuligheter"* i 13 drøftes nærmere hvordan slike tiltak kan stimulere til økt tilbud av korttidsplasser. Et motargument mot å stimulere kommunene til økt bruk av korttidsplasser gjennom å øke brukerbetalingen, vil være om brukerbetalingen settes så høyt av avvisningseffekten blir for stor.

9.1.6 Kommunal eller statlig fastsetting av brukerbetalings- og skjermingsordninger

Brukerbetalings- og skjermingsordninger kan fastsettes sentralt eller lokalt. I St.meld. nr. 44 (1989–90) side 47 heter det:

> «Det er i *"Sammendrag"* i kapittel 2 redegjort for de forskjellige egenbetalingsordningene som finnes i helse- og sosialsektoren. De kan grovt sett deles i tre typer. Det er for det første ordninger der det fra statlig hold er bestemt at det ikke er tillatt med egenbetaling. Det gjelder bl.a. sykehusopphold og hjemmesykepleie[7] . For det andre finnes det ordninger der det fra

> sentralt hold er fastsatt betalingssatser slik at det er ens betaling over hele landet. Det dreier seg bl.a. om helsetjenester utenfor institusjon så som legehjelp og fysioterapi. For ikke avtalebaserte leger vil det likevel være varierende egenbetaling fra lege til lege. For det tredje finnes det ordninger der betalingssatsene bestemmes i den enkelte kommune. Det dreier seg bl.a. om tjenestene i den hjemmebaserte omsorgen. Her varierer betalingen betydelig. Denne forskjellen mellom fastsetting av egenbetalingssatsene sentralt og lokalt henger sammen med at det bare er for visse tjenester at folketrygden deltar direkte i finansieringen ved refusjonsordninger. I og med folketrygdens nasjonale karakter er det for disse tjenestene naturlig at egenbetalingssatsene fastsettes sentralt. For tjeneste som finansieres og organiseres av kommuneforvaltningen er det mer naturlig at form og nivå for egenbetaling bestemmes ut fra en lokal vurdering og prioritering. Lokalt særegne organisasjonsformer i helse- og sosialsektoren kan være et gode som ikke bør hindres ved rigide statlige forskrifter, bl.a. om egenbetalingsform. ... På den annen side har det for visse tjenester vært ansett som viktig med større grad av nasjonal likhet i tilbudet. Det har bl.a. resultert at det for opphold i institusjon er utarbeidet maksimalsatser for betaling for korttids- og langtidsopphold.»

I St.meld. nr. 44 (1989–90) ble det som gjengitt ovenfor framholdt at for tjenester som finansieres og organiseres av kommuneforvaltningen, er det mer naturlig at form og nivå for brukerbetaling bestemmes ut fra lokal vurdering og prioritering. I Innst. S. nr. 180 (1995–96) uttaler sosialkomiteen imidlertid:

> «Komiteen vil understreke at det er et mål at det ikke blir for stor variasjon i brukerbetalingen for omsorgstjenester fra kommune til kommune.»

Større likhet i brukerbetalingen fra kommune til kommune kan på dette område oppnås ved å innføre sentralt fastsatte brukerbetalingstak for ulike inntektsgrupper.

Når det gjelder skjermingsregler for å unngå uønskede helsemessige- eller sosiale virkninger, bør slike ordninger gjelde for hele befolkningen uavhengig av bosted. Det er derfor hensiktsmessig at de utformes sentralt. Dette gjelder f.eks. om man ønsker å skjerme visse tjenester eller visse brukergrupper.

9.2 BEREGNINGSGRUNNLAG FOR BRUKERBETALING

9.2.1 Innledning

Hvorledes bør man fastsette den inntekt som skal danne grunnlaget for brukerens betaling for et tjenestetilbud? Dette er et sentralt spørsmål mer generelt og spesielt for en modell med samme brukerbetalingssystem i og utenfor institusjon innen pleie- og omsorgstjenesten. Etter dagens system fastsettes inntektsgrunnlaget forskjellig avhengig av om tjenesten mottas i eller utenfor institusjon.

Det er bare i forhold til pleie og omsorgsutgifter og totalskjermingsordninger det er aktuelt å drøfte inntektsbegrepet. Når det gjelder helsetjenester som omfattes av frikortordningen, er det dokumenterte utgifter og ikke inntektsforhold som er avgjørende. Inntektsbegrepet som legges til grunn for vurdering av bostøtte, forutsettes videreført.

Hvilket inntektsgrunnlag som velges, vil være av økonomisk betydning både for kommunen og den enkelte bruker. For kommunen fordi det vil avgjøre kommunens inntektspotensiale; for brukeren ved at det vil bestemme hvor stor den økonomiske belastningen ved brukerbetaling blir. Både for kommunen og den enkelte

7. Hjemmel for egenbetaling for hjemmesykepleie er innført senere. (Utvalgets merknad)

bruker vil det være en fordel med et inntektsbegrep som i størst mulig grad gjenspeiler den enkeltes faktiske betalingsevne, og at det er et administrativt enkelt begrep, hvor det bl.a. er enkelt å innhente korrekt og nødvendig informasjon. For å sikre rettslikhet er det også en fordel med et begrep som folk kjenner fra andre sammenhenger. Dette kan også bidra til å rydde unna tolkningsproblemer.

9.2.2 Alternative inntektsbegrep

Inntektsbegrepet i forskrift om vederlag for opphold i institusjon

Inntektsbegrepet som pr. i dag gjelder for beregning av vederlag for opphold i institusjon mv. er definert i forskrift om vederlag for opphold i institusjon § 3. Her heter det:

> «Som inntekt regnes årets inntekter på grunnlag av pensjon, andre løpende trygdeytelser, arbeidsinntekt, næringsinntekt, leieinntekt, renter og annen avkastning av formue, etter fradrag av skatt og gjeldsrenter. Avkastning av erstatning for framtidige utgifter regnes ikke som inntekt.»

Etter denne forskriften er det individets inntekter i inntektsåret som legges til grunn når vederlag beregnes. Forskriften legger den disponible inntekten til grunn for vederlaget. Dette betyr at en del inntekts- og fradragstyper som inngår ved beregning av skatt, ikke inngår ved beregning av vederlag. Eksempel på dette er inntektsfordel ved egen bolig, minstefradrag og særfradrag.

Fordelen ved å legge disponibel inntekt til grunn som beregningsgrunnlag er at den så langt som det lar seg gjøre, gjenspeiler den enkelte brukers faktiske betalingsevne. Problemet med et inntektsbegrep som dette er imidlertid at det vil være et administrativt merarbeid å samle inn tilstrekkelige opplysninger. Det er videre ikke et inntektsbegrep som benyttes i andre sammenhenger slik at folk flest kjenner innholdet i det. Avvik fra etablerte inntektsbegrep og mange særregler har medført en rekke tolkningsproblemer og problemer med utmålingen. Det kan ha resultert i forskjellsbehandling.

Inntektsbegrepet i forskrift om vederlag for sosiale tjenester, hjemmesykepleie mv.

I motsetning til inntektsbegrepet som gjelder for beregning av vederlag for opphold i institusjon mv., er inntektsbegrepet som i dag benyttes ved beregning av brukerbetaling utenfor institusjon i stor grad sammenfallende med etablerte inntektsbegrep i skatteberegningssammenheng. I forskriften § 8–4 heter det:

> «Når kommunen bestemmer det maksimale vederlag en person skal betale pr. år for tjenester som nevnt i § 8–1, skal betalingen beregnes på grunnlag av husstandens samlede skattbare nettoinntekt før særfradrag. Siste tilgjengelige skatteligning pr. 1. januar i det aktuelle året legges til grunn, med mindre inntekten er vesentlig endret. Til inntekten legges også hjelpestønad fra folketrygden til hjelp i huset, mens omsorgslønn som nevnt i § 8–2 annet ledd skal trekkes fra i inntektsgrunnlaget. »

Utgangspunktet etter denne forskriften er husstandens samlede nettoinntekt som er sammenfallende med alminnelig inntekt etter skatteloven kap. III. Skattbar nettoinntekt eller alminnelig inntekt er arbeids-, virksomhets- og kapitalinntekter fratrukket utgifter til inntekts ervervelse, sikring eller vedlikehold, jf. skatteloven kap. III.

Fordelen ved å benytte etablerte inntektsbegrep fra skattegrunnlaget er for det første at det er lett tilgjengelige opplysninger. Skattbar nettoinntekt eller alminnelig

inntekt er utgangspunktet for beregning av kommune- og fellesskatten. Disse inntektsopplysningene kan derfor enkelt innhentes eller overføres fra ligningsetaten. En annen fordel ved å benytte opplysninger fra siste tilgjengelige skatteligning er at det er kontrollerte og godkjente inntektsopplysninger. Skattbar nettoinntekt er videre et begrep det i stor utstrekning foreligger en felles forståelse av, og som den enkelte derfor kan forstå og etterprøve. Dette kan bidra til å unngå tolkningstvil og derved bidra til rettsriktige avgjørelser. Fordi beskatningen etter norsk rett skjer etter skatteevneprinsippet, vil skattbar nettoinntekt også gi uttrykk for den enkeltes betalingsevne.

Selv om anvendelsen av inntektsbegrepene som benyttes som grunnlag for skatteberegninger vil ivareta mange av de hensyn som ble skissert innledningsvis, er det viktig å være oppmerksom på forhold ved disse inntektsbegrep som kan føre til at den enkeltes disponible inntekt avviker fra de inntektsopplysninger som framkommer i ligningssammenheng. Dette er særlig viktig å være oppmerksom på i skjermingssammenheng. Forhold som kan bidra til at den disponible inntekten er lavere enn det som framgår av inntektsgrunnlaget er for eksempel at fordel ved å bo i egen bolig og fordel ved firmabil inngår i inntektsgrunnlaget. Andre forhold kan bidra til at den disponible inntekten er høyere enn det som framgår av inntektsgrunnlaget. For eksempel at gevinster fra lotteri eller i visse tilfeller gevinst ved salg av bolig ikke vil inngå i inntektsgrunnlaget, fordi det er skattefrie inntekter.

For å komme noe nærmere den enkeltes disponible inntekt, kan det være hensiktsmessig i framtida å legge til grunn alminnelig inntekt fratrukket skatt som beregningsgrunnlag. Dette vil i større grad enn alminnelig inntekt gjenspeile den disponible inntekten. Dette gir imidlertid en viss mulighet for skatteplanlegging og mulighet for å unndra inntekter, slik at beregningsgrunnlaget blir lavere enn den reelle betalingsevnen. Tilpasningsmuligheter vil det imidlertid også være om man bare legger alminnelig inntekt til grunn, idet den enkelte f.eks. kan velge å investere formue slik at avkastningen ikke inngår i skatteberegningsgrunnlaget. Administrative hensyn taler for å kunne benytte samme inntektsbegrep både som beregnings- og skjermingsgrunnlag Det vil derfor være hensiktsmessig å velge det inntektsbegrep som i størst mulig utstrekning gjenspeiler den enkeltes betalingsevne, dvs. alminnelig inntekt fratrukket skatt.

Personinntekt som beregningsgrunnlag

Et annet alternativt inntektsbegrep som er kjent fra skatteberegningsgrunnlaget er personinntekt. Regler om hva som er personinntekt følger av skatteloven kap. IV § 55 flg. Begrepet personinntekt skiller seg fra begrepet alminnelig inntekt eller skattbar nettoinntekt først og fremst på to punkter. Personinntekt omfatter bare inntekter som skyldes personlig innsats, dvs. at kapitalinntekter ikke inngår i begrepet. Dette gjør at den disponible inntekt kan være høyere enn det framgår av personinntektsbegrepet.

I motsetning til alminnelig inntekt er det også et bruttoinntektsbegrep. Det betyr at det i lønnsinntekter mv. ikke er gjort fradrag for utgifter til inntekts ervervelse, heller ikke minstefradraget eller eventuelt særfradrag. Dette gjelder også arbeidsinntektsdelen av virksomhetsinntekter hvor det ikke gis fradrag for kapitalomkostninger. Dette forholdet kan bety at personinntekten framstår som høyere enn den disponible inntekten.

Alminnelig inntekt fratrukket skatt vil trolig i større utstrekning enn personinntekten gjenspeile den disponible inntekten, fordi den tar hensyn til gjeld og andre utgifter til inntektens ervervelse. Alminnelig inntekt fratrukket skatt er derfor å foretrekke i brukerbetalings- og skjermingssammenheng.

Valg av inntektsbegrep

Skal man utforme en fullt ut gjennomgående brukerbetalingsordning, bør samme inntektsbegrep legges til grunn for beregningene både i og utenfor institusjon. Alminnelig inntekt før særfradrag er i dag innarbeidet som beregningsgrunnlag utenfor institusjon. Å videreføre dette samt innføre det i institusjon, vil være administrativt enkelt fordi opplysningene er tilgjengelig gjennom skatteligningen. Samtidig vil det medføre mindre innkjøringsproblemer å innføre det også i institusjon, idet det er et kjent og innarbeidet begrep.

Alminnelig inntekt før særfradrag vil imidlertid ikke være tilstrekkelig beregningsgrunnlag i forhold til totalskjermingsordninger. Som påpekt over kan det avvike fra disponibel inntekt. Totalskjermingsordninger skal sikre at belastningen ved brukerbetaling ikke blir større enn at den enkelte har tilstrekkelig midler igjen til dekning av personlige behov og bære sitt ansvar som forsørger. Det er derfor viktig at grunnlaget for vurderingen i størst mulig grad gjenspeiler brukerens faktiske disponible inntekt. Inntektsbegrepet i dagens forskrift om vederlag for opphold i institusjon og boform for heldøgns omsorg og pleie legger til grunn den disponible inntekten, ved at ligningsmessige inntekter og fradrag ikke tas med i beregningsgrunnlaget. Dette inntektsbegrepet vil i utgangspunktet være egnet i forhold til en totalskjermingsordning. Som beskrevet ovenfor har det imidlertid vist seg å være vanskelig å praktisere og arbeidskrevende å administrere, idet det er vanskelig å innhente tilstrekkelig informasjon om alle økonomiske forhold. Ordningen kan derfor ha gitt tilfeldige resultat avhengig av hvor godt inntektsopplysninger er dokumentert av den enkelte bruker eller saksbehandler. Det synes derfor hensiktsmessig å ta utgangspunkt i alminnelig inntekt etter skatt som grunnlag i totalskjermingssammenheng i en eventuell gjennomgående brukerbetalingsmodell. Innføring av alminnelig inntekt etter skatt som beregningsgrunnlag vil rydde av veien tvil om hvilke inntekts- og utgiftsposter som inngår i beregningsgrunnlaget. Samtidig vil det grovt sett gjenspeile den enkeltes betalingsevne. Hvis det kan dokumenteres store avvik mellom alminnelig inntekt etter skatt og disponibel inntekt, må kommunen legge disse opplysningene til grunn for å sikre at brukerbetalingen ikke belaster enkelte brukere urimelig hardt.

Utvalget legger til grunn at det er hensiktsmessig, uansett valg av brukerbetalingmodell, å opprettholde dagens inntektsbegrep for beregning av vederlag for pleie og omsorg og totalskjerming utenfor institusjon. For å løse administrative problemer forbundet med praktiseringen av disponibel inntekt som beregningsgrunnlag i institusjon, foreslås alminnelig inntekt etter skatt innført som en hovedregel. Det må imidlertid åpnes for at det tas hensyn til store avvik mellom alminnelig inntekt etter skatt og disponibel inntekt.

9.2.3 Individ eller husstandsnivå?

En kan måle inntekten både på individ- og husstandsnivå. For eksempel er individets inntekter lagt til grunn for brukerbetaling i institusjon. For betaling av kommunale hjemmetjenester legges husstandsinntekten til grunn.

I Innst. S. nr. 87 (1995–96) foreslår stortingsrepresentant Inger-Marie Ytterhorn fra Fremskrittspartiet en endring av inntektsbegrepet under utgiftstaket for brukerbetaling av hjemmebaserte tjenester til å gjelde hjelpemottakerens inntekt – ikke husstandens. Forslagsstilleren finner det svært urimelig at en ektefelle/samboer med en beskjeden inntekt skal måtte dekke utgifter til eksempelvis hjemmesykepleie for andre medlemmer av husstanden, eller få sine disponible midler redusert på grunn av at et husstandsmedlem ikke får plass i sykehjem mv. Forslagsstilleren finner det også urimelig at et husstandsmedlem skal «straffes» for å ha en omsorgstrengende

person i hjemmet – som kanskje ikke har oppnådd en plass i sykehjem, eller eventuelt måtte unnlate å beholde ektefelle/samboer hjemme fordi det påfører en utgifter en ikke har i sykehjem.

I brev datert 2.11.95 fra Sosial- og helsedepartementet til Sosialkomiteen, heter det at dette har sin årsak i at kommunene før 1991 ikke hadde anledning til å ta betalt for hjemmesykepleie, slik at det falt naturlig å kreve betaling etter husstandens inntekt for en tjeneste som kommer husstanden til gode. Fra 1991 har kommunene hatt anledning til å ta betalt også for hjemmesykepleie. Husstandsbegrepet er imidlertid opprettholdt i betalingsforskriftene, noe som må ses på bakgrunn av at flertallet av mottakere av hjemmesykepleie også mottar hjemmehjelp. Sosial- og helsedepartementet skriver videre at en til nå ikke har registrert spesielle problemer eller kritikk fra kommunene eller andre i forbindelse med bruk av husstandens inntekt som beregningsgrunnlag.

Det kan gis argumenter både for å bruke individets inntekter og husstandens inntekter som måleenhet. Et argument kan gå på hvorvidt og i hvilken grad tjenesten som ytes kommer individet alene til gode.

På ulike samfunnsområder behandles familien som en enhet av blant annet fordelingsmessige og kostnadsmessige årsaker. Dette gjelder både i forhold til rettigheter og plikter. En tar hensyn til ektefelle ved ulike forsørgingstillegg og etterlattefordeler i folketrygden, og flere offentlige ytelser er familiebaserte, som for eksempel bostøtte og sosialhjelp. Skattesystemet er i stor grad individbasert, men der hvor en ektefelle forsørger den andre kan skatteklasse 2 benyttes.

Et problem med å regne brukerbetaling på grunnlag av individets inntekter, er at dette øker mulighetene for å tilpasse seg regelverket på en slik måte at bidraget reduseres. Dette kan for eksempel skje ved å føre opp inntekter på den ene ektefellen som ikke er pleietrengende. Et individbasert system vil slik kunne falle gunstig ut for dem som foretar slike tilpasninger i forhold til dem som ikke gjør det og enslige personer. Et annet argument som taler for bruk av husholdets inntekt, er at det i alle fall ikke kan gi dårligere informasjon om husholdets samlede levekår enn kun å betrakte et individs inntekt.

Argumentene foran taler for å opprettholde bruk av husholdningsinntekt i de hjemmebaserte tjenester. Et gjennomgående system vil innebære at en innfører bruk av husholdningsinntekten også i institusjon. Dette åpner imidlertid opp for flere prinsipielle problemstillinger.

Å legge husstandsinntekten til grunn som beregningsgrunnlag for vederlag for opphold i institusjon innebærer at andre medlemmer av husstanden gjøres ansvarlig for et husstandsmedlems utgifter forbundet med institusjonsopphold, en tjeneste som i all hovedsak kommer individet alene til gode. Spørsmålet er derfor i hvilken grad en ektefelle/samboer juridisk sett kan gjøres ansvarlig for kostnader forbundet med den andre ektefellens opphold i institusjon.

Ektefeller

I henhold til ekteskapsloven § 38 har ektefeller gjensidig underholdsplikt. Her heter det bl.a.:

> «Ektefellene har sammen ansvaret for de utgiftene og det arbeidet som kreves for det felles hushold ..... og hver ektefelles særlige behov. Ektefellene bidrar ved tilskudd av penger, ved virksomhet i hjemmet eller på annen måte. En ektefelle kan i rimelig utstrekning kreve penger av den andre ektefellen til å dekke utgifter som nevnt i første ledd.»

Spørsmålet er om ektefellers gjensidige underholdsplikt også omfatter tilfeller hvor den ene av ektefellene flytter inn i institusjon. Begrunnelsen for den gjensidige forsørgelsesplikten er det økonomiske fellesskapet ektefeller har. Kan en si at ektefellenes økonomiske fellesskap fortsetter om den ene ektefellen flytter inn i institusjon slik at forsørgelsesplikten fortsatt skal gjelde? I kommentarer til ekteskapsloven heter det at plikten etter § 38 gjelder under samlivet. Etter samlivsbrudd gjelder de samme regler som etter separasjon og skilsmisse, jf. ekteskapsloven § 79 første ledd. Årsaken til at ektefellene ikke bor sammen, er imidlertid avgjørende for om samlivet skal anses brutt i forhold til den gjensidige underholdsplikten. At ektefellene bor fra hverandre av naturlige årsaker, f.eks. fordi den ene eller begge bor på institusjon, innebærer ikke noe samlivsbrudd i forhold til ekteskapsloven § 22, og innebærer derfor heller ikke at underholdsplikten etter ekteskapsloven § 38 opphører.

Selv om den gjensidige underholdsplikten opprettholdes, er det et spørsmål om vederlag for opphold i institusjon er utgifter den andre ektefellen kan gjøres ansvarlig for, eller om det faller utenfor begrepet «særlige forhold» i ekteskapsloven § 38. Spørsmålet er om formuleringen «*hver ektefelles særlige behov*» innebærer at ektefeller kan gjøres ansvarlig for utgifter forbundet med opphold i institusjon. I «Ekteskapsloven og enkelte andre lover med kommentarer», Holmøy, Lødrup, 1994 heter det:

> «En ektefelles «særlige behov» omfatter f.eks. klær, legeregninger, medisiner, forretningskontingenter osv. Begrepet er noe mer omfattende enn «nødvendige behov» i § 41. Heller ikke plikten etter § 38 kan omfatte bidrag til dekning av gjeld, f.eks. skattekrav.»

De utgiftsposter som her listes opp kan til dels være sammenfallende med de tjenester en institusjonsbeboer mottar i institusjon. Dette kan tale for at hjemmeboende ektefelle kan bli ansvarlig for å dekke vederlag i forbindelse med institusjonsopphold, fordi institusjonsoppholdet kan være dekning av den syke ektefellens «særlige behov». På den annen side er de utgiftsposter som nevnes som eksempel av et helt annet omfang enn de utgifter som kan påløpe i forbindelse med et institusjonsopphold. Formålet med bestemmelsen har ikke vært å dekke så omfattende utgifter for den andre ektefellen, men bidra til å dekke løpende dagligdagse behov av mindre omfang. Plikten til å dekke den andre ektefellens særlige behov i forbindelse med institusjonsopphold, vil f.eks. bety at hjemmeboende ektefelle har ansvar for at den av ektefellene som bor i institusjon kan få ferie eller delta på ulike aktiviteter hvis egne midler ikke strekker til.

Det forhold at sambeskatning av ektefeller opphører etter skatteloven § 16, 3. ledd når ektefellene «til stadighet lever atskilt», taler også for at husstandsinntekten ikke bør legges til grunn ved beregning av vederlag i institusjon.

Gjeld

Om man ser på kommunen som en kreditor i forhold til den enkelte institusjonsbeboer, blir den hjemmeboende ektefellens forpliktelse den samme enten ektefellene har særeie eller felleseie. Kreditorer kan ikke røre den hjemmeboendes særeie og heller ikke den hjemmeboendes rådighetsdel av felleseiet.

Det foreligger altså ikke tilstrekkelig grunnlag for å legge husstandens inntekt til grunn selv om det er tale om ektefeller. Hvis vi ønsker å legge husstandsinntekten til grunn, må vi innta særskilt hjemmel for dette i kommunehelsetjenesteloven. Det er ikke tilstrekkelig å innta hjemmel for dette i forskrift, idet det vil være i strid med ekteskapsloven § 38 bestemmelser om omfanget av forsørgelsesplikten.

9.3 OPPSUMMERING

Ut fra drøftingene foran vil utvalget legge følgende til grunn ved videre utforming av brukerbetalingsmodell:

- Utvalget legger til grunn at det kan være sterke grunner til at grupper av funksjonshemmede bør skjermes. På grunn av problemer med å avgrense funksjonshemmede som gruppe, har utvalgets flertall ikke gått videre med denne problemstillingen. Det vises likevel til særmerknad fra medlemmene Arum og Daleng om gratis pleie og omsorg og forslaget fra Arum, Daleng, Jensen og Johnsen om gratis pleie og omsorg for brukere med inntekt under 3 G.
- Utvalget vil ikke anbefale skjerming i forhold til inndeling av tjenester etter primære og sekundære behov.
- Utvalget foreslår alminnelig inntekt før særfradrag som grunnlag for beregning av brukerbetaling for pleie og omsorg uavhengig av hvilken brukerbetalingsmodell som foreslås innført.
- Alminnelig inntekt etter skatt skal som hovedregel legges til grunn for totalskjermingsordning i institusjon. Dersom brukeren kan dokumentere at dette inntektsbegrepet gir store avvik fra hva brukeren reelt disponerer, vil inntekten som legges til grunn kunne vurderes særskilt.
- Utvalget foreslår at husstandsinntekten fortsatt legges til grunn for beregning av brukerbetaling utenfor institusjon. Ved beregning av brukerbetaling i institusjon legges brukerens inntekt til grunn.

KAPITTEL10

Boligformuen

10.1 INNLEDNING

Framtidas eldre vil ha høyere inntekter og formuer enn hva de eldre i gjennomsnitt har i dag, jf. *"Framtidig behov for pleie- og omsorgstjenester"* i kap. 7. En større andel av de framtidige eldre vil blant annet eie sin egen bolig, enn hva som er tilfellet blant dagens eldre. Mange vil få overført betydelige verdier gjennom arv fra foreldregenerasjonen relativt sent i livet. Størrelsen på slik arv kan øke som et resultat av høyere formuer i befolkningen generelt. Samtidig blir det færre i hver familie som skal dele på arven.

Utvalget er bedt om å foreslå et system for betaling i pleie- og omsorgstjenesten som bidrar til at brukerbetalingen i framtida kan finansiere en større andel av de samlede utgiftene til sektoren. Videre skal utvalget klargjøre det personlige ansvaret for å dekke bokostnader og videre bidra til at den enkelte tar hensyn til dette, blant annet i beslutninger om sparing og overføring av formue til arvinger før en blir pleietrengende.

Utvalget drøfter i dette kapitlet mulige tiltak for å stimulere folk til å planlegge sin alderdom når det gjelder bolig, men også når det gjelder bruk av sin formue generelt med sikte på å kunne klare seg selv så lenge som mulig uten hjelp fra det offentlige. Bruk av egen formue kan for mange sikre en god levestandard i pensjonistårene.

10.2 GENERELT OM FORMUE

Privat formue vil dels bestå av realkapital og dels av finanskapital. Formuesbegrepet kunne tenkes utvidet slik at framtidige pensjonsrettigheter og framtidige inntektsmuligheter ved den enkeltes kunnskaper og kompetanse også ble omfattet. I dette kapitlet omfattes imidlertid kun realkapital og finanskapital når en omtaler formue. Realkapitalen består av produksjonskapital og av konsumkapital, som f.eks. bolig og hytte. Brutto finanskapital inkluderer finansielle aktiva som bankinnskudd, aksjer og obligasjoner mv. Netto finanskapital er lik brutto finanskapital, fratrukket gjeld.

Formuen vil påvirke husholdningenes/individenes levekår på flere måter. Rent inntektsmessig vil formue gi en pengemessig avkastning i form av renteinntekter, aksjeutbytte og eventuelle gevinster/tap som følge av verdiendringer. For mange er selve inntektsgrunnlaget knyttet til formuen. Videre representerer formuen oppsamlede forbruksmuligheter. Formuesobjekter kan selges i markedet eller belånes og dermed gi grunnlag for økt forbruk. Realformue vil ofte også gi en annen form for avkastning, avkastning i form av forbruk når formuesobjektene benyttes. Her inngår først og fremst bruken av boliger, hytter, biler, båter mv. Avkastningen kan også fastsettes til det som det ville kostet å leie f.eks. et tilsvarende hus.

Den delen av formuen som holdes i form av finanskapital (kontanter, bankinnskudd, aksjer, obligasjoner mv.) er relativt likvide, mens formuen i form av realkapital (f.eks. boliger) ikke er likvid i samme grad. Siden boligkapitalen utgjør en stor del av formuen for mange eldre, vil en i avsn. 10.5 gå nærmere inn på noen modeller for hvordan en kan tenke seg å anvende boligformuen med sikte på å skape rom for økt forbruk i alderdommen.

10.3 NÆRMERE OM ANVENDELSE AV BOLIGFORMUE

Eldre bygger i liten grad ned boligformuen. En stor del overføres ofte til arvinger. Dette gjelder også annen formue. Sannsynligvis har dette mye med holdninger hos de eldre å gjøre. Det er flere forhold som taler for at holdningen til å bruke av egen formue i alderdommen kan endre seg i framtida. Økt utbygging av velferdsordninger, større mobilitet og avstand mellom generasjonene gjør at forsørgelsesansvaret kan stå svakere hos generasjoner født etter 2. verdenskrig. På grunn av lengre levetid vil arvingene ofte være i 50-årene og allerede godt etablerte. Nye generasjoner har videre vent seg til et atferdsmønster der kommersielle fritidsaktiviteter er utbredt. Denne livsstilen vil de gjerne fortsette med.

Økt bruk av formue i alderdommen kan gi mange eldre muligheter for en kvalitativt bedre alderdom både gjennom større forbruk, tilrettelegging og bedrede boforhold og kjøp av tjenester. Økte inntekter for de framtidige eldre vil imidlertid bety at flere vil kunne dekke sine behov uten å tære på formuen.

Gjærevoll-utvalget (NOU 1992:1) var opptatt av disse spørsmålene, spesielt forvaltningen av boligformuen. I Gjærevoll-utvalgets innstilling heter det:

> «For å sikre at de omsorgstrengende i de kommende tiårene har gode boforhold, blir det en stor og viktig utfordring å velge løsninger innenfor det boligpolitiske området og på andre politikkområder som fører til at folk tar ansvar for sin egen boligsituasjon slik at kommunene kan konsentrere sin innsats om tjenesteytingen.
>
> Det blir dermed viktig å finne fram til ordninger som ikke gjør det fordelaktig å fraskrive seg opparbeidet boligformue, men snarere at omsorgstrengende benytter sin oppsparte boligkapital for å skaffe seg boligløsninger som er tilpasset deres situasjon. Ordninger som stimulerer til at eldre tar i bruk sin boligformue på en aktiv måte, gjerne i samarbeid med det offentlige, må klart være å foretrekke framfor å akseptere at kommuner eller andre offentlige myndigheter skal belaste sine budsjetter med store investeringer til boliger.»

INAS gjennomførte høsten 1995 en landsrepresentativ intervjuundersøkelse om ulike sider ved norske husholdningers økonomiske situasjon. Der ble blant annet temaet arv drøftet. Resultatene er dokumentert i Gulbrandsen (1995): Norske husholdningers økonomiske situasjon. Et av spørsmålene gikk på om den spurte kunne tenke seg å bruke noe av en eventuelt oppspart formue på seg selv. 22 prosent svarte at de ville bruke over halvparten av formuen på seg selv, mens 25 pst. svarte at de ville bruke det meste av formuen på seg selv. På spørsmålet om hvor viktig det er for deg at du blir i stand til å etterlate deg noe formue, svarte bare 13 prosent at det var svært viktig, mens ca. 55 prosent mente det var noe eller mindre viktig. Videre svarte hele 70 prosent at brukerbetaling for pleie-, omsorgs- og helsetjenester bør avgjøres uten hensyn til arvinger.

Svarene fra denne undersøkelsen indikerer at mange ønsker å bruke noe av formuen på seg selv. Utfordringen er derfor å lage et system som er slik at de eldre «frivillig» benytter noe av formuen sin på seg selv, slik at kommunene i en rimelig grad skal kunne avlastes for utgifter knyttet til f.eks. omsorgsboliger. Dette kan gjøres ved å stimulere til at folk bygger boliger med livsløpsstandard i større utstrekning enn i dag, og at kommunen legger til rette for bygging av attraktive omsorgsboliger som organiseres som eierboliger. På den måten vil den enkelte kunne dekke sine egne bokostnader livet ut. I tillegg vil det fortsatt være nødvendig med et tilbud av omsorgsboliger som leies ut til omsorgstrengende som ikke kan investere i egen bolig. Slik kan mange bo hjemme relativt lenge uten mye hjelp. Videre bør en fortsatt ha låne- og støtteordninger som gjør det mulig for personer å finansiere egen

bolig også i en omsorgssituasjon. Dette vil, gitt at de hjemmeboende ikke har for stor pleietyngde, kunne lette kommunenes utgifter til sektoren.

I dag er det primært tre faktorer som kan stimulere eldre til å benytte seg av sin formue i alderdommen:

- trygghetsmotivet for å få rask tilgang til hjelp/behandling eller stell hvis en skulle få behov for det
- god bolig ut fra tankegangen om at en skal fungere godt i boligen til tross for redusert funksjonsevne
- trivsel og gode tilrettelagte boliger kan ut fra motiver om selvrespekt og stolthet bidra til at eldre kan flytte til en hensiktsmessig bolig.

Et mulig tiltak for ytterligere å stimulere eldre til å benytte seg av de oppsparte boligformuene er at standarden på boligtilbudet varierer med betalingsevnen. En positiv stimulans kan ligge i at kommunene og andre tilrettelegger omsorgsboliger med varierende standard. Boligene kan enten organiseres som borettslagsleiligheter, selveierboliger eller utleieboliger. Attraktive selveierboliger kan stimulere eldre med de høyeste formuene til å selge sin bolig, mot at en er sikret et godt omsorgstilbud i alderdommen. Dette kan også bidra til at de med ikke så høye formuer skaffer seg en egnet omsorgsbolig. Husstander uten boligformue og med lave inntekter kan fortsatt få tilbud om kommunal utleiebolig og bli omfattet av bostøtteordninger, slik at en kan bli boende i en tilfredsstillende bolig.

Den samme positive stimulansen kan ligge i at sykehjem mv. har varierende standard og dermed ulike nivå på bokostnadene, jf. omtalen av en tjenestebasert brukerbetalingsmodell i *"En tjenestebasert brukerbetalingsmodell"* i kap. 12. Dette kombinert med innskudd i sykehjem mv. med nærmere definerte standardkrav, vil ytterligere kunne stimulere til å benytte formuen for å få et godt botilbud i alderdommen. En slik utvikling vil imidlertid kunne ha negative konsekvenser. Det kan lett føre til en todeling av omsorgstilbudet ved at de med god økonomisk evne kan skaffe seg et godt botilbud på sykehjem mv., mens de med lave inntekter og formuer må nøye seg med minstestandard. Dessuten kan det gi uheldige utslag i forhold til fordeling av sykehjemsplasser i kommunene. Hvis økonomisk evne skal vurderes sammen med de helsemessige kriteriene, vil det lett føre til at de eldre med best økonomi får førsteprioritet.

Som et alternativ til positive stimulanser for å bruke formuen til å få et godt botilbud når en blir omsorgstrengende, har det vært diskutert et forbud mot overføring av arv før en har skaffet seg et godt botilbud som er tilrettelagt for heldøgns pleie- og omsorg. Dette vil bl.a. forutsette at det offentlige kan kreve omstøtelse av en beslutning om forskudd på arv. Problemstillingen kan bli aktuell i de tilfeller en husstand selger sin bolig og kvitter seg med den øvrige formuen når husstanden blir omsorgstrengende. Det blir i det tilfellet en offentlig oppgave å sørge for et godt botilbud, og husstanden kan få nyte godt av de offentlige skjermingsordningene, selv om husstanden har hatt mulighet til finansiere botilbudet før husstanden kvittet seg med formuen.

Som omtalt tidligere er nedbygging av formue lite omfattende. En har imidlertid ikke data som sier noe om hvor hyppig dette er når eldre får plass på sykehjem. Selv om det er relativt sjelden i eldrebefolkningen generelt, er det ikke utenkelig at det skjer i større utstrekning ved innflytting i sykehjem mv. Det synes likevel tvilsomt om det er aktuelt med et så drastisk tiltak som å omstøte en beslutning om forskudd på arv. Det ville kreve et omfattende administrativt apparat å følge opp en slik ordning. Betalingsviljen til å sikre seg en god og tilpasset bolig til alderdommen, er økende. Dette kan utnyttes ved å tilby omsorgsboliger med varierende kvaliteter og eierformer. På den måten kan de positive virkemidlene være tilstrekkelige til å nå

målsettingene om at boligformuen blir brukt til å ta ansvaret for egne boligkostnader livet ut.

10.4 FORMUE I EN BRUKERBETALINGSSAMMENHENG

Et moment som tilsier at formue bør medregnes f.eks. ved betaling av egenandeler, er at formuen er en naturlig del av husholdningenes ressurser. Enkelte hevder imidlertid at det er galt at folk som sparer hele livet skal straffes for dette, sammenlignet med dem som ikke har spart noe. Hvorvidt du sparer noe i løpet av livsløpet er imidlertid avhengig av flere faktorer og tilfeldigheter enn om du er nøktern eller sløsaktig av natur, f.eks. er hva en klarer å spare over livsløpet avhengig av den inntekten en har hatt. Videre kan noen hevde at det er urimelig at de som har spart for alderdommen i form av egen pensjonsparing etter skatteloven (EPES), skal straffes ved at det tas hensyn til disse midlene ved f.eks. beregning av egenandeler. En synsvinkel er at det i slike tilfeller både er snakk om nedbygging av formuen samtidig som avkastningen trekkes inn. Det gis skattesubsidiering årlig ved innskudd til slike ordninger, mens det som motstykke skattlegges når pensjonistene får utbetalt dette. Disse midlene bør derfor betraktes som vanlig inntekt.

Inntektsbegrepet som benyttes ved beregning av brukerbetaling utenfor institusjon, er husstandens samlede skattbare nettoinntekt før særfradrag. Dette inntektsbegrepet gir et uttrykk for skatteevne. I dette begrepet inngår netto kapitalinntekter, også avkastning på bolig. Imidlertid er inntekten av mange former for realkapital kraftig undervurdert. Inntekt av konsumkapital regnes bare i liten grad med, og inntekten av egen bolig mv. er gjennomgående langt lavere enn tilsvarende leiekostnader. Samtidig kan gjeldsrenter fullt ut trekkes fra. For beregning av vederlag for opphold i institusjon, er det i utgangspunktet pensjonærens egen inntekt som skal legges til grunn. Som inntekt regnes årets inntekter på grunnlag av pensjon, andre løpende trygdeytelser, arbeidsinntekt, næringsinntekt, leieinntekt, renter og annen avkastning av formue, etter fradrag av skatt og gjeldsrenter.

Det vil kunne hevdes at en til en viss grad tar hensyn til folks formuer ved dagens ordning ved egenbetaling i tillegg til formueskatten for høyere formuer. For eksempel har eldre ofte en stor del av formuen sin i bankinnskudd og renteinntektene inngår fullt ut.

I utgangspunktet synes det å være naturlig at det tas hensyn til formue ved betaling for pleie- og omsorgstjenester. Det er bl.a. fastslått i mandatet at et hensyn som skal tas når det gjelder betaling av kommunale ytelser, er hvilken evne en har til å betale. Det finnes også et eksempel i dag på en ordning hvor et slikt prinsipp gjelder. Dagens bostøtteordning har et system som tar hensyn til formue. Ved fastsettelse av husstandens inntektsgrunnlag, tar en hensyn til en andel av nettoformuen (utover et visst minstenivå) og legger dette til inntekten.

I dag regnes avkastningen av formue med i grunnlaget for beregning av vederlag. Spørsmålet er om det er aktuelt å gå tilbake til en ordning der formuen trekkes direkte inn i en brukerbetalingssammenheng. Tidligere har det vært vurdert slik at det kan være vanskelig å trekke formuen direkte inn i en brukerbetalingssammenheng på en måte som ikke gir negative utilsiktede effekter. For selv om det i praksis ikke burde være særlige problemer knyttet til å transformere ev. lite likvid formue til mer likvid formue, vil et slikt system kunne gi sterke insentiver for de eldre til å gi bort store deler av formuen sin før de kommer i en situasjon hvor de er pleietrengende.

Som omtalt i *"Nærmere om anvendelse av boligformue"* i avsnitt 10.3 kan det stimuleres til frivillig bruk av formuen ved brukerbetalingsordninger, hvor en betaler for den standard og mengde en mottar. I et rent inntektsgradert brukerbetal-

ingssystem vil formue kunne trekkes inn ved at avkastningen regnes med i beregningsgrunnlaget. I et slikt system vil imididlertid brukerne ha insitament til å kvitte seg med formuen.

10.5 METODER FOR Å FRIGJØRE BOLIGFORMUE

Det er i prinsippet flere måter å frigjøre boligformue til likvider. Barlindhaug (1995) omtaler flere modeller for nedbygging av boligformue. Han nevner bl.a. følgende:

- å gå fra eie til leie
- å skaffe seg mindre og billigere eierbolig
- innskudd i omsorgsboliger og sykehjem mv.
- anvendelse av boligformue uten salg av bolig
- anvendelse av boligformue ved salg av bolig, med beholdt borett

Fra eie til leie

Ved overgang fra eie til leie vil hele formuen knyttet opp i boligen bli frigjort. Midlene kan dermed fritt disponeres etter husstandens ønsker. En forutsetning for at husstanden skal være villig til å foreta en slik tilpasning, er at det eksisterer et marked for attraktive leieboliger som er tilpasset de ønsker og behov som de eldre og funksjonshemmede har. En stor del av de eldre som har flyttet fra eid til leid bolig bor i kommunale omsorgsboliger.

Skaffe mindre og billigere eierbolig

Ved å flytte til en billigere eid bolig kan en også frigjøre en del av boligformuen. Differansen mellom salgsverdien av den boligen en bor i og kjøpsprisen for den nye boligen, blir på denne måten frigjort. Dette kan for mange som bor i store tungdrevne boliger være en hensiktsmessig tilpasning ved at en flytter til en mindre og tilrettelagt bolig. Det er derfor viktig at en legger til rette for at det er mulig å foreta slike tilpasninger, blant annet gjennom bygging av omsorgsboliger som kan organiseres som eierboliger eller borettslagsleiligheter.

I dag gir Husbanken lån og tilskudd til omsorgsboliger og sykehjem mv. Tilskuddet blir utbetalt til kommunen. Målsettingen har vært at kommunen skal ha råderett over tilpassede boliger for eldre og funksjonshemmede, men kommunen stilles imidlertid fritt til eventuelt å videreformidle tilskuddet til andre aktører, f.eks. private. Eldre med boligformue kan investere i kjøp av eierbolig eller andelsleiligheter. Andre som har lave inntekter og er uten formue, kan leie en bolig.

Dagens omsorgsboliger har derfor en variert sammensetning av eierforhold, selv om kommunene står som eiere av de fleste. Et moment som bidrar til at det er mindre attraktivt å eie sin egen omsorgsbolig, er at det ved utbetaling av oppstartingstilskudd stilles betingelse om at kommunen skal ha disposisjonsrett over boligen i minst 8 år. Det gjør at formuen bundet opp i boligen blir vanskeligere å realisere.

Innskudd i institusjoner og boformer hjemlet i kommunehelsetjeneste- og sosialtjenesteloven

Innskudd i sykehjem mv. ble beskrevet i Gjærevoll-utvalget (NOU 1992:1) som et virkemiddel for å frigjøre ressurser i eldreomsorgen. Innskudd kan for kommunen være en fremgangsmåte for å redusere investerings, utbedrings- og vedlikeholdskostnader.

Husleieloven kap. 9 har regler om leieforhold som er betinget av at leietakeren gir utleieren et lån – eller innskudd. Leietakere som betaler slike innskudd er i husleieloven gitt utvidede rettigheter i forhold til andre leietakere. Institusjonslignende tilbud som f.eks. sykehjem mv., hvor hovedformålet med oppholdet i boformen er behandlingsbehovet og ikke boligleie, omfattes ikke av husleielovens regler. Om det foreslås å innføre innskudd i sykehjem mv., må det derfor gis særlige regler om dette eller husleieloven gis et tillegg. Kommunen må i forkant definere hva tilskuddet skal benyttes til. Innskuddet vil kunne benyttes til utbedringer, innredning og/eller andre nærmere definerte utgifter.

Ved utflytting vil beboer har rett til å få tilbakebetalt innskuddet. Ved innflytting av ny beboer kreves det inn et tilsvarende innskudd. En tilnærmingsmåte er at kommunen selv kan bestemme størrelsen på innskuddet. Størrelsen kan for eksempel gjøres avhengig av økonomisk evne. For personer med store formuer, f.eks. som følge av salg av egen bolig, kan innskuddet utgjøre en betydelig del av den kapital kommunen har bundet i boligdelen av sykehjemmet. For de med lavere inntekter og formuer, kan en ha en gradvis avtrapping av innskuddet.

Et system med innskudd i institusjon mv. vil kunne føre til økonomiske tilpasninger for de husstandene som har formue. Vissheten om at en skal benytte en del av sin oppsparte formue til innskuddet, kan bidra til at de ønsker å kvitte seg med denne og for eksempel gi det som forskudd på arv. Det kan imidlertid også tenkes at det kan bidra til en holdningsendring som tilsier at eldre vil være innstilt på å ta ansvaret for boligkostnadene også i institusjon mv.

Dersom målsettingen om i større grad å bruke sykehjem mv. til korttidsopphold for avlastning og rehabilitering realiseres, blir det mindre aktuelt med innskudd i institusjoner. Bruk av boligformuen kan da i større grad skje ved at det tilrettelegges for bygging av attraktive omsorgsboliger. Mange eldre med formue kan da finne det hensiktsmessig å investere i denne boformen i god tid før de blir pleietrengende. Dette vil for det første frigjøre kapital i kommunen, for det andre vil det gjøre pleie- og omsorgstjenesten mer kostnadseffektiv gjennom flere tilrettelagte boliger, og for det tredje gir det insitament til at eldre vil bruke av sin boligformue for å tilrettelegge egen alderdom.

Et alternativ kan være å kreve depositum. I henhold til husleieloven kan det kreves depositum tilsvarende 6 mnd. husleie. Det vil da være begrenset hvilke formål det innbetalte beløpet kan dekke. Depositum kan kommunen kreve dekning i hvis leieren misligholder leieavtalen, påfører rommet skader o.l. Hvis det som et alternativ til innskudd bare skal kreves depositum, må det også gis egne regler for dette eller husleieloven gis et tillegg.

Bruk av formue uten salg av bolig

Det mest nærliggende alternativet for en som ikke vil selge boligen, er å be om et lån mot pant i boligen. Dette vil gi en stor engangsutbetaling. Som en første tilnærming antar Barlindhaug (1995) at rentene som forfaller, blir løpende betalt av låntaker. Fra låntakers side vil det ikke være gunstig å låne et beløp som skal stå disponibelt på egen konto, samtidig som det skal betales rente til långiver. Låntaker taper på denne måten rentemarginen. Dersom en stor del av boligen etter hvert blir belånt og låntaker lever lenge, vil det kunne oppstå betalingsproblemer.

Barlindhaug skriver videre at for å unngå en kredittvurdering av låntaker, kan sikkerheten baseres kun på pant i boligen. Med en slik ordning vil en kunne utbetale et engangsbeløp eller periodevise beløp ved at både gjeld og renter registreres og akkumuleres. Långiver vil være interessert i at den utbetalte summen hele tiden ligger innenfor boligens verdi. Låntaker kan inngå en slik avtale for et begrenset antall

år eller med tilbakebetaling ved flytting eller død. I det sistnevnte tilfellet må kreditor forsikre seg om at gjelden ikke overstiger salgsverdien.

Risikoen for at tap kan oppstå for långiverne vil dels være knyttet til forventet levetid, dels til endringer i renteforhold, og dels til usikkerhet om prisutviklingen på boligmarkedet. En økning i renten gir hurtigere akkumulering av gjeld, og øker risikoen for at samlet gjeld vil overstige salgsverdien ved avslutning av kontrakten. Ved å inngå avtaler om fast rente, har en kontroll over hvor stor den oppsamlede gjelden blir over tid.

Anvendelse av boligformue ved salg av bolig, men beholdt borett

Beboeren kan bestemme seg for å selge boligen til en kredittinstitusjon og gjøre en avtale om årlige utbetalinger så lenge han/hun lever. Kredittinstitusjonen vil overta boligen ved beboers død. Enten får beboeren nytte av utbetalingene i lang tid, eller kredittinstitusjonen får fordeler ved rask overtakelse av boligen. Dersom beboeren får utbetalt hele summen kontant, vil arvingene få mer jo kortere den gjenstående levetiden er. Kredittinstitusjonens risiko i dette tilfellet er kun koblet til tidspunktet for overtakelse av boligen og usikkerhetsfaktorer knyttet til framtidig verdistigning og renteutvikling.

Barlindhaug viser videre at symmetrien i slike ordninger ligger i at kort levetid gir gevinst for långiver, mens lang levetid gir tap. Dersom det ikke rekrutteres skjevt til ordningen av personer med lengre levetid enn gjennomsnittet, vil ordningen gå i balanse for långiver.

Gjennomgangen av disse modellene viser at det finnes praktiske løsninger på hvordan en kan anvende boligformuen.

10.6 OPPSUMMERING OG KONKLUSJON

De eldres inntekter og formue forventes å øke i framtida. Det er derfor rimelig at de eldre med gode inntekter og formue bidrar med noe mer brukerbetaling for pleie- og omsorgstjenester enn i dag. Dette kan f.eks. gjøres ved å utvide beregningsgrunnlaget for egenandeler med formue og/eller ved satsendringer.

Utvalget vil understreke at hovedvirkemiddelet for å få eldre til å benytte den oppsparte formuen i alderdommen, er at det legges til rette for et godt og variert botilbud. Det vil si at det finnes attraktive omsorgsboliger som en finner det hensiktsmessig å investere i, når en blir, eller i forkant av at en blir omsorgstrengende. Folk bør i tillegg stimuleres til å bygge boliger med livsløpsstandard. Det bør fortsatt opprettholdes låne- og støtteordninger som gjør det mulig for personer å finansiere egen bolig også i en omsorgssituasjon. Videre bør det legges til rette for at omsorgsboliger i større grad blir organisert som selveierboliger og borettslagsleiligheter, slik at en kan benytte seg av sin oppsparte formue.

Formue i form av bankinnskudd e.l. er vanligvis meget likvide. Dette gjelder ikke i samme grad boligformue. Ovenfor er det kort presentert ulike modeller for hvordan en kan transformere boligformuen til likvider. Utvalget tror imidlertid at det uansett er vanskelig å trekke formuen direkte inn i beregningsgrunnlaget for brukerbetaling. Utvalget mener et slikt system vil gi sterke insentiver for de eldre til å gi bort store deler av formuen sin før de kommer i en situasjon hvor de er pleietrengende. Imidlertid vil brukerne i et system hvor en betaler for det en mottar, ha insitament til å beholde formuen fordi den kan sikre en høyere levestandard. Det er i dag liten nedbygging av formue i form av overføring av forskudd på arv. Det er sannsynlig at dette i årene framover vil fortsette å avta, både på bakgrunn av et

ønske om å benytte seg av den oppsparte formuen i alderdommen og forbruksmønsteret til de som i dag er middelaldrende.

Et forhold som trekker i samme i retning er muligheten og ønsket om å skaffe seg en egen omsorgsbolig ved å benytte en del av den oppsparte boligformuen. En positiv stimulans er at tilbudet av omsorgsboliger gjøres både variert med hensyn til beliggenhet og standard for øvrig, slik at det er attraktivt å kjøpe en slik bolig for å sikre seg gode boforhold når en blir omsorgstrengende.

Utvalget vil ikke tilrå at det åpnes for muligheten til innskudd i sykehjem mv. Problemene med innskudd i institusjon mv. er mange. Særlig gjelder dette for betalingsvilligheten i eksisterende sykehjem mv. som svært ofte bare er et rom med seng. Problemet med overføring av arv kan dermed bli økende.

Omstøting av beslutning om forskudd på arv er en mulighet i de tilfeller der det er åpenbart at tilpasningen har skjedd på grunn av at en regner med at det offentlige vil sørge for et botilbud uansett. Dette vil være et svært kontroversielt tiltak, og gripe langt i enkeltmenneskers frihet knyttet til disponering av egne midler. På denne bakgrunn vil utvalget fraråd at det åpnes for omstøting av beslutning om forskudd på arv.

Utvalget ønsker å legge til rette for at husstander med formue i større grad benytter denne til å sikre seg et godt pleie- og omsorgstilbud, herunder godt botilbud. For å få dette til vil utvalget foreslå følgende:

– At det stimuleres til å bygge flere omsorgsboliger og tilrettelagte boliger som i større grad enn i dag organiseres som selveierboliger eller borettslagsleiligheter.
– At avkastning av formue som i dag bør inngå ved beregning av brukerbetaling, men at det utover dette ikke bør tas hensyn til formuen ved fastsetting av brukerbetaling.

KAPITTEL11

Finansiering av helsetjenester

11.1 INNLEDNING

Fra punkt 4 i mandatet siteres:

> «Utvalget bør utrede spørsmålet om hvilket forvaltningsnivå (Staten/ Folketrygden eller kommunene) som skal dekke utgiftene til helsetjenester, derav legehjelp, fysioterapi, spesialisttjenester, medisiner og hjelpemidler for personer innen pleie- og omsorgstjenestene. Dette spørsmålet må blant annet ses i sammenheng med de aktuelle kontantstøtteordningene. Utvalget skal finne fram til ordninger som er praktisk gjennomførbare, gir kommunen nødvendig frihet til å utforme og planlegge sitt tilbud på pleie- og omsorgssektoren og fører til effektiv utnyttelse av offentlige ressurser.»

Utvalget definerer begrepene i mandatet på følgende måte:

Praktisk gjennomførbarhet: Med dette vil utvalget mene ordninger som er mulig å administrere på en enkel måte. Dette kan f.eks. være i forhold til tildeling og fordeling av tjenester samt oppgjørsordninger for disse tjenestene.

Frihet til å utforme og planlegge sitt tilbud: Finansieringsordningene må ikke legge bindinger på kommunens valg av løsninger innenfor helsefaglige og politiske målsettinger. Det er i denne sammenheng også viktig med forutsigbarhet på inntekts- og utgiftssiden for kommunene.

Effektiv ressursutnyttelse: Det er vanlig å stille to samfunnsøkonomiske krav til effektiv ressursbruk i kommunesektoren, *kostnadseffektivitet* og *prioriteringseffektivitet*. Kostnadseffektivitet innebærer at en tjeneste produseres så billig som mulig. Prioriteringseffektivitet legger vekt på at det er de riktige tjenestene med ønsket kvalitet og omfang som tilbys for de riktige brukerne.

I finansieringen av helsetjenester er det tre aktører, brukeren som bidrar med egenbetaling, kommunen som primæransvarlig for finansieringen og staten som bidrar med refusjoner, rammeoverføringer og øremerkede tilskudd. Alternative brukerbetalingsordninger knyttet til finansieringen vil bli drøftet i *"En tjeneste-basert brukerbetalingsmodell"* i kap. 12.

Utvalget vil drøfte to hovedtilnærminger for gjennomgående finansiering av helsetjenester mv.:

- Kommunalt fullfinansiert helsetilbud i og utenfor institusjon
- Et gjennomgående system der finansierings- og brukerbetalingsordningene som gjelder for egne hjem/omsorgsboliger også gjøres gjeldende for institusjonene, dvs. helt eller delvis folketrygdfinansiering avhengig av type tjeneste

Utvalget viser til avsn. 5.4 for en beskrivelse og vurdering av dagens finansierings- og brukerbetalingsordninger for helsetjenester m.v.

11.2 HISTORIKK

Før sykehjemsreformen i 1988 var sykehjemmene fylkeskommunale helseinstitusjoner med fullt ansvar for helsetjenester for sine beboere. I 1988 ble driftsansvaret for sykehjemmene overført til kommunene, som også fikk overført institusjonenes driftsmidler fullt ut. Institusjonene har etter 1988 beholdt det samme ansvaret for helsetjenester som tidligere. For beboere i sosiale institusjoner som aldershjem mv.

har folketrygden derimot inntil 1995 bidratt til finansiering av helsetjenester på samme måte som for hjemmeboende.

For en nærmere drøfting av utgiftsfordelingen mellom folketrygd og kommune for helsetjenester mv. kan det være hensiktsmessig å ta utgangspunkt i omleggingen av finansieringen for helsetjenester i institusjoner i 1995. Tidligere var det slik i aldershjemmene at folketrygden dekket utgifter til legehjelp og fysioterapi som ikke ble gitt av kommunalt ansatt personell, transportutgifter i denne forbindelse og legemidler og sykepleieartikler på blå resept. Både i alders- og sykehjem dekket institusjonene eventuelle egenandeler for beboerne. Fra 1.1.95 ble finansieringsansvaret for disse tjenestene gjort kommunalt som for sykehjem.

Forskjellen i finansieringsordningene mellom sykehjem og aldershjem hadde sin naturlige forklaring. Sykehjem er helseinstitusjoner, dvs. det er institusjonens formål å gi behandling og pleie, og utgiftene til dette dekkes derfor over institusjonens budsjett. Beboere i aldershjemmene er hjelpetrengende, men det er ikke i utgangspunktet et formål for institusjonene å gi behandling og pleie. Når beboere i aldershjemmene hadde behov for legehjelp mv., dekket derfor trygden utgiftene på samme måte som for hjemmeboende. Så lenge sykehjemmene var fylkeskommunale, var avgrensningen mellom de to institusjonstypene uproblematisk, også i kombinerte institusjoner.

Omleggingen i 1995 var først og fremst motivert ut fra et ønske om likt finansieringsansvar i alders- og sykehjem. Forskjellen kunne tenkes å ha vridningseffekter i den forstand at kommunene valgte å satse på boformer der disse utgiftene dekkes av folketrygden, framfor sykehjem der utgiftene må dekkes av institusjonen selv. Det ble imidlertid argumentert med at utviklingen har vist det omvendte, antall aldershjemsplasser går ned, delvis pga. omgjøring til sykehjemsavdelinger. Imidlertid kunne de ulike ordningene virke administrativt uryddig, særlig i kombinerte alders- og sykehjem. Når beboerne faktisk betalte det samme for oppholdet, gjennom vederlagsforskriften, kunne det dessuten virke kunstig at det var forskjeller mht. hva som ble dekket av betalingen, og om det var institusjonen eller trygden som hadde det økonomiske ansvaret.

Ved omleggingen av finansieringsordningene for institusjonene var det vurdert to ulike modeller. Den ene, som ble innført, der kommunen fullt ut ble ansvarlig for finansieringen, og den andre der folketrygden skulle finansiere helsetjenestene. Det siste alternativet ville også medført at folketrygden skulle finansiere helsetjenester i sykehjem.

Begge modellene som ble vurdert ville skape likhet mellom institusjonene. Modellen med kommunal finansiering ville opprettholde skillet mellom institusjoner og egne hjem, mens modellen med folketrygdfinansiering ville skape tilnærmet likhet med egne hjem. En slik modell ville være i tråd med en gjennomgående modell som utvalget skal utrede, men ble altså ikke innført.

Begge modellene ville imidlertid bryte med den «naturlige» forskjellen i finansiering av institusjonene. Grunnlaget for en omlegging av finansieringsansvaret var at behovet for like regler var viktigere enn de hensyn som talte for ulikhet. I valg av modell ble bl.a. følgende vurdert:

– Det er ingen målsetting å opprettholde/bygge ut aldershjemmene. De eldre som ikke er så dårlige at de trenger sykehjemsplass, skal kunne få tjenester etter behov i sitt eget hjem, eventuelt i service-/omsorgsboliger der beboerne mottar hjemmetjenester. Det foregår en gradvis reduksjon i antall aldershjemsplasser ved at de dels gjøres om til sykehjemsplasser, dels til serviceboliger. Beboerne ved de gjenværende aldershjemmene er i større grad enn tidligere pleietrengende, slik at aldershjemmene nærmer seg sykehjem mht. tjenesteprofil.
– Sykehjemmenes oppgave er å ta seg av dem som har så omfattende pleiebehov

at det vanskelig kan dekkes i eget hjem eller andre boformer, og dessuten gi kortvarige opphold for avlastning og rehabilitering. Dette er rene helseinstitusjonstjenester, i motsetning til den rollen som permanent bolig for mer moderat pleietrengende som sykehjemmene delvis hadde tidligere.

– Det er praktiske grunner til at helsetjenestene i sykehjemmene bør være institusjonens ansvar og ikke overlates til folketrygden. Bl.a. vil det være upraktisk å ha individuell reseptforskriving og kjøp av legemidler for brukerne. Folketrygdfinansiering av helsetjenester ville også kunne føre til vridninger i retning av mindre bruk av tilsynslege og fast ansatt fysioterapeut, og mer bruk av tjenester utenfra.

Bl.a. på bakgrunn av de beskrevne målsettinger og utviklingstrekk ble det hevdet at det ville være mindre betenkelig å innføre «sykehjemsmodellen» også for aldershjem. Det ble også pekt på at det var vanskelig å se noen prinsipielle motforestillinger mot at aldershjemmene f.eks. får ansvaret for å dekke viktige legemidler (blå resept) når de allerede hadde ansvaret for, og uansett modell fortsatt vil ha ansvaret for, mindre viktige legemidler (hvit resept og reseptfrie).

Konklusjonen ble at sykehjemsmodellen ble valgt. Den ble også funnet best i samsvar med vederlagsordningen for beboerne. Det ble også sett på som en fordel at modellen reduserte trygdens ansvar og dermed utgiftsdynamikken på området, mens aldershjemsmodellen som felles løsning ville ha motsatt effekt.

Konsekvensene av modellen ble at kommunene overtok det økonomiske ansvaret fra folketrygden for legehjelp, fysioterapi, legemidler og transport for beboere i aldershjem og andre boformer etter lov om sosiale tjenester, på samme måte som de har det i sykehjem. Mer presist ble kommunenes ansvar avgrenset til boformer der beboerne betaler vederlag etter vederlagsforskriften.

Kommunens merutgifter ved ordningen er kompensert ved en overføring gjennom rammetilskuddet av 5 000 kroner pr. plass i aldershjem. Folketrygdens budsjett er redusert med tilsvarende beløp, i alt 68,3 mill. kroner.

11.3 ALTERNATIVE FINANSIERINGSMODELLER

11.3.1 Kommunal finansiering i og utenfor institusjon

Vridningsproblematikken ved forskjellig finansiering i og utenfor institusjon kan løses ved at kommunen også fullfinansierer disse tjenestene utenfor institusjon. Et alternativ er at den statlige utgiftskomponenten i helsetjenestene finansieres av kommunen. En slik ordning medfører altså at kommunen finansierer de utgiftene staten har i dag til helsetjenester i kommunene, som refusjoner til leger og fysioterapeuter, fastlønnstilskudd mv.

Ved kommunalt ansvar for refusjonsutgiftene må rammetilskuddet til kommunene økes. Kommunen kompenserer så trygdekontorene/Rikstrygdeverket for refusjonsutgiftene til kommunens helsetjenester mv.[1] Kommunalisering av refusjonene vil altså ikke endre selve finansieringsordningene, men kun overføre finansieringen fra stat til kommune.

Kommunal finansiering innebærer et større administrativt ansvar og et større styringsansvar for kommunene. Nedenfor gjennomgås de viktigste generelle argumenter for og imot kommunalt ansvar for refusjonsutgiftene:

1. I Ot.prp. nr. 36 (1980-81) – Helsetjenesten og sosialtjenesten i kommunene – la regjeringen fram forslag til en slik oppgjørsordning mellom kommunen og folketrygden. Forslaget ble forkastet av Willoch-regjeringen. I Ot.prp. 66 gikk en i stedet inn for en statlig finansiering av refusjonene.

Fordeler

- Den instansen – kommunen – som er formelt ansvarlig for tjenesten får fullt finansielt ansvar, dvs. tilfredsstiller kravet om kostnadseffektivitet.
- Kommunen kommer mer aktivt med i takstforhandlingene og refusjonsutbetalingen.

Ulemper

- Trygdeetaten kommer i en situasjon hvor de forvalter og fordeler andres – kommunenes – penger[2] .
- Takstforhandlingene må foregå mellom andre – og nye – aktører.
- Mer administrativt arbeid for kommunene.
- Økonomisk risiko og usikker budsjettsituasjon for kommunene.

Et alternativ til kommunalt ansvar for refusjonsutgiftene er å gi kommunen det fulle budsjettansvar, som i institusjonene, for disse tjenester også i omsorgsboliger og personer som trenger pleie- og omsorgstjenester i egne hjem. Dette anses som lite realistisk siden dette ikke vil være i samsvar med de helsepolitiske målsettinger en ønsker å realisere gjennom trygdesystemet.

Generelt vil kommunal finansiering utenfor institusjon kunne medføre vanskelige avgrensningsspørsmål. Avgrensningen av hvem som faller innenfor kan f.eks. skje etter følgende mulige inndelingskriterier:

a. Inndeling etter pleietyngde

Bruk av kriteriet pleietyngde ville innebære at kommunene fikk ansvar for å dekke denne typen utgifter for alle brukere som tilfredsstiller dette kriteriet. Fordelen med dette ville være at en da ville få en lik ordning for alle med samme pleiebehov, uavhengig av om brukeren bodde hjemme eller var i omsorgsbolig eller institusjon. Ulempen ville være at det i praksis er vanskelig å tenke seg dette kriteriet brukt som en sorteringsmekanisme for å skille mellom kommunalt ansvar og statens ansvar. Behovene vil f.eks. variere over tid for de samme personene.

b. Inndeling etter alder

Dette alternativet ville bety at kommunene ville få finansieringsansvaret for alle personer over en viss aldersgrense. Dette kriteriet ville gi en klar og entydig avgrensning. Ulempen ville være at en ville få ulike ordninger for personer med de samme behovene, men med forskjellig alder.

c. Inndeling etter eierskap for botilbudet

Dette alternativet måtte innebære at kommunene ville få ansvaret for betaling for legetilbud mv. i alle kommunale boformer. Fordelen ville være at en kunne få et helhetlig system innenfor de ulike kommunale tilbudene, men en ville samtidig få et brudd i kjeden mellom kommunale boformer og egne hjem. En kunne også lett få vridningseffekter i forhold til annen organisering enn kommunalt eierskap, f.eks. stiftelser eller borettslag.

---

2. En kan også tenke seg en ordning der kommunen overtar trygdekontorenes oppgaver i forhold til folketrygden. Kommunen kan vise seg å være en aktør som er for liten til å utføre denne aktiviteten.

Utvalget vil ikke foreslå en gjennomgripende reform på dette området. En reform med større kommunalt finansieringsansvar må ses i sammenheng med helse- og sosialtjenesten som helhet, og ikke bare pleie- og omsorgssektoren. Utvalget vil derfor ikke se på ulike alternativer for brukerbetaling innenfor en modell med kommunal finansiering i og utenfor institusjon.

11.3.2 Statlig finansiering i og utenfor institusjon

11.3.2.1 Innledning

I det følgende skisseres ulike muligheter for statlig finansiering av helsetjenester i institusjon. Det første alternativet er å innføre finansieringsordningene som gjelder for beboere i egne hjem/omsorgsboliger, også i institusjonene. Det andre alternativet er å innføre en fellesrefusjon for helsetjenester finansiert av staten. Et tredje alternativ er en refusjonskomponent basert på et DRG- (diagnoserelaterte grupper) lignende begrep, RUG (Resource Utilization Groups). Det legges til grunn at for alle alternativene vil skje en reduksjon i rammeoverføringene fra staten, slik at ordningene blir å betrakte som nullsumsløsninger for kommunene. I tillegg må differansen i oppstartingstilskuddet fra Husbanken utjevnes og gjøres likt for sykehjem og omsorgsbolig.

I modellene omtales ikke kontantstøtteordningene. Begrunnelsen er at det ikke ytes kontantstøtte til de formål som inngår i de aktuelle modellene, jf. § 4 og 7 i forskrift om ytelse av grunn- og hjelpestønad. Det forutsettes at brukerne skjermes etter ordninger i de ulike modeller og at institusjonene yter nødvendig tilbud innenfor det brukeren betaler.

11.3.2.2 Modell med enkeltrefusjoner fra staten

I denne modellen legges til grunn samme regelverk for finansiering og brukerbetaling i institusjon som gjelder for egne hjem/omsorgsboliger. Regelverket er beskrevet i *"Helsetjenester"* i kap. 5.4.

Lege- og fysioterapitjenester

Modellen vil innebære at staten yter fastlønnstilskudd etter dokumenterte kurative årsverk også i institusjon. Dette innebærer et formelt skille mellom kurativ og forebyggende virksomhet i institusjon, der den forebyggende virksomheten finansieres av kommunen som tidligere.

For leger og fysioterapeuter med driftsavtale vil staten yte godtgjørelse for den kurative virksomheten etter samme regelverk som gjelder utenfor institusjon. Det forebyggende arbeidet lønnes som tidligere gjennom og timelønn. Avtaleleger vil i tillegg til timelønn motta praksiskompensasjon.

Legemidler og sykepleieartikler på blå resept og hjelpemidler

For legemidler og sykepleieartikler på blå resept vil modellen innebære individuell reseptforskriving og refusjoner fra folketrygden for enkeltbrukere, og staten får hovedansvaret for hjelpemidler.

Brukerbetaling

I modellen vil brukerne betale egenandeler for de tjenester som inngår i folketrygdens frikort inntil utgiftstaket på 1 290 kroner også i institusjon. For de tjenest-

ene som faller utenom frikortordningen; fysioterapi, sykepleieartikler og medisiner på hvit resept mv., vil brukerne betale egenandeler for enkelttjenestene på samme måte som for hjemmeboende brukere.

Vurdering av modellen

Lik finansieringsordning for helsetjenester i og utenfor institusjon vil fjerne mulige vridningseffekter i dagens ordning. Hvor i omsorgskjeden brukeren plasseres vil derfor ikke være motivert ut fra økonomiske hensyn knyttet til helsetjenester. Nøytralitet kan altså bidra til *prioriteringseffektivitet*.

I sykehjem er brukerne under døgnkontinuerlig omsorg og pleie innenfor et tilrettelagt tilbud med krav til bemanning og personell. Det å innføre samme finansieringsordninger som gjelder i egne hjem også i sykehjem, kan være betenkelig av flere grunner:

- Det synes lite rasjonelt med stykkprisrefusjon fra staten for f.eks. allmennlegetjeneste for personer som er avhengig av heldøgns omsorg og pleie i sykehjem. Det synes heller ikke rasjonelt med enkeltrefusjoner for legemidler og sykepleieartikler på blå resept for brukere på sykehjem. Dette er tjenester og ytelser som må anses som en naturlig del av det helhetlige behandlings- og pleietilbudet i sykehjemmene, jf. *"Status og utvikling i sykehjem mv."* i kap. 8
- En gjennomgående modell vil kreve registrering av forbruk av de enkelte tjenestene både med hensyn til avlønning av leger og fysioterapeuter (fastlønnstilskudd, refusjoner mv.) og brukerbetaling for brukerne. Dette vil være en administrativ merbelastning i forhold til dagens ordning med kommunal finansiering og brukerbetaling etter vederlagsforskriften.
- En gjennomgående ordning med statlig finansiering innebærer tredjepartsfinansiering. Kommunene har færre insentiver til effektiv og rasjonell drift når de ikke fullt ut er ansvarlige for kostnadene ved sine valg. Et problem med refusjonssystemer sett fra myndighetenes side er at de offentlige utgiftene kan bli vanskelige å kontrollere. Samlet sett vil et slikt system kunne virke kostnadsdrivende.
- Folketrygdens frikort innført i institusjon reiser flere problemstillinger:
  1. Dagen forskrift om begrensning av egenandeler og utstedelse av frikort for helsetjenester utenfor institusjon er en rettighet knyttet til enkeltpersoner. Innføring av folketrygdens frikort i institusjon vil kreve registrering av forbruk for å vite når vilkårene for frikort er oppfylt. Folketrygdens frikort vil derfor bety en administrativ merbelastning.
  2. En gjennomgående ordning der folketrygdens frikort innføres i institusjon medfører videre at følgende tjenester i institusjon faller utenfor:
     - Fysioterapi
     - Sykepleieartikler på hvit resept
     - Hjelpemidler
     - Ergoterapi
     - Legemidler på hvit resept

     Innføring av folketrygdens frikort i institusjon betyr at det må kreves særskilt betaling for ovennevnte tjenester. Forutsatt at det der skal betales også for disse tjenestene etter forbruk, vil det bety en administrativ merbelastning også her

- Modell kan bli mindre forutsigbar enn dagens ordning når det gjelder behovet for tjenester. I dag har institusjonene ofte lager av medisiner, sykepleieartikler

mv. der de ulike tjenestene tildeles etter behov. I modellen der retten til tjenestene er knyttet til enkeltbrukeren og ikke til institusjonen, kan dette være lite hensiktsmessig siden brukerens sykdomstilstand er variabel og ofte forverres over kort tid. Modellen kan derfor bli mindre fleksibel og kan derfor gi et dårligere kvalitativt tilbud enn dagens ordning. I tillegg kan individuell reseptforskriving av legemidler mv. medføre at totale kostnader til disse tjenestene øker ved at de ikke kan brukes av flere brukere. Endring i sykdomstilstand der beboerne trenger f.eks. nye medisiner vil medføre at de gamle kastes.

Det kan imidlertid argumenteres for at statlig finansiering av helsetjenester kan sikre et mer likeverdig tilbud til brukere på tvers av kommunegrenser, siden utgiftene til disse tjenestene i mindre grad avhenger av den enkelte kommunes økonomiske situasjon.

– Dagens avlønningssystem for leger og fysioterapeuter kan i prinsippet inndeles i to kategorier:

A. *Fast sum* hvor det enten settes krav om en bestemt arbeidstid eller bestemt åpningstid. En fastsumkomponent benyttes til å stimulere til en mer helhetlig pasientbehandling, herunder en større individrettet forebyggende innsats.

B. *Sum pr. tjeneste* som ytes pasienten. Den ytelsesbaserte komponenten – eller aktivitetsavhengige komponenten – bidrar til at leger og fysioterapeuter ikke taper penger på å ta hand om ressurskrevende pasienter. Denne komponenten er samtidig et insitament om faktisk å yte pasientene visse tjenester.

I sykehjem faller både fastlønnsleger og privatpraktiserende med driftsavtale i kategori A. Utenfor institusjon utfører avtalelegene (kategori B) i gjennomsnitt mindre forebyggende arbeid enn sine fastlønte kolleger. Bruken av øremerkede tiltak (fastlønnstilskudd og refusjoner) har i primærhelsetjenesten medført at ressursbruken er vridd i retning av kurativ behandling. I modellen der en i institusjon vil gjøre et formelt skille mellom forebyggende og kurativ virksomhet, vil dette kunne vri ressursbruken i retning av kurativ virksomhet slik at arbeidsoppgaver som samarbeid med andre yrkesgrupper på sykehjemmet, hjemmesykepleie og primærhelsetjeneste, undervisning, administrative oppgaver m.v kan bli nedprioritert. Dette kan svekke kvaliteten på den medisinske virksomheten i sykehjem og derfor gi et dårligere tilbud til brukerne.

Folketrygdfinansiering av helsetjenester i institusjon kan også føre til vridninger i retning av mindre bruk av tilsynslege og fast ansatt fysioterapeut og mer bruk av tjenester utenfra.

Forskjellen i trygdedekning er primært et forhold mellom staten og kommunene om ansvar for tjenester som i det alt vesentlige dekkes av det offentlige. En kan derfor tenke seg andre oppgjørsordninger som likevel ikke påvirker kommunenes beslutninger på en uheldig måte. For de utøvende tjenester som lege og fysioterapi er det vanskelig å finne alternative ordninger som ivaretar de medisinskfaglige kravene i sykehjem, jf. ovennevnte diskusjon. For legemidler og sykepleieartikler kunne det etableres en refusjonsordning basert på et gjennomsnitt for antall beboere i institusjon. Det kan også tenkes at mønsteravtalene for direkte oppgjør mellom folketrygden og apotek også kan omfatte kommunens krav på refusjoner. En kan også tenke seg at staten i større grad bidrar til finansieringen av enkelte hjelpemidler i institusjon på lik linje med hjemmeboende.

En eventuell tilpasning av gjeldende regelverk for finansiering av helsetjenester til institusjon må samordnes med brukerbetalingsordningene som gjelder i egne hjem/omsorgsboliger. Sjablonmessige tilpasninger av finansieringsordningene vil også kreve sjablonmessige tilpasninger av brukerbetalingsordningene. Eksempelvis vil det kreve særskilt tilpasning i forhold til folketrygdens frikort.

Som det fremgår av institusjonenes funksjon og organisering mv., kan det være vanskelig og lite hensiktsmessig å innføre samme finansierings- og brukerbetalingsordninger for helsetjenester i institusjon som gjelder utenfor. Dersom en unntar tjenester som lege- og fysioterapi fra en slik ordning ved at dette finansieres som i dag, og en innfører mer sjablonmessige ordninger på de øvrige tjenestene, får systemet preg av å være lite likt i og utenfor institusjon.

11.3.2.3 Modell med fellesrefusjon fra staten

Et alternativ til å innføre samme *finansieringsordninger* i institusjon som gjelder utenfor, kan være i form av en egen refusjon fra staten for alle helsetjenester. Denne modellen gir en fellesrefusjon for alle helsetjenester, mens den forrige modellen gir refusjon for enkelttjenester. En slik modell kan ikke sies å bidra til likhet mellom boformer siden *finansieringsordningene* blir forskjellige. Modellen kan imidlertid sies å skape likhet ved det blir det samme *forvaltningsnivå* som delfinansierer helsetjenestene i og utenfor institusjon.

Refusjonen beregnes ut fra de kostnader kommunen i dag har i institusjon, som folketrygden dekker i egne hjem og omsorgsboliger. Beløpet beregnes pr. år ut fra et gjennomsnittsforbruk pr. bruker og kan fordeles etter gjennomsnittlig belegg pr. år.

Refusjon = Utgift pr. pasient x Antall plasser x beleggsprosent

Refusjonen tildeles kommune som disponerer disse midlene etter egne prioriteringer og vurderinger. Refusjonen vil bestå av utgiftskomponenter i de enkelte helsetjenestene. Nedenfor gjennomgås hver enkelt av disse.

Legetjenester og fysioterapi

For fastlønnsleger og fysioterapeuter kompenseres kommunen ved at det beregnes tenkt fastlønnstilskudd ut fra antatt antall timer kurativ virksomhet pr. år. Beløpet legges inn i refusjonen.

For leger og fysioterapeuter med driftsavtale beregnes de egenandeler og refusjoner de ellers ville fått etter dagens regler. Dette beløpet legges inn i refusjonen.

Legemidler og sykepleieartikler på blå resept og hjelpemidler

For legemidler og sykepleieartikler på blå resept beregnes trygdens andel av kostnadene. Denne andelen multipliseres opp med kostnadene til disse tjenestene som legges inn i refusjonen. For hjelpemidler vil hele utgiften legges inn i refusjonen siden staten i all hovedsak fullfinansierer dette utenfor institusjon. En kan også tenke seg samarbeidsordninger mellom institusjonene og hjelpemiddelsentralene

Refusjonens størrelse

Det er vanskelig å gi et godt anslag for størrelsen på refusjonen. For lege og fysioterapitjenesten vil kommunen fortsatt bære hoveddelen og kostnadene, mens utslaget sannsynligvis vil være størst på medisiner og sykepleieartikler. I sykehjem er ca. 80 pst. legemidler på blå resept. Kostnadsfordelingen mellom bruker/pensjonister og staten ved folketrygden utenfor institusjon, er at staten gjennomsnittlig dekker 93 pst. av kostnadene og pensjonisten dekker gjennomsnittlig 7 pst. gjennom egenbetaling. Hvis disse tallene legges til grunn, vil 93 pst. av kommunens utgifter til legemidler på blå resept i sykehjem legges inn i refusjonen og belastes staten.

Med bakgrunn i data fra et utvalg av kommuner, utgjør medisiner og sykepleieartikler på blå resept gjennomsnittlig 10 400 kroner pr. plass. Dersom vi antar som over at staten skal dekke 93 pst. av disse utgiftene, vil legemiddelutgiftene i refusjonen utgjøre 9 700 kroner pr. plass pr. år.

Dersom det tas utgangspunkt i gjennomsnittlige utgifter til helsetjenester pr. plass, 23 000 kroner som en øvre grense, og legemiddelutgiftene i helsetilskuddet på 9 700 som en nedre grense, vil statens totale utgifter ligge mellom 500 mill. og 1 mrd. kroner. Det er her forutsatt at alle institusjonsplasser er sykehjemsplasser. Tar en hensyn til at aldershjemmene har lavere kostnader til helsetjenester enn sykehjem, vil statens totale kostnader ligge i den nedre del av intervallet.

Refusjonen kan fastsettes sentralt eller ut fra utgiftsbehovet i hver enkelt institusjon:

1. *Sentral fastsettelse*: Staten fastsetter størrelsen på refusjonen ut fra utgift pr. bruker som gjøres likt for alle institusjoner og tildeles ut fra formelen. Utgift pr. bruker kan beregnes ut fra et gjennomsnittsforbruk i institusjonene.

Fordel: - Staten sikres god kontroll over fordelingen av offentlige midler.

Ulemper: - Refusjonen vil ikke fange opp variasjoner i kostnadsnivået til helsetjenester mellom institusjoner.

- Kommunen vil ha insentiver til å plassere kostnadskrevende brukere på et lavere omsorgsnivå siden de ikke må dokumentere sitt utgiftsbehov. Kravet om prioriteringseffektivitet vil derfor ikke være oppfylt.

Det kan diskuteres hvorvidt en statlig fastsatt refusjon som illustrert ovenfor kan kalles en refusjon slik begrepet normalt brukes. Statlige refusjonsordninger gjennom folketrygden er knyttet til dokumentert *aktivitet.* Dette vil ikke være tilfelle etter en sentralt fastsatt refusjon som illustrert ovenfor. Begrepet refusjon vil være mere meningsfylt dersom det knyttes opp mot dokumenterte utgifter i hver enkelt institusjon eller kommunen, dvs. en lokalt fastsatt refusjon:

2. *Lokal fastsettelse*: Staten kan fastsette hvilke kostnader som skal inngå for beregning av utgift pr. bruker. Institusjonene må da dokumentere de faktiske kostnadene.

Fordeler: - Refusjonen tilpasses behovet i den enkelte institusjon og vil dermed fange opp variasjoner mellom institusjonene.

- Kommunen vil ikke ha insentiver til å plassere kostnadskrevende brukere på lavere omsorgsnivå når utgiftsbehovet må dokumenteres. Dersom kommunen gjør dette, vil refusjonen reduseres. Systemet kan derfor virke prioriteringseffektivt.

Ulempe: - Systemet kan virke kostnadsdrivende.

Som det framgår vil en sentralt fastsatt refusjon ikke fullt ut oppfylle et krav om prioriteringseffektivitet. Kommunen vil fortsatt ha insentiver til å overføre kostnadskrevende brukere til et lavere omsorgsnivå. Systemet vil likevel være kostnadseffektivt. Kommunen vil foreta en grundig avveining av fordeler og ulemper ved alternative anvendelser av tilgjengelige ressurser.

For en lokalt fastsatt refusjon vil problemstillingen være omvendt. Systemet vil virke prioriteringseffektivt siden kommunen ikke vil ha insentiver til å overføre

brukere til et lavere omsorgsnivå. Et problem med refusjonssystemer sett fra myndighetenes side, er at de offentlige utgiftene kan bli vanskelige å kontrollere. Samlet sett vil et slikt system kunne virke kostnadsdrivende.

Et system med lokalt fastsatt refusjon vil kreve statlig oppfølging av institusjonene. En slik modell vil derfor være administrativt mer krevende enn et sentralt system.

11.3.2.4 Aktivitetsbasert finansiering

En innvending mot modellen med fellesrefusjon for helsetjenester er at den ikke direkte er knyttet opp mot aktiviteten i sykehjem ved at det gis pr. bruker og ikke pr. «behandlet» bruker. I de siste årene har det innenfor somatisk sykehusbehandling vært gjort forsøk med et system med normerte priser for behandling av pasienter i ulike diagnostiske kategorier (DRG – diagnoserelaterte grupper). Dette er særlig godt utviklet for grupper der operative inngrep utgjør en viktig del av behandlingen, mens beregningen av utgifter og dermed fastsettingen av priser er vanskeligere for grupper med kroniske lidelser. Den heterogenitet som kjennetegner pasienter og deres behov for behandling stiller store krav til utforming av refusjonssatsene. Mangelen på tilstrekkelige kunnskaper om hva ulike behandlingstilbud koster, vanskeliggjør arbeidet med å fastsette riktige refusjonssatser.

I behandlingen av *St.meld. nr. 44 (1995-1996) Ventetidsgarantien -kriterier og finansiering, jf. Innst S nr 27 (1996-97),* sluttet Stortinget seg til at rammefinansieringen for somatiske sykehus skal suppleres med innsatsstyrt finansiering for inneliggende pasienter basert på DRG-systemet. Innsatsstyrt finansiering er en blandingsmodell der rammetilskudd til fylkeskommunene fortsatt skal være det viktigste grunnlaget for finansiering av sykehus, supplert med refusjonssats pr. behandlet pasient. Refusjonene skal være basert på DRG-systemet, og de enkelte satser skal avspeile gjennomsnittlige behandlingskostnader for de ulike gruppene.

For å unngå uheldige vridningseffekter, må innsatsstyrt finansiering med refusjon pr. behandlet pasient ha refusjonssatser som gjenspeiler de reelle kostnadene ved behandling av ulike grupper. Raskt etter at DRG ble innført i USA oppdaget man at denne metoden ikke var særlig god for geriatriske pasienter. Ressursene de eldre krevde var mer styrt av deres funksjon, mentale tilstand og atferdsvansker, og dette ble ikke fanget opp i DRG-systemet (Vibe, 1995). I USA ble det derfor utviklet et eget system for geriatriske pasienter kalt RUG (Resource Utilization Groups). RUG er en del av et internasjonalt multidimensjonelt instrument til bruk i geriatri – RAI (Resident Assessment Instrument). RAI er et pasientjournalsystem der en i tillegg til medisinske data kartlegger opplysninger om funksjon, emosjonell tilstand, kognitive og sosiale forhold.

Systemet har vært utprøvd på to poster i Norge i 1995; en rehabiliteringspost på Diakonhjemmets sykehus, og en post på et sykehjem. Forsøket ble vurdert som vellykket (Vibe, 1995) og det ble påpekt at RAI kan og bør brukes i Norge. En kan derfor i framtiden tenke seg refusjonsordninger basert på RUG-systemet i norske sykehjem.

Særlig kan det være interessant å vurdere en aktivitetsbasert finansiering i forhold til korttidsplasser og rehabilitering i sykehjem. Sentrale målsettinger knyttet til pleie- og omsorgstjenesten har lagt betydelig vekt på at kommunene bør styrke tilbudet for korttidsopphold ved institusjoner når det gjelder antall plasser til rehabilitering, avlastningstiltak etc. Utviklingen de siste årene viser imidlertid at antall plasser til disse formålene har gått ned. Årsakene til denne uønskede utviklingen er flere og sammensatte. I forbindelse med at det nå skal iverksettes en innsatsstyrt finansiering av sykehusene, vil det også være interessant å vurdere en tilsvarende fin-

ansiering for deler av det kommunale helsetilbudet som har likhetstrekk med sykehustjenester, og der en innsatsstyrt finansiering kan ha tilsvarende positive effekter. For å stimulere kommunene til økt bruk av korttids-/rehabiliteringsplasser, kan det være aktuelt med et særskilt statlig tilskudd. Dette kan også begrunnes med de ekstrakostnadene kommunene får i forbindelse med slik virksomhet.

Størrelsen må fastsettes ut fra en vurdering av kommunens tap av brukerbetaling, kommunens tilleggskostnader ved disse plassene, og hvor sterkt en fra statlig hold ønsker å stimulere til denne typen virksomhet.

Tap av brukerbetaling vil i gjennomsnitt dreie seg om rundt 8 000 kroner pr. år pr. plass. Merkostnaden ved drift av rehabiliteringsplasser varierer sterkt, men kan anslås til 20-30 pst. i forhold til en langtidsplass. Merkostnadene for kommunen kan derfor ligge i størrelsesorden 60 000 til 100 000 kroner pr. år pr. plass. Merkostnaden ved drift av andre typer korttidsplasser er lavere.

11.4 OPPSUMMERING OG VURDERING

I 1995 ble finansieringen av helsetjenester i alders- og sykehjem samordnet. Av to mulige løsninger ble sykehjemsmodellen også gjort gjeldende i aldershjem, slik at finansieringen i dag er kommunal i begge institusjonstypene. Viktige argumenter her var:

- Sykehjemmene er kommunale helseinstitusjoner slik at finansieringen også bør være kommunal.
- Kommunal finansiering er lettere å administrere.
- Kommunal finansiering reduserer statens ansvar og dermed utgiftsdynamikken på området.

Utgangspunktet for dette kapitlet var mulige ordninger som kan gjøre finansieringen av helsetjenester mv. nøytral, dvs. uavhengig av boform.

I avsn. 5.4 har utvalget vurdert disse vridningseffektene til å være små, men utvalget påpeker at disse effektene kan gjøre seg mer gjeldende i framtiden. Utvalget har derfor valgt å utrede alternative modeller for finansiering og brukerbetaling for helsetjenester mv.

Av to mulige løsninger, kommunal finansiering eller statlig finansiering i og utenfor institusjon, er i hovedsak den første muligheten vurdert. Utvalget vil ikke foreslå en gjennomgripende reform med kommunal finansiering.

I avsn. 11.3.2.2 er muligheten for å innføre samme finansieringsordninger for helsetjenester mv. i institusjon som gjelder utenfor drøftet. På grunn av organiseringen av tjenestene i institusjon, er det problematisk og lite hensiktsmessig å innføre betalingsordningene som gjelder i egne hjem. En slik modell vurderes til å kunne være tung å administrere og praktisere, samt virke kostnadsdrivende for folketrygden.

I avsn. 11.3.2.3 vurderes en modell med felles refusjon for alle helsetjenester i institusjon. Refusjonen kan enten være fastsatt sentralt eller lokalt med bakrunn i utgiftsbehovet til helsetjenester i hver enkelt kommune. Modellen kan ikke sies å være gjennomgående, siden refusjonen er en sjablonmessig tilpasning av regelverket som gjelder for egne hjem/omsorgsboliger. Den vil imidlertid innebære at samme forvaltningsnivå finansierer helsetjenestene i og utenfor institusjon.

En sentralt fastsatt refusjon vil ikke oppfylle kravet om prioriteringseffektivitet. Kommunen vil fortsatt ha insentiver til å overføre kostnadskrevende brukere til et lavere omsorgsnivå. Systemet vil likevel være kostnadseffektivt. Kommunen vil foreta en grundig avveining av fordeler og ulemper ved alternative anvendelser av tilgjengelige ressurser.

For en lokalt fastsatt refusjon vil problemstillingen være omvendt. Systemet vil virke prioriteringseffektivt siden kommunen ikke vil ha insentiver til å overføre brukere til et lavere omsorgsnivå. Et problem med refusjonssystemer sett fra myndighetenes side, er at de offentlige utgiftene kan bli vanskelige å kontrollere. Samlet sett kan et slikt system virke kostnadsdrivende.

Et system med lokalt fastsatt refusjon vil kreve statlig oppfølging av institusjonene. En slik modell vil derfor være administrativt mer krevende enn et sentralt system. Utvalget mener ut fra disse hensyn at en slik løsning ikke er ønskelig.

Med utgangspunkt i drøftingen over gjenstår alternativet med et sentralt fastsatt tilskudd for helsetjenester i institusjon. Modellen med fellesrefusjon for helsetjenester i institusjon fastsatt sentralt, vil som nevnt ikke løse problemene med vridningseffektene fullt ut ved at systemet ikke vil virke prioriteringseffektivt.

Refusjonsmodellen må kombineres med en utjevning av oppstartingstilskuddet fra Husbanken, slik at dette gjøres likt for sykehjemsplasser og omsorgsboliger. Argumentet for dette er unngå at kommunen blir dobbeltkompensert for utgifter til helsetjenester i institusjon.

Viktige forskjeller mellom dagens ordning og en modell med fellesrefusjon for helsetjenester, er at differansen i oppstartingstilskuddet fra Husbanken ikke er ment som en permanent finansieringsordning for helsetjenester i nye sykehjem, men å kompensere for de merutgifter kommunen har til disse tjenestene. Modellen med felles refusjon kombinert med en utjevning av oppstartingstilskuddet, er en modell der *staten*vil finansiere helsetjenester både i allerede etablerte alders- og sykehjem, og ved bygging av nye sykehjem.

En eventuell fellesrefusjon for helsetjenester i institusjon vil i kommunene kunne bli betraktet som en belønning til de kommuner som har mange institusjonsplasser, og en straff til de kommuner som har valgt å omdefinere institusjonsplasser til boliger samt satsing på omsorgsboliger. Den sistnevnte gruppen kommuner har imidlertid i sin omorganisering av pleie- og omsorgstjenestene hatt økonomiske fordeler i form av statlig finansiering av helsetjenester og bostøtteordninger.

En modell basert på aktivitetsbasert finansiering forutsetter et meningsfullt DRG-begrep som gjenspeiler de reelle kostnadene ved behandling av pasientene. Dersom RAI-systemet blir standardisert i Norge kan en i framtiden tenke seg refusjonsordninger basert på denne ordningen. Særlig vil dette være aktuelt når det gjelder korttidsopphold/rehabilitering.

Ut fra denne drøftingen er utvalgets konklusjoner at:

– det foreslås ikke endringer i forvaltningsnivåenes finansieringsansvar for helsetjenester i pleie- og omsorgstjenesten
– en aktivitetsbasert finansiering fra staten for korttidsplasser og rehabilitering i sykehjem bør utredes nærmere i forbindelse med utredning av innsatsstyrt finansiering i sykehus og utredning av rehabiliteringsvirksomheten.

KAPITTEL12

En tjenestebasert brukerbetalingsmodell

12.1 INNLEDNING

Utvalget er i mandatets pkt. 2 bedt om å utrede en modell hvor brukerbetalingen er oppdelt i følgende kostnadselementer:

– bofunksjonen
– mat og andre daglige utgifter
– legetjenester, fysioterapi, medisiner, tekniske hjelpemidler mv.
– pleie- og omsorgstjenester

Bakgrunnen for dette oppdraget skisseres i foredraget til utvalgets mandat i forbindelse med oppnevningen, jf. *"Utvalgets oppnevning, mandat og arbeid"* i kap. 1.

Variasjon i ansvars- og utgiftsdelingen mellom den enkelte og det offentlige for de ulike funksjonene, vil som beskrevet i foredraget til utvalgets mandat være et utgangspunkt når utvalget i dette kapitlet nærmere konkretiserer hvordan en tjenestebasert brukerbetalingsmodell innenfor pleie- og omsorgstjenesten kan tenkes utformet i praksis. Utvalget vil med dette presentere en modell for utgiftsdeling og brukerbetaling hvor finansiering av bo- og andre daglige utgifter i utgangspunktet er et personlig ansvar gjennom hele livet. Det er betydelige variasjoner i befolkningen når det gjelder sammensetning og konsum av disse godene. Variasjonen gjenspeiler ulikhetene i folks inntektssituasjon og preferanser. Finansieringen av pleie- og omsorgs- og helsetjenester skal derimot fortsatt være et offentlig ansvar og skal derfor i all hovedsak dekkes av det offentlige, men med et visst innslag av brukerbetaling. For å klargjøre denne ansvarsdelingen, legges det ved utforming av modellen vekt på synliggjøring av kommunens kostnader ved produksjon av de aktuelle varer og tjenester. Dette skal gi kommunen mulighet for bevisst prioritering og mulighet for å vurdere hvor store ev. subsidier fra kommunens side skal være for de ulike tjenestetilbud.

Et annet utgangspunkt ved utforming av en tjenestebasert brukerbetalingsmodell, vil være at prinsippene for utgiftsfordelingen mellom den enkelte og det offentlige søkes gjort så like som mulig på tvers av ulike boformer. Målet er større likhet i rammebetingelsene for å unngå at kommuner velger det som er økonomisk mest lønnsomt framfor å vektlegge den enkelte brukers behov. Som drøftet i *"Finansiering av helsetjenester"* i kap. 11 er det ikke hensiktsmessig med samme finansiering av helsetjenester i og utenfor institusjon. Finansieringsordningene vil derfor ikke bli fullt ut like og uavhengig av boform på dette punkt.

12.2 BOFUNKSJONEN

12.2.1 Innledning

I tråd med mandatet er utvalgets utgangspunkt ved utforming av brukerbetalingsordning for bofunksjonen – økt personlig ansvar for bofunksjonen uavhengig av boform. Kostnadsriktig fastsetting av bokostnader og synliggjøring av bokostnader for de ulike botilbud, antas å være sentrale virkemiddel som kan bidra til å klargjøre det personlige ansvaret for bofunksjonen. Samtidig vil synliggjøring av de faktiske kostnader forbundet med botilbudet gi bedre grunnlag for politiske prioriteringer og beslutninger i kommunene.

Et annet utgangspunkt for prisfastsetting av bofunksjonen i en tjenestebasert brukerbetalingsmodell, er størst mulig likhet i de økonomiske rammebetingelser for ulike typer boformer. Formålet er å unngå at ulike rammebetingelser på en uheldig måte påvirker kommunene og den enkelte brukers valg av boform.

For å unngå at økt personlig ansvar for bofunksjonen berører den enkelte bruker på en uheldig måte, vil ulike boligsubsidieringsordninger for personer med lav inntekt og/eller formue være viktige virkemiddel for å sikre slike brukergrupper et tilfredsstillende botilbud.

12.2.2 Prinsipielt om beregning av bokostnader

Kommunenes kostnader ved å eie og leie ut en bolig kan dekomponeres i kapitalutgifter, avskrivning, vedlikeholdsutgifter og driftskostnader for boligen, herunder kostnader forbundet med å administrere boligtilbudet. Utvalget legger til grunn at en beregning av betaling for bofunksjon som tar utgangspunkt i disse fire komponentene, kan bidra til større likhet i betalingen for bofunksjonen mellom kommuner og mellom ulike boformer.

Kapitalkostnader

Kapitalkostnader er kostnader ved bruk av realkapital, slik som f.eks. boliger. Kostnaden er knyttet til at kommunen har en viss mengde kapital bundet opp i boligen som dermed ikke kan benyttes på annen måte. Hvordan en skal måle størrelsen på kapitalen, vil være avhengig av hvilket tidspunkt en skal måle kapitalkostnaden, hvilket tidsperspektiv en har, og hvilke handlingsmuligheter kommunen har. Bokostnadene vil variere avhengig av hvilket kapitalkostnadsbegrep som legges til grunn for beregning av bokostnader i og utenfor institusjon i den tjenestebaserte brukerbetalingsmodellen.

Det kan defineres to ulike kapitalkostnadsbegreper i forhold til hvilken beslutningssituasjon kommunen står overfor:

1. Kommunens periodiserte kapitalkostnader forbundet med å eie en kommunal leiebolig og/eller institusjonsplass sammenlignet med avkastningen ved å plassere tilsvarende investeringsbeløp/kapital i en finansinstitusjon.
2. Kostnader knyttet til fortsatt å velge å holde kapitalen i form av leiebolig i stedet for å realisere kapitalen gjennom å selge boligen eller å leie den ut på det private markedet.

Første tilnærmingsmåte legger til grunn at når kommunen står overfor en investeringsbeslutning, kan periodiserte kapitalkostnader være et mål for kapitalkostnaden knyttet til et botilbud. Det vil si at investeringsbeløpet alternativt kunne vært satt inn i en finansinstitusjon og gitt en avkastning som kunne tilbakeføres til kommunen. Beregning av alternativavkastningen av kapitalen en ville hatt ved å plassere kapitalen i en finansinstitusjon, forutsetter beregning av størrelsen av den kapitalen som er bundet opp i boenheten. For å komme fram til dette beløpet, kan kommunen ta utgangspunkt i historisk anskaffelseskostnad, dvs. hva det har kostet kommunen å erverve dette botilbudet, enten gjennom byggekostnader eller anskaffelsespris, og framskrive dette til dagens priser. Hvis kommunen har kjøpt boligen, kan også eventuelle utbedringskostnader inngå. For investeringer som allerede er foretatt, er det hensiktsmessig at den opprinnelige anleggskostnaden blir framskrevet med utviklingen i konsumprisindeksen fram til dagens nivå. Dette vil altså si hva den opprinnelige investeringen er verdt i dag. Alternativt kunne en benytte utviklingen i byggekostnadsindeksen. Det vil tilsvare kostnaden ved å bygge en tilsvarende

boenhet i dag. Ut fra at det er alternativkostnadstilnærming vi benytter, er det mest relevant å benytte utviklingen i konsumprisindeksen for å framskrive den opprinnelige anskaffelseskostnad.

For å beregne kapitalkostnaden, multipliseres kapitalen som er bundet opp i boenheten, med kalkulasjonsrenten. Når en skal fastsette kalkulasjonsrenten, er det rimelig å ta utgangspunkt i de finansmarkeder som kommunen står overfor. Det anbefales at kalkulasjonsrenten settes lik den rente Kommunal- og arbeidsdepartementet anbefaler i sitt rundskriv om selvkost.

Denne framgangsmåten for prisfastsetting av kapitalkostnader vil synliggjøre kostnadene kommunen har knyttet til kapitalen, og dermed bidra til å effektivisere ressursbruken generelt i kommunen. Denne tilnærmingsmåten gir også minst geografisk variasjon i bokostnadene, fordi investeringskostnadene i liten grad fanger opp geografiske variasjoner i boligmarkedet. Det elementet som i hovedsak kan bidra til noe variasjon i investeringskostnadene, er at markedsverdien av tomten inngår i kommunens investeringskostnad.

Den andre tilnærmingsmåten, dvs. å beregne kapitalkostnadene i forhold til markedsleie eller markedsverdi av boligen, og således få en markedsbasert prisfastsetting av bofunksjonen, forutsetter at kommunen til enhver tid vurderer lønnsomheten ved å eie leieboligen eller institusjonen i forhold til å selge boligen eller leie den ut på det private markedet. Markedsverdien eller nåverdien av framtidig nettoinntekt blir i dette tilfellet størrelsen på den bundne kapitalen og således å anse som kapitalkostnaden for botilbudet. I mange kommuner vil dette gi et riktig bilde av kostnadene for botilbudet. Husleien vil i stor grad samsvare med den beste alternativanvendelsen av kapitalen. Spesielt er dette tilfellet i de store byene hvor markedsforholdene gir en leie og pris på boliger som overstiger det en kan få ut fra prinsipper for husleiefastsetting hvor en ikke trekker inn markedsforholdene.

Innvendingene mot å benytte markedspriser og markedsleier er i hovedsak todelt. For det første vil en husleie som fastsettes ut fra markedsprinsipper være utsatt for til dels store endringer på kort sikt. Både husleiene og prisene på boliger i pleie- og omsorgssektoren vil følge endringene på det øvrige boligmarkedet. Utviklingen fra 1986 og fram til nå har vist at markedet varierer både på kort og mellomlang sikt. Dette kan være uheldig for husstander som har lave inntekter og dermed er svært sårbare overfor endringer i boutgiftene. Et rendyrket markedsbasert prinsipp vil gjøre det vanskelig for husstander med lave inntekter å planlegge et godt tilpasset boligkonsum. For det andre vil en markedsbasert husleie gi store geografiske variasjoner. Det vil si at prisen for like botilbud vil variere etter hvor en bor i landet og hvilket område innenfor kommunen husstanden bor.

Et annet problem med en markedsbasert prissetting vil for mange små kommuner være at det ikke eksisterer et sammenlignbart leiemarked eller et marked hvor tilsvarende boliger omsettes. Det vil si at det ikke finnes boliger med tilsvarende standard og utforming som er leid ut eller selges på det private markedet. Det er heller ikke relevant å snakke om markedsleie og markedspris når en skal fastsette kostnaden ved boligdelen i institusjoner mv. Markedsleie eller salgspris vil derfor være relevant mål for alternativkostnad kun for store kommuner og utenfor institusjon hvor det er tale om et marked som er sammenlignbart.

Fordi det er en målsetting med større geografisk likhet i betalingen for bofunksjonen og større likhet i betalingen for bofunksjonene i og utenfor institusjon, vil det være hensiktsmessig å benyttet periodiserte kapitalkostnader som mål for kapitalkostnaden framfor markedsbasert prissetting.

Verdiforringelse/avskrivninger

For å få inn tidsperspektivet, med andre ord at boenhetens verdi forringes over tid, må en ta hensyn til avskrivning. Selv om det er flere forhold som tyder på at boligens verdi ikke forringes likt over tid, er det likevel naturlig med en lineær avskrivning av kapitalen. Tilnærmingen som er anbefalt i St.meld. nr 45 (1995–96) Boligtaksering og prinsipper for boligbeskatning, er en lineær avskrivning av kapitalen med 1 prosent over 40 år. Dette innebærer at en ikke avskriver boligen fullt ut, men at 60 prosent av anskaffelseskostnaden gjenstår etter 40 år. Tomtekostnaden avskrives ikke.

Vedlikeholdskostnader

Med vedlikeholdsutgifter menes ytre og indre vedlikehold for å opprettholde boligens tekniske standard. Større vedlikeholdsarbeid vil inngå som utbedringskostnader eller rehabiliteringskostnader, og vil dermed inngå i kapitalgrunnlaget. Det vil si at kostnaden knyttet til utbedringen blir plusset på kapitalen som er bundet opp i boenheten.

Driftskostnader

I driftskostnader inngår kostnader til forsikring, energikostnader og kommunale avgifter. Kostnader til lys og oppvarming kan inngå i dette kostnadselementet, selv om denne komponenten tradisjonelt ikke inngår i husstandens boutgifter.

12.2.3 Fastsetting av husleie i kommunale utleieboliger

Leien i utleieboligene bør som drøftet i avsn. 12.2.2 ta utgangspunkt i en kapitalkostnadstilnærming. Kapitalkostnadene er lik kommunens kostnad knyttet til bruk av realkapitalen. I dette tilfellet er boligen realkapitalen. Prinsippet for beregning av husleie kan skisseres slik:

1. I historisk investeringskostnad inngår bygge- og anleggskostnader, samt tomtekostnadene i det året boligen ble oppført. I de tilfeller hvor kommunen selv eier tomten, bør tomtekostnaden inngå.
2. Historisk investeringskostnad blir framskrevet med utvikling i konsumprisindeksen fra det året investeringen fant sted og fram til beregningstidspunktet. Hensikten er å finne hva investeringen ville ha kostet i det aktuelle året i kroner.
3. Avskrivningen er lineær og det avskrives 1 prosent av investeringskostnaden hvert år i 40 år.
4. Avkastningsraten settes til renten på statsobligasjoner, med om lag 3-års gjenstående løpetid. Størrelse på kapitalen multiplisert med renten på statsobligasjoner inngår som kapitalkostnaden i husleien.
5. I driftskostnader inngår kostnader til forsikring, energikostnader og kommunale avgifter.
6. Vedlikeholdskostnader dekker kostnader til vaktmester og mindre og større vedlikeholdsoppgaver.
7. Kostnaden knyttet til avskrivningen inngår også som en kostnad.
8. Husleien blir da summen av kapitalkostnaden, drifts- og vedlikeholdskostnader, samt kostnaden knyttet til avskrivningen.

Eksempel på husleieberegning i nye omsorgsboliger

I regneeksemplet er det benyttet husbankstatistikk over kostnader for nye omsorgsboliger. I 1995 var gjennomsnittlig anleggskostnad pr. kvm 11 200 kroner. I anleggskostnaden inngår også kostnader til boligtomten. Antall kvadratmeter for en bolig til en person er 55 kvm. Totalt blir da anleggskostnaden til en ny omsorgsbolig for en person 617 000 kroner.

Som en tilnærming til drifts- og vedlikeholdskostnader er en vanlig antakelse at dette utgjør fra 2 til 3 prosent av anleggskostnaden. I regneeksemplene utgjør kostnaden 2,5 prosent av anleggskostnaden. Dette utgjør om lag 15 500 kroner pr. år. Avskrivningskostnaden er 1 prosent av 617 000 kroner, det vil si 6 170 kroner pr. år i 40 år.

Til kalkulasjonsrente er det valgt statsobligasjonen med om lag 3-års gjenstående løpetid. For tiden er denne notert med en rente på om lag 5 prosent. Statsobligasjonen er antatt uforandret i beregningsperioden. Denne vil da bli benyttet til å måle alternativavkastningen på kapitalen som i dette tilfellet er 617 000 kroner. Vi har her valgt å holde kapitalen nominelt konstant i perioden.

Regnestykket blir da:

Tabell 12.1:

Anleggskostnad i 1995:		= 617 000 kr
Prisstigning fra 1995 til 1996:	1,1 %	
Verdi 1996 kroner:	617 000 kr * (1 + 0,011)	= 623 787 kr

Ut fra dette blir husleien:		
Avskrivning 1 %:	617 000 kr * 0,01	= 6 170 kr
Kapitalkostnad :	(623 787 kr – 6170 kr)* 0,050	= 30 880 kr
Drifts- og vedlikeholdsutgifter		= 15 000 kr
Total kostnad pr. år		= 52 550 kr
Månedlig husleie	= 52 550 kr/12	= 4 379 kr

12.2.4 Fastsetting av betaling for bofunksjonen i institusjon mv.

Beregning av betaling for bofunksjonen i institusjon kan også skje med bakgrunn i en kapitalkostnadstilnærming. Tankegangen vil her være at kommunen investerer et visst beløp som den kan påregne en avkastning av. Avkastningen pluss drifts- og vedlikeholdsutgifter og avskrivning blir det beløp som utgjør betalingen for boligdelen.

Beregningen for betaling av boligdelen vil mest naturlig skje ved arealmessig oppdeling av institusjonens anleggskostnader i en servicedel og en boligdel. Det kan ut fra dette foretas en beregning av hva som skal inngå i boligdelen og prises med hensyn til dette. Til boligdelen er det naturlig at følgende arealer inngår:

- Institusjonsrommet
- Gangareal som forbinder boenhetene og felles boligarealer
- Felles oppholdsrom for beboerne og lokaler som benyttes av beboerne
- Felles kjøkken, for beboerne
- Hobbyrom for beboerne

– Gjesterom for beboernes pårørende
– Toalett i forbindelse med felles oppholdsrom eller felles spisekjøkken
– Tekjøkken til beboerne og deres pårørende

De fellesarealene som tilhører boligdelen fordeles likt på den enkelte boligen. Dette innebærer at forskjeller i husleier mellom beboerne kun kan ha sin årsak i forskjeller i den enkeltes bolig. I tillegg til en boligdel består institusjoner mv. av en servicedel som ikke skal inngå i grunnlaget for husleieberegningen. Til servicedelen kan inngå:
– Lokaler til fysioterapi og ergoterapi
– Lokaler for personalet som pauserom og lignende
– Rom som benyttes til korttidsbeboere
– Kontorer for personalet
– Kafeteria og kiosk
– Lokaler til fotpleie og frisør
– Gangareal som forbinder serviceaktiviteter
– Rom til fritidsaktiviteter, f.eks. svømmehall og lignende

Det kan i institusjonen være noen rom som ikke entydig kan plasseres i boligdelen eller i servicedelen. Det kan være hensiktsmessig å foreta en skjønnsmessig fordeling av disse arealene i boligdelen og servicedelen. For institusjonsplasser hvor investeringen allerede er foretatt, tar en utgangspunkt i opprinnelig anleggskostnad og framskriver denne med konsumprisutviklingen. Avskrivningsreglene er de samme som beskrevet under fastsetting av husleie i kommunale utleieboliger. Denne størrelsen multipliseres så med kalkulasjonsrenten og tillegges kostnader til vedlikehold, drift og avskrivning. Det legges til grunn en arealmessig oppdeling som beskrevet ovenfor.

Ved prisfastsettingen av nye institusjonsplasser vil det være mest aktuelt at de prinsippene som er beskrevet over, legges til grunn. Det kan imidlertid diskuteres om det ikke bør tas hensyn til at eldre institusjoner ofte har en dårligere standard enn nye. Skal man ta slike hensyn, kan det være naturlig å justere prisfastsettingen i forhold til manglende kvaliteter rommet har. Som eksempel på hva som kan anses å være redusert kvalitet, er flersengsrom, ikke eget bad/toalett, manglende vann på rommet. Redusert pris på grunnlag av slike kvalitetsmangler kan enten foretas rent skjønnsmessig eller som faste fratrekk for de ulike kvalitetsmanglene. I St.meld. nr. 45 (1996–97) er det foreslått at kvadratmeterprisen reduseres med kr 500 for manglende vann, kr 300 der det ikke er eget bad osv.

En prisfastsetting som er skissert over vil innebære at rom med dårlig standard og/eller flersengsrom vil gi kommunen lavere leieinntekter enn rom med god standard.

Regneeksempel – sykehjem.

I 1995 var gjennomsnittlig anleggskostnad for sykehjem om lag 740 000 kroner medregnet fellesarealer som beskrevet tidligere. Gjennomsnittlig areal for privatrommet er på 23.5 kvm. Forutsetningene som er gjort er lik de som ble gjort i beregningene for omsorgsboliger.

Tabell 12.2:

Anleggskostnad 1995:		= 740 000 kr
Anleggskostnad 1996:	740 000 * (1 + 0,011)	= 748 140 kr
Antall kvadratmeter inkl. fellesareal:	40 kvm	
Kvadratmeterpris:		= 18 704 kr
Husleien blir da:		
Avskrivning 1 %: 740 000 *0,01		= 7 400 kr
Kapitalkostnad:	(748 140 kr – 7 400 kr)* 0,05	= 37 038 kr
Drifts- og vedlikeholdsutgifter		= 15 500 kr
Kostnader pr. år		= 59 937 kr
Månedlig husleie	59 937/12	= 4 995 kr

Det tas her utgangspunkt i et sykehjem oppført i 1970 med opprinnelig anleggskostnad pr.rom inkludert fellesareal, på 97 470 kroner. Antall kvadratmeter etter inndelingen beskrevet over, er 25 kvadratmeter.

Regneeksempel – eldre sykehjem

Tabell 12.3:

Antall kvadratmeter inkludert fellesareal	25 kvm	
Anleggskostnad i oppføringsåret 1970		= 97 470 kr.
Konsumprisindeks 1970	49,6	
Konsumprisindeks 1996	262,9	
Endring i konsumprisindeks	(262,9 – 49,6)/49,6 = 430 %	
Anleggskostnad i 1996-kr		= 419 121 kr
Avskrivning pr. år 1970 – 1996		= 4 191 kr
Total avskrivning		= 108 971 kr
Fratrekk for manglende standard	1 000 * 25	= 25 000 kr
Husleien blir da:		
Kapitalkostnad	(419 121 kr – 108 971 kr – 25 000 kr)*0,05	= 14 892 kr
Driftskostnader		= 15 000 kr
Avskrivning		= 4 191 kr
Årlige kostnader		= 34 083 kr
Månedlig husleie i sykehjem	= 34 083/12	= 2 840 kr

12.2.5 Bostøtte i og utenfor institusjon

De prinsippene som er beskrevet over, vil for mange føre til en økt boutgiftsbelastning. De med de laveste inntektene kan få problemer med å betjene sine boutgifter. F.eks. vil boutgiften knyttet til et nytt sykehjemsrom kunne komme opp i 60 000 kroner pr. år. Dette vil i ekstreme tilfeller gi en total utgiftsbelastning som overstiger inntekten til minstepensjonister.

Som beskrevet i *"Dagens finansierings- og brukerbetalingsordninger"* i kap. 5 hadde staten inntil 1997 to bostøtteordninger som fungerte som skjermingsordninger for husstander med høye boutgifter i forhold til inntekten. Husbankens bostøtteordning er et boligpolitisk virkemiddel som skal påvirke boliginvesteringen til husstander med lave inntekter, og stiller derfor krav til utformingen av boliger som skal omfattes av ordningen. Sosial- og helsedepartementets botilskuddsordning var et inntektspolitisk virkemiddel som hadde til hensikt å gi tilskudd til pensjonister med lave inntekter til dekning av boutgifter, for på den måten å utjevne levekårsforskjeller blant pensjonister som følge av ulik boutgiftsbelastning. I Stortingets vedtak om samordning av de to bostøtteordningene er det inntektspolitiske aspektet ved ordningen styrket gjennom at det ikke stilles krav til boligen for alders-, uføre- og etterlattepensjonister som har inntekter under minstepensjon pluss 30 prosent.

Verken Husbankens bostøtteordning eller Sosial- og helsedepartementets botilskuddsordning omfattet institusjonsplasser. En slik utviding er heller ikke drøftet ved samordning av de to ordningene. Årsaken til dette er at det i dag ikke betales boutgifter separat i institusjon, idet betalingen fastsettes etter inntekt. I tillegg regnes institusjonsplasser ikke som selvstendige boliger i forhold til regelverket for bostøtte. Institusjonsplasser berettiger således fortsatt ikke til bostøtte.

I Stortingets vedtak om samordning er det lagt opp til en bostøtteordning for eldre og funksjonshemmede og en bostøtteordning for barnefamilier. Det vil si at det legges opp til en bostøtteordning for målgruppene i pleie- og omsorgstjenesten. Endringer i regelverket for bostøtte til eldre og funksjonshemmede vil derfor ikke påvirke regelverket eller ha budsjettmessig betydning for de andre målgruppene.

En utvidelse av bostøtteordningen til alders- , uføre- og etterlattepensjonister vil likevel omfatte flere enn de husstander som er definert innenfor pleie- og omsorgstjenesten. Det vil være uheldig og administrativt vanskelig å skille ut denne gruppen. Det vil i tillegg føre til et kunstig skille mellom målgruppene i ordningen. Husstander med like boutgifter og inntekter vil få forskjeller i bostøtte avhengig av om husstanden er definert innenfor pleie og omsorgstjenesten eller ikke.

En hovedsvakhet ved bostøtteordningen er at boutgiftstakene er for lave i forhold til kostnadene ved en nøktern bolig. Som eksempel vil utvalget peke på at boutgiftstaket for enpersonshushold er 32 500 kroner (1996), mens kostnaden knyttet til en nøktern bolig er om lag 52 000 kroner. Dette innebærer at det er en stor del av boutgiftene en ikke får dekning for. Utvalget vil peke på at boutgiftstakene i en tjenestebasert brukerbetalingsmodell eventuelt kan økes opp til dette nivået, slik at en kan ta hensyn til de reelle utgiftene ved botilbudet når bostøtten utmåles.

Det vil i en tjenestebasert brukerbetalingsmodell være hensiktsmessig med en egen bostøtteordning som gjelder institusjoner. Det vil si at bostøtten for alders-, uføre- og etterlattepensjonister får to boligavgrensninger, en for ordinære boliger og en for institusjoner.

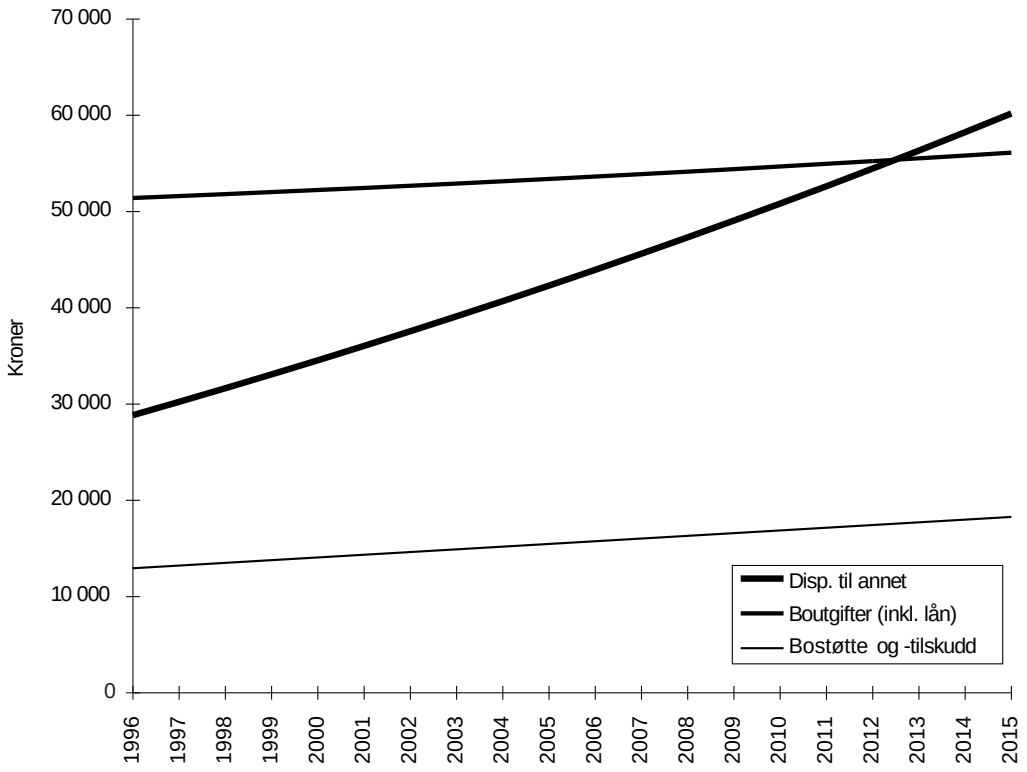
Ved ev. innføring av egen bostøtteordning i institusjon, vil det være naturlig å legge seg på den administrative praksis en i dag har i bostøtteordningene som i dag gjelder utenfor institusjon. Det vil si at det er kommunen, i dette tilfellet vil det være administrasjonen ved institusjonen, som påfører de nødvendige opplysningene på søknadsblanketten. I all hovedsak vil dette dreie seg om boutgiften søkeren har.

Husbanken vil, når en får søknaden fra kommunen, i stor grad benytte eksterne registre, som ligningsregister og RTVs register, for å påføre opplysninger. Støtten utmåles maskinelt i Husbanken og utbetales tre ganger i året. Institusjonen vil etter at den har søkt for beboeren første gang, motta forhåndsutfylte søknader fra Husbanken. Administrasjonen kontrollerer opplysningene på søknaden og videresender den til Husbanken.

12.2.6 Konsekvenser for brukerne

Bokostnader for brukere i kommunale utleieboliger

For å si noe om konsekvensene for den enkelte husstand, velger vi i første omgang å se på en enslig minstepensjonist. Minstepensjonen er framskrevet med 2 prosent pr. år. Ut fra minstepensjonen beregnes hva husstanden vil sitte igjen med etter at skatt og boutgifter er betalt i perioden 1996–2014. Dette vil bli beregnet både ut fra dagens regelverk for bostøtte, og en heving av de øvre grensene for boutgifter opptil nivået for kostnadene for en tilsvarende bolig. De øvre grensene for boutgifter i bostøtteordningen angir de høyeste boutgiftene som kan legges til grunn ved beregning av bostøtte. Boutgifter utover dette nivået blir det sett bort fra. Hvis f.eks. de faktiske boutgifter er 45 000 kroner pr. år, vil likevel 32 500 kroner inngå som husstandens boutgift når bostøtten beregnes. Utgifter til lys og brensel inngår ikke i beregningen.

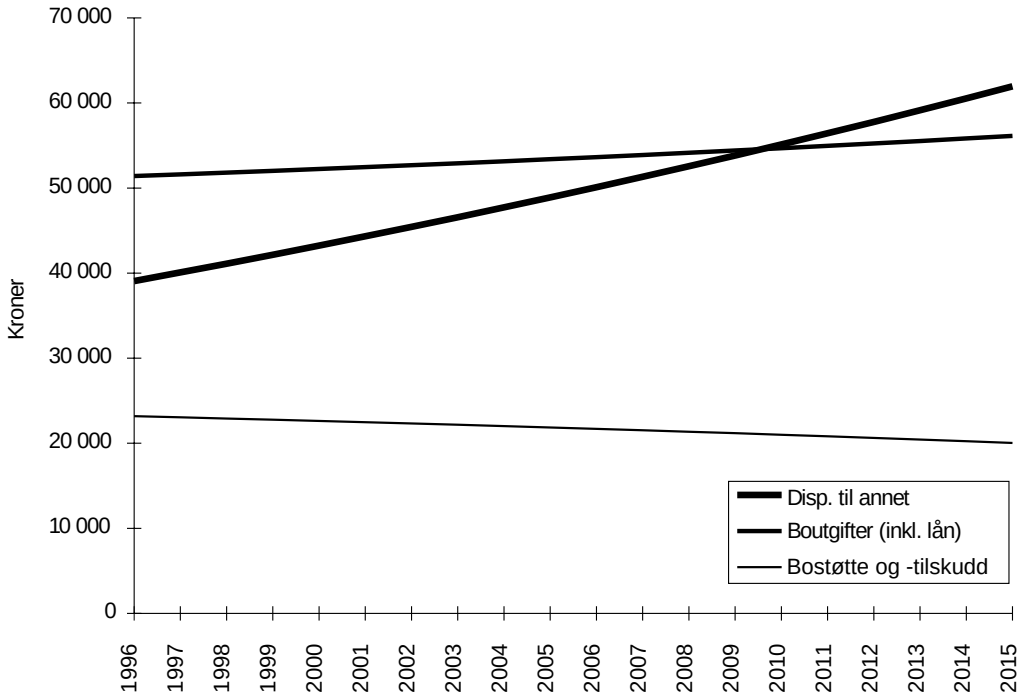


Figur 12.1 Inntekt etter at skatt og boutgifter er betalt for minstepensjonist etter dagens regelverk i bostøtteordningen- boutgiftstaket er 32 500 kroner.

Vi ser av figuren at den totale årlige boutgift som følge av en kostnadsriktig husleie er på litt i overkant av 52 000 kroner. Det vil si en månedlig husleie før bostøtte på 4 400 kroner. Den årlige bostøtten vil bli 12 000 kroner i henhold til dagens regelverk, eller 1 000 kroner i måneden. Netto husleie for husstanden blir da 3 400 kroner pr. måned. Dette innebærer at minstepensjonisten sitter igjen med 30 000 kroner i året etter at boutgifter og skatt er betalt, eller 2 500 kroner i måneden.

Av "" i figur 12.1 ser en at den disponible inntekten øker i beregningsperioden. Årsaken til dette er for det første at prinsippet for fastsetting av husleie gir en relativt jevn fordeling av boutgifter over tid. For det andre er det forutsatt en nøktern inntektsøkning på 2 prosent pr. år. Disse to faktorene bidrar til at den disponible inntekten øker.

Vi har valgt å vise hvordan situasjonen blir for husstanden hvis en hever de øvre grensene for boutgifter opp til nivået for kostnadene knyttet til en husbankfinansiert bolig, om lag 52 000 kroner.



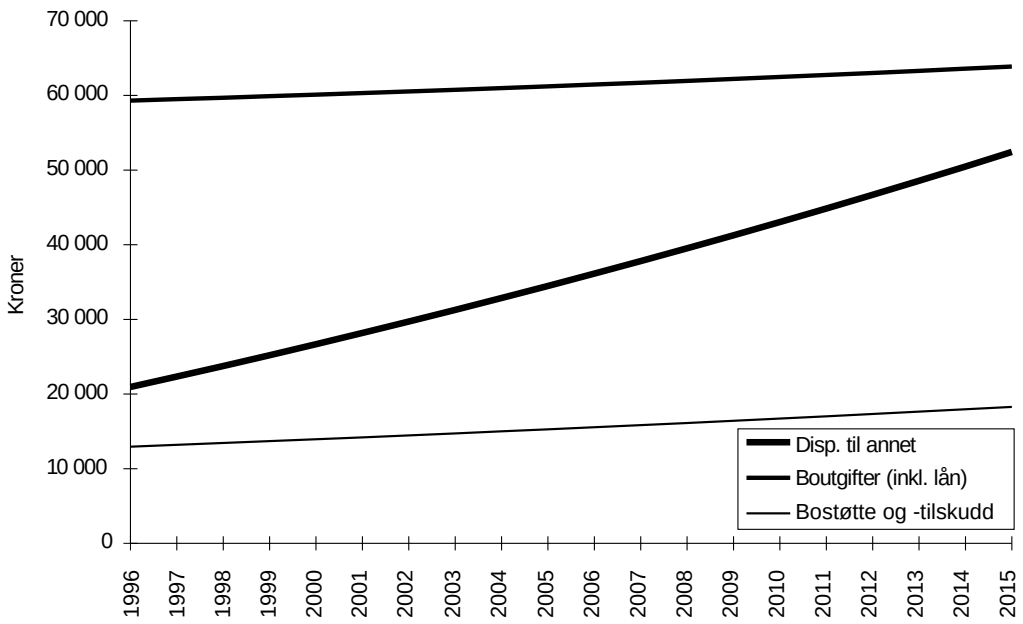
Figur 12.2 Inntekt etter skatt og bolig for en minstepensjonist i ny omsorgsbolig med økt boutgiftstak – boutgiftstak er 52 000 kroner.

Endringen i bostøtteordningen påvirker ikke den brutto husleien som husstanden betaler. Den er fortsatt på 4 400 kroner pr. måned. Som følge av økningen av boutgiftstaket er bostøtten økt til om lag 23 000 kroner pr. år, eller nærmere 2 000 kroner pr. måned. Dette vil påvirke det husstanden har igjen etter at boutgifter

og skatt er betalt. I årlig beløp utgjør det husstanden har igjen etter at boutgifter og skatt er betalt, temmelig nøyaktig 40 000 kroner eller 3 333 kroner pr. måned.

Bokostnader for brukere i institusjon

Det er også vist effekten av at en utvider dagens bostøtteordning til å omfatte institusjonsplasser. For en ny institusjonsplass har en minstepensjonist uten formue igjen om lag 20 000 kr. i året, hvis en tar hensyn til bostøtte og etter at boutgiftene er betalt. Med en bostøtte på om lag 1 000 kroner i måneden, er nettokostnaden for boligdelen for en minstepensjonist 4 000 kroner pr. mnd. i 1996. Under forutsetning av en jevn utvikling i minstepensjonistenes inntekter i årene som kommer, viser figuren at disponibelt beløp vil øke jevnt. I år 2010 vil disponibel inntekt ha økt til det dobbelte, om lag 42 000.



Figur 12.3 Husleie i sykehjem. Inntekt etter skatt og bolig for minstepensjonist med dagens bostøtteordning innført i institusjon.

Ved en økning av boutgiftstaket for dagens nivå på 32 500 (1996) opp til 52 000 kroner som tilsvarer utgiften knyttet til nye omsorgsboliger, blir nettobeløpet husstanden må betale for bofunksjonen redusert til 2 500 kroner pr. måned. Disponibelt beløp pr. måned er økt til 3 200 kroner eller 38 400 pr. år.

12.2.7 Konsekvenser for kommunene

De prinsippene som er skissert i teksten for fastsetting av husleie både i institusjon og utleieboliger, vil få konsekvenser for kommunens inntekter fra boligdelen. De vil i mange tilfeller gi økt husleie for de som bor i kommunale utleieboliger (Nordvik,

1996). I tillegg vil de som i dag bor på institusjon betale leie for boligfunksjonen. Beregningene i rapporten er basert på utvalg av den kommunale utleiemasse fra Boforholdsundersøkelsen 1995 og Gallup 1995. Beregningene er basert på periodiserte kapitalkostnader. Hensikten er å finne differansen mellom leienivået ved prinsippet vi har skissert over og den leien som kommunen faktisk tar, det vil si den skjulte subsidieringen gjennom at kommunen tar en husleie som er lavere enn en kostnadsdekkende husleie.

Tabell 12.4: Subsidier målt som differansen mellom husleie basert på periodiserte kapitalkostnader og faktisk husleie i kommunale utleieboliger – millioner kroner.

	Subsidier målt i forhold til hele den kommunale utleiemassen	Subsidier målt i forhold til den kommunale utleiemassen for funksjonshemmede og eldre
Gallup 1995	1563	695 [1)]
Boforholdsundersøkelsen 95	1640	695

1) Subsidien er målt som et gjennomsnitt mellom subsidien som er beregnet fra Boforholdsundersøkelsen 1995 og Gallup 1995

Som tabellen viser er omfanget av den «skjulte» subsidien til dels av betydelig omfang. Hvis en ser på hele den kommunale utleiemassen, er subsidien på om lag 1 500 mill. kroner. Når en avgrenser det til boliger som er bebodd av eldre og funksjonshemmede, kan nivået på subsidien anslås til om lag 700 mill. kroner.

I den utstrekning kommunen følger de prinsipper som er beskrevet over, vil kommunenes inntekter fra utleieboligene øke med 1 500 mill. kroner. Dette må synliggjøres i kommunenes regnskaper. Hvorvidt kommunen vil subsidiere husleien til den enkelte beboer, må være et bevisst valg og avveining fra kommunens side.

I institusjoner får ikke kommunen i dag direkte leieinntekter fra boligdelen. Det kan argumenteres med at vederlaget i institusjoner dekker en del av bokostnadene. Utvalget har her valgt å splitte opp inntekten for de enkelte komponenter, jf. omtalen under de andre elementene. Utvalget vil her se på inntekten kommunen får fra institusjonsplasser med de prinsipper for fastsetting av husleie som er beskrevet over. Siste tilgjengelig statistikk fra SSB over fordeling av institusjonsplasser er vist i tabell 12.2.

Tabell 12.5: Institusjonsplasser for eldre fordelt på type rom – 1995.

	Totalt	Ensengsrom	Flersengsrom
Institusjonsplasser – 95	43 977	35 577	8 400

Kilde: SSB

Fordeling av investeringer i institusjonsplasser og standard og kvadratmeter for de ulike årgangene gir en beregnet gjennomsnittlig leie for sykehjem på om lag 3 000 kroner for ensengsrom. I dag har en ulike virkemidler for å stimulere til at kommunen skal avskaffe flersengsrommene i sykehjemmene. I særlig grad gjelder dette oppstartingstilskuddet som gis til kommuner som bygger institusjoner med ensengsrom. Det gis også et tilskudd på 90 000 kroner for hvert rom som omgjøres

til ensengsrom. Den totale bevilgningen til formålet er på 607 mill. kroner i 1997. Det kan på bakgrunn av denne satsingen være naturlig å vurdere effekten av virkemidlet før en igangsetter ytterligere virkemidler overfor kommunene.

Det er likevel flere forhold som tilsier at leien i flersengsrom bør være lavere enn det som blir resultatet av det prisfastsettingsprinsippet som er beskrevet over. Blant annet på grunn av en generell reduksjon av standarden på botilbudet gjennom at mange funksjoner må deles med andre. Dette vil indirekte innebære et ytterligere virkemiddel overfor kommunene til å avskaffe flersengsrom på grunn av tap av leieinntekter.

Vi har her valgt å se på det totale antallet institusjonsplasser når vi skal vurdere kommunens leieinntekter. Antallet institusjonsplasser som benyttes for korttidsopphold, er basert på statistikk fra 1992 og faktiske innskrivninger etter formål. Totalt ble det innskrevet 44 989 personer, hvorav 12 prosent på korttidsopphold. Vi antar at fordelingen er lik i 1995. Fordelingen over gir et antall institusjonsplasser for langtidsopphold på 38 699. Vi velger en skjønnsmessig fordeling med hensyn til hvilken type rom korttidsbeboere bor på og legger til grunn 75 prosent på ensengsrom og 25 prosent på flersengsrom. Institusjonsplasser med ensengsrom blir da 31 618 og flersengsrom 6 828.

Med disse forutsetningene vil leieinntektene for kommunene bli 1 100 mill. kroner for ensengsrom og 82 mill. kroner for flersengsrommene. Totale leieinntekter for institusjonsplasser blir på om lag 1 200 mill. kroner. Kommunens økning i leieinntekter er gjengitt i tabell 12.3.

Tabell 12.6: Økning i leieinntekter for kommunene som følge av prinsippene for leiefastsetting i mill. kroner

	Økning i inntekter i mill. kroner
Økning i leieinntekter ensengsrom i institusjon	1100
Økning i leieinntekter flersengsrom i institusjon	80
Økning i leie fra utleieboliger	1500
Total økning i leieinntekter	2680

I den utstrekning kommunene faktisk benytter disse prinsippene, vil inntekten isolert sett fra boligdelen i kommunen øke med rundt 2 700 mill. kroner. Det må understrekes at dette ikke representerer en netto økning i kommunenes inntekter. Vederlagsforskriften for institusjoner vil falle bort og kommunene må for mange fortsatt subsidiere boutgiftene. Bostøtte fra staten vil være en forutsetning for økning av bokostnadene i kommunale boliger og innføring av separat dekning for bofunksjonen i institusjon. Hvis ikke prinsippene for husleiefastsetting blir lovpålagt, vil dette kunne få konsekvenser for de kommunene som tar for lav leie ved tildeling av skjønnsmidler i løpet av budsjettåret. Det vil si at de ikke får tildelt skjønnsmidler siden de ikke har utnyttet sitt inntektspotensiale.

12.2.8 Konsekvenser for staten

Et forhold som vil berøre staten er skjermingsreglene. Beregning av bokostnader etter prinsipper beskrevet i *"Fastsetting av husleie i kommunale utleieboliger"* i avsnitt 12.2.3 og *"Fastsetting av betaling for bofunksjonen i institusjon mv."* i 12.2.4 vil for mange bety økt boutgiftsbelastning, jf. *"Bostøtte i og utenfor institusjon"* i avsnitt 12.2.5.

Økning i boutgiftstakene i bostøtteordningen utenfor institusjon fra 32 500 kroner (1996) for enpersonshushold til 52 000 kroner, vil avhenge av hvilke grupper endringene i bostøttereglene skal gjelde. En endring av bostøtteordningen vil omfatte flere personer enn de som er brukere av pleie- og omsorgstjenesten. Forutsatt at økningen i boutgiftstaket utenfor institusjon skal fastsettes ut fra gjeldende avgrensning, vil dette bety en kostnadsøkning på om lag 1 000 mill. kroner for staten.

Innføring av en egen bostøtteordning for institusjonsplasser vil koste i overkant av 300 mill. kroner. Hvilken betydning dette får for husstander med de laveste inntektene er vist i drøftingen over. Ved en slik bostøtte vil en redusere husleien pr. måned fra 5 000 kroner til 4 000 kroner for nye institusjonsplasser.

For nærmere redegjørelse for kostnadene ved aktuelle endringer i bostøtteordningen ved innføring av en tjenestebasert brukerbetalingsmodell, vises til *"Økonomiske virkninger av de ulike modellene"* i kap. 14.

12.2.9 Konklusjon

Utvalget anser at det vil være mest naturlig å legge følgende retningslinjer til grunn for betaling for bofunksjon i en tjenestebasert brukerbetalingsmodell:

- Kommunene beregner bokostnader i kommunale boliger for eldre og funksjonshemmede ut fra periodiserte kapitalkostnader for å synliggjøre bokostnaden
- Kommunene krever betaling for bofunksjonen i institusjoner av langtidsbeboere ut fra samme prinsipper, og egen bostøtteordning innføres for institusjoner
- De øvre grensene for boutgifter i bostøtteordningen økes opp til nivået til kostnadene knyttet til en nøktern bolig

12.3 MAT OG ANDRE DAGLIGE UTGIFTER

12.3.1 Innledning

I mandatet er det ikke nærmere spesifisert hva kostnadselementet mat og daglige utgifter inneholder. Når det i den tjenestebaserte modellen i utgangspunktet skal betales etter samme prinsipper i og utenfor institusjon for dette kostnadselementet, må derfor begrepets nærmere innhold avklares.

De som bor i egne hjem og omsorgsboliger vil som hovedregel kjøpe og lage maten selv og fullt ut dekke disse utgiftene selv. Skisse til modell vil derfor ha størst betydning for institusjonene.

Ved utforming av modellen legges vekt på at betalingsordningene søkes lagt opp slik at det gir mulighet for et variert tilbud, og hvor den enkelte kan øve større innflytelse på hvilket tilbud som mottas. Systemet må imidlertid fortsatt legges opp slik at det ivaretar brukere som har en mental svikt og derfor ikke vil være i stand til å foreta avveininger og valg i forhold til tjenestetilbudet.

12.3.2 Avgrensning

Det er ikke klart hva som inngår i begrepet andre daglige utgifter. Gjeldende forskrift om vederlag for opphold i institusjon mv. har visse regler som omhandler bl.a. denne typen utgifter. Her heter det at vederlaget skal dekke «kost og losji, nødvendig tannbehandling, medisiner mv. samt helsetjenester som kommunen organiserer etter lov om helsetjenesten i kommunen § 1–3 andre ledd». Oppregningen er ikke uttømmende. Dette følger av uttrykket mv. Sosial- og helsedepartementet og Helsetilsynet har gitt retningslinjer om hva som bør omfattes av disse begrepene.

Her er det presisert at vederlaget skal dekke mat, transport og reiseutgifter, personlige hygieneartikler som såpe, sjampo, tannkrem, barberartikler o.l., og vask og reparasjon av privattøy.

Sosialtjenesteloven § 4–2 a og Sosial- og helsedepartementets merknader til denne omtaler også en del utgifter som etter en språklig fortolkning av begrepet daglige utgifter, vil kunne omfattes. Her nevnes hjelp til alle dagliglivets praktiske gjøremål i hjemmet. Det kan være innkjøp av varer, snømåking, vedhugging eller rengjøring, vask av tøy, daglig hår- og fotpleie. Hvis betalingen for disse tjenestene i større grad skal gjøres lik i og utenfor institusjon, vil det imidlertid være hensiktsmessig at slike tjenester faller inn under pleie- og omsorgselementet også i institusjon, fordi dette er tjenestetilbud som inngår i hjemmebasert pleie og omsorg utenfor institusjon.

Andre utgifter som det vil være naturlig å karakterisere som dagliglivets utgifter er f.eks. aviser, tobakk, klær, pyntegjenstander, aktiviteter etc. Slike utgifter dekkes ikke av brukerbetalingsforskriftene verken i eller utenfor institusjon i dag. Dette er daglige utgifter den enkelte fullt ut har ansvaret for å dekke både i og utenfor institusjon.

Det følger av ovennevnte at betalingsprinsippene er forskjellige ut fra hvilken type daglige utgifter det er tale om. Det kan være hensiktsmessig å dele aktuelle varer og tjenester som beskrevet ovenfor i følgende kategorier:

– varer og tjenester som er en obligatorisk del av institusjonens tilbud og som alle nyter godt av
– varer og tjenester som kan være en del av institusjonens tilbud og som alle nyter godt av
– varer og tjenester som kan være en del av institusjonens tilbud, men som bare den enkelte nyter godt av

Utvalget legger til grunn at det er varer og tjenester som er en obligatorisk del av institusjonenes tilbud og som alle nyter godt av, som skal inngå ved fastsetting av betaling for kostnadselementet mat og andre daglige utgifter i den tjenestebaserte brukerbetalingsmodellen.

Det vil imidlertid også skisseres hvilke betalingsprinsipper som bør gjelde i forhold til andre daglige utgifter som ikke er en obligatorisk del av institusjonenes tilbud. Disse andre varene og tjenestene vil være utgifter som faller utenfor brukerbetalingsmodellen, men som den enkelte må dekke av egne midler. Hvilke utgifter den enkelte skal ha ansvaret for å dekke selv fullt ut, vil være av betydning i forhold til skjermingsordningene i den tjenestebaserte brukerbetalingsmodellen.

12.3.3 Betalingsprinsipper

Varer og tjenester som er en obligatorisk del av institusjonens tilbud og som alle nyter godt av

Mat, transport og reiseutgifter, personlige hygieneartikler som såpe, sjampo, tannkrem, barberartikler o.l., og vask og reparasjon av privattøy, dvs. de utgifter som i dag dekkes av vederlaget i institusjon, er tjenester som er en obligatorisk del av institusjonenes tilbud og som alle nyter godt av. Det er naturlig at selvkost danner grunnlaget for prisen på mat og andre daglige utgifter i institusjon, idet dette er utgifter som den enkelte fullt ut dekker selv utenfor institusjon. Kommunal- og arbeidsdepartementets retningslinjer for beregning av selvkost bør legges til grunn. Det betyr at prisen er lik for alle men den kan variere etter forbruk. I utgangspunktet forutsettes ikke noen skjerming for dette kostnadselementet.

En kan likevel tenke seg ulike systemer for prising og betaling. For mat kan det fastsettes en pris pr. måltid, pr. dag, pr. uke eller pr. måned. Ut fra et ønske om valgfrihet ville det være ønskelig med betaling pr. måltid og at den enkelte valgte hvilke måltider en ønsket å spise.

En stor andel av dagens beboere i institusjonene har begrensede muligheter til å foreta egne valg. Dette sammen med administrative hensyn, tilsier at det vil være mest aktuelt å legge opp til et system som ikke medfører for mange transaksjoner og som derfor er relativt standardisert. Det vil følgelig være naturlig at kommunen fastsetter en fast pris pr. måned for de som spiser alle måltider i institusjonen. Modellen legger til rette for redusert månedspris hvis beboerne velger å sørge for tørrmaten selv eller er bortreist en periode.

Varer og tjenester som kan være en del av institusjonens tilbud som alle nyter godt av

De fleste institusjoner tilbyr mer enn det de er pålagt. Dette kan gjelde turer, foredrag, aktivitetstilbud mv. Institusjonene har i dag mulighet til å dekke en del slike kostnader gjennom en felles trivselsordning. I forskriftene heter det at det kan trekkes inntil 25 pst. av folketrygdens grunnbeløp pr. år til en slik ordning. Midlene skal nyttes til trivselstiltak som kommer flest mulig av beboerne til gode, eventuelt vekslende grupper over lengre tidsrom. Det må stilles strenge krav til at tiltakene som inngår i trivselsordningen kommer alle til gode. For tjenester som ikke tilfredsstiller dette kravet, vil prinsippet kunne være at slike tjenester betales separat av den enkelte. Det vil være urimelig å belaste noen for kostnader til aktiviteter og tjenester de ikke nyter godt av. Administrative merkostnader kan ikke brukes som argument for å belaste beboere som ikke ønsker å betale og heller ikke nyter godt av tjenestene. Maksimal pris vil i alle tilfeller være selvkost for tjenestene.

Varer og tjenester som kan være en del av institusjonens tilbud som kun enkelte nyter godt av

Vanlig rengjøring, vask, hårstell og fotpleie inngår i pleie- og omsorgselementet. Institusjonene må imidlertid også sørge for at tilbud om frisørtjenester og mer spesialisert fotpleie er tilgjengelig. Beboernes ønsker og behov for denne type tjenester er så forskjellige at det ikke vil være aktuelt å la betalingen inngå i en fast månedsbetaling. Dette er ofte tjenester som utføres av personer som ikke er ansatte, men som tilbyr sine tjenester til beboerne og leier lokaler i institusjonen. I slike tilfeller vil prisene fastsettes av dem som yter tjenestene. Kommunene må imidlertid overvåke prisene, da beboerne i praksis har små muligheter for å oppsøke konkurrerende frisører eller fotpleiere. Det kan derfor lett bli snakk om bortimot monopol på å levere disse tjenestene. I de tilfellene kommunene selv står for disse tjenestene, kan de prises ut fra selvkost.

Andre daglige utgifter som institusjonen kan være behjelpelig med å anskaffe, men som vil være individuelle, vil som tidligere være f.eks. aviser, tobakk, klær, pyntegjenstander, aktiviteter etc. Disse vil det fortsatt være naturlig at den enkelte fullt ut har ansvaret for å dekke både i og utenfor institusjon.

12.3.4 Økonomiske konsekvenser

Ut fra de data utvalget har samlet inn, vil selvkost for kostnadselementet mat og andre daglige utgifter kunne beløpe seg til opp mot 100 kroner pr. døgn. Summen inkluderer råvarekostnader og tilberedning for kosten, transport og andre personlige

hygieneartikler. De fleste kommuner subsidierer middag til hjemmeboende betydelig og vil trolig også gjøre det for beboere i institusjon. Vi har derfor regnet at kommunene i gjennomsnitt vil ta rundt 65 kroner pr. døgn, gitt samme atferd som i dag. Den enkelte som får all mat og daglige utgifter på institusjonen, vil dermed betale rundt 24 000 kroner pr. år for dette tjenestetilbudet. For kommunene vi dette gi inntekter på om lag en milliard i året. Se ellers *"Økonomiske virkninger av de ulike modellene"* i kap. 14 som gir en nærmere omtale av de økonomiske beregningene.

12.3.5 Oppsummering og konklusjon

Utvalget anser at følgende retningslinjer kan ligge til grunn når det gjelder mat og andre daglige utgifter i en tjenestebasert brukerbetalingsmodell:

- Kostnadselementet mat og daglige utgifter vil i den tjenestebaserte modellen inkludere mat, transport og reiseutgifter, personlige hygieneartikler som såpe, sjampo, tannkrem, barberartikler o.l. og vask og reparasjon av privattøy, dvs. de utgifter som i dag dekkes av vederlaget i institusjon er tjenester som er en obligatorisk del av institusjonenes tilbud og som alle nyter godt av
- Brukerbetaling for kostnadselementet mat og andre daglige utgifter beregnes på bakgrunn av selvkost
- Det anbefales en ordning som gir grunnlag for økt valgfrihet, men det bør også gis anledning til å ta betaling ut fra en eller flere standardpakker

12.4 HELSETJENESTER

12.4.1 Innledning

En gjennomgående tjenestebasert ordning betyr i utgangspunktet likhet både i finansierings- og brukerbetalingsordninger i og utenfor institusjon. Utvalget har i *"Finansiering av helsetjenester"* i kapittel 11 konstatert at det ikke er hensiktsmessig å endre på finansieringsansvaret mellom kommunen og folketrygden for de ulike boformene. Ved utforming av den tjenestebaserte brukerbetalingsmodellen vurderes derfor brukerbetalingen og finansieringsansvaret for disse tjenestene for øvrig uavhengig av hverandre.

12.4.2 Betalingsprinsipper

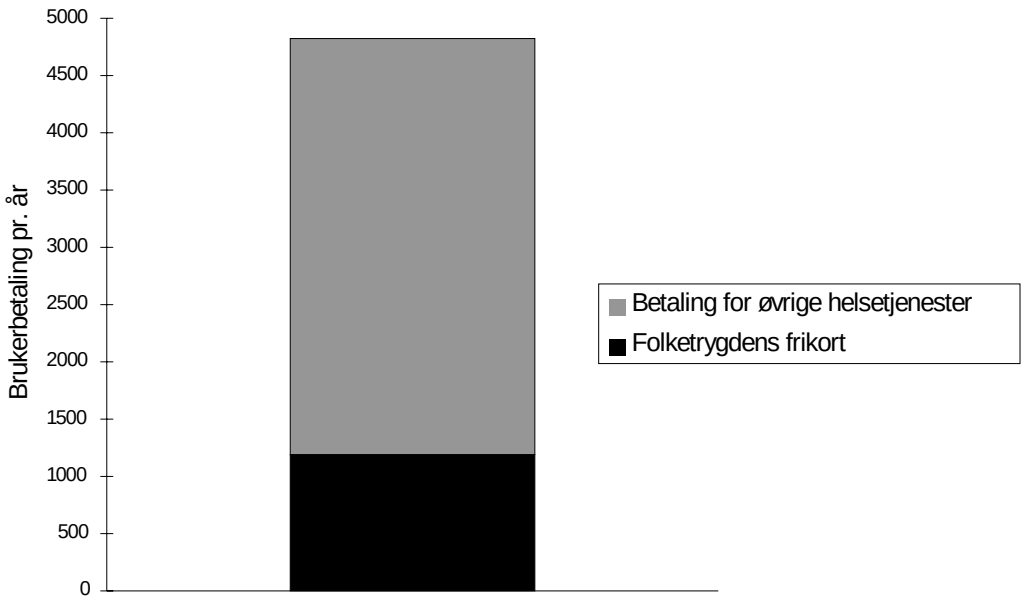
Selv om kommunen fortsatt skal finansiere helsetjenestene i institusjon, kan en likevel legge til grunn brukerbetaling etter samme prinsipper som gjelder for brukere utenfor institusjon, dvs. folketrygdens frikort. Forskjellen blir imidlertid at det er kommunen og ikke folketrygden som dekker kostnadene utover frikortgrensen, og at inntekten fra brukerbetalingen tilfaller kommunen. Det å innføre samme brukerbetalingsprinsipp i institusjon som utenfor, betyr i utgangspunktet stykkprisbetaling (betaling for enkelttjenester) også i institusjon. Det anses imidlertid lite rasjonelt med stykkprisbetaling for helsetjenester i sykehjem mv. fordi det er snakk om tjenester som er en integrert del av behandlings- og pleietilbudet i sykehjemmene, jf. *"Status og utvikling i sykehjem mv."* i kap. 8 og kap. *"Finansiering av helsetjenester"* i 11. Det forhold at beboerne i sykehjem mv. er kjennetegnet ved svak fysisk og mental helse, der mange ikke vil være i stand til å forvalte sin egen økonomi, vil også tale mot innføring av stykkprisbetaling. En slik brukerbetalingsordning vil kunne virke uoversiktlige både for beboerne og pårørende, samtidig som det vil kunne gjøre det vanskelig å ivareta den helhetlige skjermingen av brukere med lav inntekt. Ordningen vil videre kreve registrering av forbruk for den enkelte for å vite når utgiftstaket er nådd, og vil derfor bety en administrativ merbelastning.

Dersom betalingsprinsippene i folketrygdens frikort legges til grunn vil følgende tjenester i institusjon falle utenfor ordningen:
– Fysioterapi
– Sykepleieartikler på hvit resept
– Hjelpemidler
– Ergoterapi
– Legemidler på hvit resept

For disse tjenestene betaler brukerne egenandeler etter samme prinsipp som for hjemmeboende. Særskilt betaling for disse tjenestene vil også kreve registrering av forbruk og vil derfor være en administrativ merbelastning.

12.4.3 En sjablonmessig brukerbetalingsordning i institusjon mv.

Et alternativ til folketrygdens frikort er et eget utgiftstak som inneholder alle helsetjenester mv. i sykehjem, inklusive de som omfattes av frikortet. Av hensyn til at tjenestene er flere enn i frikortet, og at behovet for helsetjenester jevnt over er større i institusjon, settes utgiftstaket høyere enn folketrygdens frikort. For å gjøre ordningen administrativ enkel betaler alle beboere pr. definisjon utgiftstaket.



Figur 12.4 Utgiftstak for helsetjenester mv. i sykehjem.

I figuren representerer den nederste delen betalingen for de tjenester som omfattes av folketrygdens frikort, dvs. 1 290 kroner pr. år. Den øverste delen representerer betalingen for de tjenester som faller utenom. Summen av disse utgjør utgiftstaket som alle beboere pr. definisjon skal betale og utgjør totalt om lag kroner 3 600.

For å beregne brukerbetalingen for de tjenester som faller utenom folketrygdens frikort, tas utgangspunkt i hva hjemmeboende betaler for tilsvarende tjenester ved at det regnes ut en pris pr. enhet. Videre beregnes et forbruk av disse tjenestene i institusjon regnet som et gjennomsnitt pr. bruker. Størrelsen på den «øverste» delen

av utgiftstaket blir dermed pris pr. enhet forbruk, multiplisert med gjennomsnittsforbruket i institusjon. Utvalgets beregninger på bakgrunn av data fra et utvalg kommuner viser at brukerbetalingen for helsetjenester vil ligge på ca. 5 000 kroner pr. år, der folketrygdens frikort utgjør 26 pst., medisiner utgjør 25 pst., sykepleieartikler utgjør 13 pst. og fysioterapi utgjør 36 pst.

Utgiftstaket kan enten være fastsatt sentralt basert på et anslått gjennomsnittsforbruk på landsbasis, eller lokalt ut fra gjennomsnittsforbruket i den enkelte institusjon. Den førstnevnte ordningen vil innebære at betalingsnivået for helsetjenester gjøres likt for hele landet (brukerne betaler pr. definisjon utgiftstaket), mens i den sistnevnte ordningen vil betalingen variere mellom institusjonene.

Om målet er et gjennomgående system hvor brukerbetalingen gjøres mest mulig lik over hele landet, bør det skje en sentral fastsetting av utgiftstaket i institusjon. Dette er også mest i samsvar med uttalte målsettinger for brukerbetaling i sosialkomiteens innstilling til Velferdsmeldingen (Innst. S. nr. 180 (1995–96) hvor det heter: «Komiteen vil understreke at det er et mål at det ikke blir for stor variasjon i brukerbetalingen fra kommune til kommune.»

En innvending mot en ordning med et forhøyet utgiftstak for helsetjenester i institusjon, er at alle brukere betaler et likt beløp uavhengig av eget forbruk av disse tjenestene. Dette innebærer at de med lavt forbruk betaler relativt mest for disse tjenestene.

12.4.4 Konklusjon

I en evt. tjenestebasert modell for brukerbetaling i institusjon vil det være mest naturlig at det betales for helsetjenester mv. etter forhøyet utgiftstakordning.

12.5 PLEIE- OG OMSORGSTJENESTER

12.5.1 Innledning

Med kostnadselementet pleie og omsorg i den tjenestebaserte brukerbetalingsmodellen menes i hovedsak de tjenester som sykepleiere, hjelpepleiere, pleieassistenter og hjemmehjelpere yter overfor personer som benytter seg av kommunenes pleie- og omsorgstilbud. Den tiden som ovennevnte personell benytter til sykepleie, praktisk bistand og opplæring, inngår derfor i dette begrepet.

Dagens ordning for hjemmetjenester er beskrevet i avsn. 5.4. Framstillingen oppsummerer som følger: «Brukerbetalingsforskriften for hjemmetjenester gir kommunene stor frihet til å utforme egne systemer for brukerbetaling. Hovedsvakheten ved ordningen er etter utvalgets oppfatning at nivået på brukerbetalingen varierer sterkt mellom kommunene.»

Utredningen slår videre i *"Finansiering, ressursbruk og utvikling"* i kap. 4 og *"Dagens finansierings- og brukerbetalingsordninger"* i 5 fast at:

- Egenbetaling på hjemmesykepleie er innført i 2/3 av kommunene, men synes ikke å ha hatt særlig betydning for kommunenes inntekter
- Brukerbetaling for pleie og omsorg og for opphold i sykehjem mv. utgjør en beskjeden del av kommunenes inntekter (totalt 2,3 mrd. kroner – ca. 260 000 kroner for hjemmebaserte tjenester og resten er fra vederlagsforskriften for institusjoner mv.)
- Få kommuner (4 prosent) har skjermingsordninger for funksjonshemmede og uføre
- Utgiftstaket på 2 G (for brukerbetaling for hjemmetjenester) er en svakhet

For å få en lik modell for brukerbetaling i og utenfor institusjon, er det nødvendig å skille ut pleie og omsorg som et eget element i institusjon. Utgangspunktet vil være samme betaling for samme type og omfang av tjenester uavhengig av boform.

Som drøftet i *"Drøfting av sentrale mål, begreper og hensyn"* i kap. 3 og *"Finansiering, ressursbruk og utvikling"* i 4 er utgangspunktet ved utforming av modell for finansiering- og brukerbetaling at det offentlige, dvs. kommunene, også i framtida skal ha hovedansvaret for å finansiere og tilby nødvendig pleie- og omsorgstilbud både i og utenfor institusjon. Finansieringshensyn kan imidlertid tale for et visst innslag av brukerbetaling.

I dette avsnittet drøftes først noen generelle problemstillinger knyttet til utforming av betalingssystem for pleie og omsorg i og utenfor institusjon. Deretter skisseres alternative brukerbetalingsvarianter. Til slutt drøftes ulike prinsipper som kan legges til grunn. Spørsmålet om betalingsnivå drøftes i forbindelse med gjennomgang av økonomiske konsekvensene av de ulike variantene i *"Økonomiske virkninger av de ulike modellene"* i kap. 14.

I mandatet er det sagt at betalingsordningene skal synliggjøre de reelle kostnadene knyttet til pleietilbudet. Utvalget er videre bedt om å foreslå regnskapsrutiner som synliggjør kostnadene. Ved utforming av tjenestebasert brukerbetalingsmodell vil utvalget se på alternativer til dagens ordning hvor definerte selvkostbegrep danner utgangspunktet for maksimal brukerbetaling både i og utenfor institusjon, uten at disse nødvendigvis samsvarer med de faktiske kostnadene ved å produsere det aktuelle tjenestetilbudet.

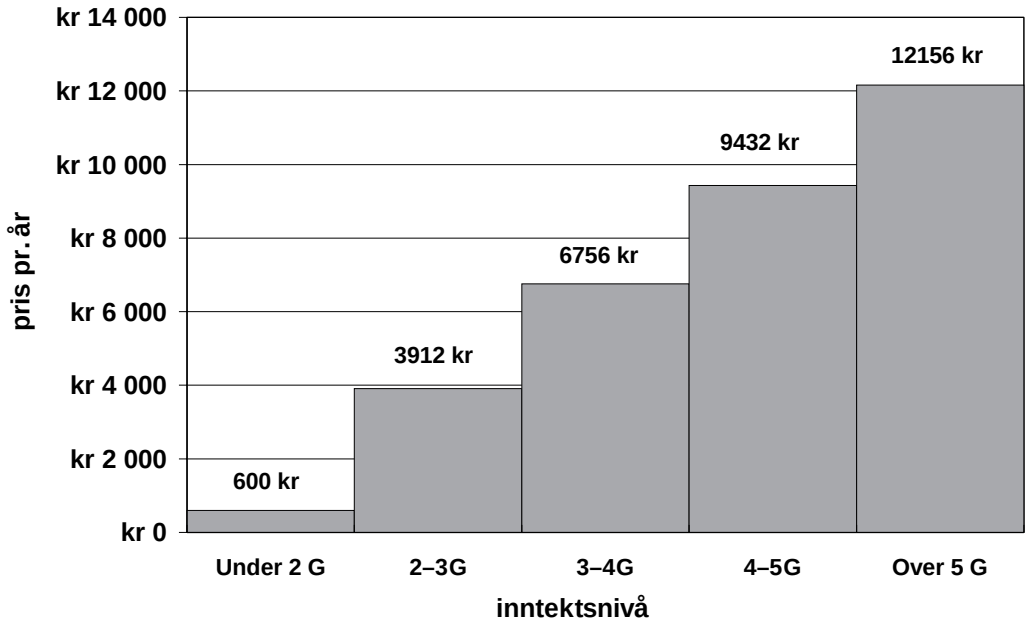
12.5.2 Betalingsprinsipper

Brukerbetalingen for pleie og omsorg kan fastsettes i forhold til inntekt eller forbruk, eller en kombinasjon av disse faktorene. I det følgende drøftes forskjellige varianter av brukerbetaling for pleie og omsorg, tuftet på ulike prinsipper og hensyn. Inntekt for det offentlige og fordelingsvirkningene av de ulike variantene vil bli drøftet nærmere i *"Økonomiske virkninger av de ulike modellene"* i kapittel 14.

Brukerbetalingsordning basert utelukkende på inntekt

Dagens vederlagsforskrift for opphold i institusjoner og abonnementsordningen i hjemmebasert omsorg, er eksempler på ordninger der brukerbetalingen fastsettes på bakgrunn av inntekt og uavhengig av forbruket. Utgangspunktet for en tjenestebasert brukerbetalingsmodell kan derfor være at abonnementsordningen gjennomføres som en felles ordning for alle kommuner for tjenester som ytes i hjemmet, og at betalingssatsene i abonnementsordningen også blir gjort gjeldende for betaling for pleie- og omsorgsdelen i institusjon. Hvis en tar utgangspunkt i gjennomsnittlig abonnementsbetaling i kommunene i 1995, ville dette gi betaling for pleie og omsorg i og utenfor institusjon som vist i variant 1 i figur 12.5.

Variant nr. 1. Brukerbetaling for pleie og omsorg i og utenfor institusjon basert på gjennomsnittlige abonnementssatser i 1995



Figur 12.5 Brukerbetaling for pleie og omsorg i og utenfor institusjon basert på gjennomsnittlige abonnementssatser i 1995.

Kilde: Otnes, 1995

En slik brukerbetalingsordning gir relativt store sprang i betalingen mellom ulike inntektsnivåer. Slike sprang kan unngås ved at betalingen fastsettes som en prosent av inntekten. En vil da få en stigende lineær kurve i figur 12.5, ev. med knekkpunkt dersom en ønsker en høyere prosentsats for inntekter over et gitt nivå.

Fordelingsaspektet vil være sentralt i en ordning hvor betalingen fastsettes utelukkende etter inntekten. Det kan imidlertid hevdes å være urettferdig med en ordning der betalingen er helt uavhengig av forbruk. Som nevnt i *"Dagens finansierings- og brukerbetalingsordninger"* i kap. 5 kan abonnementsordninger gi relativt høy betaling ved lavt forbruk. Det betyr at terskelen for brukere med lavt forbruk blir relativt høy. Dette kan føre til at de ikke etterspør hjelp eller søker å finne andre løsninger utenom det offentlige tilbudet. Samtidig kan det også bety at hjemmetjenestene kommer for sent inn med hjelp som kan forebygge senere problemer.

Ordningen gir på den annen side ingen insentiver til etterspørselsregulering når brukerne først har tatt imot hjelp. Etterspørselen kan derfor bli større enn det som er samfunnsmessig gunstig. Videre vil inntektsgradert abonnementsordning kunne føre til at samlet brukerbetaling vil bli lav, fordi abonnementssatsene må fastsettes slik at betalingen ikke overstiger selvkost ved lavt forbruk. Dette begrenser mulighetene for å skaffe inntekter til kommunene ved brukerbetaling for pleie og omsorg.

En ordning der betalingen kun er avhengig av inntekt, vil være enkel å administrere gitt at en tar utgangspunkt i et enkelt inntektsbegrep. Begrunnelsen er at brukerne vil betale det samme uavhengig av boform og uavhengig av omfanget av mottatte tjenester.

Brukerbetalingsordning basert utelukkende på forbruk

En annen alternativ brukerbetalingsordning for pleie og omsorg i en tjenestebasert brukerbetalingsmodell kan være betaling etter forbruk av tjenester. Ordningen forutsetter registrering av tidsforbruk for hver enkelt bruker.

I forbindelse med utvikling av et felles informasjonssystem for pleie- og omsorgstjenesten i hele landet, har det vært aktuelt med løpende registrering av timeforbruk for hver enkelt bruker. Gerix er et slikt informasjonssystem.

I *"Status og utvikling i sykehjem mv."* i kap. 8 beskrives oppgaver og innhold i sykehjem mv. Det framgår at svært mange brukere bl.a. på grunn av sin helsetilstand eller mental svekkelse, ikke vil ha herredømme over omfanget av den hjelpen de mottar. Sykehjemmenes oppgaver og organisasjon vil kunne bety at kontakten mellom personalet og beboerne er hyppig og ofte av kort varighet. Dette kan tale for at det vil være lite hensiktsmessig og administrativt vanskelig å holde oversikt over tidsbruken for hver enkelt bruker til enhver tid. En løsning for å basere brukerbetalingen på forbruk både i og utenfor institusjon i en tjenestebasert modell, kan da være å etablere mer sjablonmessige ordninger basert på gjennomsnittsforbruket av pleie og omsorg i institusjon.

Tabell 12.7: Timeforbruk pr. uke i institusjon .*

Antall timer pr. uke	Antall brukere	Andel etter timeantall (pst.)	Akkumulert andel
<1	450	5.2	5.2
1–5	534	6.2	11.4
5–10	732	8.5	19.9
10–15	1056	12.3	32.2
15–20	1253	14.6	46.8
20–40	3150	36.7	83.5
40–60	842	9.1	92.6
60–80	340	4.0	96.6
80–100	104	1.2	97.8
100 og over	125	1.5	99.3
Totalt	8586	99,3 pst.	99,3 pst.

*. Gjelder tildelte timeverk pr. uke til direkte hjelp til personlige funksjoner, direkte hjelp i huset, rehabilitering/trening av personlige funksjoner, sykepleieprosedyrer samt psykososiale tiltak og tilsyn.

Kilde: SSB

Det framgår av tabellen at i underkant av 20 pst. av brukerne har et timeforbruk av pleie og omsorg på under 10 timer pr. uke, mens noe under halvparten mottar mindre enn 20 timer pr. uke. Det er neppe aktuelt med timetak over sistnevnte nivå.

Hvis det er ønskelig, kan betalingen for beboere med hjelpebehov under et aktuelt timetaknivå fastsettes ved at det tas utgangspunkt i en vurdering av hjelpebehovet ut fra f.eks. Gerix, og at betalingen fastsettes ut fra dette. Alternativt kan brukerbetalingen i institusjon standardiseres og fastsettes som en andel av inntekten tilsvarende betalingstaket utenfor institusjon.

For å sikre at personer med lave inntekter ikke får en urimelig belastning, vil betalingsordning som utelukkende knytter betalingen til forbruk måtte innebære at det defineres et forbrukstak. Forbruk utover et slikt tak vil da ikke medføre betaling. En mulig variant vil være en timesatsordning i hjemmetjenesten, men med et tak for hvor mange timer det kan tas betaling for. Dette taket kan så gjøres gjeldende som betaling for beboere i institusjon. Et eksempel på en slik ordning vil være å regne en betaling på 34 kroner pr. time opptil et tak på 115 timer pr. år. Dette er gjennomsnittlig timebetaling for brukere med inntekt mellom 2 og 3 G i dag. Et timetak på 115 timer pr. år medfører at brukere innenfor denne inntektskategorien vil betale omtrent like mye som i dag, nemlig 3 900 kroner pr. år. Brukere med inntekt under 2 G vil da få økt sin betaling fra 600 kroner i dag til 3 900. Brukere med inntekt over 3 G vil få sin betaling vesentlig redusert.

Tabell 12.8: Brukerbetalingsordning for pleie og omsorg basert på betaling pr. time opp til et timetak.

Inntektsgruppe	Timepris	Timetak	Maksimal betaling
Under 2 G	6	100	600
2–3 G	34	115	3900
3–4 G	44	152	6700
4–5 G	54	174	9400
Over 5 G	61	198	12100

En betalingsordning som forutsetter nøyaktig tidsregistrering, vil kunne være administrativt ressurskrevende. Det finnes imidlertid i dag registreringsmetoder ved hjelp av strekkodesystem. Om slike system kan tas i bruk, vil registrering av timeforbruk for hver enkelt bruker være administrativt håndterbart. Innhenting og oppdatering av inntektsdata vil i utgangspunktet ikke være nødvendig.

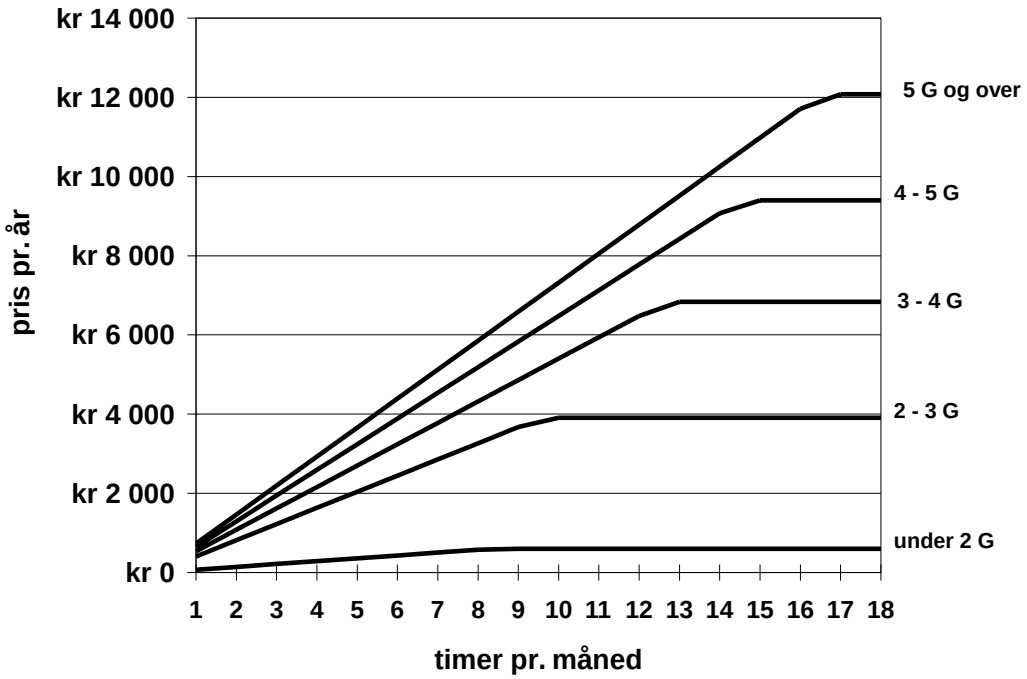
Brukerbetalingsordning der betalingen varierer etter forbruket kan ha uheldige fordelingseffekter. Lavinntektsgruppene må da betale en urimelig stor andel av sine inntekter som brukerbetaling. I en slik ordning vil prisene derfor måtte settes slik at den ikke gir urimelige utslag for brukere med lave inntekter. De samlede inntektene av brukerbetaling vil da kunne bli svært lave.

Som nevnt i diskusjonen av etterspørselsvirkninger for disse tjenestene, vil en ordning med samme pris for alle også kunne medføre at lavinntektsgruppene reduserer sitt forbruk langt mer enn høyinntektsgruppene. Dette vil være uheldig ut fra en målsetting om lik tilgang til pleie- og omsorgstjenester.

Betaling basert på både forbruk og inntekt

Som diskusjonene foran viser, er det vanskelig å finne betalingsordninger basert utelukkende på inntekt eller forbruk som samtidig oppfyller målsettingene i forhold til fordelingsvirkninger, etterspørselsregulering og inntekter for det offentlige. Det er derfor naturlig å se på ordninger der betalingen bestemmes både ut fra inntekt og forbruk. En slik ordning er illustrert i tabell 12.5. Betalingssatsene et basert på gjennomsnittlig betaling pr. time for de kommunene som bruker timesatsordninger.

Grafisk kan modellen illustreres som i figur 12.6.



Figur 12.6 Brukerbetalingsordning for pleie og omsorg basert på betaling pr. time opp til et timetak.

I dette eksempelet er maksimal betaling satt omtrent lik den betalingen kommunene i dag tar som abonnement pr. bruker. Vi ser da at antall timer det betales for må økes med økende inntekt. Antall timer det skal betales for kan selvsagt også settes likt for alle inntektsgrupper. Effekten av det vil bare være at differensieringen av totalbetaling vil bli mindre, og inntektene for kommunene vil dermed bli lavere. Når timetakene settes så lavt som i dette eksempelet, blir forskjellen mellom denne varianten og abonnementsordninger/kombinasjonsordninger, relativt liten. Dette skyldes at kommunene uansett må redusere betalingen i forhold til full abonnementspris for brukere med lavt forbruk.

Ut fra drøftingen i *"Status og utvikling i sykehjem mv."* i kap. 8 bør det ikke legges opp til en betalingsordning i institusjon som forutsetter registrering av forbruk av pleie- og omsorgstjenester. Betalingen i institusjon bør derfor mest naturlig tilsvare det tak som fastsettes i de hjemmebaserte tjenestene. Betalingen blir dermed bare avhengig av inntekten for dem som bor i institusjon.

I beregningene av de økonomiske virkningene opererer en med to ulike varianter som baserer seg på betaling etter både forbruk og inntekt.

Variant nr. 2. Fast timepris inntil et inntektsgradert utgiftstak

Det legges her til grunn en fast timepris på 37 kroner. Dette betales opptil de takene som er definert for de ulike inntektsintervallene. Disse takgrensene tilsvarer de tak som i dag er anbefalt fra sentralt hold. Disse er vist i tabell 12.6.

Tabell 12.9: Fast timepris inntil et inntektsgradert utgiftstak.

Inntektsnivå	Betalingstak
Under 2 G	600
2–3 G	3000
3–4 G	6000
4–5 G	9000
Over 5 G	12000

Variant nr. 3 Inntektsgradert timepris inntil et utgiftstak.

Det legges her til grunn samme betalingstak som i variant nr. 2. Timeprisen er imidlertid differensiert etter inntekt.

Tabell 12.10: Inntektsgradert timepris inntil et utgiftstak.

Inntektsnivå	Timepris	Betalingstak
Under 2 G	14	600
2–3 G	28	3000
3–4 G	56	6000
4–5 G	85	9000
Over 5 G	113	12000

De variantene som er skissert ovenfor i tabell 12.7 har imidlertid en del svakheter som det bør tas hensyn til ved utforming av en konkret modell for pleie og omsorgselementet. Særlig uheldig er de sprangvise kostnadene ved økning i inntekt. Dette gir seg spesielt uheldige utslag for dem som har inntekter like over 2 G. Videre drøftes derfor mulige modifiseringer av denne modellen for å gjøre den mer hensiktsmessig.

Timepris som en prosent av inntekten

En slik betalingsordning bygger i utgangspunktet på de samme prinsippene som modellen med sprangvise timepriser. Forskjellen er at sprangene er tatt bort ved at prisene er fastsatt som en prosent av inntekten. Prosenten kan enten være fast for alle inntekter opptil det tak for timeprisen som det er naturlig å sette (f.eks. selvkost), eller slik at prosenten øker med økende inntekt. Hensikten med en slik utforming vil være å få til en sterkere skjerming av dem med de laveste inntektene. En ville dermed får et progressivt element inn i modellen. Alternativt kunne et slikt progressivt element legges inn ved at det ble innført et bunnfradrag.

Grafisk kan også denne modellen illustreres som i figur 12.6, men bare med den forskjell at det mellom timeprisnivåene på ved henholdsvis 2 G og 5 G er et uendelig antall priser avhengig av inntekt.

Ulempen ved en slik modell er at alle ville få sin individuelle timepris ut fra inntekt. Informasjonen til publikum ville kunne bli noe mer komplisert å forstå, men utregningen ville likevel være enkel, særlig dersom timebetalingen var en fast

prosent av inntekten. Med dagens datateknologi burde heller ikke utregning av timepris og total betaling være problematisk.

12.5.3 Selvkost og forbruksenhet

I de hjemmebaserte tjenestene beregnes selvkost som gjennomsnittlig timelønn for den tjenesten som utføres, tillagt sosiale utgifter og administrasjonsutgifter. Administrasjonsutgiftene er i dag i forskrift/rundskriv definert som 10 pst. av timelønnen og sosiale utgifter. Ved beregning av selvkost i institusjon er kapitalutgifter holdt utenfor. Selvkost som er den maksimale betaling som kan tas, er dermed kun knyttet til driften av institusjonen.

Bruk av hjemmetjenester måles i antall timer. Det er imidlertid ikke tilstrekkelig klargjort i forskriften om dette er totalt antall timer (direkte og indirekte) som medgår for å yte tjenester til den aktuelle bruker, eller om det kun er tjenester utført i brukerens hjem og ellers til direkte tjenesteyting, som f.eks. handling.

For brukeren er det naturlig at det skal faktureres pr. time levert i brukerens hjem og til direkte tjenesteyting. Spørsmålet blir imidlertid hvordan kostnaden pr. levert time skal beregnes. Etter forskriftene om betaling for sosiale tjenester, hjemmesykepleie mv. skal kostnadene beregnes som gjennomsnittlig timelønn for den tjenesten som utføres, tillagt sosiale ytelser og administrasjonsutgifter. Administrasjonsutgiftene er definert som 10 pst. av timelønn og sosiale kostnader. Kostnaden pr. time vil da for de fleste kommuner ligge på om lag mellom 100 og 150 kroner, hvilket er lavere enn det som normalt antas å være selvkost for disse tjenestene. For eksempel når det gjelder hjemmehjelp, kan kommunens kostnader ved å tilby hjemmehjelp anslås til 280 kroner pr. time.[3] Dette tilsvarer om lag det nivået private rengjøringsbyråer tar for rengjøring i private hjem. Som et generelt utgangspunkt kan det være naturlig å legge til grunn de veiledende retningslinjer for beregning av selvkost, som er utarbeidet av Kommunal- og arbeidsdepartementet.

En mulig framgangsmåte for beregning av kostnadene pr. levert time, der også indirekte tid medgår (f.eks. til transport), kan være:

1. Kommunen summerer alle timer til direkte tjenesteproduksjon i brukerens hjem i løpet av ett år. Timer medgått til administrasjon, transport og annen indirekte tid medregnes ikke. Deretter summeres alle kostnader som kan henføres til ovennevnte timer. Ved summering av kostnadene medtas alle administrasjonskostnader og transportkostnader som kan henføres til dette.
2. Timeprisen framkommer så ved å dividere alle de summerte kostnadene på de summerte timene. Prisen uttrykker da kostnadene medgått til å framskaffe de «rene» pleie- og omsorgstimene som kommunen yter. Det er for å få fram hva en slik «ren» pleie- og omsorgstime reelt koster, at også administrasjons- og transportkostnader medregnes i kostnadene, mens det bare er effektiv pleie- og omsorgstid som inngår i summasjonen av timene.

En ensartet framgangsmåte for beregning av selvkost, f.eks. som i eksempelet ovenfor, vil synliggjøre kostnadene ved å tilby en time pleie- og omsorg og vil dermed gi muligheter for kostnadssammenligninger mellom kommuner. Det er rimelig å anta at en slik kostnadsfokusering kan bidra til å fremme effektiviteten i produksjonen av disse tjenestene, og være et utgangspunkt for en drøfting i den enkelte kommune av hvor stor del av kostnadene det er rimelig at brukerne skal dekke. Eventuelle betalingsforskjeller pr. time begrunnet med relativt høyere kostnader, vil

3. Bakgrunnen er Levekårsundersøkelsen der det er gitt opplysninger om den enkelte husholdnings utgifter til kjøp av hjemmetjenester og hvor mange timer hjelp som mottas pr. uke.

kunne gi et press mot mer effektiv tjenesteproduksjon. Kommuner med en høy kostnad pr. time vil måtte forklare kostnadsforskjellene og derigjennom kunne begrunne overfor brukeren hvorfor betalingen for en tjenestetime eventuelt skal være høyere enn i andre kommuner.

Hvorvidt en slik synliggjøring av kostnadsforskjeller mellom kommuner vil bidra til ulikhet i betalingsnivået, vil være avhengig av hvilke eventuelle føringer fra sentralt hold som legges på utformingen av selve betalingssystemet. Fristilling av kommunene mht. betalingsfastsettelse, slik som i dag (med unntak av brukere med inntekt under to ganger folketrygdens grunnbeløp), vil kunne bidra til større forskjeller enn ved sentralt fastsatte retningslinjer.

Mange kommuner bruker besøk som enhet for beregning av betaling. Dette gjør registreringen av forbruk enklere. Et besøk kan imidlertid være av svært ulik varighet. Hvis besøk skal brukes som enhet for beregning av forbruk, må kommunene sikre at det ikke betyr at enkeltbrukere må betale langt over selvkost for tjenestene fordi besøkene har svært kort varighet. Her kan det være en motsetning mellom administrativ enkelhet og sikring av den enkeltes rettigheter. Ved bruk av timer som forbruksenhet, vil en i større grad unngå slike motsetninger.

12.5.4 Sentralt eller lokalt fastsatte satser?

I mandatet er det stilt krav om et mest mulig likt system for hele landet. Når det ikke er vektige grunner til å knytte brukerbetalingen til kostnadene ved produksjon av tjenestene i hver enkelt kommune, er det mye som taler for at det fastsettes sentrale satser for brukerbetaling for pleie- og omsorgstjenester. Det skal likevel sterke argumenter til for å redusere den lokale handlefriheten på dette området. Det kan tenkes flere alternativer med ulik grad av sentral styring:

- sentralt fastsatte maksimumsgrenser for betaling for ulike inntektstrinn slik en hadde mellom 1991 og 1994
- sentral fastsetting av betalingsordning; timesatsordning eller abonnementsordning
- sentralt fastsatt betalingsordning og betalingsnivå.

Disse alternativene kan selvsagt også kombineres slik at enkelte faktorer fastsettes sentralt, mens det gis anbefalinger for andre faktorer.

Sentralt fastsatte maksimumsnivåer for betaling for ulike inntektsnivå

Det viktigste for sentrale myndigheter må være å sikre at ingen betaler mer enn en rimelig del av inntekten sin som brukerbetaling for pleie og omsorg. Hvis det skal innføres sentral regulering av brukerbetalingen utover det som gjelder i dag, vil dette være den som griper minst inn i det lokale selvstyre. Med relativt vide øvre grenser for totalbetalingen for dette elementet, vil kommunene likevel ha stor handlingsfrihet på dette området. Jo høyere slike øvre rammer settes, desto større rom vil det være for ulikheter.

Sentrale myndigheter kan ønske å sette minimumsgrenser for hva som skal betales for pleie og omsorg på ulike inntektsnivåer. Dette vil også kunne skape større likhet i betalingsnivå, men vil representere en innskrenkning i det lokale selvstyre.

Sentral fastsetting av betalingsordning

En sentral fastsetting av hvilken betalingsordning kommunene skal velge vil gi samme betalingsordning i hele landet. Som drøftet i *"Dagens finansierings- og*

brukerbetalingsordninger" i kap. 5 er det betydelig sammenheng mellom betalingsordning og organisering av tjenestene. En for sterk styring av betalingsordningen vil derfor kunne stride mot hensynet om at betalingsordningene ikke skal legge bindinger på kommunenes organisering av tjenestetilbudet.

Sentral fastsetting av betalingsordning og betalingsnivå

Full likhet ville bare kunne sikres gjennom sentral fastsetting av både betalingsordning og betalingsnivå. Lokale forhold kan imidlertid tilsi at både betalingsordning og betalingsnivå bør tilpasses lokalt. En sterk sentraldirigering vil stride mot hensynet til det lokale selvstyret. Det kan imidlertid hevdes at et ønske om økt brukerbetaling vil stille lokalpolitikere overfor vanskelige beslutninger. Dette kan tilsi en sentral fastsetting av både betalingsnivå og betalingsordning.

Vederlagsforskriften er eksempel på en ordning som gir sentralt fastsatte regler for maksimal brukerbetaling, men som gir kommunene stor frihet i fastsetting av nivået under den øvre grense for betaling. I praksis har de fleste kommuner imidlertid lagt seg på regelverkets maksimumssatser. Dette har medført både et likt system for brukerbetaling og et likt nivå over hele landet. En tilsvarende effekt hadde innføringen av maksimumstak for betaling for hjemmetjenester som gjaldt fra 1991 til 1993. Flertallet av kommuner, la seg på de fastsatte maksimumstakene (Otnes, 1995). I dag er disse betalingstakene bare veiledende, og resultatet er en vesentlig større spredning i betalingsnivå. Det skyldes at mange kommuner har valgt å gå vesentlig over de veiledende normene. Staten fastsetter også maksimumssats for det kommunale skattøret. Alle kommuner velger nå å følge det maksimale skattøret. Sentralt fastsatte maksimumssatser vil ut fra disse erfaringene være et virkemiddel for å nå målet om større likhet i brukerbetalingsnivå. Hvis en skal oppnå full likhet i betaling, vil det likevel være nødvendig med sentralt fastsatt betalingsordning kombinert med sentralt fastsatte betalingssatser.

Sentralt fastsatte maksimalsatser avhengig av inntekt vil kunne bidra til større likhet, samtidig som kommunene beholder friheten til å ta lavere betaling. Satsene bør legges opp slik at lavinntektsgruppene ikke kommer dårligere ut. Utvalgets medlemmer Aspås, Vollan og Lindgren finner det ikke hensiktsmessig å foreslå konkrete satser, men viser til drøfting av alternativer i *"Økonomiske virkninger av de ulike modellene"* i kap. 14. Medlemmene Arum, Daleng, Jensen og Johnsen viser til sitt forslag i *"Utvalgets vurderinger og forslag"* i kap. 15.

12.5.5 Gratis hjemmesykepleie

En del kommuner tar ikke betaling for hjemmesykepleie. En gjennomgående modell impliserer at det ikke tas betaling for tilsvarende tjenester i institusjon. Hvis en ikke skal registrere forbruk av tjenester i institusjon, vil det være vanskelig å følge opp et prinsipp om at det ikke skal betales for sykepleietjenester. En mulighet kan være at kommuner som ikke ønsker å ta betaling for hjemmesykepleie, avkorter betalingen for pleie og omsorg i institusjon slik at sykepleietjenestene blir gratis. Det kan f.eks. gjøres ved å regne ut hvilken andel av pleie- og omsorgstjenesten sykepleie utgjør, og avkorte betalingen for dette elementet tilsvarende. Hvis sykepleie f.eks. utgjør 50 pst. av pleie- og omsorgsutgiftene, avkorter kommunen betalingen med 50 pst. i forhold til fullt abonnement hvis den ønsker det.

12.5.6 Oppsummering og konklusjon

Utvalget finner det mest naturlig at brukerbetaling for pleie og omsorg i en tjenestebasert modell skjer ut fra følgende retningslinjer:

- Staten fastsetter maksimal betaling for pleie og omsorg i forhold til inntekt
- Kommunene kan selv velge betalingsordning. Kommuner som velger abonnementsordning, må gjøre abonnementssatsene gjeldende også for pleie og omsorg i institusjon
- Kommuner som velger betaling etter forbruk må sette et øvre tak for hvor mange timer det skal tas betaling for. Dette taket gjøres gjeldende som grunnlag for betaling i institusjon.

12.6 KORTTIDSOPPHOLD OG DAG-/NATTOPPHOLD

12.6.1 Innledning

I en tjenestebasert brukerbetalingsmodell forutsettes det at totalbetalingen i institusjon er delt opp i elementer. Det er mulig å tenke seg en slik modell også for korttidsplasser og dag-/nattplasser. Det vil imidlertid være knyttet en rekke ulemper til en slik ordning. Det vil uansett ikke være naturlig å ta betaling for bofunksjonen i denne type plasser, da brukeren fullt ut må dekke kostnadene med egen permanente bolig. For helse og pleie og omsorg vil det være administrative problemer knyttet til oppstykking av betalingen og samordning med brukerens betaling for denne type tjenester når de er hjemme. Denne drøftingen tar derfor utgangspunkt i at det opprettholdes en ordning med betaling pr. døgn/dag/natt. Betaling for mat drøftes særskilt.

Brukerbetalingsordningene for pleie og omsorg er i stor grad gradert etter inntekt. Dette gjelder både for institusjonsopphold og for de hjemmetjenestene. For korttidsopphold og dagopphold i institusjon, inkludert rehabilitering, er det imidlertid fastsatt sentrale satser som ikke er gradert etter inntekt. Det kan tas 80 kroner for korttidsopphold og 40 kroner for dag-/nattopphold. Spørsmålet er om det ikke bør være anledning til å inntektsgradere også disse satsene.

12.6.2 Korttidsplasser

Sentrale målsettinger knyttet til pleie- og omsorgssektoren har lagt betydelig vekt på at kommunene bør styrke tilbudet for korttidsopphold ved institusjoner når det gjelder antall plasser til rehabilitering, avlastningstiltak etc. Utviklingen de siste årene viser imidlertid at antall plasser til disse formålene har gått ned. Årsakene til denne uønskede utviklingen er flere og sammensatte.

Et av problemene er at korttidsbeboere gir kommunene lavere inntekter enn langtidsbeboere. Samtidig har kommunene de samme forpliktelsene overfor korttidsbeboere som for langtidsbeboere. For rehabilitering er også kostnadene gjennomgående høyere enn for permanente institusjonsopphold, ettersom personellinnsatsen er høyere. I tillegg er det rimelig å anta at korttidsopphold gir en dårligere beleggsprosent enn langtidsopphold, noe som ytterligere bidrar til å svekke kommunenes inntekter. På denne bakgrunn er det ønskelig å stimulere kommunene til å satse på denne typen virksomhet.

I *"Finansiering av helsetjenester"* i kap. 11 er det foreslått å vurdere aktivitetsbasert finansiering for korttidsplasser i kommunene. Som skissert kan det skje ved en blandingsmodell hvor kommunene får rammetilskudd supplert med refusjon pr. behandlet bruker.

Brukerbetalingsopplegget for korttidsplasser bør imidlertid også vurderes. En inntektsgradert brukerbetaling for korttidsplasser kan gi kommunene en stimulans til å satse mer på en slik bruk av institusjonsplassene. Spørsmålet er hvilke sentrale restriksjoner det skal settes i forhold til en inntektsgradert brukerbetaling for denne type plasser. En mulighet ville være at kommunene selv kunne fastsette brukerbetalingen, men med selvkost for plassene som det eneste taket for betalingen. Dette fører imidlertid til at korttidsplasser blir dyrere for brukerne enn langtidsplasser. Brukere av korttidsplasser vil da kunne få problemer med å ivareta sine forpliktelser i hjemmesituasjonen. Det fastsettes derfor maksimalgrense for betaling pr. døgn avhengig av inntekt.

Utvalget har sett på et eksempel med inntektsgradert betaling som tar utgangspunkt i at personer med inntekt under 2 G betaler etter gjeldende satser, dvs. kr 80 pr. døgn. For personer med inntekt over 2 G graderes satsene etter inntekt opp til 320 kroner pr. døgn for inntekter over 5 G. Med en jevn gradering etter inntekt ut fra disse nivåene ville dette gi en økning i kommunenes inntekter fra 150 til 230 mill. kroner, under forutsetning at kommunene tar det maksimale beløp de kan. På grunn av økte inntekter blant beboerne vil inntektspotensialet med uendrede dekningsgrader av institusjonsplasser øke fra rundt 260 millioner kroner med dagens betalingssatser, til 540 millioner med de foreslåtte betalingssatsene. De økte inntektene ved differensiert betaling for heldøgns korttidsopphold vil derfor kunne øke fra ca. 80 millioner i 1996 til ca. 280 millioner i 2030.

En bruker med inntekt over 5 G (205 000 kroner) pr. år ville med disse satsene kunne komme opp i en samlet betaling for korttidsopphold på 19 200 kroner pr. år, mens maksimal betaling i dag er på 4 800 kroner pr. år. Med tilsvarende inntekt ville en beboer med langtidsopphold måtte betale rundt 26 000 kroner for en tilsvarende periode. Det er bare et fåtall brukere som har 60 dagers korttidsopphold pr. år.

Betaling for rehabilitering er forskjellig om den skjer i sykehus, i særlige rehabiliteringsinstitusjoner, eller i sykehjem. I sykehus er slike tjenester gratis, i særlige rehabiliteringsinstitusjoner er betalingen delvis avhengig av diagnose. Det vil være naturlig at brukerbetalingsordningene på dette området blir gjennomgått samlet med sikte på en bedre samordning og større rettferdighet.

12.6.3 Dag- eller nattopphold

Det er også aktuelt at brukerbetalingen for dag- eller nattopphold fastsettes etter samme prinsipper som for heldøgns korttidsopphold. En mulig gradering vil være at brukere med inntekt under 2 G fortsatt betaler kr 40 pr. dag eller pr. natt. Kommunene kan så gis anledning til å gradere satsene etter inntekt opp til 160 kroner pr. dag eller pr. natt for inntekter over 5 G. En slik endring vil kunne gi 24 millioner i økte inntekter for kommunen pr. år i 1996, økende til 79 millioner i 2030.

For en bruker med inntekt over 5 G vil samlet brukerbetaling for et år kunne komme opp i 41 600 kroner ved 5 dagers/netters opphold pr. uke gjennom hele året. Det vil også her være nødvendig at kommunene ser denne brukerbetalingen i sammenheng med brukerbetaling for hjemmebaserte tjenester slik at den samlede belastningen ikke blir for stor.

12.6.4 Skjermingsordning

Regneeksemplene foran viser at brukerbetaling for korttidsopphold og dag-/nattopphold kan komme opp i betydelige beløp ved en slik inntektsgradering som antydet. Det bør derfor vurderes skjermingsordninger for å unngå for stor samlet brukerbetaling. Da de sentralt fastsatte inntektstakene ble fastsatt i 1991, var korttidsopphold

og dag-/nattopphold blant de tjenester som gikk inn under takordningen. Dette er senere opphevet. Hvis det skal gis anledning til å inntektsgradere brukerbetalingen for denne type opphold, er det en aktuell løsning å gjeninnføre en ordning hvor brukerens samlede betaling for korttidsopphold og hjemmetjenester ikke overstiger takordningen for hjemmetjenesten. Med den skjermingsordning som er omtalt i *"Pleie- og omsorgstjenester"* i kap. 12.5, ville det imidlertid kunne medføre at kommunene taper inntekter for en rekke brukere som i dag betaler de fastsatte satsene for korttids-/dag-/nattopphold i tillegg til full brukerbetaling for hjemmetjenester. Ved at betaling for mat holdes utenfor selve oppholdsbetalingen, og dermed takordningen for samlet brukerbetaling for selve tjenestene, ville det likevel være mulig å kombinere skjermingsordningen for hjemmetjenesten med gradert brukerbetaling for korttids-/dag- og nattopphold. Særskilt betaling for mat vil være rimelig i og med at brukerne sparer disse kostnadene når de er på korttids-/dag- eller nattopphold.

12.6.5 Konklusjon

Utvalget går ikke inn for inntektsgraderte betalingssatser for korttids-/dag- og nattplasser. Inntektsgraderte satser vil være tungvint å administrere og ikke gi vesentlige merinntekter for det offentlige.

12.7 TOTALSKJERMING

12.7.1 Alternative løsninger

Som beskrevet i de ulike alternativene foran, er det foreslått skjermingsordninger innenfor de aktuelle betalingselementene. Selv om det skjermes innenfor hvert enkelt element, kan det likevel tenkes tilfeller der totalkostnaden for den enkelte blir urimelig høy. Spørsmålet er hvordan disse tilfellene skal fanges opp og behandles.

Innenfor en tjenestebasert brukerbetalingsmodell der brukerbetalingsordningene tilnærmet gjøres gjennomgående, vil det være naturlig med gjennomgående totalskjermingsordninger. En mulighet er at brukeren søker sosialhjelp. Fordelen med en slik ordning er først og fremst at det vil være et treffsikkert system. Det vil imidlertid være uakseptabelt at brukere må søke sosialhjelp på grunn av brukerbetaling. Dette er et siste sikkerhetsnett som det er lite ønskelig at brukere av pleie- og omsorgstjenesten skal måtte nytte seg av på grunn av høy brukerbetaling. I tillegg vil en del brukere ikke komme til å søke og dermed få en urimelig lav levestandard.

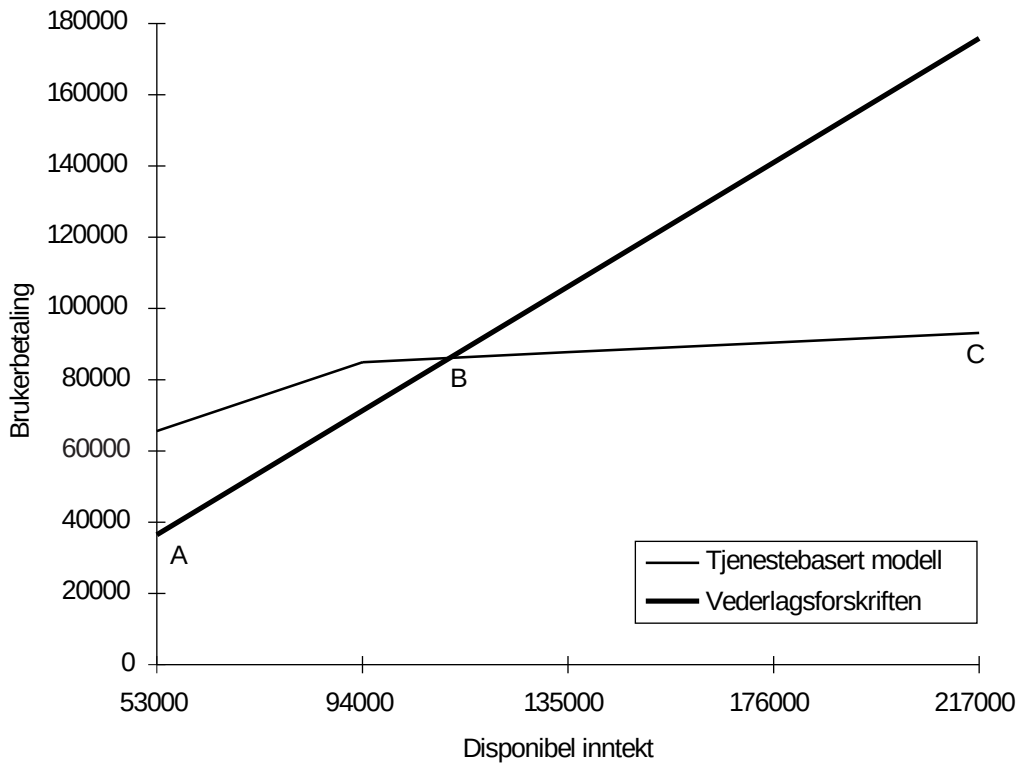
Et annet alternativ kan være at kommunen foretar skjønnsmessig totalskjerming i forbindelse med utmåling av brukerbetaling for å sikre at den ikke samlet gir uheldige virkninger.

Ved vurderingen av hva som skal anses som et akseptabelt inntektsnivå kan det være naturlig å ta utgangspunkt i de lokalt fastsatte normer for økonomisk sosialhjelp etter sosialtjenesteloven. Fordelen med en slik ordning er at den sikrer at ingen får for høye totalkostnader som følge av brukerbetaling. Ulempen er imidlertid at det kan være administrativt krevende og kreve innsyn i privatøkonomien til en rekke brukere der dette ikke er nødvendig.

Et tredje alternativ er at brukeren i forbindelse med utmålig av brukerbetaling selv tar kontakt med kommunen i de tilfeller der brukeren mener den totale utgiftsbelastningen blir urimelig høy. Dette forutsetter at brukeren selv må dokumentere slike forhold. Fordelen er at den er administrativt enklere enn ovennevnte ordning. Ulempen er at ordningen forutsetter aktive brukere. For brukere som ikke er i stand til å ivareta egne behov, som f.eks. personer med alvorlig mental svikt, vil ordningen være lite praktisk og lite tilfredsstillende.

Behovet for totalskjermingsordninger vil være størst i institusjon. I tillegg vil det være administrativt enklere med totalskjermingsordninger i institusjon, siden brukeren mottar et helhetlig tilbud. Utenfor institusjon der tilbudene er delt mellom flere aktører, kan det være vanskeligere å gi en samlet oversikt over utgiftsbelastningen for brukerne. Dette kan tale for en ordning med forskjellige totalskjermingsordninger i og utenfor institusjon.

En mulighet er å videreføre et todelt system med et skjermingsopplegg i institusjon som sikrer brukerne midler til eget forbruk tilsvarende gjeldende vederlagsforskrift i institusjon mv. Med dagens inntektsforhold blant institusjonsbeboere, kan dette innebære at en stor andel av beboerne vil komme inn under en slik totalskjermingsordning. For disse beboerne vil den samlede utgiftsbelastning bli større etter den tjenestebaserte modellen enn etter vederlagsforskriften for institusjoner. Dersom beboerne etter den tjenestebaserte brukerbetalingsmodellen skal sikres økonomisk like godt som vederlagsforskriften, innebærer dette i praksis at vederlagsforskriften gjelder for denne gruppen. Betalingsprofilen i den tjenestebaserte brukerbetalingsmodellen er illustrert i fig. 12.7.



Figur 12.7 Brukerbetaling etter tjenestebasert modell og vederlagsforskriften

Den tykke linjen representerer betalingsprofilen etter vederlagsforskriften for institusjoner mv., mens den tynne linjen representerer betalingsprofilen etter den tjenestebaserte brukerbetalingsmodellen etter forutsetningene i dette kapitlet. Som det framgår av figuren, vil brukere med lav inntekt betale mer etter den tjenestebaserte brukerbetalingsmodellen enn etter vederlagsforskriften for institusjoner.

Med de forutsetninger som ligger til grunn, vil ikke brukere med lav inntekt kunne bære den totale utgiftsbelastningen siden brukerbetalingen overgår brukerens

inntekt. Årsaken til dette er i hovedsak forutsetningen om kostnadsriktig fastsetting av bokostnader i sykehjem mv. Forutsatt at kommunen i tillegg til de statlige bostøtteordningene vil subsidiere boutgiftene, vil den totale utgiftsbelastningen for lavinntektsgrupper i den tjenestebaserte brukerbetalingsmodellen være mindre. Det vises i denne sammenheng til avsn 5.3.4 der det framgår at kommunen kapitalkostnader i institusjon er om lag 1 600 mill. kroner.

For brukere med høyere inntekt er forholdet omvendt: Her vil brukerne betale mer etter vederlagsforskriften for institusjoner mv. enn etter den tjenestebaserte brukerbetalingsmodellen. Siden utvalget har lagt til grunn at ingen skal komme dårligere ut økonomisk enn dagens ordning, innebærer dette at betalingsprofilen blir kurven ABC i figuren. Linjestykke AB representerer brukere som i den tjenestebaserte brukerbetalingsmodellen vil skjermes etter vederlagsforskriften for institusjon mv. For disse beboerne vil også fradragsreglene for hjemmeboende ektefelle/barn måtte gjelde. Dette betyr at i praksis vil vederlagsforskriften gjelde for disse brukerne. Linjestykket BC representerer brukere som har høy nok inntekt til at de ikke skjermes etter vederlagsforskriften. For denne gruppen av brukere vil det også være behov for fradragsregler for hjemmeboende ektefelle mv. Siden denne gruppen betaler mindre etter den tjenestebaserte brukerbetalingsmodellen enn de ville ha gjort etter vederlagsforskriften, er det rimelig at fradraget beløpsmessig gjøres mindre enn etter vederlagsforskriften for institusjoner mv.

For brukere som bor i egne hjem/omsorgsboliger og mottar hjemmetjenester, ev. kombinert med andre kommunale tjenester, vil det være naturlig å videreføre de gjeldende ordninger, jf. drøfting i *"Dagens brukerbetalingsmodell og endringsmuligheter"* i kap. 13

Behovet for totalskjermingsordninger vil i stor grad være et empirisk spørsmål. Et hovedspørsmål vil være om det er behov for klare sentrale totalskjermingsordninger som f.eks. vederlagsforskriften for institusjoner mv., eller om det er tilstrekkelig med mer generelle regler som gir kommunene hovedansvaret både for utforming og praktisering av totalskjermingsregler. Likhetshensyn taler for sentralt fastsatte regler, mens tilpasningen til lokale forhold tilsier stor lokal frihet på dette området.

I beregningene av de økonomiske konsekvensene av modellene i *"Økonomiske virkninger av de ulike modellene"* i kap. 14, framgår det at om lag 70 pst. av brukerne med dagens bostøtteordning vil falle inn under totalskjermingsordningen i institusjon. I praksis vil vederlagsforskriften for institusjoner mv. gjelde for disse brukerne. På bakgrunn av den forventede inntektsveksten blant brukerne, vil imidlertid bare rundt 5 prosent av brukerne ha behov for totalskjerming i år 2030.

Utvalget vil i det følgende drøfte ulike alternativer for å redusere antall beboere som har behov for totalskjerming. Dette kan f.eks. skje gjennom:

1. Endring av totalskjermingsordningen.

Dette alternativet innebærer at nivået på brukerbetalingen etter vederlagsforskriften for institusjoner mv. (totalskjermingsordningen) økes slik at færre omfattes av totalskjermingsordningen.

Fordel:	Kan opprettholde et innarbeidet system (vederlagsforskriften) for totalskjerming.
Ulempe:	Lite aktuelt at beboerne i institusjon skal betale en større andel av sin inntekt i brukerbetaling enn de gjør i dag.

2. Endring av skjermingsordningene innenfor hver enkelt tjeneste.

Dersom skjermingsbeløpet økes i ett eller flere av elementene, vil samlet brukerbetaling reduseres, og følgelig vil færre ha behov for totalskjerming. For helsetjenester og mat og dagliglivets utgifter ser utvalget det som mindre aktuelt å redusere betalingen. Dette fordi betaling for helsetjenester er basert på sentrale retningslinjer, og betaling for mat mv. av utvalget er nedfelt som et personlig ansvar uten nærmere skjermingsordninger. Behovet for totalskjerming kan derfor reduseres gjennom en beløpsmessig økning i bostøtten og/eller redusert betaling for pleie og omsorg.

a. Økning i bostøtte.

En beløpsmessig økning i bostøtten kan skje ved en økning i boutgiftstaket, en økning i dekningsgraden eller en reduksjon i hva som anses som rimelig boutgift.

Fordel: Treffsikker ordning. Boutgiftene vil utgjøre hoveddelen av brukerens utgifter i institusjon. Dersom bostøtten settes høyt nok, kan totalskjermingsordningen avvikles.

Ulempe: Redusert ansvar for bokostnader for bruker og kommune samtidig som staten overtar ansvaret. Dette kan bidra til at verken brukere eller kommuner har et insentiv til å begrense sine boutgifter.

b. Redusert betaling for pleie og omsorg.

Redusert betaling for pleie og omsorg kan skje gjennom en reduksjon i prisen eller sterkere skjerming. En reduksjon i prisen eller sterkere skjerming kan enten skje for alle inntektsgrupper eller for utvalgte inntektsgrupper. Siden det i den tjenestebaserte modellen er de med lav inntekt som vil omfattes av totalskjermingsordningen, kan et alternativ være at prisen for pleie- og omsorg reduseres relativt mer for lavinntektsgrupper enn høyinntektsgrupper.

Fordel: Treffsikker ordning ved at de som har behov for totalskjerming får betalingslettelse

Ulempe: Pleie og omsorg utgjør en mindre del av total brukerbetaling. Redusert betaling vil derfor ha relativt liten virkning på behovet for totalskjerming.

Behovet for totalskjerming gjelder institusjonene. Dersom bostøtten skal økes eller betaling for pleie og omsorg skal reduseres, må dette ses i sammenheng med brukerne som mottar tjenester utenfor institusjon. Dersom betalingslettelsen bare skal gjelde i institusjonene, vil dette innebære at nivået på betalingen blir forskjellig i og utenfor institusjon.

Utvalget viser til *"Økonomiske virkninger av de ulike modellene"* i kap. 14 for de økonomiske konsekvensene av ovennevnte alternativer for å unngå totalskjerming.

12.7.2 Konklusjon

Utvalget legger til grunn at totalskjermingsordning i en tjenestebasert modell kan utformes slik:

- det etableres en sentralt fastsatt totalskjermingsordning i institusjon mv. som sikrer at beboerne ikke kommer dårligere ut enn etter dagens vederlagsforskrift.
- utenfor institusjon videreføres dagens totalskjermingsregler.

12.8 ADMINISTRATIVE OG JURIDISKE KONSEKVENSER

12.8.1 Administrative konsekvenser

Utvalget legger til grunn at dagens administrative rutiner for hjemmetjenester i all hovedsak kan videreføres. En omlegging til en tjenestebasert brukerbetalingsmodell i institusjon vil imidlertid bety endringer i ansvarsforhold og administrative rutiner i stats-, trygde- og kommuneforvaltningen. Beskrivelsen her avgrenses derfor til å omtale administrative oppgjørsrutiner for opphold i institusjon.

Det er i dag kommunalforvaltningen i samarbeid med trygdeforvaltningen som administrerer brukerbetalingen for opphold i institusjon i første instans, jf. *"Dagens finansierings- og brukerbetalingsordninger"* i kap. 5.

Beregning

Hvilken instans som skal beregne vederlaget, vil i stor grad avgjøres av utformingen av det konkrete innholdet i reglene om betaling for de ulike deltjenestene.

Idet brukerbetalingen i den skisserte modellen delvis skal baseres på forbruk av tjenester, må det utvikles et system for registrering i hver institusjon. Videre må det skje en samordning mellom de kommunale etatene slik at beregningsgrunnlaget blir korrekt. Brukeren bør få en samlet regning hvor kostnadene forbundet med de ulike deltjenestene spesifiseres. Begrunnelsen er at brukere lett skal kunne se hva samlet brukerbetaling beløper seg til og slippe mange transaksjoner. Kommunen får samtidig oversikt over den enkelte brukers betalingsbelastning og eventuelle behov for skjerming.

Trygdeetatens rolle i forhold til beregninger vil måtte opprettholdes fordi fradragsberegningene i forbindelse med totalskjerming i institusjonen fortsatt forutsettes å knyttes til folketrygdens- eller andre pensjonsordninger. Kommunen må derfor fortsatt få bistand fra trygdeetaten, ev. privat pensjonsordning til fradragsberegningen.

Innkreving og betaling

Når kommunen, eventuelt med bistand fra trygdekontoret, har beregnet hva den enkelte skal betale og truffet vedtak om dette, blir neste spørsmål hvilket forvaltningsorgan som skal sørge for innkreving av betaling.

Hovedregelen i en tjenestebasert brukerbetalingsmodell vil være at beboer får utbetalt pensjonen uavkortet og mottar en samlet regning fra kommunen. Dette er også praksisen i et fåtall kommuner i dag. Rent praktisk kan betalingen f.eks. skje ved hjelp av autogiroordning. Beboere som ønsker at betalingen skal skje ved direkte motregning i pensjon, må imidlertid fortsatt kunne velge det. Det samme må gjelde for tilfeller der beboer ikke dekker sine forpliktelser. Gjeldende bestemmelsers om disponering av beboeres kontantytelser under opphold i sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie gitt med hjemmel i khl. § 6–8 nr. 3, jf. § 6–9, endres. Det betyr at ledelsen ved slike boformer kan disponere kontantytelse fra folketrygden, begrenset oppad til 3/4 av folketrygdens grunnbeløp, for beboere som ønsker det eller ikke selv er i stand til å disponere midler. Dersom midlene overstiger denne rammen, er det som hovedregel nødvendig med oppnevning av verge/hjelpeverge hvis beboeren selv ikke er i stand til å disponere sine midler, jf. *"Status og utvikling i sykehjem mv."* i kap. 8 om beboere som ikke er i stand til å administrere sin egen økonomi. Hvorvidt beboer er i stand til å disponere midler, avgjøres som i dag av sykehjemmets lege i samråd med nærmeste pårørende eller beboers verge og den som har det sykepleiefaglige ansvar for beboeren. Midlene skal i slike

tilfelle disponeres slik at de kommer beboeren til gode med sikte på å dekke hans/hennes personlig behov, interesser og ønsker. Midlene kan ikke nyttes til dekning av driftsutgifter for boformen.

Klage og kontroll

Som i dag må vedtak om brukerbetaling kunne påklages til fylkesmannen. I tilfeller hvor institusjonen disponerer midler for beboere, bør bruken av midlene gjennomgås av institusjonens revisjon årlig.

Oppsummering

De administrative konsekvensene av å innføre modellen vil således være:
- System for registrering av forbruk i institusjon
- Flere beregninger fordi brukerbetaling skal beregnes i forhold til de ulike deltjenester og deretter samordnes i forhold til en totalskjermingsordning
- Samarbeidet mellom trygdeetaten og kommuneforvaltningen må videreføres mht. beregning av brukerbetaling
- Økt behov for diagnostisering, ev. umyndiggjøring og oppnevning av verger eller hjelpeverger, idet institusjonsbeboere vil stilles overfor flere valgsituasjoner og gis mulighet for å selv disponere sine inntekter.

12.8.2 Juridiske konsekvenser

I det følgende kommenteres hvilke juridiske konsekvenser forslaget vil få. Der det ikke er kommentert nødvendige endringer i forhold til gjeldende regelverk, forutsettes gjeldende ordninger videreført.

12.8.2.1 Utenfor institusjon

Pleie og omsorg

Kommunen kan som tidligere fastsette regler om betaling og betalingssatser, men med visse begrensninger. Brukerbetalingen kan som tidligere ikke overstige kommunens selvkost for tjenesten. Utgangspunktet for beregning av selvkost endres. Kommunal- og arbeidsdepartementets retningslinjer for beregning av selvkost legges til grunn.

Ordningen med inntektsgradert brukerbetalingstak utvides. Den skal ikke som tidligere kun gjelde husstander med samlet skattbar nettoinntekt før særfradrag under 2 G, men gjelde på alle inntektsnivåer. Staten fastsetter bindende utgiftstak på alle inntektsnivåer som bestemmer den maksimale brukerbetalingen en person kan betale pr. år for pleie og omsorg.

Bolig

Utgangspunktet blir som i dag, at den enkelte har fullt kostnadsansvar for boutgifter. Det øvre boutgiftstaket i bostøtteordningen foreslås imidlertid hevet.

Kommunens adgang til å kreve husleie i kommunale utleieboliger (jf. sotjl. § 3–4), begrenses til selvkost. Hvilke utgiftsposter som kan inngå i selvkostberegningen, må defineres nærmere i forskrift.

Kommunen må pålegges å beregne selvkost for utleieboliger, for å synliggjøre de faktiske kostnader forbundet med botilbudet. Det vil imidlertid fortsatt være opp til den enkelte kommune i hvilken grad de ønsker å subsidiere kommunale boliger og sette husleien lavere.

12.8.2.2 I institusjon

Generelt

En tjenestebasert brukerbetalingsmodell forutsetter omfattende endringer i forhold til gjeldende regler om brukerbetaling for opphold i institusjon mv., jf. *"Dagens finansierings- og brukerbetalingsordninger"* i kap. 5. Fra å utmåle brukerbetalingen utelukkende på grunnlag av inntekt, vil man i den skisserte brukerbetalingsmodellen måtte gå over til å betale på grunnlag av inntekt og delvis forbruk.

Brukerbetalingsmodellens virkeområde

Den tjenestebaserte brukerbetalingsmodellen er kun utredet i forhold til boformer som sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie i medhold av khl. § 1–3 og boliger med heldøgns omsorgstjenester etter sotjl. § 4–2 d for eldre og funksjonshemmede. Det har ikke vært utvalgets mandat å drøfte den tjenestebaserte brukerbetalingsmodellen for andre boformer som i dag faller inn under vederlagsforskriftens for institusjon mv. Institusjoner for rusmiddelmisbrukere og boliger med heldøgns omsorgstjenester for andre grupper enn eldre og funksjonshemmede er derfor ikke utredet her, og må ev. vurderes i etterkant av utvalgets arbeid.

Beregningsgrunnlaget og reglene om fradrag i beregningsgrunnlaget

Kommunehelsetjenesteloven (§ 2–3) og forskrift om brukerbetaling for opphold i institusjon (§ 3) gitt med hjemmel i sosialtjenesteloven (§ 11–2) og kommunehelsetjenesten (§ 2–3), vil måtte endres slik at det ikke blir utelukkende den enkeltes inntekt som er utgangspunktet for beregning av brukerbetaling, men at det for bofunksjonen og mat og daglige utgifter også tas hensyn til boligens standard og forbruket av mat og andre daglige utgifter. Det må imidlertid framgå at grunnlaget for totalskjermingsregler skal være den enkeltes betalingsevne.

Gjeldende regler om hva som skal regnes som inntekt videreføres i den tjeneste baserte modellen slik at disponibel inntekt er beregningsgrunnlag i forhold til totalskjerming. Fradragsreglene i gjeldende forskrift om brukerbetaling for opphold i institusjon videreføres i all hovedsak.

Betalingsfri periode ved innflytting i institusjon.

Friperioden er fastsatt på bakgrunn av at brukerne trenger tid til å omstille seg. Dette kan være nødvendig i ulik grad, alt avhengig av om man har hjemmeboende ektefelle eller annet forsørgeransvar, eller om tidligere bolig skal leies ut eller selges.

Det har vært påpekt at friperioden ved innflytting i institusjon kan slå ulikt og derfor urettferdig ut, fordi det etter dagens forskrift gis en hel betalingsfri måned i tillegg til den måneden man flytter inn. Skjer innflyttingen i begynnelsen av en måned, vil brukerbetalingen bli utsatt i nesten to måneder, mens den ved innflytting sent i måneden bare vil utsettes i en drøy måned. Det synes ikke rimelig at noen på grunnlag av en tilfeldighet skal få betalingsfri nesten en hel måned lengre enn andre. En felles regel som knytter seg opp mot innflyttingsdato virker derfor mest rimelig. Det kan være aktuelt å videreføre dagens minimums friperiode på en måned, men med den endringen at denne gjelder fra dato til dato. Ved en utvidelse til to måneder vil kommunenes inntekter reduserer med rundt 160 millioner kroner i forhold til en ordning med en måned. En innskrenkning til en måned betyr en økt inntekt til kommunen på 80 millioner.

For at regelen skal virke nøytral, også for dem som starter sitt opphold som et korttidsopphold, må brukerbetalingen gjennomgå et etteroppgjør i de tilfellene der korttidsopphold går over til langtidsopphold. På den måten vil det ikke ha betydning verken for kommunen eller brukeren om oppholdet starter som kort- eller langtidsopphold sett i forhold til brukerbetalingen. Etteroppgjør som sikrer at brukerne når de går over fra kort til langtidsopphold, får 1 måneds betalingsfritak.

Øvre grense for brukerbetaling

Kommunehelsetjeneste- og sosialtjenestelovens regler om at kommunen ikke kan kreve brukerbetaling som overstiger selvkost for de ulike tjenestetilbud, videreføres. Hvordan selvkost skal beregnes for de ulike kostnadselementene, fastsettes i forskrift.

Disponering av kontantytelser fra folketrygden

Regler om disponering av kontantytelser fra folketrygden gitt med hjemmel i Kht. (§ 6–8) og Sotjl. (§ 7–11) endres slik at det er opp til den enkelte institusjonsbeboer å inngå avtale om institusjonens adgang til å disponere kontantytelser for folketrygden inntil 3/4 G.

Pleie og omsorg

Kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven må endres slik at maksimal brukerbetaling for pleie og omsorg skal skje på grunnlag av en spesifisert prosent av inntekten. I lovene må det også inntas hjemmel for Kongen til å fastsettes prosentsatsen(e). I forskrift gitt med hjemmel i kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven er det videre nødvendig å presisere hvilket inntektsbegrep som skal legges til grunn for beregningen av brukerbetaling for pleie og omsorg. Som beregningsgrunnlag ved utmåling av brukerbetaling for pleie- og omsorgselementet legges alminnelig inntekt til grunn.

Bofunksjonen

Ved innføring av særskilt betaling for bofunksjonen i institusjon mv. vil det være nødvendig å regulere leieforholdet nærmere.

Husleielovens bestemmelser har som formål å beskytte leietakere mot urimelige avtalevilkår og samtidig ta hensyn til utleierens økonomiske interesser i boligen. Bolig etter husleieloven gjelder ikke bare leiligheter og eneboliger, men også enkeltrom til beboelse, møblert eller umøblert. Husleieloven vil etter gjeldende rett ikke gjelde for leie av rom i institusjoner, fordi den ikke gjelder for leieforhold som innbefatter mer enn to måltider daglig, jf. husleieloven § 2 nr. 1. I den grad det serveres mer enn to måltider i institusjon, innebærer dette at husleieloven ikke gjelder. Dette betyr imidlertid ikke at husleieloven vil gjelde i alle forhold der det serveres mindre enn to måltider daglig. Her vil avgrensningen måtte skje ut fra hvor dominerende boligdelen er i forhold til pleie- og behandlingsbehovet. Dersom pleie- og behandlingsbehovet og ikke boligbehovet er det primære, vil forholdet falle utenfor husleieloven. Et offentlig utvalg som i 1993 la fram utkast til ny husleielov (NOU 1993:4), uttalte at husleieloven ikke bør gjelde for egentlige institusjoner fordi rettsforholdet mellom pasient og sykehus ikke er et husleieforhold. Innføring av en tjenestebasert brukerbetalingsmodell i institusjon som forutsetter særskilt betaling for bofunksjonen i institusjon forutsetter derfor nærmere regulering av leieforholdet mellom kommunen/institusjonen som utleier og beboer som leietaker.

Særskilt betaling for bofunksjonen forutsetter også bostøtte i institusjon. Gjeldende regelverk for bostøtteordningen stiller krav utover at det skal være en bolig (dvs. strengere avgrensning enn husleielovens definisjon av bolig, jf. avsnittet over). Det kreves at boligen skal være selvstendig, dvs. at boligen skal inneholde mulighet for å dekke alle funksjoner en boenhet skal ha. Boligen skal ha oppholdsrom med kjøkken, separat soverom med vindu og sanitærrom med dusj og wc. I tillegg stilles det arealkrav og krav om atkomstmuligheter. Bostøtteordningen for institusjoner vil derfor forutsette særskilte regler for bostøtte i institusjon, bl.a. i forhold til hvilke boliger som skal omfattes av ordningen, krav til boligens utforming m.m. Om bostøtteordningen skal bidra til å redusere behovet for totalskjerming i institusjon i en tjenestebasert brukerbetalingsmodell, vil også de øvre boutgiftstak måtte heves i forhold til hva som gjelder i dag.

Adgangen til å kreve brukerbetaling til dekning av boutgifter opp til selvkost, vil måtte videreføres. Det må da i forskrift gis bindende bestemmelser om selvkostberegningen.

Helse

Innføring av spesifisert brukerbetaling for helsetjenester med et fast beløp forutsetter endring av kommunehelsetjenesteloven (§ 2–3) og gjeldende forskrift om brukerbetaling, fordi det i dag betales på grunnlag av inntekt for et helhetlig tilbud.

Mat og andre dagliglivets utgifter

Med ny alternativ brukerbetalingsordning må kommunehelsetjenesteloven gis en tilføyelse slik at hovedregelen blir at den enkelte skal betale mat og andre dagliglivets utgifter fullt ut. I forskrift må det presiseres nærmere regler om redusert betaling når tilbudet ikke benyttes fullt ut. Adgangen til å kreve betaling for mat og dagliglivets utgifter må i loven begrenses til selvkost for tilbudet. Det må utformes nye forskrifter om selvkostberegning som henviser til Kommunal- og arbeidsdepartementets retningslinjer for beregning av selvkost.

Det må i retningslinjer presiseres nærmere hva som skal inngå i begrepene «mat og dagliglivets utgifter», slik at det avgrenses nærmere i forhold til utgiftsposter som den enkelte selv skal dekke.

Korttidsopphold, dag- og nattopphold

Kongens adgang til å fastsette brukerbetaling for korttids- og dag- og nattopphold i kommunehelsetjenesteloven (§ 2–3) videreføres. Det må eventuelt presiseres om brukerbetalingen skal kunne graderes etter inntekt. Det må også presiseres om det ikke skal kunne kreves brukerbetaling for korttidsopphold utover det fastsatte betalingstaket for pleie- og omsorgstjenester gjeldende utenfor institusjon. Videre vil det i forskrift måtte fremgå hvilke kostnadselementer som skal dekkes av brukerbetaling for korttidsopphold og hva som kan dekkes særskilt utenom.

12.9 OPPSUMMERING

I dette kapitlet har utvalget utredet en modell der brukerbetalingen er oppdelt i fire kostnadselementer:

- bofunksjonen
- mat og andre daglige utgifter
- legetjenester, fysioterapi, medisiner, tekniske hjelpemidler mv.
- pleie- og omsorgstjenester

Modellen er ment å gjelde både i og utenfor institusjon. Argumentene for en slik modell kan være følgende:

- forskjellige betalingsordninger kan gi vridninger i kommunens utbygging og drift av tjenestetilbud
- hva den enkelte betaler for og kostnadene for disse tjenestene, bør synliggjøres gjennom brukerbetalingen
- brukernes mulighet til selv å velge tjenester, kan styrkes ved at det gjennom brukerbetalingen kan etableres et kundeforhold mellom brukerne og tilbyderne av tjenestene
- skille mellom hvilke tjenester som er det offentliges ansvar og hva som er den enkelte brukers ansvar

Når det gjelder vridningseffekter har utvalget drøftet dette i *"Dagens finansierings- og brukerbetalingsordninger"* i kap. 5. Denne drøftingen viser at det ikke er entydig hvilke vridninger dagens finansierings- og brukerbetalingsordning kan gi i kommunens planlegging og drift. Utvalget kan ikke dokumentere at eventuelle uheldige tilpasninger finner sted i kommunene. Det er imidlertid ønskelig å utforme ordninger som heller ikke på sikt vil bidra til uheldige tilpasninger.

Den tjenestebaserte brukerbetalingsmodellen får størst konsekvens for institusjoner mv. Dagens brukerbetalingsordninger for tjenester utenfor institusjon avviker i prinsippet ikke mye fra den tjenestebaserte modellen. Endringene vil gjelde først og fremst betaling for bofunksjonen og betaling for pleie og omsorg.

En gjennomgående modell vil kreve at samme regelverk for brukerbetaling gjøres gjeldende i og utenfor institusjon. Utvalget har imidlertid funnet dette lite hensiktsmessig ut fra sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleies organisering og funksjon, jf. *"Status og utvikling i sykehjem mv."* i kapittel 8 og *"Finansiering av helsetjenester"* i 11. Utvalget har derfor utredet sjablonmessige brukerbetalingsordninger for pleie og omsorg og helsetjenester i institusjon. Alt i alt innebærer dette at den tjenestebaserte brukerbetalingsmodellen ikke fullt ut kan betraktes som gjennomgående.

For mat og andre daglige utgifter er det lagt til grunn at brukerbetalingen beregnes på bakgrunn av selvkost både i og utenfor institusjon.

I den tjenestebaserte brukerbetalingsmodellen gis kommunene anledning til å kreve husleie også i insitusjon ut fra samme prinsipper som er foreslått for kommunale utleieboliger, og at det innføres særskilt bostøtte ordning som skal gjelde institusjoner. I modellen vil det også være naturlig redusert leie for flersengsrom for å oppnå større samsvar mellom det tjenestetilbud som mottas og det som det betales for.

Brukere som mottar helsetjenester mv. i omsorgsboliger/egne hjem betaler egenandeler som i dag, og folketrygden opprettholdes som det forvaltningsnivå som finansierer tjenestene. Det er derfor ikke aktuelt med endringer her i forhold til den tjenestebaserte modellen. I institusjon mv. beholder kommunen ansvaret for finansieringen av disse tjenestene og brukerne betaler egenandeler etter en forhøyet takordning der reglene som gjelder for egne hjem, tilpasses institusjonene mv. Ordningen innebærer at alle brukerne betaler det samme beløp for tjenestene uavhengig av forbruk.

I en tjenestebasert brukerbetalingsmodell fastsetter staten maksimal betaling for pleie og omsorg i forhold til inntekt. Kommunen kan imidlertid selv velge betalingsordning. Kommuner som velger abonnementsordning, må gjøre abonnementssatsene gjeldende også for pleie og omsorg i institusjon. Dersom kommunen velger betaling etter forbruk må, det settes et øvre tak for hvor mange timer det skal tas betaling for. Dette taket gjøres gjeldende som grunnlag for betaling i institusjon. Det

legges til grunn at alle beboerne i institusjon betaler en fast sum for helsetjenester tilsvarende utgiftstaket.

Det at modellen ikke fullt ut blir lik i og utenfor institusjon får bl.a. følgende konsekvenser:

– Valgfrihet gjennom brukerbetalingsordningene reduseres som følge av sjablonmessige betalingsordninger i institusjon. Det kan være liten sammenheng mellom hva brukerne betaler for pleie og omsorg og helse i forhold til hva de mottar.
– I institusjon synliggjøres kostnadene for bolig, mat og andre daglige utgifter, mens det for pleie og omsorg og helse bare synliggjøres hvilke elementer det betales for.

Utvalgets utredning i dette kapitlet beskriver hvordan en modell slik den er skissert i mandatet kan utformes i praksis. Utvalget anbefaler ikke at denne modellen gjennomføres. I *"Utvalgets vurderinger og forslag"* i kapittel 15 har utvalget drøftet og presisert sine vurderinger med hensyn til valg av modell. Fire av utvalgets medlemmer anbefaler en tjenestebasert brukerbetalingsmodell som er endret i forhold til beskrivelsen i dette kapitlet.

KAPITTEL13

Dagens brukerbetalingsmodell og endringsmuligheter

13.1 INNLEDNING

I mandatet er utvalget bedt om «.. å se nærmere på dagens ordning med to forskjellige finansieringsformer for hhv. tjenester i og utenfor institusjon.»

Videreføring av dagens modell med eventuelle justeringer vil være alternativet til innføring av en tjenestebasert modell som beskrevet i *"En tjenestebasert brukerbetalingsmodell"* i kap. 12. I foredraget til utvalgets mandat stilles en rekke krav til framtidige finansieringsordninger som er gjengitt i *"Utvalgets oppnevning, mandat og arbeid"* i kap. 1. Utvalget vil ta utgangspunkt i disse kravene og utvalgets egen vurdering av svakheter ved dagens ordning i *"Dagens finansierings- og brukerbetalingsordninger"* i kap. 5, når det drøfter aktuelle endringsmuligheter i dagens betalingsordning innen pleie- og omsorgstjenesten.

Sosialkomiteen sa i sin innstilling til Velferdsmeldingen bl.a. følgende:

> «I dag er det store forskjeller med hensyn til hva pleie- og omsorgstrengende selv må betale av faktiske utgifter avhengig av om de får hjelp hjemme eller i institusjon. Komiteen er derfor opptatt av at egenbetalingsordningene blir gjennomgått med tanke på å få et mer rettferdig system.»

Utvalget legger til grunn at brukerbetalingen som kreves for tjenester som ytes i hjemmet og i institusjon mv. skal oppfattes som rettferdig. Rettferdighet antas her å bety større likhet i betalingen for likt tjenestetilbud mellom ulike boformer og mellom kommuner.

Ut fra sosialkomiteens beskrivelse har utvalget drøftet rettferdighet i brukerbetalingssystemet fra to synsvinkler:

1. At det er behov for en utjevning av brukerbetalingen for hjemmeboende med omfattende pleie- og omsorgsbehov og institusjonsbeboere.
2. At det må oppfattes som rettferdig hva en beboer i institusjon betaler for det tjenestetilbudet vedkommende mottar, og hva en hjemmeboende betaler for å fungere i sitt eget hjem i en aktiv livssituasjon med jobb og familie.

Utvalget vil likevel framheve at tilbudet som gis i institusjon har en annen karakter og er mer sammensatt og helhetlig enn tilbudet utenfor. For dette omfattende tilbudet som også inkluderer losji, betaler beboeren en stor del av sin pensjon og har relativt lite igjen til eget fritt bruk. Dette må ses i sammenheng med at institusjonene gir et helhetlig og omfattende døgntilbud til de mest pleietrengende brukerne. Det kan også være aktuelt å drøfte høyere betaling for personer som får et tilsvarende tilbud utenfor institusjon.

I forhold til botilbudet i institusjon er det ca. 1/3 av institusjonsbeboerne (ca. 15 000 personer) som må dele rom med andre brukere, uten at dette gir seg uttrykk i hva brukerne betaler. Det betyr at mange betaler høy husleie for å bo i flersengsrom uten privatliv. Det er derfor relevant å stille spørsmål om ikke vederlaget i institusjon bør vurderes i forhold til det botilbudet og den bostandard den enkelte beboer får (eget rom, eget bad osv.).

De undersøkelser som utredningen bygger på, viser at kommunene har et ønske om høyere betalingssatser enn det staten har vært innstilt på. Ut fra de vurderinger som er beskrevet i utredningen, legger ikke utvalget til grunn at det i dag er et stort potensiale for økt brukerbetaling innenfor pleie- og omsorgstjenesten. Utvikling i

tjenestetilbudet og pensjonistenes inntekter kan imidlertid øke potensialet i framtida. Videre konkluderer utvalget med at det er grunn til å se nærmere på hva beboere i institusjon mv. betaler for bofunksjonen, og hvordan beboere i kommunale omsorgsboliger og kommunale utleieboliger eventuelt skal kunne imøtekomme et krav om å betale en større del av den reelle boligkostnaden.

Kommunene har i dag utformet ulike betalings- og skjemingsordninger for pleie og omsorg utenfor institusjon. Hovedproblemet med dagens ordninger er de til dels store forskjellene fra kommune til kommune. Forskjellene gjelder utforming av betalings- og skjermingssystemer, og hvilke krav som settes til inntektsforhold og forbruk av tjenester for å gi brukeren rett til skjerming. For timesatsordninger varierer inntektsgrenser og tjenesteomfangsgrenser, for abonnementsordninger er terskelinngangen ulik og det varierer også hvilke tjenester som abonnementene omfatter. Videre viser undersøkelser at bare 4 prosent av kommunene har egne skjermingsregler for hjemmetjenester for funksjonshemmede og uføre.

En del av de forslagene som er drøftet i den tjenestebaserte brukerbetalingsmodellen er også aktuelle ved videreføring av dagens modell. Disse forslagene drøftes ikke nærmere her, men det henvises til de aktuelle avsnitt i *"En tjenestebasert brukerbetalingsmodell"* i kap. 12.

13.2 MULIGE ENDRINGER I BRUKERBETALINGSORDNINGEN UTENFOR INSTITUSJON

13.2.1 Innledning

Forskrift om vederlag for sosiale tjenester, hjemmesykepleie og for opphold i institusjon mv. av 4. desember 1992 med senere endringer regulerer brukerbetalingen for hjemmetjenestene.

13.2.2 Aktuelle endringsforslag uavhengig av modell

Utvalget har drøftet aktuelle endringsmuligheter i brukerbetalingsordningen utenfor institusjon under *"En tjenestebasert brukerbetalingsmodell"* i kap. 12 som kan gjennomføres også om dagens todelte brukerbetalingssystem skal videreføres:

- Kommunene anbefales å synliggjøre bokostnadene i kommunale boliger for eldre og funksjonshemmede ved at disse beregnes ut fra periodiserte kapitalkostnader (avsn. 12.3)
- Økning av de øvre grensene for boutgifter i bostøtteordningen opp til nivået til kostnadene knyttet til en nøktern bolig (avsn. 12.3)
- Selvkost beregnes etter Kommunal- og arbeidsdepartementets retningslinjer for beregning av selvkost (avsn. 12.5)
- Staten fastsetter maksimal betaling for hjemmetjenester i forhold til inntekt (avsn. 12.5)

13.3 MULIGE ENDRINGER I BRUKERBETALINGSORDNINGEN I INSTITUSJON

13.3.1 Innledning

Forskrift om vederlag for opphold i institusjon mv. av 26. april 1995, og forskrift om beregning av fribeløp og vederlag for korttidsopphold og dag- og nattopphold i institusjon av 12. januar 1995, regulerer i dag brukerbetalingen for opphold i institusjon. Dagens ordning er beskrevet og vurdert i *"Boligfinansieringsordninger"* i kap. 5.3. Utvalget foreslår mulige endringer i brukerbetalingsordningen i institusjon

på bakgrunn disse vurderingene. Utvalget vil spesielt foreslå endringer som kan bidra til å forenkle systemet, både for kommunene og for den enkelte bruker.

13.3.2 Aktuelle endringsforslag uavhengig av modell

Utvalget har drøftet enkelte endringsalternativ i brukerbetalingsordningen i institusjon som er uavhengig av om dagens ordning skal videreføres eller om en tjenestebasert brukerbetalingsmodell skal innføres. Disse er som følger:

- Betalingsfri periode for langtidsopphold en måned fra innflyttingsdato
- Ordningen med betalingsfri periode skal gjelde også når korttidsopphold går over til langtidsopphold
- Vurdering av graderte betalingssatser for korttids-/dag- og nattopphold i institusjon (avsn. 12.6)
- Vurdering av om betaling for korttids-/dag- og nattopphold bør inngå i betalingstaket for hjemme tjenester (avsn. 12.6)
- Vurdering av hvorvidt betaling for mat ved korttids-/dag- og nattopphold bør inngå i betalingstaket (avsn. 12.6).

13.3.3 Aktuelle endringsforslag i dagens ordning

Betalingsgrunnlag og totalskjerming

For å forenkle vederlagsberegningen foreslås i *"Skjermingsprinsipper"* i kap. 9 at alminnelig inntekt etter skatt som hovedregel skal legges til grunn for beregning av brukerbetaling og totalskjerming i institusjon. Dersom det kan dokumenteres store avvik mellom alminnelig inntekt etter skatt og det beløp brukeren reelt disponerer, må det vurderes særskilt hvilken inntekt som skal legges til grunn for å sikre at brukerbetalingen ikke belaster den enkelte bruker urimelig hardt. Departementet bør utforme veiledende retningslinjer for hva som skal anses som «store avvik» mellom alminnelig inntekt etter skatt og disponibel inntekt.

Utvalget foreslår, ved en videreføring av dagens ordning, en avvikling av fribeløpet på kr 6 000. Fribeløpet bør oppheves med bakgrunn i at dette var å betrakte som en overgangsordning. Fribeløpet ble innført 1. januar 1989, for å motvirke at de nye betalingsreglene skulle virke skjerpende i forhold til reglene fram til 1. januar 1988. Utvalget legger imidlertid til grunn at beboer ikke skal komme dårligere ut enn etter gjeldende ordning. For å sikre at beboer sitter igjen med tilsvarende samme beløp som etter vederlagsforskriften, må prosentsatsene i beregningsformelen endres hvis fribeløpet oppheves, jf. *"Økonomiske virkninger av de ulike modellene"* i kap. 14.

Dersom en antar at alminnelig inntekt etter skatt tilsvarer det disponible inntektsbegrepet i vederlagsforskriften, kan en ta utgangspunkt i at beboer skal betale f.eks. maksimalt 65 prosent av inntekt inntil G og maksimalt 85 prosent av overskytende inntekt[4] . Dette betyr at beboer er sikret minst 35 prosent av G. Dersom beboer har inntekt utover G, skal vedkommende i tillegg beholde minst 15 prosent av denne inntekten. Etter dagens G på 41 000 kroner, vil den nye formelen sikre alle beboere minst 14 350 kroner. Dette er 400 kroner mindre pr. år enn det

4. Beregningsformelen blir da:

$$Vederlag = 0{,}65*G + 0{,}85*(I - G)$$

der G er folketrygdens grunnbeløp og I er alminnelig inntekt etter skatt. I den foreslåtte beregningsformelen er det antatt at alminnelig inntekt etter skatt tilsvarer inntektsbegrepet i vederlagsforskriften. Utvalget har ikke hatt mulighet til å undersøke om det er systematiske forskjeller mellom inntektsbegrepene. Dersom dette er tilfelle, kan prosentsatsene i beregningsformelen justeres slik at den omtrentlig slår ut som dagens ordning.

vederlagsforskriften sikrer alle beboere i dag. Når G reguleres vil imidlertid den nye formelen sikre beboer et noe større beløp til eget forbruk enn dagens ordning, slik at ordningen vil slå gunstigere ut for de med lav inntekt. Årsaken til dette er at fribeløpet ligger fast uavhengig av endringer i G, slik at realverdien av fribeløpet etter hvert blir mindre. Utvalget viser til *"Økonomiske virkninger av de ulike modellene"* i kap. 14 hvor de økonomiske konsekvensene av å avvikle fribeløpet er beregnet.

Dersom dagens ordning videreføres, foreslår utvalget at fribeløpet oppheves, men med nødvendige endringer i betalingsprosentene slik at beboerne sikres like godt som i vederlagsforskriften for institusjon mv.

Fradrag for hjemmeboende ektefelle mv.

Dersom institusjonsbeboer har hjemmeboende ektefelle og/eller barn, skal det ved fastsettelse av vederlaget tas hensyn til dette[5] . Etter gjeldende regelverk fastsettes et standardisert fradrag slik at hjemmeboende ektefelle eller barn tilnærmet økonomisk sett blir å betrakte som enslig når den med forsørgeransvar flytter inn i institusjon mv. Fradrag på grunn av forsørgelsesbyrde er minimumsfradrag. Dersom omstendighetene i den konkrete sak tilsier det, kan kommunen etter gjeldende regelverk skjønnsmessig fastsette et høyere fradrag. Fradragsreglene for forsørgelsesbyrde er således viktige skjermingsprinsipper for beboer og beboers familie.

Som påpekt i *"Dagens finansierings- og brukerbetalingsordninger"* i kap. 5 har gjeldende fradragsregler vært gjenstand for kritikk. Hovedinnvendingene har vært at:

- Folketrygdens etterlattebegreper er vanskelige å forstå for beboer og kommune.
- Fradragsberegningene nødvendiggjør et nært samarbeid mellom trygdekontor og kommune. Riksrevisjonen foretok en gjennomgang av vederlagsberegning i et utvalg av kommuner i 1992, med bakgrunn i signaler om at vederlaget i mange tilfeller var blitt feil beregnet. Rapporten fra Riksrevisjonen konkluderer med at de uklare ansvarsforholdene, og mangel på samarbeid mellom kommune og trygdekontoret, er den vesentligste årsak til at det oppstår så mange feil.
- Fradraget ikke er tilstrekkelig til å sikre hjemmeboende/barn et rimelig økonomisk grunnlag. I tillegg vil størrelsen på fradraget avhenge av hvilken av ektefellene som flytter inn på institusjon.

Utvalget har drøftet endringsmuligheter som kan bidra til å forenkle fradragsberegningene og samtidig sikre et rimelig økonomisk grunnlag for hjemmeboende.

En alternativ og enklere måte å beregne fradrag for hjemmeboende ektefelle/barn på, vil være å erstatte prinsipper for fradragsberegning knyttet til pensjonsordninger med fradragsberegning knyttet til inntekt. På denne måten kan også fradragsberegningen foretas av kommunen. En mulighet er å ta utelukkende utgangspunkt i beboers inntekt. Beregningene utvalget har gjort viser imidlertid at dette vil gi sterke fordelingsvirkninger i forhold til dagens ordning. Dette har sammenheng med at fradragsberegningene etter gjeldende forskrift tar hensyn til begge ektefellers tilleggspensjon. Skal det utformes alternative fradragsordninger som ikke gir store fordelingsvirkninger i forhold til dagens ordning, må det derfor i fradragsberegningen tas hensyn til begge ektefellers inntekt. Det er viktig å presisere at dette bare gjelder fradragsberegningene. I beregningsgrunnlaget for vederlaget vil fortsatt bare beboers inntekt legges til grunn. En mulig løsning som tar hensyn til begge ektefellers inntekt i fradragsberegningene, er en ordning der etterlatte-

5. Fradraget, som tilsvarer hva hjemmeboende/barn ville ha fått dersom institusjonsbeboer var død, gjøres i beregningsgrunnlaget. Fordelingen av dette mellom beboer og hjemmeboende er imidlertid et anliggende mellom disse.

prinsippet videreføres, men ektefellenes tilleggspensjoner erstattes av inntekt[6] . Dersom alminnelig inntekt benyttes, vil disse opplysningene være lett tilgjengelige, og fradragsberegningene vil bli relativt enkle for kommunene.

Dersom beboer mottar krigsinvalidepensjon, forsørger barn eller har bidragsplikt, gjelder egne fradragsregler, slik at fradragsberegningen over vil kunne slå ut fordelingsmessig skjevt i forhold til dagens ordning. Krigspensjonister er i dag garantert å få beholde 37 prosent av full krigspensjon under institusjonsoppholdet, jf. § 3 nr. 4 i lov om krigspensjonering for militærpersoner og § 6 nr. 4 i lov om krigspensjonering for hjemmestyrkepersonell og sivilpersoner. I beregningen av vederlagets størrelse for krigspensjonister kan en i stedet for å garantere 37 prosent av pensjonen, garantere en prosent av det inntektsbegrepet som foreslås i *"Skjermingsprinsipper"* i kap. 9. Antallet som mottar krigsinvalidepensjon antas i framtida å utgjøre en liten gruppe.

I dagens ordning gjelder også spesielle beregningsregler for brukerbetaling og fradragsregler for beboere som mottar sjømannspensjon. I en eventuell ordning der all beregning legges til kommunen, kan det vurderes særordninger for disse.

Ved å knytte fradragsberegningene til inntekt, f.eks. alminnelig inntekt etter skatt framfor folketrygdens pensjonsberegninger, kan kommunen enkelt innhente nødvendig opplysninger og gi veiledning til bruker/pårørende om nødvendige opplysninger og dokumentasjon. Kommunen har allerede det formelle ansvaret for brukerbetalingsberegningen etter loven. Fradragsberegningen knyttet til inntekt og ikke pensjonsberegninger betyr at kommunene kan beregne fradraget i sin helhet og trygdekontorets rolle i forhold til fradragsberegningen opphøre. Det vil være praktisk at kommunen selv har full kompetanse og oversikt over vederlagsberegningen, slik at dette kan fastsettes samtidig som kommunen treffer vedtak om tildeling av tjenestetilbud. Dette kan også bety bedre oversikt og mindre sjanse for feilberegninger i forhold til dagens todelte ordning, hvor ansvaret for fradragsberegningen i praksis er delt mellom kommunen og trygdeetaten.

En annen alternativ ordning for å unngå at to instanser i praksis skal beregne fradraget, kan være at trygdeetaten overtar hele vederlagsberegningen. Kommunen kan ved en slik ordning gi alle inntektsopplysninger til trygdeetaten, slik at den kan beregne det samlede vederlaget i forhold til forskriften. I en slik ordning vil fylkestrygdekontoret bli klageinstans i forhold til trygdekontorets beregninger. Ordningen vil sikre høy kompetanse i forhold til beregninger etter dagens regelverk, og således bidra til at det blir truffet rettsriktige vedtak.

En ulempe ved en slik ordning vil være at myndigheten til å treffe vedtak om tildeling av tjenester og vedtak om betaling for mottatte tjenester vil ligge til to instanser, og fortsatt kreve en samkjøring mellom kommune og trygdeetat. En slik ordning forutsetter også at dagens regler med hensyn til fradrag i forhold til folket-

6. Fradraget kan da beregnes etter følgende formel:
a % av begges inntekt
– b % av hjemmeboendes inntekt
= Fradrag i institusjonsbeboers beregningsgrunnlag
Hvordan denne formelen vil slå ut fordelingsmessig i forhold til dagens ordning, vil avhenge av hvilket inntektsbegrep som legges til grunn for beregningene. Et inntektsbegrep som tar hensyn til andre inntekter og tjenestepensjoner enn folketrygdens, vil medføre at fradragets størrelse i forhold til dagens ordning vil avhenge av hvordan tilleggspensjonene fra folketrygden utvikler seg i forhold til tjenestepensjoner og andre inntekter beboeren og hjemmeboende måtte ha, samt prosentandelene a og b. Dersom en krever at denne fradragsordningen skal være minst like god som dagens ordning, vil dette legge restriksjoner på prosentandelene a og b. Utvalget har foreslått at alminnelig inntekt etter skatt skal gjelde for beregningsgrunnlaget. I fradragsberegningene kan det være mer naturlig å legge til grunn alminnelig inntekt før skatt, siden folketrygdens etterlatteprinsipper bygger på pensjoner før skatt.

rygdens etterlattebegreper opprettholdes. Å beholde folketrygdens begreper i forhold til fradrag, betyr at det fortsatt blir vanskelig for bruker å forstå fradragsberegningen. På bakgrunn av dette vil utvalget ikke tilrå en løsning der trygdekontoret overtar det fulle ansvaret for vederlagsberegningen. Utvalget mener det er mer hensiktsmessig å knytte fradragsberegningen til en prosent av husstandens inntekt, slik at kommunen som hovedregel kan beregne fradraget i sin helhet.

I *"Dagens finansierings- og brukerbetalingsordninger"* i kap. 5 ble det påpekt at hjemmeboendes disponible inntekt er avhengig av hvem av ektefellene som blir innlagt i institusjon. Dersom en mener at slike skjevheter i fradragsberegningene er urimelige, kan dette løses ved f.eks. å legge husholdningens inntekt delt på to til grunn for beregningene av vederlag når beboer har hjemmeboende ektefelle. Det hjemmeboende får disponibelt vil da ikke avhenge av hvem av ektefellene som innlegges i institusjon. I *"Skjermingsprinsipper"* i kap. 9 er det imidlertid slått fast at husstandsinntekt ikke kan benyttes som beregningsgrunnlag. Det synes heller ikke rimelig å foreslå endring av regelverket slik at dette gjøres mulig.

Det legges fortsatt til grunn at fradragsordningen for hjemmeboende skal utgjøre et minstefradrag, slik at kommunen kan gjøre skjønnsmessige fradrag dersom forholdene tilsier dette. At ytterligere fradrag skal kunne fastsettes skjønnsmessig kan medføre ulik praktisering i forhold til institusjonsbeboere. På den annen side vil muligheten for å vise skjønn ved fradragsberegningen gi mulighet for å ta hensyn til individuelle forskjeller i beboernes økonomiske situasjon. Det anses derfor hensiktsmessig å videreføre ordningen med skjønnsmessig fradrag for å sikre den enkelte tilstrekkelig.

Bostandard

I den tjenestebaserte brukerbetalingsmodellen er det kort drøftet redusert brukerbetaling for redusert bokvalitet, herunder flersengsrom. Innenfor dagens modell er også redusert brukerbetaling en mulig løsning ved opphold på flersengsrom. Dette må imidlertid utformes noe annerledes fordi det ved en videreføring av dagens modell ikke er snakk om separat husleie ved opphold i institusjon.

Det er ca. 1/3 av institusjonsbeboerne, ca. 15 000 personer, som må dele rom med andre brukere, uten at dette overhodet gir seg uttrykk i hva brukerne betaler. For å stimulere til avvikling av flersengsrommene, er det innført en statlig tilskuddsordning. En redusert brukerbetaling i flersengsrom kan være en ytterligere stimulans til avvikling.

En reduksjon kan utformes på flere måter. Et alternativ er å innføre en ordning hvor brukerbetalingen reduseres med f.eks. 50 pst. Dette innebærer at brukere særlig i høye inntektslag vil kunne oppnå betydelig reduksjon i brukerbetalingen. En person som f.eks. ut fra ordinær beregning skulle ha betalt kr 40 000 i vederlag, vil med en slik ordning kun betale kr 20 000. Det samme beløpet vil fra kommunens ståsted være å anse som et tap.

Et opplegg med prosentreduksjon vil kunne føre til uheldige tilpasninger fra kommunens side. En nærliggende mulighet for kommunene vil være å plassere brukere med lave inntekter i flersengsrom, ettersom kommunenes tap vil minimaliseres på denne måten, mens brukere med høye inntekter dermed blir tildelt ensengsrom.

Et annet alternativ er å innføre et fast fradrag i brukerbetalingen pr. måned når en person må dele rom med andre. Settes reduksjonen til kr 1 000, vil dette medføre at kommunene mister om lag 180 mill. kr i brukerbetaling pr.år. For en gjennomsnittsbruker vil dette bety at brukerbetalingen blir redusert med om lag en tredjedel.

Reduksjonen vil da bli uavhengig av inntekt og således mer rettferdig og forhindre tilpasning fra kommunens side.

I tillegg til å stimulere til avvikling av flersengsrom, synes en reduksjon også som en mer rettferdig løsning og en rimelig kompensasjon overfor den enkelte beboer som ikke får tilbud om enkeltrom.

Redusert brukerbetaling vil imidlertid kunne ramme de fattigste kommunene sterkest. Dette er uheldig fordi de allerede har dårlig økonomi, og også fordi det for dem vil gi ytterligere problemer i forhold til å finansiere utbygging av nye plasser. Utvalget har også fått tilbakemeldinger som tyder på at en slik betalingsreduksjon vil kunne øke etterspørselen etter plass i flersengsrom og dermed virke mot sin hensikt.

Selv om målsettingen er enkeltrom for alle som ønsker det innen få år, er reduksjon i brukerbetalingen for flersengsrom en mulig endring ved dagens ordning.

13.4 JURIDISKE OG ADMINISTRATIVE KONSEKVENSER

13.4.1 Juridiske konsekvenser

13.4.1.1 Utenfor institusjon

Forskriften § 8–3 må endres slik at ny framgangsmåte for beregning av selvkost for kommunalt bo-, pleie og omsorgstilbud framgår av forskriften. Selvkost for hjemmesykepleie, praktisk bistand og opplæring, beregnes med utgangspunkt i Kommunal- og arbeidsdepartementets retningslinjer for selvkostberegning. Det samme gjelder kommunalt botilbud. Kommuner som ønsker å sette maksimalbetalingen lavere enn selvkost, skal fortsatt har frihet til dette.

Forskriftens § 8–4 må endres slik at staten kan fastsette bindende inntektsgraderte utgiftstak for adgangen til å kreve betaling for hjemmesykepleie, og for praktisk bistand og opplæring i hjemmet.

13.4.1.2 I institusjon

Ved oppheving av fribeløpet, kan kommunehelsetjenestelovens hjemmel for å fastsette et fribeløp oppheves. Forskrift om vederlag for opphold i institusjon mv. § 3 andre ledd må også endres slik at bestemmelsen om fribeløpet oppheves, samtidig som betalingsprosenten for inntekter inntil folketrygdens grunnbeløp endres.

Forskrift om vederlag for opphold i institusjon mv. § 3 fjerde ledd endres slik at alminnelig inntekt etter skatt skal legges til grunn for brukerbetalingsberegningen og totalskjerming. Sjette ledd i samme bestemmelse må gis et tillegg. Dersom alminnelig inntekt etter skatt avviker sterkt fra det brukeren reelt disponerer, må den inntekt som skal legges til grunn vurderes særskilt. Departementet må definere nærmere hvor stort avviket må være for å definere det som et «stort avvik» som gir grunnlag fra å fravike hovedregelen om alminnelig inntekt etter skatt som beregningsgrunnlag.

Forskrift om vederlag for opphold i institusjon mv. § 6 første ledd må endres slik at den betalingsfrie perioden skal være én måned fra innflytningsdato. Forskriften § 6 må også gis et tillegg om at det også skal gis betalingsfri måned når korttidsopphold går over til langtidsopphold.

Korttidsopphold og dag-/nattopphold

Dersom det er aktuelt med inntektsgradering, må det framgå av forskriften at brukerbetalingen kan inntektsgraderes. De statlig fastsatte maksimumssatsene må også framgå av forskriftene.

Det må framgå av forskriften at skjerming av korttids- og dag-/nattopphold skjer ved at betalingen for korttidsoppholdet beregnes inn under utgiftstaket for hjemmetjenester. Matutgiftene ved korttids-/dag- og nattopphold skal imidlertid ikke inngå i utgiftstaket. Dette må framgå av forskriften.

13.4.2 Administrative konsekvenser

Selv om kommunen skal beregne vederlaget i sin helhet, må trygdekontoret fortsatt kunne gis melding om å foreta trekk i trygdeytelser som så utbetales til kommunen, jf. folketrygdloven § 15–1 nr. 6, og på denne måten bistå kommunen i innkrevingen. Trygdeetaten må også fortsatt bistå kommunene med særskilte fradragsberegninger.

13.5 KONKLUSJON

Dersom dagens finansierings- og brukerbetalingsmodell i hovedsak skal videreføres, vil utvalget foreslå følgende endringer utenfor institusjon:

- For å synliggjøre bokostnadene i kommunale boliger for eldre og funksjonshemmede, beregnes disse ut fra periodiserte kapitalkostnader
- Økning av de øvre grensene for boutgifter i bostøtteordningen opptil nivået til kostnadene knyttet til en nøktern bolig (avsn. 12.3)
- Staten fastsetter maksimal betaling for hjemmetjenester i forhold til inntekt (avsn. 12.5)
- Selvkost for hjemmetjenester beregnes i henhold til Kommunal- og arbeidsdepartementets retningslinjer for selvkostberegning

Dersom dagens finansierings- og brukerbetalingsmodell i hovedsak skal videreføres, vil utvalget foreslå følgende endringer i institusjon:

- Beboers alminnelige inntekt etter skatt legges som hovedregel til grunn for brukerbetalingsberegningen og totalskjerming i institusjon. Disponibel inntekt legges likevel til grunn dersom det kan dokumenteres store avvik mellom alminnelig inntekt etter skatt og disponibel inntekt
- Det innføres nye regler for fradrag for hjemmeboende ektefelle mv. som tar utgangspunkt i beboers og hjemmeboendes inntekt
- På bakgrunn av nye regler for beregning av brukerbetaling og fradrag for hjemmeboende ektefelle mv., kan kommunene beregne brukerbetaling for opphold i institusjon i sin helhet uten bistand fra trygdeetaten
- Det anbefales at alle får en betalingsfri periode på én måned fra innflytningsdato. Ordningen skal gjelde også når korttidsopphold går over til langtidsopphold

Utvalget går ikke inn for inntektsgraderte betalingssatser for korttids-/dag- og nattopphold i institusjon.

Utvalgets medlemmer Arum, Daleng, Jensen og Johnsen foreslår:

- redusert betaling for opphold i flersengsrom

Utvalgets medlemmer Aspås, Lindgren Risan og Vollan finner ikke grunn til å vurdere betalingsreduksjon for opphold i flersengsrom.

KAPITTEL14

Økonomiske virkninger av de ulike modellene

14.1 FORUTSETNINGER FOR BEREGNINGENE

Beregningene i dette avsnittet viser virkningene av ulike varianter av en tjenestebasert betalingsmodell. Når det gjelder betaling for mat, bolig og helsetjenester, bygger beregningene på konklusjonene i *"Bofunksjonen"* i avsnittene 12.2 til 12.4. Det legges altså til grunn at det for mat og bolig betales på bakgrunn av selvkost. Helseutgifter i institusjon betales med et gitt beløp for alle (felles utgiftstak). For disse tre elementene er altså betalingsprinsippene entydig definert. Det følger av dette at det kun er for pleie- og omsorgselementet at betalingsprinsippene varierer. Det er dermed ulike varianter av betaling for pleie og omsorg som definerer de ulike variantene av en tjenestebasert betalingsmodell.

Det er beregnet virkninger av tre ulike varianter av betalingsordninger for pleie og omsorg. Disse er nærmere beskrevet i *"Pleie- og omsorgstjenester"* i avsnitt 12.5. Før en drøfter det offentliges inntekter av de ulike variantene, redegjøres det for de viktigste forutsetningene som er lagt til grunn.

De økonomiske virkningene av mulige endringer i dagens modell er også beregnet.

Utvalgets medlemmer Arum, Daleng, Jensen og Johnsen ønsker å presisere at beregningene i dette kapitlet er usikre og har karakter av å være regneeksempler. De økonomiske virkningene av de ulike modellene vil være mer avhengig av de satser som velges i betalingsystemet enn selve betalingssystemet.

Inntekt

Hovedforutsetning for framskrivningene er at inntekten i 2030 målt i fast G er 35 pst. høyere enn inntekten i 1994 – altså en årlig gjennomsnittlig realvekst på 0,84 prosent. Når det gjelder inntektsbegrep, er det forutsatt at alminnelig inntekt før skatt legges til grunn for betalingen, jf. drøfting av inntektsbegrep i *"Boligformuen"* i kap. 10. For beregning av bostøtte har en imidlertid tatt utgangspunkt i gjeldende regelverk, dvs. at en benytter det høyeste av alminnelig inntekt og personinntekt tillagt 6 pst. av formue utover 120 000 kroner. I de fleste tilfeller innebærer dette at sistnevnte alternativ blir benyttet. Når det gjelder totalskjerming, er det kun relevant å betrakte inntekt etter skatt. Det er dermed benyttet tre ulike inntektsbegreper i beregningene.

Husleie

Ved beregning av betaling for husleie er det lagt til grunn en betaling på 3 092 kroner pr. mnd. – dvs. 37 104 kroner pr. år. Dette tilsvarer gjennomsnittlig husleie for dagens institusjoner beregnet ut fra prinsippene som er skissert i *"Mat og andre daglige utgifter"* i avsnitt 12.3. Ved beregning av bostøtte er det tatt hensyn til den faktiske variasjonen i husleien – fra 1 919 kroner pr. mnd. til 4 375 kr pr. mnd. Det er videre tatt hensyn til at korttidsplasser utgjør 12 pst. av det totale antall institusjonsplasser. Disse er holdt utenfor i beregningene fordi satsene forutsettes å være de samme i alle modellene.

Mat og andre daglige utgifter

Som det er redegjort for i *"Bofunksjonen"* i avsnitt 12.2 er det som hovedforutsetning i beregningene lagt til grunn en betaling på 65 kroner pr. dag – eller om lag 24 000 kroner pr. år.

Helse

Det er lagt til grunn for beregningene at alle institusjonsbeboere betaler et fast beløp på 5 000 kroner pr. år for helsetjenester, jf. drøfting i *"Helsetjenester"* i avsnitt 12.4.

Pleie og omsorg

For pleie og omsorg forutsettes det at brukere i hjemmetjenesten betaler etter en av de tre variantene. I institusjon er imidlertid betalingen definert som det betalingstaket som gjelder for den enkelte variant. For eksempel innebærer variant 2 – fast timepris – at institusjonsbeboere med alminnelig inntekt mellom 2 G og 3 G betaler 3 000 kroner pr. år, mens en beboer med alminnelig inntekt på 6 G betaler 12 000 kroner. Som det framgår av redegjørelsen for modellene i *"En tjenestebasert brukerbetalingsmodell"* i kapittel 12, er det gjennom takordninger en særskilt skjerming for pleie- og omsorgselementet isolert sett.

Totalskjerming

I tillegg til bostøtten og den innebygde skjermingen for pleie- og omsorgselementet, er det lagt til grunn at ingen skal betale mer enn etter dagens vederlagsforskrift for institusjonene. Denne forutsetningen gjør at inntekten av vederlagsforskriften danner en øvre grense for hva de øvrige modellene kan gi av samlede inntekter fra brukerbetaling i institusjon.

Inntektspotensiale vs. faktiske inntekter

Hvis vi beregner kommunenes samlede vederlagsinntekter i institusjon ut fra de inntektsdata vi har for institusjonsbeboere, blir det om lag 600 millioner høyere enn faktisk registrerte vederlagsinntekter. Noe av differansen skyldes de spesielle skjermingsordningene i vederlagsforskriften i forhold til hjemmeboende ektefelle og muligheten for å beholde eget hus i en periode. Disse forholdene kan imidlertid ikke forklare mer enn 100–200 millioner av denne differansen. Noe av differansen kan kanskje tilskrives at inntektsdataene som benyttes kun er et utvalg av totalt antall institusjonsbeboere. Utvalget anses imidlertid å være representativt, slik at dette ikke kan forklare en vesentlig del av den øvrige differansen. Den gjenstående differansen kan da skyldes lite effektiv innkreving og at en del kommuner opererer med lavere satser enn forskriftene gir anledning til. Noen få kommuner krever vederlag bare av inntekter fra folketrygden og offentlige tjenestepensjoner, og tar dermed ikke med andre inntekter som private tjenestepensjoner og kapitalinntekter i vederlagsberegningen. Manglende etterregning i forhold til skatteoppgjør kan også være en forklaring. Kommunene har også forskjellig praksis på hvordan brukerbetalingen i private institusjoner føres. I mange kommuner går brukerbetalingen inn i de private institusjonenes regnskap og framkommer derfor ikke i kommunenes regnskap eller offentlig statistikk.

Forskjellen mellom inntektspotensialet og virkelige inntekter skyldes delvis praktiseringen av vederlagsforskriften, og delvis forhold som det er vanskelig å finne en forklaring på. Spørsmålet er hvordan en skal behandle dette avviket mel-

lom potensielle og faktiske inntekter når en sammenligner dagens ordning med alternative modeller. Vi har valgt å forutsette at inntektene fra de alternative modellene heller ikke tilsvarer potensialet. Det betyr at vi har forutsatt tilsvarende forholdsmessige differanse mellom beregnede inntekter og potensielle inntekter i de alternative modellene. Inntektspotensialet er derfor svært forsiktig anslått. Forsiktige anslag for pensjonistenes inntektsutvikling i årene framover trekker i samme retning. Inntektene av brukerbetaling vil derfor både i dag og i framtida bli større enn beregningene tilsier.

14.2 VIRKNINGER FOR DET OFFENTLIGES INNTEKTER

En tjenestebasert brukerbetalingsmodell

I det følgende sammenlignes dagens ordning (vederlagsforskriften for institusjonene) med ulike varianter av en tjenestebasert brukerbetalingsmodell. Det er kun betalingsordningen for pleie- og omsorgselementet som er forskjellig i de ulike variantene av den tjenestebaserte brukerbetalingsmodellen. Det er dermed kun forskjeller i betalingen for pleie og omsorg som gir forskjeller i inntekter for det offentlige mellom de ulike variantene.

De ulike betalingsvariantene for pleie- og omsorgselementet er omtalt i 12.5, men repeteres kort i boks 14.1.

Variant 1: Abonnementsordning.

Innenfor de ulike inntektsintervallene betales følgende beløp uavhengig av forbruk:

Tabell 14.1:

Inntekt	Betaling pr. år
Under 2 G	600
2–3 G	3 912
3–4 G	6 756
4–5 G	9 432
Over 5 G	12 156

Variant 2: Fast timepris med betalingstak.

Timeprisen er 37 kroner. De inntektsgraderte betalingstakene er som følger:

Tabell 14.2:

Inntektsnivå	Betalingstak
Under 2 G	600
2–3 G	3 000
3–4 G	6 000
4–5 G	9 000
Over 5 G	12 000

Variant 3: Inntektsavhengig timepris med samme betalingstak som i variant nr. 2.

Tabell 14.3:

Inntektsnivå	Timepris	Betalingstak
Under 2 G	14	600
2–3 G	28	3 000
3–4 G	56	6 000
4–5 G	85	9 000
Over 5 G	113	12 000

I tillegg til de betalingstakene som framgår av variantene ovenfor, er det foretatt beregninger bl.a. når betalingstaket utgjør en gitt prosent av inntekten – dvs. betalingstak der en unngår store terskelvirkninger.

I variant nr. 1 er betalingen for pleie- og omsorgselementet kun avhengig av inntekt, mens betalingen i de øvrige variantene er avhengig av både inntekt og forbruk. Betalingen som ligger til grunn for mat og andre daglige utgifter, bolig og helsetjenester er redegjort for ovenfor. Provenyvirkningene av de ulike variantene av en tjenestebasert modell og dagens ordning framgår av tabellen nedenfor. Alle data (som f.eks. inntekter og antall brukere) refererer seg til 1993-nivå.

Tabell 14.4: Provenyvirkninger (1993-nivå) i tusen kroner av dagens ordning og ulike varianter av en tjenestebasert betalingsmodell.

	Variant 1 Abonnement	Variant 2 Fast timepris	Variant 3 Inntektsdiff. timepris	Dagens ordning
Institusjon	1674542	1669185	1669185	1508500
Hjemmetjeneste	364631	196413	282227	281726
Sum kommunale innt.	2039174	1865598	1951412	1790226
Statlig bostøtte	338050	338050	338050	
Netto stat/kom.	1701124	1527548	1613362	1790226

I tabell 14.1 framkommer samlet brukerbetaling fra institusjonsbeboere og betaling for pleie- og omsorgselementet for hjemmeboende. De oppgitte beløpene for hjemmetjenesten inneholder altså kun betaling for pleie og omsorg, fordi det for alle andre elementer som f.eks. mat og bolig ikke vil være noen forskjell mellom dagens ordning og alternative ordninger. For å komme fram til provenyet for staten og kommunene sett under ett, trekkes utgifter til bostøtte fra den samlede brukerbetalingen. I dag gis det ikke bostøtte til institusjonsbeboere, men i en tjenestebasert betalingsmodell er bostøtte forutsatt utvidet til også å gjelde institusjonsbeboere, jf. *"En tjenestebasert brukerbetalingsmodell"* i kap. 12.

I beregningene er det lagt til grunn en totalskjerming som innebærer at ingen institusjonsbeboere skal komme dårligere ut enn ved dagens vederlagsordning. Dette framkommer av tabellen ved at total betaling i institusjon fratrukket bostøtte på om lag 338 mill. kroner, er lavere enn ved dagens modell. Med dette som utgangspunkt, må alternative ordninger nødvendigvis gi mindre brukerbetaling i institus-

jon enn dagens vederlagsbetaling. Ingen vil betale mer i en tjenestebasert modell, mens noen vil betale mindre. I de ulike variantene faller om lag 70 pst. av brukerne inn under totalskjermingsordningen.

For å unngå at så mange av beboerne faller inn under totalskjermingsordningen, drøftet utvalget i *"En tjenestebasert brukerbetalingsmodell"* i kap. 12 bl.a. en økning i bostøtten og redusert betaling for pleie og omsorg som mulige tiltak.

Økning i bostøtten

En økning i bostøtten har følgende forutsetninger og økonomiske konsekvenser:

a) En isolert økning i boutgiftstaket fra 32 500 kroner til 52 000 kroner vil øke utgiftene til bostøtte fra 338 mill. kroner til 452 mill. kroner. Økningen i boutgiftstaket vil ha relativt liten innvirkning på antall beboere som har behov for totalskjerming
b) En isolert økning i refusjonsprosenten fra 70 prosent til 100 prosent vil øke utgiftene til bostøtte fra 338 mill. kroner til 483 mill. kroner. Økningen i refusjonsprosenten vil ha relativt stor innvirkning på antall beboere som har behov for totalskjerming
c) Dersom både boutgiftstaket og refusjonsprosenten økes som i a. og b., vil utgiftene til bostøtte øke fra 338 mill. kroner til 645 mill. kroner. Antallet beboere som har behov for totalskjerming vil da reduseres til under 10 prosent av brukerne. Dersom refusjonsprosenten settes til 90 prosent istedenfor 100 prosent, må stadig over 40 prosent av beboerne totalskjermes.
   Det er viktig å presisere at dette kun gjelder institusjonene.

Økningen i *statlig* bostøtte innebærer at *kommunens* inntekter fra brukerbetaling øker med samme beløp. En økning i bostøtten vil imidlertid ikke endre det *offentliges* nettoinntekt fra brukerbetaling. Det offentliges nettoinntekter fra brukerbetaling er derfor *uavhengig* av nivået på bostøtten.

Redusert betaling for pleie og omsorg

a) *Gratis pleie og omsorg i institusjon*. Siden brukerbetalingen er lav for de som skjermes, vil dette redusere behovet for totalskjerming med bare 2–3 prosent. Utgiftsøkningen som følge av redusert inntekt fra brukerbetaling vil beløpe seg til om lag 55 mill. kroner.
b) *Gratis pleie og omsorg for beboere med inntekt under 3 G*. Effekten på totalskjerming blir omtrent som under pkt. a siden dette gjelder beboere med relativt lave inntekter. Provenytapet blir lite siden de med inntekt over 3 G betaler for tjenestene.

Virkningene på kommunens inntekter av redusert brukerbetaling for pleie og omsorg i institusjon, vil først gjøre seg gjeldende ettersom pensjonistenes inntekter øker med tiden. I år 2030 vil gratis pleie og omsorg gi et inntektstap for kommunene med om lag 340 mill. kroner, mens gratis tjenester for de med inntekt under 3 G vil gi et tap på om lag 190 mill. kroner. Dersom det sistnevnte inntektstapet på 190 mill. skal kompenseres med økt betaling for de med inntekt over 3 G i institusjon, må brukerbetalingen for denne inntektsgruppen økes med ca. 140 prosent.

Det presiseres også her at beregningene bare omfatter institusjonene.

Hvorvidt det samlet sett er mulig å få større brukerbetalingsinntekter enn dagens ordning, vil da være avhengig av hvor stor betalingen blir for pleie og omsorg utenfor institusjon. Dette vil igjen være avhengig av flere forhold. For det første er det avhengig av hvor høyt en setter det totale betalingstaket. Jo høyere tak

desto større inntekter. Dernest er utformingen av betalingstaket avgjørende. Da de fleste brukerne befinner seg i de laveste inntektsintervallene, er det økning i betalingen blant disse brukerne som vil gi nevneverdig effekt på det offentliges inntekter i dag. Et tredje forhold er eventuell timebetaling. Om lag 75 pst. av alle hjemmeboende brukere har ifølge Gerix-data behov for fem timer eller mindre med pleie og omsorg pr. uke. Betalingsordninger med høye betalingstak for høyinntektsgrupper og der forbruk er en variabel, vil derfor ikke nødvendigvis gi så store inntekter selv om timeprisen er høy. Betydningen av disse faktorene framgår av tabell 14.2.

Tabell 14.5: Brukerbetalingsinntekter fra pleie og omsorg utenfor institusjon, differanse mellom dagens ordning og ulike varianter av en tjenestebasert betalingsmodell. Beløp i tusen kroner.

	Variant 1	Variant 2	Variant 3	Dagens ordning
Brukerbetaling	364 631	196 413	282 227	281 726
Differanse	82 905	– 85 313	501	0

Merknad: Brukerbetalingen for pleie og omsorg utenfor institusjon er på om lag 282 mill. kroner. Dette er ca. 20 mill. kroner mer enn den offisielle statistikken viser, og illustrerer litt av usikkerheten ved beregningene.

De tre variantene er relativt like i utforming, men forskjellene i offentlige inntekter er likevel klare. Variant 1 gir høyere brukerbetalingsinntekter enn variant 2 og variant 3. Dette skyldes at denne varianten sikrer en betaling fra alle brukere som om lag tilsvarer betalingstaket i de andre variantene – dvs. at de andre variantene maksimalt kan hente inn like mye i betaling som variant 1. Variant 3, som innebærer en differensiert timepris, gir høyere betaling enn variant 2. For de laveste inntektsintervallene vil nemlig de fleste nå betalingstaket selv med bare en times pleie og omsorg pr. uke. Med såpass lavt tak som det opereres med her, vil derfor timeprisen ikke ha noen særlig betydning i de laveste inntektsintervallene. Dermed blir forskjellen i timepris for de høyere inntektsintervallene avgjørende for forskjellen i brukerbetalingsinntekter mellom de to variantene.

Endring av betalingstak

Betalingstak som prosent av inntekten vil i motsetning til de hittil skisserte betalingstakene innebære mindre terskelvirkninger. En mulig utforming av betalingstaket kan være et øvre tak på 600 kr pr. år for inntekter under 1,75 ganger grunnbeløpet i folketrygden (G). I dag tilsvarer dette en inntekt på 71 750 kroner. For inntekter over dette nivået økes taket med 15 pst. av overskytende inntekt. Maksimal betaling etter en slik takordning blir da:

600 kr. + (Alm. inntekt – 1,75 G) * 15 %.

Dette er illustrert for utvalgte inntektsnivåer i tabell 14.3.

Tabell 14.6: Brukerbetaling ved betalingstak på 600 inntil 1,75 G og 15 pst. av overskytende inntekt.

Alminnelig inntekt	65000	75000	125000	175000	225000	275000
Betaling	600	1088	8588	16088	23588	31088

Virkninger på det offentliges inntekter av variant 2 med en slik takordning er illustrert i tabell 14.4

Tabell 14.7: Variant 2 i opprinnelig form, men med økt betalingstak. Beløp i tusen kroner.

	Variant 2 Fast timepris	Variant 2 b) Fast timepris Økt betalingstak	Differanse
Institusjon	1669185	1699200	30015
Hjemmetjeneste	196413	291000	94587
Sum kommunale innt.	1865598	1990200	124602
Statlig bostøtte	338050	338050	0
Netto stat/kom.	1527548	1652150	124602

En slik endring av betalingstaket øker inntektene med om lag 125 mill. kroner. Bakgrunnen for dette er at maksimal betaling nå blir høyere for de fleste inntektsnivåer. Kun for inntekter mellom 82 000 kroner og 87 750 kroner vil betalingstaket bli noe lavere.

I eksempelet ovenfor har en beholdt dagens øvre tak på 600 kr pr. år for personer med lave inntekter. Dette gjør at personer som har en alminnelig inntekt på f.eks. 40 000 kroner, vil betale en relativt større andel av inntekten enn personer med inntekt på 70 000 kroner. For å unngå slike effekter kan et alternativ være å definere betalingstaket som en viss prosent av inntekten over gitt nivå – f.eks. 10 pst. av inntekten over 1,5 G (eksempel 1). Ved å innføre et knekkpunkt kan en samtidig få en sterkere fordelingsprofil. Betalingstaket kan f.eks. utgjøre 5 pst av inntekt over 1 G og 15 pst. av inntekt over 4 G (eksempel 2). Disse eksemplene vil gi følgende betalingsprofil, som vist i tabell 14.5.

Tabell 14.8: Eksempler på takordninger.

Alminnelig inntekt	61500	82000	143500	184500	225500	287000
Betaling, eks. 1	1025	3075	9225	13325	17425	23575
Betaling, eks. 2	1025	2050	5125	9225	15375	24600

Når det gjelder inntekter for det offentlige er det i dag en økning av betalingen for personer i de laveste inntektsintervallene som vil gi størst inntektsøkning, siden flesteparten av brukerne befinner seg her. Dette er imidlertid ikke noen aktuell framgangsmåte for å øke det offentliges inntekter, og viser hvor vanskelig det er å øke brukerbetalingen på kort sikt uten uheldige konsekvenser. En betalingsordning som åpner for relativt lite betaling for lavinntektsgruppene, men relativt stor betaling for personer med midlere og høye inntekter, vil gi en relativt liten økning i inntektene i dag. På lengre sikt vil imidlertid en slik ordning gi en relativt stor inntektsøkning fordi en større andel av brukerne vil befinne seg i høyere inntektsintervaller.

Økning av bostøtten i kommunale utleieboliger

Økningen i boutgiftstaket til 52 000 kroner i kommunale utleieboliger vil medføre en merutgift i bostøtteordningen på om lag 1 000 mill. kroner.

Avvikling av fribeløpet i vederlagsforskriften

I *"Dagens brukerbetalingsmodell og endringsmuligheter"* i kap. 13 drøftet utvalget å avvikle fribeløpet i vederlagsforskriften for institusjonene. De økonomiske virkningene av å avvikle fribeløpet vil avhenge av hvor stor andel som skal trekkes i vederlag av inntekt inntil 1 G. I tab. 14.6 er virkningene på endringer i totalinntekten fra brukerbetaling og virkningen for den enkelte beboer beregnet for ulike prosenttrekk.

Tabell 14.9: Endringer i brukerbetaling ved avvikling av fribeløpet.

EFFEKTENE AV Å AVVIKLE FRIBELØPET I DAG		
Prosentsats	Endringer i inntektene fra brukerbetaling pr. år	Endringer i brukerbetaling pr. beboer pr. år
EFFEKTENE AV Å AVVIKLE FRIBELØPET I ÅR 2030		
Prosentsats	Endringer i inntektene fra brukerbetaling pr. år	Endringer i brukerbetaling pr. beboer pr. år
0,75	180 mill. kroner	4500 kroner
0,70	98 mill. kroner	2450 kroner
0,65	16 mill. kroner	400 kroner
0,75	170 mill. kroner	2300 kroner
0,70	21 mill. kroner	290 kroner
0,65	– 128 mill. kroner	– 1800 kroner

For å sikre at beboer sitter igjen med tilsvarende beløp som etter vederlagsforskriften, må prosentsatsene i beregningene endres hvis fribeløpet oppheves. Av tabellen framgår det at 65 prosent i vederlagstrekk av inntekt inntil 1 G, gir små endringer i forhold til dagens ordning. Når G reguleres vil imidlertid den nye beregningsformelen sikre at beboer sitter igjen med et større beløp til eget forbruk enn med dagens ordning, slik at endringen vil slå gunstigere ut for de med lav inntekt. Årsaken til dette er at fribeløpet ligger fast uavhengig av endringer i G[7] .

Dersom en mener at en avvikling av fribeløpet skal virke proveny- og fordelingsmessig nøytralt, framgår det av tabellen at prosenttrekket for inntekt inntil 1 G må økes i forhold til endringer i G. I år 2030 vil et vederlagstrekk på 70 prosent av inntekt inntil 1 G tilfredsstille dette.

7. Fribeløpet er neddiskontert med 2 prosent pr. år fram til år 2030.

Framskrivninger

Inntektsvirkningene for det offentlige av de ulike variantene når disse framskrives til 2030, framgår av tabell 14.7 nedenfor. Totale inntekter for alle variantene er over det dobbelte av 1993-nivået. Alle variantene gir fortsatt noe lavere brukerbetalingsinntekter enn dagens ordning. Hovedforklaringen på dette er at vederlagsforskriften for institusjonene gir større inntekter enn de ulike variantene av en tjenestebasert betalingsmodell. Når det gjelder betaling for pleie og omsorg utenfor institusjon, framgår det at hovedbildet er nokså likt 1993-nivået. Variant 2 gir fremdeles lavere brukerbetalingsinntekter enn dagens ordning, mens de øvrige gir høyere. Brukerbetalingen for hjemmebaserte tjenester i variant 1 er nå om lag 40 pst. høyere enn med dagens ordning, mens dette var 30 pst. med utgangspunkt i 1993-nivået.

Tabell 14.10: Provenyvirkninger i 2030 av dagens ordning og ulike varianter av en tjenestebasert betalingsmodell. Beløp i tusen kroner.

	Variant 1 Abonnement	Variant 2 Fast timepris	Variant 3 Inntektsdiff. timepris	Dagens ordning
Institusjon	3242851	3206419	3206419	3718896
Hjemmetjeneste	1090166	530138	810575	783153
Sum	4333017	3736557	4016994	4502049
Statlig bostøtte	187442	187442	187442	
Netto stat/kom.	4145575	3549115	3829552	4502049
Diff. i f.h.t. dagens ordning	– 356 474	– 952 934	– 672 497	0

På grunn av den forventede inntektsveksten blant brukerne, vil bare rundt 5 pst. av brukerne ha behov for totalskjerming i år 2030, gitt dagens nivå på bostøtten

Framskrivningene indikerer at alt avhengig av hvilken variant en betrakter, vil brukerbetalingens andel av totale driftskostnader i pleie- og omsorgssektoren øke fra 4,5–7,5 pst. i dag til 7–12 pst. i 2030.

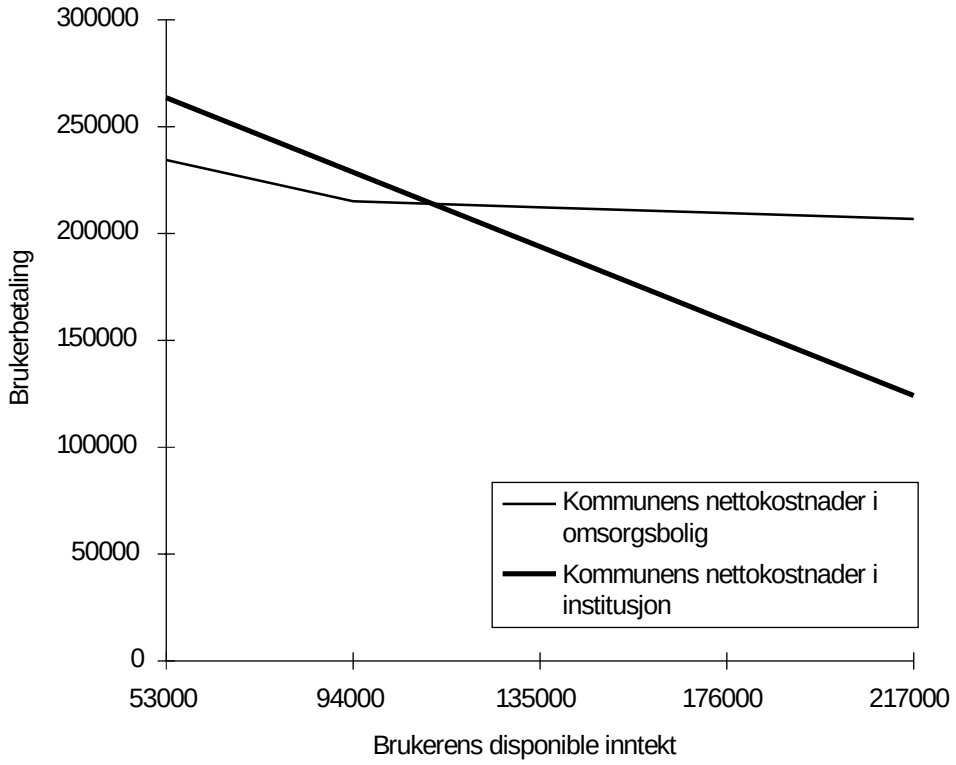
Andre forhold som kan påvirke inntekter av brukerbetaling og kostnader i pleie- og omsorgstjenesten

Et forhold som vil kunne få betydning for brukerbetalingen og dermed nettokostnadene i pleie- og omsorgstjenesten, er de ulike betalingsprofilene mellom institusjon og egne hjem/omsorgsboliger. "" i Figur 14.1 viser kommunenes nettoutgifter ved å tilby tjenestene i hhv. institusjon og i omsorgsboliger, og hvordan kommunens nettoutgifter for disse to tjenesteformene vil variere etter brukerens inntekt. Fram til et visst inntektsnivå vil det sett fra kommunens side være mest lønnsomt å tilby brukeren omsorgsbolig framfor institusjon. For brukere med inntekter over dette nivået vil kommunenes nettoutgifter bli lavest ved at vedkommende tilbys institusjonsplass. Det er viktig å presisere at dette resonnementet forutsetter at kommunens driftsutgifter er like i omsorgsboliger og institusjon. I figuren er disse driftsutgiftene anslått til 300 000 kroner.

Utvalget viser til *"En tjenestebasert brukerbetalingsmodell"* i kap. 12 der det framgår at kommunens nettokostnader er lavere i alle former for åpen omsorg inntil brukerne tildeles over middels med ressurser. Når brukeren tildeles mye ressurser, er nettokostnaden lavest med en løsning tilsvarende dagens sykehjem og omsorgs-

bolig som drives etter regler for institusjon. Utvalget viser også til *"Brukerne"* i kap. 6, der det framgår at sykehjemsbeboere jevnt over er mer pleietrengende enn brukere i omsorgsboliger og i egne hjem.

Hvordan kommunens nettokostnader i ulike boformer vil utvikle seg i framtida er avhengig av bl.a. forholdet mellom hjemmebaserte og institusjonsbaserte tjenester i kommunene, og hvilke oppgaver og funksjoner de ulike boformene skal ivareta.

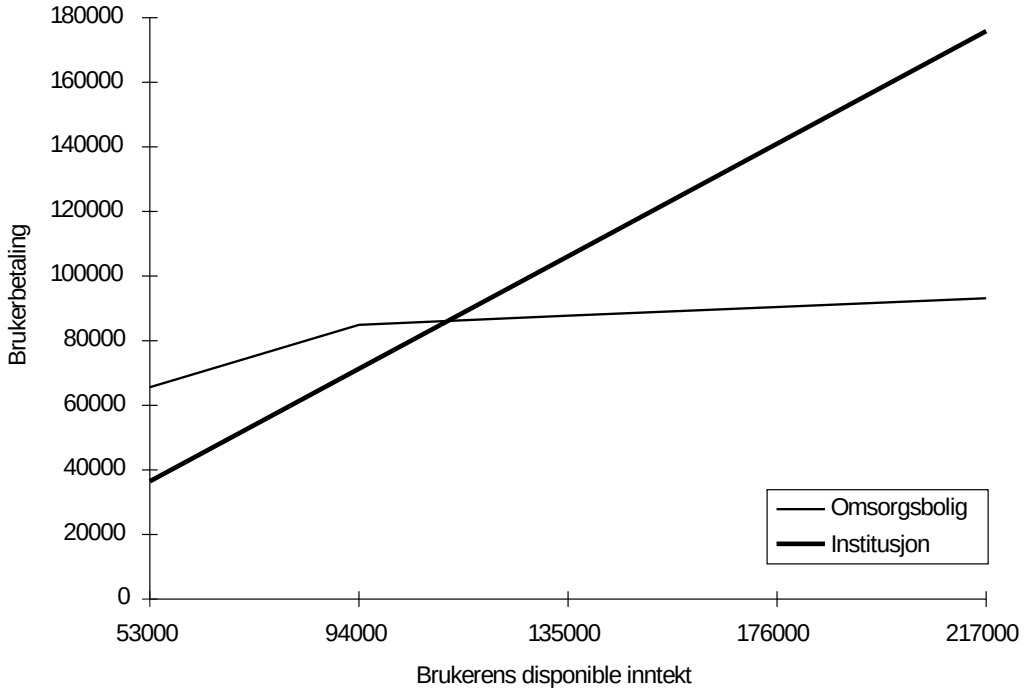


Figur 14.1 Kommunens nettoutgifter i hhv. omsorgsbolig og institusjon avhengig av brukerens inntekt.

"" i Figur 14.2 under viser hvordan brukerbetalingen for en bruker vil variere avhengig av inntektsnivået, alt ettersom brukeren mottar tjenester i omsorgsbolig eller institusjon. Fram til et visst inntektsnivå vil brukerbetalingen være lavest for brukeren i institusjon, mens brukerbetalingen for inntekter over dette nivået vil omsorgsbolig falle rimeligst ut for brukeren[8] . I omsorgsbolig vil brukerbetalingen ved et visst inntektsnivå (i figuren om lag kr 120 000) flate ut og være konstant med hensyn til økende inntekt. I denne situasjonen dekker brukeren alle bokostnadene selv, og vedkommende betaler etter maksimal sats for pleie og omsorg og

8. Med de forutsetninger som ligger til grunn for figur 14.1 og 14.2, jf. *"Dagens finansierings- og brukerbetalingsordninger"* i kap. 5, vil ikke brukere med lav inntekt i omsorgsboliger kunne bære den totale utgiftsbelastningen, siden brukerbetalingen overgår brukerens inntekt. Årsaken til dette er i hovedsak forutsetningen om kostnadsriktig husleie i kommunale utleieboliger. Når en tar hensyn til at kommunene i dag subsidierer husleien i boliger for eldre og funksjonshemmede med omlag 700 mill. kroner, vil den totale utgiftsbelastningen for lavinntektsgrupper i omsorgsboliger være mindre.

helsetjenester. Samlet brukerbetaling i omsorgsbolig hvor brukeren har en inntekt på om lag 150 000 eller høyere, vil være rundt kr 100 000, mens brukerbetalingen i institusjon vil med økende inntekt kunne stige opp mot institusjonenes selvkost ved tilbudet, ca. kr 320 000.



Figur 14.2 Brukerbetaling i hhv. omsorgsbolig og institusjon avhengig av brukerens inntekt

Sammenholder en disse to figurene viser de et viktig poeng, nemlig at kommunen og brukeren kan ha motstridende økonomiske insitamenter for valg av omsorgsløsning avhengig av den enkelte brukers inntektsnivå. Dette illustreres i tabell 14.8.

Tabell 14.11: Hvilken omsorgsløsning som er økonomisk fordelaktig for hhv. bruker og kommune ved ulike inntektsnivå

	Omsorgsbolig	Institusjon
Lav inntekt	Kommunen	Brukeren
Høy inntekt	Brukeren	Kommunen

For brukere med de laveste inntektene er det økonomisk fordelaktig å motta tjenester i institusjon, mens det for høyinntektsbrukere er mest økonomisk fordelaktig å motta tjenester i omsorgsbolig. For kommunen vil situasjonen være helt motsatt ved at den vil ha økonomisk fordel av å plassere høyinntektsgruppene i institusjon og lavinntektsgruppene i omsorgsbolig.

Når en skal beregne brukerbetalingsinntekter, er det viktig å ta hensyn til de tilpasninger som kan bli resultatet av ulike betalingsordninger. Det er en uttrykt målsetting at folk skal kunne bo hjemme så lenge de selv ønsker det, der det er mulig (Innst. S. nr. 180. (1995–96)). Høyinntektsgruppene vil av økonomiske grunner ha

større ønske om å bo hjemme framfor institusjon, dersom de store prisforskjellene mellom institusjon og omsorgsboliger for denne gruppen opprettholdes. En kan da komme i den situasjon at institusjon blir et tilbud for lavinntektsgruppene, mens høyinntektsgruppene ønsker omsorgsbolig eller andre boformer med tilsvarende prisnivå for tjenestene. Dette kan trekke i retning av at framskrivninger av brukerbetalingen på grunnlag av framtidig inntektsøkning blant pensjonistene blir for høye. Dersom sykehjem og hjemmetjenestene i framtida i større grad skal ivareta forskjellige pasienter/brukere, oppgaver og funksjoner, slik at de i mindre grad kan sies å være alternativer til hverandre, er ikke problemstillingen så aktuell.

Framskrivning av det offentliges inntekter av brukerbetaling er usikre av flere grunner. Helt avgjørende er hvordan det framtidige utbyggingsmønster for tjenester og botilbud vil utvikle seg. Tilsvarende for brukernes preferanser. I beregningene foran har vi lagt til grunn en hovedforutsetning om uendrede dekningsgrader og samme tjenesteforhold mellom institusjoner og hjemmebaserte tjenester som i dag. Med slike forutsetninger gir de ulike variantene av en tjenestebasert betalingsmodell noe lavere offentlige inntekter via brukerbetaling enn dagens ordning både på kort og lang sikt.

Det viktigste spørsmålet en står overfor i pleie- og omsorgstjenesten er ikke hvordan brukerbetalingsordningene utvikler seg, men hvordan en skal kunne dekke framtidig omsorgsbehov på rimeligst mulig måte. Dimensjonering og sammensetning av tjenesteapparatet vil her være helt sentralt, og hvordan dette kombineres med ordninger som stimulerer den enkelte til selv å ta ansvar for eget liv, egen bolig og helse lengst mulig.

Flere kommuner er inne i en omstillingsprosess hvor de bygger ut tilpassede boligløsninger hvor også tungt pleietrengende mottar heldøgns omsorgstjenester i egen bolig, framfor i et tradisjonelt institusjonstilbud. Institusjonene i disse kommunene brukes mer til korttidsopphold, rehabilitering, mottak av utskrivningsklare brukere fra sykehus og terminalpleie.

De samlede offentlige kostnader i pleie- og omsorgstjenesten kan bli mindre ved at en del av tjenestene som kommunene i dag har ansvaret for (f.eks. bodelen) i større grad blir et personlig ansvar. Ved at brukernes boligformue trekkes inn i f.eks. omsorgsboliger, vil kommunene i større grad kunne konsentrere seg om å tilby tjenester. Økt satsing på bruk av sykehjem til ulike former for korttidsopphold og terminalpleie, kombinert med økt satsing på hjemmebaserte tjenester og omsorgsboliger, vil kunne bidra til å lette presset på offentlige ressurser i forhold til tradisjonell institusjonsdrift. Virkningene av en slik utvikling er likevel usikker og er ikke berørt i de økonomiske beregningene.

Utgiftsfordelingen mellom stat og kommune er avhengig av hvilke antakelser en gjør bl.a. med hensyn til rammetilskuddet og øremerkede tilskudd. Normalt legges det til grunn ved endret regelverk eller funksjonsfordeling, f.eks. når staten har «overtatt» utgifter som kommunene tidligere dekket, at rammetilskuddet blir redusert tilsvarende.

14.3 FORDELINGSVIRKNINGER

Tabell 14.9 viser brukerbetalingen i institusjon etter vederlagsforskriften for utvalgte inntektsnivåer (1996-verdier). Tabellen viser at brukere med høye inntekter sitter igjen med en lavere andel av disponibel inntekt etter skatt enn lavinntektsbrukere. En bruker med inntekt på 50 000 kroner etter skatt sitter igjen med 32,2 pst. av dette beløpet etter at vederlaget er betalt. En bruker med inntekt etter skatt på om lag 190 000 sitter derimot igjen med 19,5 pst.

Tabell 14.12: Vederlagsbetaling i kroner for ulike inntektsnivåer.

Bruttoinnt.	61500	102500	164000	205000	246000
Alm. inntekt	49200	82000	134200	175200	216200
Skatt	0	9515	31033	43743	55875
Disp. etter skatt	61500	92985	132967	161257	190125
Vederlag	43675	70438	104422	128468	153006
Disp. etter skatt og brukerbetaling	17825	22547	28545	32788	37119

Tabell 14.13: Variant 1 Abonnement – årlig betaling for ulike inntektsnivåer

Bruttoinnt.	61500	102500	164000	205000	246000
Alminnelig inntekt	49200	82000	134200	175200	216200
Skatt	0	9515	31033	43743	55875
Disp. etter skatt	61500	92985	132967	161257	190125
Betaling for:					
Helse	5000	5000	5000	5000	5000
Husleie	25299	37104	37104	37104	37104
Mat	24000	24000	24000	24000	24000
Pleie og omsorg	600	3912	9432	12156	12156
Sum betaling	54899	70016	75536	78260	78260
Skjerming	11224	0	0	0	0
Disp. etter skatt og brukerbetaling	17825	22969	57431	82997	111865

Betalingen er beregnet ut fra alminnelig inntekt. Det framgår av tabellen at for lavinntektsgruppene går størsteparten av inntekten med til brukerbetaling. Høyinntektsgruppene vil derimot ha en stor del av inntekten igjen etter at skatt og brukerbetaling er betalt. For variant nr. 2 og nr. 3 er beløpene tilnærmet identiske. En ser videre at selv med en husleie på f.eks. 50 000 kroner i året og et noe høyere skattebeløp enn det som framgår av tabellen, vil høyinntektsgruppene fremdeles sitte igjen med relativt stor disponibel inntekt. De ulike variantene innebærer altså at lavinntektsgruppene kommer dårligere ut (ev. likt dersom en omfattes av totalskjermingsordningen), mens høyinntektsgruppene sitter igjen med langt mer enn ved dagens ordning.

14.4 GRATIS PLEIE OG OMSORG

Gratis pleie og omsorg for alle er et alternativ som er framme i den offentlige debatt og som er nærmere kommentert i *"Drøfting av sentrale mål, begreper og hensyn"* i kap. 3 og kap. *"Utvalgets vurderinger og forslag"* i 15. Kostnadene ved et slikt alternativ vil være avhengig av hvilken modell som blir valgt. I den tjenestebaserte modellen med dagens abonnementssatser i kommunene, vil gratis pleie og omsorg koste rundt 360 mill. kroner utenfor institusjon stigende til rundt 1 100 mill. kroner i

2030. I institusjon er tallene beregnet til ca. 55 mill. kroner i 1993, stigende til 340 mill. 2030.

I dagens modell kan det være mer komplekst å beregne inntektsbortfallet for det offentlige. Utenfor institusjon vil tallene være som i den tjenestebaserte modellen. Spørsmålet er hvilke forutsetninger som skal legges til grunn i institusjon. En mulighet er å redusere prosentsatsene i forskriften tilsvarende hva gratis pleie og omsorg koster i den tjenestebaserte modellen. Dersom vederlaget for inntekt inntil 1 G reduseres fra 0,75 til 0,70 prosent, vil dette gi et inntektstap i dag på ca. 60 mill. kroner og 140 mill. kroner i år 2030. Dersom en ønsker en annen fordelingsprofil, kan en endre betalingsprosenten for inntekt utover 1 G fra 0,85 til f.eks. 0,8. En annen mulighet vil være å beregne i gjennomsnitt hvor stor andel utgiftene til pleie og omsorg utgjør av totale driftsutgifter i institusjon, og dersom en antar at beboerne skal betale en gitt andel av disse kostnadene, kan prosentsatsene i forskriften reduseres som over.

14.5 OPPSUMMERING

Dersom en opprettholder vederlagsforskriften for institusjonene som totalskjermingsordning, vil provenyet i institusjon gå ned ved en tjenestebasert modell. Personer med høy inntekt vil nesten uansett komme bedre ut med en modell basert på betaling etter fire hovedelementer. Utvalget vil imidlertid vise til at forutsetningene som ligger inne både når det gjelder utbygging av pleie- og omsorgstjenestene og brukernes tilpasning, vil kunne gi helt andre resultater. Med dagens skjermingsordninger kan økte inntekter for det offentlige hovedsakelig hentes ved å øke betalingen i de hjemmebaserte tjenestene. Økt husleie fra kommunale omsorgsboliger vil også være et alternativ. Dette kan imidlertid også gjøres i dag – slik at en inntektsøkning herfra er uavhengig av endringer i brukerbetalingsordningene som sådan.

KAPITTEL15

Utvalgets vurderinger og forslag

15.1 INNLEDNING

Utvalget viser til *"Dagens finansierings- og brukerbetalingsordninger"* i kap. 5 hvor det er gitt en beskrivelse og vurdering av dagens finansierings- og brukerbetalingsordninger i pleie- og omsorgstjenesten. Denne beskrivelsen viser at det i dag er et klart skille i prinsippene og i konkrete utformingen av brukerbetalingsordningene for dem som bor i institusjon (alders- og sykehjem) og dem som bor utenfor institusjon (i eget hjem og i omsorgsboliger). Det er videre et grunnleggende skille mellom beboere i institusjon og i eget hjem (herunder omsorgsboliger) i utgiftsdelingen mellom kommunene og staten når det gjelder helsetjenester og bofunksjonen.

Med dette som utgangspunkt har utvalget i tråd med sitt mandat utredet systemer for mere gjennomgående finansierings- og brukerbetalingsordninger i pleie- og omsorgstjenesten. Utvalget har spesielt lagt ned mye arbeid i å beskrive, vurdere og drøfte ulike implikasjoner av en tjenestebasert brukerbetalingsmodell, hvor et system som mer ligner dagens regelverk for finansiering og brukerbetaling utenfor institusjon i hovedsak gjøres gjeldende i institusjon, jf. *"En tjenestebasert brukerbetalingsmodell"* i kap. 12 og *"Økonomiske virkninger av de ulike modellene"* i 14.

Utvalget har felles synspunkter og forslag på en del punkter som oppsummeres i *"Forslag som er uavhengig av modell"* i avsnitt 15.2. Her presenteres også andre forslag som er uavhengige av modellvalg. Medlemmene Arum og Daleng presiserer i avsn. 15.3 i egen særuttalelse sitt prinsipale syn på brukerbetaling for helse- og sosialtjenester. De mener at pleie-, omsorgs- og helsetjenester bør være gratis for brukerne.

Når det gjelder valg av hovedmodell for finansiering og brukerbetaling for pleie- og omsorgstjenesten, er utvalget delt. Medlemmene Arum, Daleng, Jensen og Johnsen går inn for en tjenestebasert modell som er noe modifisert i forhold til den modellen som er beskrevet i *"En tjenestebasert brukerbetalingsmodell"* i kap. 12. Deres vurderinger og forslag presenteres i avsn. 15.4. Medlemmene Aspås, Lindgren, Risan og Vollan foreslår at dagens ordning videreføres med en del endringer, men at det igangsettes prøveordninger for å belyse nærmere enkelte sider ved en tjenestebasert modell. Deres vurderinger og forslag presenteres i avsn 15.5.

15.2 FORSLAG SOM ER UAVHENGIG AV MODELL

I dette avsnittet presenterer utvalget de forslag som er uavhengig av hvilken hovedmodell som blir valgt for finansiering og brukerbetaling for pleie- og omsorgstjenesten.

Utvalget er enstemmig på følgende punkter og foreslår at:

- de øvre grensene for boutgifter i bostøtteordningen (boutgiftstaket) økes til kostnadsnivået knyttet til en nøktern bolig.
- for å synliggjøre bokostnadene i kommunale boliger for eldre og funksjonshemmede bør kommunene beregne disse ut fra periodiserte kapitalkostnader. Eventuell kommunal subsidiering av bokostnader synliggjøres i kommuneregnskapet.
- det bør stimuleres til bygging av flere omsorgsboliger og tilrettelagte boliger, som i større grad enn i dag organiseres som selveierboliger eller borettslag.

– staten fastsetter maksimal betaling for pleie og omsorg utenfor institusjon i forhold til inntekten.
– alminnelig inntekt før særfradrag legges til grunn for brukerbetalingsberegning for pleie og omsorg.
– husstandens inntekt skal fortsatt ligge til grunn for beregning av brukerbetalingen i hjemmebaserte tjenester.
– den betalingsfrie perioden settes til én måned for langtidsopphold. Ordningen skal også gjelde for korttidsopphold som går over til langtidsopphold.
– en aktivitetsbasert finansiering for korttidsplasser og rehabilitering i sykehjem utredes nærmere i forbindelse med utredning av innsatsstyrt finansiering i sykehus og utredning om rehabiliteringsvirksomhet.
– det ikke gjøres endringer i forvaltningsnivåenes ansvar for finansiering av helsetjenester i pleie- og omsorgstjenesten, jf. drøftingen i *"Finansiering av helsetjenester"* i kap. 11.

Utvalgets flertall (alle unntatt Arum og Daleng) mener at det fortsatt bør være anledning til å kreve betaling for hjemmesykepleie.

Utvalget går ikke inn for inntektsgraderte betalingssatser for korttids-/dag- og nattopphold i institusjon.

Utvalgets medlemmer Arum, Daleng, Jensen og Johnsen foreslår redusert betaling for flersengsrom.

15.3 SÆRMERKNAD FRA UTVALGETS MEDLEMMER LIV ARUM OG ARILD DALENG

Velferdsordninger i et solidarisk samfunn.

I St.meld. nr 35 (1994–95) Velferdsmeldingen og i Regjeringens langtidsprogram understrekes at solidaritetstankegangen skal stå fast som grunnlag for norsk velferdspolitikk. I Velferdsmeldingen understreker Regjeringen at den vil videreutvikle det norske velferdssamfunnet fordi det bygger opp under sentrale verdier i et solidarisk samfunn. Den vil også slå ring om folketrygden. Regjeringen holder fast ved at helse- og omsorgstjenester skal være underlagt offentlig styring (St.meld. nr. 35 (1994–95), s 11).

Disse medlemmer mener at den grunnleggende ideen i et solidarisk samfunn er at vi i fellesskap har økonomisk ansvar for de offentlige ordningene som er etablert bl.a. innenfor pleie- og omsorgssektoren. Dette ansvaret bærer vi ved at alle som har inntekt betaler skatt etter økonomisk evne, og får tilbake velferdstilbud etter behov og opptjente rettigheter. Disse medlemmene mener at bruken av egenbetalingsordningene innen pleie- og omsorgssektoren har ført til at de som har behov for tjenestene også må betale særskilt for dem. Økningen i egenandelene de siste årene er uttrykk for at det norske samfunnet har fjernet seg fra prinsippet om fellesskapsløsninger og et felles, solidarisk finansieringsansvar. Både Funksjonshemmedes fellesorganisasjon (FFO) og Norsk Pensjonistforbund (NPF) har i sine handlingsprogrammer nedfelt sitt standpunkt mot bruken av egenandeler på helse- og sosialtjenester. Det viser også merknaden fra organisasjonenes representanter i utvalget som i 1988 avga innstilling Egenbetaling i helse- og sosialsektoren (NOU 1988:7):

> «En grunnleggende idé bak begrepet 'velferdsstaten' er at helsemessige og sosiale problemer skal løses i fellesskap. Det er ikke enkeltindividets økonomiske situasjon som skal være bestemmende for løsningen av problemer, men det nettverk av ordninger samfunnet har bygd opp. Den belastning som ligger i det å være syk eller av andre grunner ha behov for hjelp fra helse-

og sosialsektoren skal ikke økes ved at personen også påføres økonomiske belastninger.»

«Disse medlemmer ser ideen bak 'velferdsstaten' som en av grunnpilarene i den norske samfunnsmodellen. Prinsipielt mener disse at systemet med egenandeler er et brudd med prinsippet om felleskapsfinansiering... Økningen de senere årene og dagens debatt om å nytte egenandeler for å tilføre sektoren større ressurser representerer derimot en klar holdningsendring.»

Brukerbetaling og rettferdighet.

Disse medlemmene understreker at Norge for tiden er inne i en sterk vekstperiode og at det er i slike perioder vi bør ta de eventuelle økonomiske konsekvensene for offentlige finanser, som det kan innebære å få et mer rettferdig økonomisk system innenfor den offentlige pleie- og omsorgssektoren. Det er et tankekors for disse utvalgsmedlemmene at veksten i brukerbetaling på pleie- og omsorgssektoren skjer i en periode da Norge som nasjon bare blir rikere og rikere.

I Rattsø-utvalgets utredning (NOU 1997:8) omtales brukerbetaling og rettferdig fordeling:

«Den mest utbredte oppfatning synes imidlertid å være at brukerbetalingsordninger har uheldige konsekvenser for den personlige inntektsfordelingen. Bakgrunnen for dette synet er at tjenesteproduksjonen i større grad finansieres etter bruk, og i mindre grad etter evne, noe som kan føre til en uønsket avvisning av personer med lav inntekt og lav betalingsevne. Dette kan komme i konflikt med nasjonale målsettinger om at grunnleggende velferdstjenester skal være tilgjengelig for alle uavhengig av inntekt.» (s. 111, spalte 1)

Om brukerbetaling skriver Rattsø-utvalget bl a:

«Utvalget vil presisere at brukerbetaling har klare begrensninger for kommunale og fylkeskommunale tjenester. Det skyldes dels at en eller flere av forutsetningene for at prismekanismen skal virke effektivt ikke er oppfylt, og dels et ønske om å ivareta andre samfunnsmessige mål, først og fremst fordelingshensyn.

For enkelte tjenester virker brukerbetaling som en ren skatt. Lavinntektsgrupper rammes relativt hardest når det gjelder tjenester som er pålagt og som er nødvendige i visse situasjoner, eksempelvis hjemmesykepleie ved alvorlig sykdom.» (s 165, 1. spalte)

Inntektsutjevning mellom eldre og funksjonshemmede med lavere og høyere inntekter må, som for landets øvrige innbyggere, skje ut fra likhetsprinsippet gjennom utformingen av den generelle skatte- og avgiftspolitikken. *Inntektsgraderte brukerbetalingssystemer* bør derfor ikke benyttes innenfor den offentlige pleie- og omsorgssektoren.

Kommunenes tilbud om pleie- og omsorgstjenester er begrenset i forhold til de behov som eksisterer. Tjenestene er rasjonert og tildeles etter en faglig vurdering av den enkeltes behov. Disse medlemmer mener dette offentlige styringsansvar er et av kjennetegnene på velferdssamfunnet og at det må opprettholdes. Kommunene har derfor god kontroll på tildeling av tjenestene.

Når tjenester tildeles av offentlig myndighet, vil et brukerbetalingssystem ikke ha realøkonomiske virkninger, men bare ha overføringsvirkninger; det vil si virke som en skatt. Bruk av brukerbetalingssystem krever derfor en *politisk* og ikke en *økonomisk* begrunnelse.

Utvalgets medlemmer Arum og Daleng mener det er behov for en omlegging av brukerbetalingssystemet for offentlige pleie- og omsorgstjenester til et system som bygger på likhetsprinsippet og ivaretar fordelingspolitiske mål. Disse utvalgsmedlemmene mener at alle må ha trygghet for at de får den hjelpen de trenger når de trenger den uansett alder, funksjonshemming, personlig økonomi og bostedskommune.

Kommunenes inntekter.

En av forutsetningene i mandatet til utvalget var at brukerbetalingen for pleie- og omsorgstjenester skulle økes for å tilføre sektoren større ressurser, for igjen å kunne imøtekomme økt etterspørsel av tjenester som følge av økningen i tallet på eldre.

Arbeidet i utvalget har vist at den økonomiske betydningen brukerbetalingen for pleie- og omsorgstjenester har i kommunene, er liten. Dette gjelder særlig tjenester til hjemmeboende brukere. Av tabell 4.5 (*"Finansiering, ressursbruk og utvikling"* i kapittel 4) framgår det at brukerbetalingen for hjemmebaserte tjenester i 1993 utgjorde 262 mill. kroner. Disse medlemmene foreslår at pleie- og omsorgstjenester unntas for egenbetaling og at den tapte inntekten dekkes inn ved en økning av skattøret. Beløpet på 262 mill. kroner tilsvarer en økning av det kommunale skattøret på 0.4 %. I dette beløpet er imidlertid ikke innregnet den administrative besparelsen kommunene får ved at de slipper å beregne hva den enkelte skal betale for hvilke tjenester.

Flere undersøkelser har vist at helse- og omsorgssektoren har høy prioritet i befolkningen, og at det er vilje til å betale mere skatt, dersom dette går til slike formål.

Lavinntektsgruppene rammes hardest.

De undersøkelser som utvalget refererer til i *"Drøfting av sentrale mål, begreper og hensyn"* i kapittel 3, tyder på at det er lavinntektsgruppene som blir mest påvirket av brukerbetaling. Tall fra SSB (1995) viser at det er brukergruppene med inntekt under 3 G (kr 117 690 i 1995) som utgjør 75 % av de som betaler egenandeler for kommunale hjemmetjenester. Det er også fra disse gruppene med lavest inntekt at kommunene henter mer enn halvparten av sine egenandelsinntekter. Videre viser tall fra St.prp. nr. 1 (1996–97) at antall brukere av hjemmebaserte tjenester samlet sett har hatt en nedgang fra 1991 til 1995 på 18,7 %, fra 167 879 mottakere i 1991 til 136 484 i 1995.

Disse medlemmer slutter seg til Rattsø-utvalgets beskrivelse av at brukerbetaling virker som en ren skatt for enkelte tjenester (f.eks. hjemmesykepleie), og mener det ut fra likhetsprinsippet er uakseptabelt å anvende et brukerbetalingssystem med sikte på hel eller delvis kostnadsdekning. Et slikt system representerer en urettferdig særbeskatning av funksjonshemmede og eldre som er avhengig av offentlige pleie- og omsorgstjenester.

Store kommunale forskjeller.

Utredningen beskriver at det eksisterer til dels omfattende forskjeller mellom kommunene når det gjelder brukerbetalingssystemer, og ikke minst når det gjelder betalingsnivåer. Disse medlemmene vil understreke at de brukerbetalingssystemer som eventuelt iverksettes, må være *ensartet for hele landet* slik at en unngår de store ulikhetene fra kommune til kommune som brukerne opplever på dette området.

Etterspørselseffekter.

I diskusjonen om utforming av brukerbetalingsordninger og mulighetene for å gi pleie- og omsorgstjenester vederlagsfritt, fokuseres det ofte på at brukerbetalingsordningene er et effektivt virkemiddel mot negative etterspørselseffekter. Disse medlemmene vil peke på at det finnes få sikre belegg for påstander om at lav eller ingen brukerbetaling fører til utilsiktet press for å få tildelt pleie- og omsorgstjenester.

De undersøkelser og den litteratur som utredningen viser til, gir heller ikke entydig støtte til bruk av egenandeler. Ett av mange viktige momenter for disse medlemmene er henvisning til undersøkelser som viser at dagens betalingsordninger i hovedsak rammer de dårligst stilte hardest, og at ordningene derfor har en dårlig fordelingseffekt. Videre er det en kjensgjerning at funksjonshemmedes og alderspensjonisters inntekter er lavere enn for gjennomsnittet i befolkningen. Yngre uføre har dessuten en lavere samlet inntekt enn det som er gjennomsnittet for andre i samme aldersgruppe (SSB 96/48 Eivind Lofthus 'Yngre uførepensjonisters materielle levekår').

Kommunale pleie- og omsorgstjenester er tjenester som organiseres felles og koordineres samtidig som de utøves av ulike faggrupper. Disse medlemmer legger vekt på at de betalingsordningene som benyttes må bidra til et fleksibelt tjenestetilbud. Utformingen av tjenestetilbudet rundt den enkelte må ivaretas gjennom gode medvirkningsprosesser mellom tjenestemottaker og tjenesteyter. Disse medlemmene vil understreke viktigheten av å ta brukermedvirkning på alvor for å sikre kvalitativt gode tjenester i pleie- og omsorgssektoren. Disse medlemmene mener at å unnta pleie- og omsorgstjenester for egenbetaling ikke hindrer utviklingen av fleksible og gode tjenester.

Konklusjon.

Medlemmene Arum og Daleng mener egenandeler for pleie-, omsorgs-, og helsetjenester er prinsipielt feil, både ut fra en solidaritetsideologi og ut fra en politisk vurdering av fordelingshensyn. På denne bakgrunn mener disse medlemmene at:

Eksisterende brukerbetalingsordninger må bygges ned.

- Pleie-, omsorgs- og helsetjenester skal unntas fra brukerbetaling
- De betalingsordningene som ev. benyttes skal være felles for hele landet
- De betalingsordninger som benyttes må ha gode skjermingsordninger av tjenestemottakere med lave inntekter og/eller stort tjenestebehov.

Behovet for en skjermingsordning som omfatter alle typer egenandeler.

I forhold til tjenestemottakere i alle aldre som lever med funksjonshemning eller kronisk sykdom, kan behovet for tjenester bli omfattende. Enkeltmennesker kan samlet sett få en så stor belastning gjennom ulike egenbetalingsordninger at de velger vekk tjenester de trenger for å klare dagliglivets utgifter. Disse utvalgsmedlemmene mener at det er nødvendig å se de ulike egenandelsordningene som er etablert for pleie-, omsorgs- og helsetjenester i sammenheng, og foreslår at de ulike brukerbetalingsordninger og skjermingstiltakene vurderes for å se hvordan de slår ut som en helhet for enkeltbrukere. Disse medlemmene mener det er behov for en samlet skjermingsordning som omfatter alle typer egenandeler for tjenester som funksjonshemmede og kronisk syke i alle aldre er avhengig av.

Utvalgets flertall finner det ikke aktuelt med gratis pleie- og omsorgstjenester. I den videre drøfting støtter medlemmene Arum og Daleng forslaget til en tjeneste-

basert brukerbetalingsmodell slik den er beskrevet i avsn. 15.4. Disse medlemmer vektlegger spesielt behovet for en bedre skjermingsordning for hjemmeboende med lave inntekter, og behovet for å få en mer enhetlig brukerbetalingsordning som gjelder for hele landet.

15.4 VURDERING OG TILRÅDNING FRA MEDLEMMENE ARUM, DALENG, JENSEN OG JOHNSEN

15.4.1 Innledning

Medlemmene Arum, Daleng, Jensen og Johnsen foreslår mere grunnleggende endringer i dagens system. Hovedendringen er at en går bort fra et system hvor det betales etter hvor en mottar tjenesten, til et system hvor en betaler etter de tjenestene en mottar. I avsn. 15.4.2 oppsummeres kort hovedproblemene i dagens system. I avsn. 15.4.3 angis de velferdspolitiske prinsipper disse medlemmer baserer sitt forslag på. I *"Velferdspolitiske prinsipper"* i avsnitt 15.4.4 presenteres en sammenfatning av forslaget til nytt system – en tjenestebasert brukerbetalingsmodell. Denne er imidlertid ikke identisk med modellen i *"En tjenestebasert brukerbetalingsmodell"* i kap. 12. I *"Forslag til tjenestebasert brukerbetalingsmodell"* i avsnitt 15.4.5 presenteres en oversikt over virkninger av forslaget. I *"Virkninger av den tjenestebaserte brukerbetalingsmodell som foreslås"* i avsnitt 15.4.6 presenteres de økonomiske hovedvirkninger. I *"Økonomiske virkninger for stat og kommune"* i avsnitt 15.4.7 gir noen avsluttende bemerkninger, mens *"Avsluttende bemerkninger"* i avsnitt 15.4.8 gir en sammenfatning av den tjenestebaserte brukerbetalingsmodell som foreslås.

15.4.2 Vurdering av nåværende finansierings- og betalingsordninger

Utvalgets utredning viser at det er knyttet flere problemer til dagens system for finansiering og brukerbetaling i pleie- og omsorgstjenesten. Disse medlemmer vil særlig peke på følgende forhold:

(1) Mangel på stabilitet og oversikt

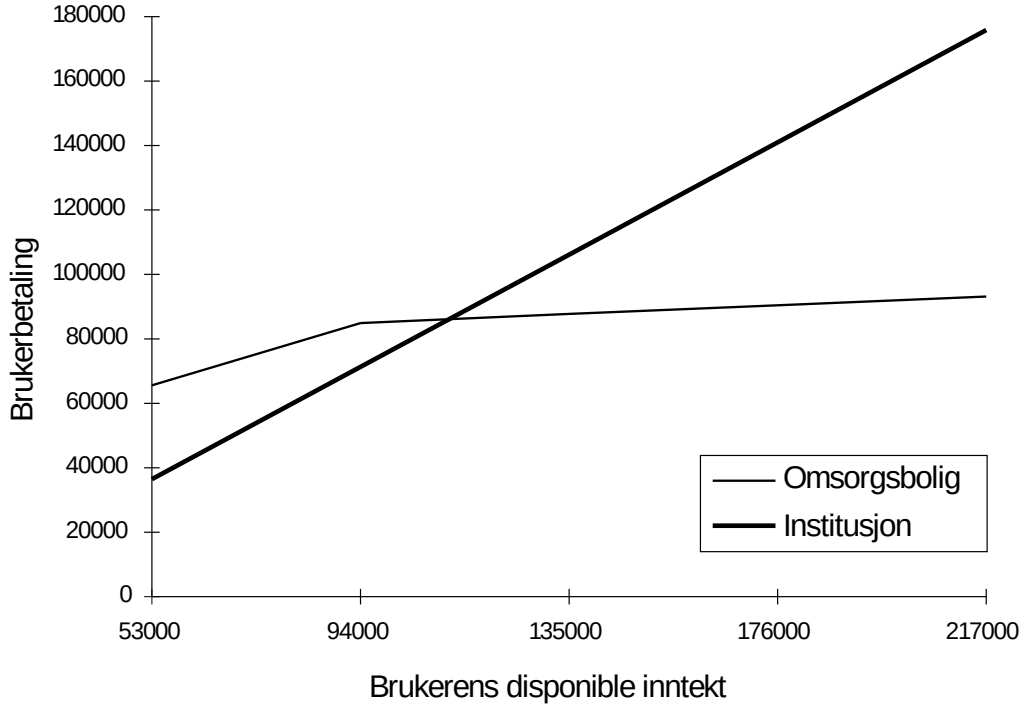
Beskrivelsen og drøftingen i *"Dagens finansierings- og brukerbetalingsordninger"* i kap. 5 viser at dagens ordninger for finansiering og brukerbetaling er uoversiktlig. Flere av ordningene er vanskelig å forstå og praktisere. Det gjelder særlig vederlagsforskriften for institusjonsopphold. Systemene har vært flikket på og stadig endret. Systemet er derfor preget av ustabilitet og konsekvensene virker tildels utilsiktet. Mangelen på et stabilt finansieringssystem har vært en medvirkende årsak til at en er kommet opp i dagens uføre med manglende tilbud både i form av omsorgsboliger og institusjonsplasser og at mange av institusjonsplassene har en utilfredsstillende bostandard.

(2) Store ulikheter

Dagens betalingssystemer gir store forskjeller i brukerbetaling for personer som mottar samme tjenestetilbud og har samme inntekt. Det er store ulikheter avhengig av om brukerne mottar tjenester i omsorgsbolig i egen bolig eller institusjon, og det er til dels omfattende forskjeller fra kommune til kommune både når det gjelder betalingssystem og betalingsnivå for hjemmebaserte tjenester.

"" i Fig 15.1 illustrerer hvordan brukerbetalingen for brukere i institusjon og omsorgsboliger varierer etter inntekt. Figuren viser at dagens system gir store og

systematiske forskjeller. Brukere med lav inntekt kommer økonomisk dårligere ut om de mottar tjenester hjemme eller i en omsorgsbolig enn om de bor i institusjon. Brukere med høy inntekt skal derimot komme bedre ut økonomisk om de mottar tjenester i egen bolig enn i institusjon. Der er imidlertid svært få brukere som i dag betaler høye vederlag i institusjonene.



Figur 15.1 Sammenligning av brukerbetaling i institusjon og brukerens utgifter i omsorgsboliger

Det som er særlig uheldig i dagens system er at pensjonister med pleie- og omsorgsbehov og lave inntekter og som bor i omsorgsboliger, kommer klart dårligst ut. Dersom disse gruppene stilles ovenfor kostnadsdekkende husleie, er det vanskelig å forstå at de kan klare sine økonomiske forpliktelser uten sosialhjelp, kommunale husleietilskudd eller annen bistand.

Hovedårsaken til dette er at bokostnadene i en omsorgsbolig etter Husbankens standard vil medføre en brutto husleie på kr. 52.000 pr. år. Dagens bostøttetak for enslige er på 32.500 kr. pr. år. En minstepensjonist står derfor overfor en kostnadsdekkende husleie etter bostøtte på rundt 40.000 kroner. Dersom disse i tillegg dekker dagens egenandeler for helsetjenester og pleie og omsorgstjenester (kr. 5 600 i gjennomsnitt) vil de ha igjen rundt 20.000 kroner til å dekke dagliglivets utgifter og forpliktelser. En minstepensjonist/pensjonist med lav inntekt i institusjon kommer f.eks. bedre ut ved at de etter å ha dekket alle sine forpliktelser sitter igjen med et beløp på 18.500 kroner til utgifter utover bokostnader, mat og andre daglige utgifter, helse og pleie- og omsorgstjenester.

I prinsippet skal vederlagsforskriften for institusjon ivareta at brukere med samme inntekt skal betale det samme for institusjonsopphold. Beregningene en har hatt tilgang til indikerer imidlertid at vederlagsforskriften praktiseres noe ulikt fra kommune til kommune. Dette gjelder særlig for personer som har inntekt ut over folketrygden og offentlige pensjonsordninger. Siden brukeren betaler for institus-

jonsopphold etter inntekt, tas det heller ikke hensyn til standardforskjellene i tilbudene den enkelte mottar. Det betyr at det betales det samme enten en får tildelt ensengsrom eller flersengsrom eller om institusjonen har høy eller lav standard.

For brukere som mottar pleie- og omsorgstjenester i egen bolig eller omsorgsbolig er det store forskjeller i brukerbetaling for brukere med samme tjenester og samme inntekt fra kommune til kommune. Prinsippene for husleiefastsettelse for omsorgsboliger kan også variere fra kommune til kommune.

(3) Fleksibilitet/insentiver

Dagens todelte finansierings. og brukerbetalingsopplegg kan være en hindring for fleksible løsninger innen pleie- og omsorgstjenesten på flere måter. For det første bidrar det til å skape et unødvendig økonomisk/finansielt skille mellom institusjonsomsorg og åpen omsorg. En effektiv ressursbruk i pleie- og omsorgstjenesten er avhengig av et nært og fleksibelt samarbeid mellom alle leddene i omsorgskjeden. Selv om mange kommuner er kommet langt i å utnytte ressursene mer effektivt og fleksibelt innenfor hele omsorgskjeden, vil trolig mange kunne utnytte ressursene bedre og gi bedre tilbud til brukerne ved en mer samordnet bruk av ressursene. En bedre integrasjon vil ikke minst være viktig i de tilfellene institusjon og omsorgsbolig er lokalisert i tilknytning til hverandre.

For det andre har dagens system uheldige insentivvirkninger ved at det for kommunen er «mest økonomisk lønnsomt» å ha brukere med høye inntekter i institusjon, mens det for brukerne er «mest økonomisk lønnsomt» å få tilbudet i omsorgsbolig/egne hjem. For brukere med lave inntekter gjør det motsatte forholdet seg gjeldende, jf. fig. 15.1. Selv om dette i dag ikke har så store effekter er det klart uheldig å ha systemer som gir slike insentivvirkninger. Dersom brukerne og kommunene hadde større valgmuligheter ved tildeling av tjenester ville slike insentiver kunne virke svært uheldig.

(4) Synliggjøring

Som påpekt bl.a. i *"Dagens finansierings- og brukerbetalingsordninger"* i kap. 5 betaler brukerne i institusjon etter dagens ordning et beløp avhengig av inntekten, og mottar et sammensatt tilbud bestående av ulike tjenester. Det er imidlertid liten sammenheng mellom hva brukeren betaler, og hva brukeren mottar. Det er med andre ord svært lite tydelig hva de faktiske kostnadene utgjør både når det gjelder ulike typer tjenester og mengden av disse.

(5) Umyndiggjøring

Dagens betalingssystem i institusjonene har form som en inntektsavkortning. Brukerne sitter igjen med et beløp som har karakter av å være «lommepenger». Danskene kalte derfor ordningen for «lommepengesystemet». Selv om brukermedvirkning i institusjonene vil være avhengig av en rekke andre forhold som betalingssystem, er det uheldig å ha et system som på sett og vis stimulerer til pasifisering og lav brukermedvirkning.

15.4.3 Inntektsvirkninger for det offentlige ved ulike brukerbetalingsordninger

Utvalgets beregninger viser at inntektene for det offentlige fra brukerbetaling for pleie- og omsorgstjenester er lave. I åpen omsorg utgjorde samlet brukerbetaling for

hjemmehjelp og hjemmesykepleie i alt 261,7 mill. kroner i 1993. Det utgjør 3,3 pst. av kommunens utgifter til hjemmehjelp og hjemmesykepleie.

For alders- og sykehjem utgjorde brukerbetalingen i 1993 i alt 1680,7 mill. kroner. Dette betyr at gjennomsnittlig brukerbetaling pr. langtidsbeboer i institusjon var i underkant av 40 000 kroner i 1993. Utvalgets beregninger indikerer at kostnadene til bofunksjonen i institusjonene på landsbasis utgjorde 37 000 kroner i gjennomsnitt, mat og dagliglivets utgifter (hovedsakelig kost) utgjorde 36 000 kroner i gjennomsnitt. Dette betyr at gjennomsnittlig brukerbetaling ikke fullt ut dekker bokostnadene og dagliglivets utgifter.

Inntektene for det offentlige fra brukerbetaling er primært ikke avhengig av hvilket betalingssystem en velger, men av de satser for brukerbetaling som fastsettes i det system som velges. En kan således få samme inntekter både fra et tjenestebasert brukerbetalingssystem og fra et blandet system. Valg av system for brukerbetaling bør derfor primært baseres på hvilket system som best ivaretar de målsetninger en har for utbygging og drift av pleie og omsorgstjenestene.

15.4.4 Velferdspolitiske prinsipper

Medlemmene Arum, Daleng, Jensen og Johnsen fremmer et forslag som tar utgangspunkt i mål og retningslinjer for den offentlige pleie- og omsorgspolitikk, slik de er nedfelt i Velferdsmeldingen og Stortingets behandling av meldingen og Langtidsprogrammet for perioden 1997–2001.

En har søkt å ivareta de mål for pleie- og omsorgstjenestene og krav til finansierings- og brukerbetalingsordningene i foredraget til utvalgets mandat, jf. *"Utvalgets oppnevning, mandat og arbeid"* i kap. 1.

(1) Omsorgspolitiske konsekvenser av betalingssystemer mv.

Finansierings- og brukerbetalingsordningene for de offentlige pleie- og omsorgstjenestene er viktige for hvorledes de faktiske pleie- og omsorgstiltak vil utvikle seg i framtida. Finansierings- og brukerbetalingsordninger vil kunne ha stor betydning for de valg hovedaktørene innenfor pleie- og omsorgssektoren gjør. Slike ordninger bør ikke ses uavhengig av hva slags pleie- og omsorgspolitikk man ønsker å føre. Finansierings- og brukerbetalingssystemet på dette felt vil utgjøre et sett rammebetingelser som vil kunne være med og bestemme utviklingen på dette felt. Dette betyr at ordningene må ta hensyn til de mål og krav som stilles til den offentlige pleie- og omsorgspolitikk.

Disse medlemmer legger til grunn at eldre og funksjonshemmede med behov for pleie- og omsorgstjenester vanligvis foretrekker å bo hjemme. Ved å bygge boliger med livsløpsstandard og omsorgsboliger, kombinert med et godt utbygget hjelpeapparat, kan et slikt hovedmål realiseres. Med eget hjem mener disse medlemmer i det følgende enten brukerens opprinnelig hjem eller omsorgsbolig. For brukere med langtidsopphold i institusjon – sykehjem eller aldershjem – må institusjonsplasser som holder et visst kvalitetsnivå mht. størrelse, toalett mv., også kunne oppfattes som brukerens bolig.

Ved korttidsopphold i institusjon, dvs. i forbindelse med rehabilitering, avlastning mv., er institusjonsplass ikke å betrakte som brukerens permanente bolig.

(2) Likhet og grunnleggende mål for pleie- og omsorgspolitikken

Et hovedmål for disse medlemmers forslag til omlegging av betalingssystemet for offentlige pleie- og omsorgstjenester er å ivareta sentrale likhetshensyn som vårt

velferdssamfunn bygger på. Brukerne må tilbys pleie- og omsorgstjenester på like økonomiske vilkår i forhold til inntekt.

Utgangspunktet for det tjenestebaserte brukerbetalingssystem som foreslås i avsn. 15.2.3 nedenfor er å skape en størst mulig grad av rettferdighet og likebehandling mellom brukere i egne hjem og i institusjon. Disse medlemmer mener at et slikt likebehandlingsideal både er et grunnleggende mål for norsk pleie- og omsorgspolitikk, men også er nødvendig for å få til en god pleie- og omsorgspolitikk.

Disse medlemmer mener derfor at man må utvikle ordninger slik at brukerbetalingen for langtidsbrukere i institusjon blir mer lik situasjonen for brukere i egne hjem. Brukere i egne hjem har følgende hovedtyper av utgifter: dagliglivets utgifter, boutgifter, helse- eller medisinutgifter, samt utgifter til pleie og omsorg. En tjenestebasert brukerbetalingsmodell er å anvende en lignende utgiftsinndeling for brukere i institusjon. Dermed skulle betalingssituasjonen for brukere i institusjon bli mer lik situasjonen for brukere i egne hjem og omsorgsboliger.

For å skape større likhet i brukerbetaling fra kommune til kommune foreslås et øvre tak for brukerbetaling for pleie og omsorg i forhold til inntekt som gjelder for aller kommuner. Dette taket foreslås vedtatt av Stortinget på samme måte som det i dag vedtas et tak for egenandeler for helsetjenester.

(3) Desentralisering for god kvalitet

Pleie- og omsorgstrengende har ofte behov for en kombinasjon av ulike pleie- og omsorgstjenester. Den enkeltes behov og lokale forhold ellers vil være bestemmende for den tjenestekombinasjon som best dekker den enkeltes behov. En god omsorgspolitikk krever derfor en individuell behandling av den enkelte bruker. En slik individuell behandling er ikke forenlig med sentral detaljstyring. En god omsorgspolitikk forutsetter derfor at beslutninger angående fastleggelse av tjenestekombinasjonen for en bruker, foretas av ulike grupper fagfolk og i nært samarbeid med den enkelte bruker.

Disse medlemmer vil derfor presisere at desentralisering og dermed en stor grad av kommunalt selvstyre med hensyn på tilpasningen av disse individualiserte tjenester, er nødvendig for en god omsorgspolitikk. Dette må imidlertid skje innenfor et statlig og velferdspolitisk rammeverk spesielt med hensyn til finansierings- og betalingsordninger, herunder bostøtteordningen.

I en tjenestebasert modell mener disse medlemmer at rettferdighetsprinsippet og likebehandlingsprinsippet, ivaretas gjennom statlige finansieringsordninger og brukerbetalingsordninger innenfor sentralt gitte rammer. Samtidig vil kommunenes muligheter til utforming av sitt tjenestetilbud og utvikling av tjenestekombinasjoner i forhold til lokale behov bli ivaretatt.

Det vil derfor i den tjenestebaserte modell disse medlemmer foreslår være en god sammenheng mellom rettferdighets- og likebehandlingsprinsippet på den ene side, og desentralisering og det kommunale selvstyre på den annen.

(4) Framtidens behov og utfordringer

Fra slutten av åttitallet har det skjedd en dreining i den offentlige pleie- og omsorgspolitikk fra en satsing på institusjonsplasser til en større satsing på hjemmebaserte tjenester med sikte på at brukerne skal kunne velge en mer selvstendig tilværelse i egne hjem eller omsorgsboliger. Etter hvert som standarden i sykehjemmene heves, vil forskjellen mellom en langtids institusjonsplass i enerom og omsorgsbolig med heldøgns servicetilbud, bli mindre. Det må derfor være framtidsrettet å sørge for å

redusere de ulikheter som gjelder mellom brukere av institusjon og brukere i egne hjem og omsorgsboliger.

Disse medlemmer mener at sykehjemmene i framtida i større grad enn i dag vil kunne ta seg av korttidsbehovene for pleie og omsorg, dvs. i forbindelse med avlastning, rehabilitering, terminalpleie og lignende. Hovedtyngden av beboerne vil imidlertid også i framtiden kunne være langtidsbeboere.

Det er også grunn til å regne med at framtidas brukere vil stille andre krav til pleie- og omsorgstjenesten enn de som stilles i dag. Slike utviklingstrekk vil gjelde kvaliteten av tjenestene, brukermedvirkning og mulighetene for valgfrihet.

En tjenestebasert brukerbetalingsmodell kan bidra til å sikre et stabilt finansielt grunnlag for utbygging av bofunksjonen tilknyttet pleie- og omsorgstjenestene, både med hensyn på standard og mengde av tjenester.

Dagens system kan gi svært uheldige insentivvirkninger. På grunn av høy brukerbetaling i institusjon for høyinntektsgruppene, vil det i dagens system være økonomisk lønnsomt for kommunene at disse brukerne velger sykehjem. For brukere med høy inntekt vil det imidlertid være langt rimeligere å velge tjenester i eget hjem eller omsorgsbolig. De motsatte økonomiske insitamentene gjør seg gjeldende for lavinntektsgrupper. De må betale mer for tjenestene i omsorgsbolig enn for institusjonsopphold. Dette framgår av figur 15.1. Den viktigste endringen ved et tjenestebasert system er at det for brukeren og kommunen vil virke mer økonomisk nøytralt i forhold til hvor tjenestene gis, enten dette skjer i eget hjem/omsorgsbolig eller i sykehjem. Det vil da i større grad være brukerens behov som avgjør valget. Dette er kanskje ikke så viktig i dag hvor problemet er å få et tilbud. Dersom det i større grad blir valgmuligheter med hensyn til det tjenestetilbud som ytes, blir dette viktigere. Generelt er det viktig å ha systemer som gir brukerne og kommunene de samme økonomiske insentivene.

(5) Andre hensyn

I tillegg til de ovennevnte hensyn har medlemmene Arum, Daleng, Jensen og Johnsen lagt vekt på følgende forhold:

- Et brukerbetalingssystem må ikke forhindre at brukere med lav inntekt og/eller formue får dekket sine grunnleggende behov for pleie- og omsorgstjenester.
- Den enkelte bruker skal selv ha hovedansvaret for å dekke dagliglivets utgifter og boutgifter. Det offentlige skal ha ansvaret for å sørge for at de som har utilstrekkelige inntekter kommer i en økonomisk situasjon slik at vedkommende har mulighet for å ta dette ansvar.
- Det offentlige skal ha styringsansvaret som sikrer at den enkelte bruker så langt som mulig får tildelt helsetjenester, samt pleie og omsorg i samsvar med sitt behov.
- Et brukerbetalingssystem bør stimulere til medvirkning og brukerinnflytelse.
- Et brukerbetalingssystem bør være slik at de ulike kostnadselementene fordelt på dagliglivets utgifter, boutgifter, helsetjenester samt pleie og omsorg skal framstå klart. Dette har betydning for den offentlige prioritering. Den enkelte bruker har også krav på å vite hva de ulike betalingsordninger omfatter, og hva man derved betaler for.
- Et brukerbetalingssystem bør være oversiktlig og enkelt for alle parter. Innkrevings- og kontrollkostnadene bør være små.
- De enkelte tjenester skal utformes ut fra den enkelte brukers behov. Et brukerbetalingssystem bør derfor utformes slik at det legger til rette for lokale tilpasninger og valgfrihet og det skal ikke legges bindinger på kommunenes organisering av tjenestene.

Disse medlemmer har lagt vekt på at ordningene i hovedsak ikke skal bryte med det hovedsystem for finansiering av kommunene som er basert på kommunale skatter og rammefinansieringssystemet.

15.4.5 Forslag til tjenestebasert brukerbetalingsmodell

Medlemmene Arum, Daleng, Jensen og Johnsen foreslår på denne bakgrunn en tjenestebasert brukerbetalingsmodell, som omfatter fire hovedkomponenter:

(1) Mat og andre daglige utgifter.

- Brukere i egen bolig betaler disse utgifter selv. Brukere i institusjon belastes slike utgifter i henhold til selvkost.
- Det etableres ordninger i institusjon som gir grunnlag for økt valgfrihet, samtidig som det bør etableres en eller flere standardløsninger for de brukere som ikke kan eller ønsker å velge selv.

(2) Bolig og husleie.

- Kommunene gis anledning til å kreve godtgjørelse av langtidsbeboere for bofunksjonen i institusjon ut fra periodiserte kapitalkostnader, og det innføres en egen statlig bostøtteordning i institusjon på linje med bostøtteordningen for beboere som ikke har tilstrekkelige inntekter til å dekke bokostnadene.
- Bostøtteordningene endres ved at bostøttetakene heves til kostnadsdekkende husleie eller husbankens standardkrav og bostøtteordningene tilpasses slik at beboere med lave inntekter i omsorgsboliger kan betale kostnadsdekkende husleie. Etter dagens standardkrav og kostnader vil det utgjøre en økning i bostøttetaket fra kroner til kroner 52 000. Disse medlemmer mener at dette vil sikre en stabil finansiering av bofunksjonen i en økt satsing på pleie- og omsorgstjenestene i kommunene, enten utbyggingen skjer i form av omsorgsboliger eller sykehjem.

(3) Helse.

- Det er viktig at brukerbetalingen for helsetjenester, dvs. tjenester som kommer inn under folketrygdens frikortordning for medisinsk undersøkelse og behandling samt livsnødvendige medisiner, blir uavhengig av om brukeren bor i egen bolig eller i institusjon. Brukerbetalingsnivået for helsetjenester gjøres derfor likt i og utenfor institusjon. Dette gjennomføres ved at nåværende brukerbetalingsordning opprettholdes utenfor institusjon, og at brukerbetaling for helsetjenester mv. i institusjon utformes etter en ordning med et eget egenandelstak som blir fastsatt av Stortinget på samme måte som brukerbetaling for brukere utenfor institusjon.

(4) Pleie og omsorg.

- Pleie og omsorg omfatter de kommunale hjelpetjenester i brukerens hjem eller tilsvarende tjenester i institusjon. Disse tjenester er underlagt et offentlig styringsansvar ved at brukeren tildeles slike tjenester etter en faglig behovsvurdering.
- Brukere med inntekt under 3 G (det er brutto inntekt, noe som tilsvarer i underkant av 2,5 G i alminnelig inntekt) fritas for betaling for pleie og omsorg. Staten fastsetter maksimal betaling i forhold til inntekt for brukere over 3 G utenfor

institusjon. Betalingstak for brukere i institusjon med inntekt over 3 G kan fastlegges slik at institusjonsbeboere kan betale mer enn brukere utenfor institusjon. Kommunene bør selv kunne velge betalingsordninger innenfor de fastsatte betalingstak.

Gjennomføring.

Den tjenestebaserte brukerbetalingsmodell foreslås gjennomført slik:

Modellen innføres bare i institusjon med tilfredsstillende bostandard. Nærmere definisjon av tilfredsstillende bostandard i institusjon må vurderes særskilt. Nærliggende krav vil være at det gjelder enerom med akseptable sanitærforhold og som også gir grunnlag for privatliv. Slike krav kan imidlertid ikke settes så høyt som Husbankens standardkrav til nye institusjoner etter dagens regler. Det forutsettes derfor at det vurderes nærmere hvordan kriterier skal utformes i en egen bostøtteordning for institusjoner.

Det forutsettes ikke at husleieloven skal innføres i institusjon, men det bør arbeides for at beboerne skal få økt innflytelse over sitt eget privatareal. Det viktigste for å nå en slik målsetting er ikke husleieloven, men de holdninger og prinsipper som legges til grunn for driften av institusjonene.

For institusjoner uten tilfredsstillende boforhold, gjøres gjeldende en overgangsordning slik at de berørte kommuner får tid å ombygge sine tilbud. Det bør derfor i en overgangsperiode på 5 år være adgang for kommuner til å bruke vederlagsforskriften som brukerbetalingssystem i institusjon. Etter 5 år bør en tjenestebasert modell innføres som permanent betalingsmodell for brukere med langtidsopphold i institusjon.

Det etableres da en midlertidig ordning for de institusjoner som etter 5 år ikke har kommet opp på en tilfredsstillende bostandard. Denne ordning må sikre at brukernes betaling begrenses i forhold til bostandarden, slik at den blir rettferdig for beboerne og gir et insentiv til kommunene for å heve bostandarden i sine institusjoner.

15.4.6 Virkninger av den tjenestebaserte brukerbetalingsmodell som foreslås

Medlemmene Arum, Daleng, Jensen og Johnsen vurderer sitt forslag til tjenestebasert brukerbetalingsmodell slik:

(1) Insentiv til økt utbygging.

En tjenestebasert brukerbetalingsmodell vil sikre en stabil finansiering av bofunksjonen i en økt satsing på pleie- og omsorgstjenestene i kommunene, enten utbyggingen vil skje i form av omsorgsboliger, sykehjemsplasser eller andre boformer. Årsaken til dette er at kommunene vil få dekket sine kostnader til bofunksjonen i omsorgsboliger ved kostnadsdekkende husleier og i institusjon gjennom beboernes godtgjørelse for bofunksjonen.

Forslaget vil dermed gi kommunene økonomisk insitament til å sørge for tilfredsstillende bofunksjon i sykehjem og aldershjem. Det vil dessuten være sterkere stimulanser enn i dag til å bygge klausulerte omsorgsboliger og institusjonsplasser. Etter overgangsperioden vil det være direkte ulønnsomt for kommuner å ha langtidsplasser uten tilfredsstillende bofunksjon.

(2) Likebehandling og rettferdighet.

Den tjenestebaserte brukerbetalingsmodell gir så langt råd er samme system for finansiering og brukerbetaling for brukere i egen bolig/omsorgsbolig og i institusjon. Det vil stimulere til fleksibilitet og bedre sammenheng i tjenestetilbudene for pleie- og omsorgsbrukere. Dermed bør man oppnå en bedre ressursutnyttelse, dvs. bedre kostnadseffektivitet, og en bedre tilpasning av tjenestetilbudene til brukernes behov, dvs. prioriteringseffektivitet. På lengre sikt er det grunn til å anta at denne modell vil være et viktig bidrag til en god økonomisk løsning av framtidige pleie- og omsorgsbehov.

(3) Fordelingsvirkninger.

Den tjenestebaserte brukerbetalingsmodell vil gi bedre fordelingsvirkninger ved at brukere med lave inntekter i egne hjem og omsorgsboliger kommer økonomisk bedre ut. Modellen kan innebære at brukere med høye inntekter og langtidsopphold i institusjon i prinsippet vil kunne betale mindre enn i dag. Erfaring med dagens ordning, dvs. vederlagsforskriften, er at svært få brukere betaler høyt vederlag for institusjonsopphold. Det er imidlertid foreslått at det gis anledning til en særskilt inntektsgradert brukerbetaling for pleie og omsorg i institusjon for beboere med høye inntekter. Det vil være opp til den enkelte kommune om den finner det hensiktsmessig å bruke en slik ordning.

En tjenestebasert brukerbetalingsmodell vil gi stor grad av likhet med hensyn til betaling for pleie- og omsorgstjenester for brukere i institusjon og utenfor samt mellom kommuner.

Gratis pleie- og omsorgstjenester for brukere med inntekt under 3 G vil også sikre en bedre fordelingsprofil og sikre at brukerbetalingen ikke blir en urimelig belastning for brukerne med lave inntekter. Undersøkelser viser at det er brukere med lave inntekter som først og fremst avstår fra tjenester de har behov for som følge av brukerbetaling.

(4) Ansvaret for egen livssituasjon.

En tjenestebasert brukerbetalingsmodell vil bidra til en bedre avklaring når det gjelder det personlige ansvar for boutgifter og dagliglivets utgifter, når det gjelder kommunens ansvar for helsetjenestene samt pleie- og omsorgstjenester, og når det gjelder statens ansvar for å sikre innbyggere med lave inntekter et økonomisk grunnlag for en nøktern boligstandard.

(5) Statlig styring.

En tjenestebasert brukerbetalingsmodell vil gi staten relativt sterk innflytelse over kvaliteten av de boligtilbud som gjelder de ulike grupper av pleie- og omsorgstrengende ved de krav som settes for at ulike boligtilbud skal komme inn under bostøtteordningen. Ved omlegging av bostøtteordningen – og eventuelt supplerende ordninger – får staten virkemidler for å påvirke både kvaliteten og omfanget av et hovedelement i den kommunale pleie- og omsorgspolitikk, som er knyttet til selve bofunksjonen. Dette vil f.eks. gi grunnlag for å beholde en tilfredsstillende, men nøktern boligstandard i boformer med bostøtte.

(6) Samlet vurdering i forhold til vurderingskriteriene.

I *"Drøfting av sentrale mål, begreper og hensyn"* i kap. 3 er det presentert syv kriterier for vurdering av dagens ordning og et nytt potensielt brukerbetalingssystem. Kriteriene er I Brukermedvirkning, II Likhet, III Effektivitet, IV Skjerming, V Synliggjøring, VI Enkelhet og VII Fleksibilitet.

Likhet og skjerming, dvs. II og IV, danner utgangspunktet for den tjenestebaserte brukerbetalingsmodell som disse medlemmer foreslår. Disse medlemmer er av den oppfatning at disse krav ikke er tilfredsstillende oppfylt i dagens system, men i hovedsak vil kunne være det i det forslaget som en fremmer.

Offentlig pleie- og omsorgspolitikk er basert på det prinsipp at det offentlige skal styre og tildele den enkelte tjenester slik at de grunnleggende behov blir dekket. Et system basert på tildeling av tjenester etter omsorgsfaglige kriterier vil bare i begrenset grad åpne for brukermedvirkning (I). Brukermedvirkning må i hovedsak ivaretas på andre måter enn ved utforming av brukerbetalingssystem. Det er imidlertid viktig å utforme brukerbetalingen slik at den ikke er til hinder for brukermedvirkning. Disse medlemmer anser at forslaget til tjenestebasert brukerbetalingsmodell tilfredsstiller et slikt krav.

Disse medlemmer har lagt stor vekt på at den tjenestebaserte brukerbetalingsmodell skal utformes slik at den er enkel og fleksibel, dvs. VI og VII. Den burde være enkel å forstå for brukeren og deres pårørende samt andre aktører innen pleie- og omsorgstjenesten. Den legger til rette for – eller hindrer ikke – individuell tilpasning av tjenestekombinasjoner til den enkelte brukers behov eller utvikling av nye tjenester/tjenestekombinasjoner.

En tjenestebasert modell medfører at det blir samme system i og utenfor institusjon, med unntak av at folketrygdens refusjon for helsetjenester ikke foreslås innført i institusjon. Modellen vil derfor være på linje med den modellen brukerne utenfor institusjon står overfor i dag.

For nye brukere i institusjon burde dette derfor ikke være noen komplisert ordning. For de ansvarlige i institusjonen vil imidlertid overgang til en tjenestebasert modell kunne virke komplisert i forhold til dagens system. Sett fra nye brukeres side vil derfor en tjenestebasert modell kunne være enklere å forstå siden den vil være noenlunde likt med det systemet de er vant til. For kommunene og institusjonene vil det kreve en del merarbeid å innføre en ny modell.

Erfaringene fra Danmark var også at det tjenestebasert systemet syntes å være en fordel for nye brukere. For de som allerede var i institusjonene, betydde det nye systemet mindre. De valgte i stor grad standardpakker. Selv om en også i Danmark har mange beboere med mental svikt, førte systemet ikke til økt bruk av verger. For institusjonene representerte systemet ekstra arbeid i en innføringsfase. Etter innføringsfasen er erfaringen at det ikke skapte vesentlige problemer.

Disse medlemmer er av den oppfatning at den tjenestebaserte brukerbetalingsmodell tilfredsstiller kravet om synliggjøring av kostnadene ved en offentlig pleie- og omsorgspolitikk både i forhold til brukere, kommuner og staten.

15.4.7 Økonomiske virkninger for stat og kommune

En tjenestebasert brukerbetalingsmodell vil gi følgende økonomiske virkninger for stat og kommuner:

(a) Kommunene vil få et potensiale for høyere inntekter til drift av alders- og sykehjem som har tilfredsstillende bostandard. Dersom alle de institusjoner man har i dag tilfredsstiller disse krav, vil merinntekten på årsbasis utgjøre anslagsvis en milliard kroner. Det forutsetter at alle betaler en gjennomsnittlig husleie på 37 000 kroner, 24 000 kroner for mat og andre daglige utgifter og 5 000 for medisiner, til

sammen 66 000 kroner pr. år. Med i underkant av 40 000 langtidsbrukere ville det gi inntekter på over 2,5 mrd. kroner pr. år mot ca. 1,5 mrd. kroner ved dagens ordning. Det er da ikke forutsatt betaling for pleie og omsorg, selv om de med inntekt over 3 G er forutsatt å skulle betale for dette elementet. For nye sykehjemsplasser vil inntektene for kommunene bli i overkant av 80 000 kroner pr. plass. Videre vil kommunene kunne ta kostnadsdekkende husleier i klausulerte omsorgsboliger (uten at brukere med lav inntekt blir skadelidende), som vil kunne gi økte inntekter på anslagsvis 500 mill. kroner pr år.

Gratis pleie- og omsorgstjenester for brukere med inntekter under 3 G vil kunne gi en inntektsreduksjon på anslagsvis 100 mill. kroner. Ser man disse virkninger under ett, vil den samlede nettoeffekt for kommunesektoren kunne anslås til 1,4 milliarder kroner.

(b) Statens kostnader knyttet til den foreslåtte modellen vil være knyttet til endringer i bostøtteordningen. Utvalget foreslår at bostøttetakene blir hevet slik at de tilsvarer kostnadene ved en nøktern bolig. De lave bostøttetakene ble også i Stortinget påpekt som en svakhet ved den bostøtteordningen som nå er vedtatt. Denne endringen vil legge grunnlaget for en stabil finansiering av kommunenes utbygging av sykehjem og omsorgsboliger. Spørsmålet er derfor hvilke tilleggskostnader det vil innebære å innføre en egen bostøtteordning i institusjon.

Som det framgår av *"En tjenestebasert brukerbetalingsmodell"* i kap. 12 vil det koste i overkant av 300 mill. kroner å innføre bostøtte i alle institusjoner etter dagens bostøtteordning. Disse medlemmer har imidlertid forutsatt at det blir utformet en tilpasset bostøtteordning for institusjoner som gjør det unødvendig med totalskjerming i forhold til brukerbetaling i institusjon. En slik ordning foreslås også for klausulerte omsorgsboliger. Dette vil innebære at staten tar hovedansvaret for boligsubsidieringen for beboere i institusjoner og omsorgsboliger, inntil pensjonistene er kommet opp på et inntektsnivå der de fullt ut kan dekke sine bokostnader selv.

Med de forutsetninger som ligger til grunn for de økonomiske beregningene, vil en bostøtteordning som gjør det mulig for alle brukere å dekke den forutsatte brukerbetalingen i institusjon, koste rundt 500 mill. kroner pr. år. Dette ville være kostnaden dersom alle institusjoner skulle innføre en tjenestebasert modell. Disse medlemmer har imidlertid forutsatt at bare institusjoner med en viss boligstandard skal kunne gjennomføre en tjenestebasert modell basert på statlig botilskudd. Kostnadene til botilskudd i institusjon vil derfor på kort sikt bli mindre enn 500 mill. kroner. Disse beregningene forutsetter at det er mulig å utforme en egen bostøtteordning for institusjonene som er så treffsikker at den bare gir den dekning som er nødvendig for å overflødiggjøre en annen totalskjermingsordning i institusjon. Det må derfor understrekes at disse medlemmer ikke går inn for en ordning som forutsetter en økning av dekningsprosenten i bostøtteordningen helt opp til 100 pst.

På sikt forutsettes det imidlertid en betydelig opprustning av institusjonene slik at alle langtidsplasser får en tilfredsstillende bostandard. Kostnadene til bostøtte vil derfor øke etter hvert som institusjonene blir ombygd og oppgradert. Etter hvert vil statens kostnader derfor kunne øke noe på mellomlang sikt. På lengre sikt vil imidlertid pensjonistens inntekter øke slik at flesteparten vil kunne dekke sine boutgifter fullt ut selv. Som det framgår av *"Økonomiske virkninger av de ulike modellene"* i kap. 14 vil statens kostnader til bostøtte i institusjoner i år 2030 være nede i 187 mill. kroner med et lang større antall institusjoner.

Statens kostnader blir i stor grad å dekke behovet for boligsubsidiering for disse plassene inntil pensjonistene kan dekke disse kostnadene selv. Med en bedring i bostøtten vil behovet for øremerkede engangstilskudd til bygging av nye institus-

jonsplasser og omsorgsboliger, og omgjøring av flersengsrom til ensengsrom falle bort. Disse tilskuddene er i 1997 på over en milliard kroner.

Selv om en opprustning av institusjonene vil innebære betydelige investeringer, er det viktig å huske at disse kostnadene vil bli fordelt over mange år og at pensjonistene etter hvert vil dekke størstedelen av kostnadene gjennom husleien. Det vil være driftsutgiftene ved et økt tilbud innen pleie- og omsorgssektoren som vil representere de tunge kostnadene. Det er viktig at det blir lagt til rette for en stabil finansiering av disse kostnadene i det ordinære inntektssystemet for kommunene. Øremerkede engangstilskudd er en lite egnet finansieringsform i en slik sammenheng.

Disse medlemmer har ikke laget noen eksakt definisjon på hva som er en tilfredsstillende bostandard i institusjon. Mellom 3 og 4 000 plasser er bygd etter Husbankens nåværende standard. Det må antas at også en del av de sykehjemmene som er bygd tidligere har en tilfredsstillende standard med et rimelig boareal og eget bad. Når flersengsrommene er avskaffet, vil også en stor del av de øvrige rommene ha en tilfredsstillende bostandard. Med større utbygging av omsorgsboliger bør flere sykehjemsplasser kunne brukes til korttidsplasser, der det ikke vil være nødvendig med oppgradering til vanlig bostandard. En opprustning av de øvrige institusjonsplassene vil likevel representere betydelige investeringer. Med den prioritet eldrepolitikken har i befolkningen, synes det likevel å være grunnlag for et nasjonalt løft for at alle eldre i institusjon skal få en rimelig boligstandard.

(c) Den tjenestebaserte brukerbetalingsmodell vil ha gunstige fordelingsvirkninger for kommunesektoren. Tilskuddene til kommunene via bostøtten vil bli fordelt i forhold til belastningen ved utbyggingen. Modellen vil således virke rettferdig overfor de ulike kommuner uavhengig av om kommunen allerede har utbygd sine tilbud eller om den må foreta nye investeringer. Modellen vil heller ikke komme i konflikt med det etablerte rammetilskuddssystem. Utgiftene til løpende pleie- og omsorgstjenester vil imidlertid fortsatt måtte dekkes med utgangspunkt i det vanlige inntektssystem for kommunene.

(d) Disse medlemmer vil understreke at det er viktig å skille mellom betalingssystem og betalingsnivå. Et betalingssystem kan generere ulike betalingsnivåer avhengig av hvilke betalingssatser som anvendes. Både i et tjenestebasert system slik det er foreslått her og i det system vi har i dag, vil inntektene til det offentlige fra brukerbetaling være avhengig av de satser som velges. Begge systemer vil derfor i prinsippet kunne gi samme inntektsvirkninger. Valg av system bør derfor gjøres ut fra vurderinger av hvilket system som ivaretar prioriterte hensyn , jf. *"Drøfting av sentrale mål, begreper og hensyn"* i kap. 3, og er mest egnet til å utvikle pleie- og omsorgstjenestene på en god og effektiv måte i forhold til brukernes behov.

15.4.8 Avsluttende bemerkninger

Medlemmene Arum, Daleng, Jensen og Johnsen vil avslutningsvis peke på at et tjenestebasert brukerbetalingssystem ikke representerer noe helt nytt.

For det første, det er denne type system som gjelder i Norge for pleie- og omsorgstrengende som bor i omsorgsbolig eller egne hjem.

For det annet, i Danmark ble et tilsvarende system etablert som fast ordning fra og med 1995 for alle kommuner etter en lengre overgangsperiode.

For det tredje, de kommuner som ønsker å praktisere en tjenestebasert brukerbetalingsmodell i institusjon, har adgang til det. Forutsetningen er at samlet brukerbetaling i institusjon ikke overstiger den betaling som vederlagsforskriften hjemler.

Det er dessuten flere eksempler på at kommuner indirekte har gått over til et slikt system ved å omgjøre institusjonsplasser til omsorgsboliger med døgntilbud.

Derved åpnes muligheten for folketrygdrefusjon til utgifter til medisinsk undersøkelse og behandling og til medisiner. Dersom standarden for dette botilbudet tilfredsstiller kravene til bostøtte, kommer tilbudet også inn under bostøtteordningen. Det kan indikere at en tjenestebasert brukerbetalingssystem i en eller annen form vil tvinge seg igjennom på lengre sikt, uansett hvilke tiltak som treffes i dag.

Dagens system for bostøtte og nivået på bostøtten er imidlertid slik at bruken av en slik modell blir vanskeligere enn det opplegg som er foreslått her. Dessuten vil praktisering av en slik modell i dag – uten sentralt fastlagte rammer – kunne bidra til å skape større forskjeller fra kommune til kommune.

Sammenfatning av den tjenestebaserte brukerbetalingsmodell

Et tjenestebasert brukerbetalingssystem kan sammenfattes slik i henhold til dette forslag fra Arum, Daleng, Jensen og Johnsen:

1. Brukere i egne hjem, dvs. opprinnelig hjem eller omsorgsbolig, får tilgang til en bedre bostøtteordning. Disse brukere blir derved i stand til i større grad å bo i egne hjem, samtidig som pågangen etter institusjonsplasser kan reduseres. En slik omlegging skulle gi positive virkninger for velferden til pleie- og omsorgstrengende samtidig som offentlige finanser blir mindre presset.
2. Langtidsbrukere i institusjon (sykehjem eller aldershjem) får et selvstendig ansvar for å dekke dagliglivets utgifter og boutgiftene på samme måte som brukere utenfor institusjon. Dette krever at det innføres botilskuddsordning for institusjonene på linje med bostøtteordningen for omsorgsboliger.
   I institusjon dekkes helseutgiftene eller utgifter til medisinsk undersøkelse og behandling samt livsnødvendige medisiner, av en årlig betaling på inntil 5 000 kroner. Utenfor institusjon gjelder dagens regler med frikort på 1 290 kroner.
   Utgifter til pleie- og omsorgstiltak både i og utenfor institusjon skal være gratis for brukere med inntekt på inntil 3 ganger folketrygdens grunnbeløp. For brukere med høyere inntekt tas betaling etter nærmere regler.
   Systemet må inneholde skjermingsordninger slik at ektefelle eller samboer som fortsatt bor i eget hjem når den annen er innlagt i institusjon, kan opprettholde sin bostandard på tidligere nivå.
3. Kommunene vil få økte inntekter til pleie- og omsorgstjenester ved at brukerne gjennom egenbetaling og bostøtte/botilskudd kan dekke sine kostnader til bofunksjonen i omsorgsboliger og institusjoner.
4. Staten vil få økte utgifter til bostøtte/botilskudd ved at bostøttetaket heves til kostnadsdekkende husleie/bokostnadene etter Husbankens standardkrav for omsorgsboliger/sykehjem. Etter hvert som pensjonistenes inntekter forbedres, vil behovet for bostøtte/botilskudd reduseres.
5. Brukerne vil i stor grad likebehandles mht. brukerbetaling i forhold til inntekt uavhengig av den kommune de bor i, og uavhengig av om de mottar tjenester i institusjon eller i omsorgsbolig tilrettelagt for heldøgns omsorg og pleie.
6. Systemet vil gi kommunene insentiver til å sørge for en akseptabel standard på bofunksjonen for langtidsbeboerne i institusjonene. Staten vil gjennom kriteriene i bostøtten/botilskuddsordningen kunne kontrollere standarden i botilbudene.

15.5 VURDERING OG TILRÅDING FRA UTVALGETS MEDLEMMER ASPÅS, LINDGREN, RISAN OG VOLLAN

15.5.1 Innledning

Utvalgets medlemmer Aspås, Lindgren, Risan og Vollan vil i dette avsnittet begrunne sin vurdering av den tjenestebaserte modellen slik den er framstilt og nærmere konkretisert i *"En tjenestebasert brukerbetalingsmodell"* i kap. 12 og *"Økonomiske virkninger av de ulike modellene"* i 14, og gi sine konkrete tilrådinger når det gjelder finansierings- og brukerbetalingsordningene i pleie- og omsorgstjenesten.

Disse medlemmene ser ideologien som ligger bak den tjenestebaserte modellen som interessant. Den nærmere utredning og konkretisering av en tjenestebasert brukerbetalingsmodell – slik utvalget har gjort i *"En tjenestebasert brukerbetalingsmodell"* i kap. 12 og *"Økonomiske virkninger av de ulike modellene"* i 14 – har imidlertid etter disse medlemmers syn avdekket en rekke problematiske sider og implikasjoner ved modellen av økonomisk, fordelingsmessig, administrativ og juridisk art, som gjør at disse medlemmer ikke kan tilrå den som brukerbetalingsmodell på det grunnlag som foreligger. Disse medlemmer mener at det er flere problemstillinger som krever ytterligere utredning og konkret utprøving i praksis, før det foreligger tilfredsstillende grunnlag til å kunne vurdere modellen i sin fulle bredde. Den tjenestebaserte modellen reiser flere prinsipielle og praktiske problemer i sin konkrete utforming – problemer som en ikke lett ser ved en mer generell presentasjon av den.

Disse medlemmer viser til gjennomgang av dagens ordninger for finansiering og brukerbetaling i *"Dagens finansierings- og brukerbetalingsordninger"* i kapittel 5 og foreslår visse forbedringer i dagens ordning. Det vises til de generelle vurderinger som er gjort i utredningen, blant annet problemene knyttet til ulike betalingsordninger etter boform. Den tjenestebaserte modellen, slik den er utformet, trenger imidlertid nærmere utredning og utprøving i praksis før det foreligger tilstrekkelig grunnlag for eventuelt å kunne foreta en helhetlig vurdering av modellen. Disse medlemmer foreslår derfor en konkret utprøving av ulike sider av den tjenestebaserte modellen.

15.5.2 Vurderinger av den tjenestebaserte brukerbetalingsmodellen

Disse medlemmer viser til framstillingen i *"En tjenestebasert brukerbetalingsmodell"* i kap. 12 av en tjenestebasert modell, hvor det framgår at modellen ikke representerer vesentlige endringer i forhold til brukerbetalingssystemet utenfor institusjon. Det er først og fremst i institusjon den tjenestebaserte modellen innebærer grunnleggende endringer i forhold til det system for brukerbetaling vi har i dag.

15.5.2.1 Behovet for likt og nøytralt system

Et viktig argument for den tjenestebaserte modellen er at kommunen skal stå overfor like økonomiske rammebetingelser ved valg av sammensetning av tjenestene i pleie- og omsorgstjenesten, ved at betalings*systemet* og *-nivået* på betalingen gjøres likt i og utenfor institusjon. Bakgrunnen for dette er ønsket om at kommunens utbygging og drift av tjenestene skal tilpasses brukernes behov, og ikke kommunale lønnsomhetsbetraktninger. Disse medlemmene vil imidlertid vise til at en i utredningen ikke har funnet belegg for at forskjellige finansierings- og brukerbetalingsordninger i særlig grad har medført vesentlige vridningseffekter i kommunens og

brukernes valg av tjenester og prioriteringer, jf. *"Dagens finansierings- og brukerbetalingsordninger"* i kap. 5.

Disse medlemmer vil presisere at det i utgangspunktet er en vesentlig forskjell mellom opphold i institusjoner/boformer regulert i henholdsvis sosial- og kommunehelsetjenesteloven, og det å bo i egen bolig. I de lovregulerte boformene er man under full offentlig omsorg og mottar et helhetlig tjenestetilbud bestående av kost, losji, mat, medisiner, nødvendig helse- og sosialtjenester mv. På denne bakgrunn er det boformer hjemlet i kommunehelsetjenestelovens krav til bemanning, oppgaver som skal ivaretas osv. I egen bolig, herunder omsorgsbolig, har man som hovedregel selv ansvar for bolig og andre livsoppholdsutgifter. Det offentlige kan imidlertid også her bistå med nødvendige helse-, pleie og omsorgstjenester. Det er således slike juridiske forskjeller mellom bolig som er eget hjem og losji i institusjon/lovregulerte boformer som er av betydning – ikke den faktiske utformingen av bofunksjonen.

Driftsutgiftene for en sykehjemsplass for brukere med stor pleietyngde vil være lavere enn driftsutgiftene ved døgnkontinuerlig pleie og tilsyn i egen bolig, jf. *"Økonomiske virkninger av de ulike modellene"* i kap. 14. For mindre pleietrengende vil hjemmetjenester som regel være mindre kostnadskrevende enn opphold i sykehjem. Kommunens avgjørelser vil først og fremst baseres på slike kostnadsoverveielser og ikke minst hensynet til brukeren selv. Ulike brukerbetalings-, trygde- og bostøtteordninger er trolig relativt underordnede i denne sammenheng.

Selv om finansierings- og brukerbetalingsmessig nøytralitet kan være ønskelig på lengre sikt, er det nødvendigvis ikke slik på kort sikt. Forskjellige finansierings- og betalingsordninger i institusjon og hjemmebaserte tjenester kan være ønskelig for politiske styringsformål i en situasjon hvor det satses på utbygging av begge disse tilbudene. Dette vil kunne gi myndighetene ytterligere frihetsgrader til selektiv omsorgspolitisk stimulering. F. eks. vil det kunne vektlegges politisk at dagens trygdefinansiering og brukerbetaling for helsetjenester utenfor institusjon gir kommunene insitamenter til utbygging av omsorgsboliger, og at dette i noen grad kan være av betydning for å få en ønsket utvikling. Dersom det er ønskelig å stimulere utviklingen i pleie- og omsorgstjenestene i en bestemt retning gjennom finansielle virkemidler, vil ikke kravet om likhet være en nødvendig betingelse for kravet om prioriteringseffektivitet. Ulike finansierings- og brukerbetalingsordninger kan mao. være ønskelig for å oppnå prioriteringseffektive løsninger.

I *"Status og utvikling i sykehjem mv."* i kapittel 8 drøfter utvalget sykehjemmenes rolle i pleie- og omsorgstjenesten. Behovet for nøytrale ordninger vil avhenge av hvilken funksjon sykehjemmene skal ha i tiden framover. Det er i dag usikkert hvordan fordelingen av det totale tjenestetilbudet mellom institusjon og hjemmetjenester vil utvikle seg. Politiske signaler og tiltak viser at det satses på begge tjenesteformene. Institusjoner står i dag for en stor del av det samlede tjenestetilbudet. Selv ved en eventuell hovedsatsing på hjemmebaserte tjenester, antar disse medlemmer at institusjoner fremdeles vil utgjøre en viktig del av tjenestetilbudet i lang tid framover. I *"Status og utvikling i sykehjem mv."* i kap. 8 konkluderer utvalget med at jo mer likt tilbudet i og utenfor institusjon blir, jo større grunn vil det være å tilstrebe likhet i betalingsordningene. Behovet for likhet i betalingsordningene vil derimot være mindre, jo mindre hjemmetjenester og institusjonstjenester er alternativer til hverandre. Betalingsordningene bør i en slik situasjon tilpasses de funksjoner som skal ivaretas, og de brukergrupper som er målgruppen for tjenestene. Disse medlemmer mener det er behov for en nærmere avklaring av hvilke funksjoner og tjenester de ulike boformer skal ivareta. En nødvendig betingelse for en tjenestebasert brukerbetalingsmodell vil være at det også i framtida vil være utstrakt bruk av langtidsplasser i institusjon. Disse utvalgsmedlemmer vil i denne

sammenheng understreke og vektlegge målsettingen om at eldre og funksjonshemmede som foretrekker det, skal kunne bo hjemme. Det bør derfor også i framtida stimuleres og legges til rette for en slik utvikling.

Disse utvalgsmedlemmer konstaterer at utredningen av den tjenestebaserte modellen i *"En tjenestebasert brukerbetalingsmodell"* i kap. 12 har vist at det på grunn av en del hensyn vil være vanskelig og heller ikke ønskelig å innføre fullt ut like finansierings- og brukerbetalingsordninger i og utenfor institusjon. For å få til et helt likt system når det gjelder *finansieringsansvaret*, måtte enten kommunen overta finansieringsansvaret for helsetjenester, også utenfor institusjon, eller staten må inn og medfinansiere helsetjenester i institusjon. Ut fra praktiske og helsefaglige vurderinger har utvalget i *"En tjenestebasert brukerbetalingsmodell"* i kap. 12 ansett disse alternativene som mindre aktuelle. Når det gjelder *brukerbetalingordningene*, er det særlig praktiske hensyn som taler for at ordningene ikke blir helt like i og utenfor institusjon, selv om skillene vil bli mindre.

Ved valg av *brukerbetalingsordninger* ser disse medlemmer det som viktig å skille mellom betalings*system* og betalings*nivå*. Dersom målet er å oppnå større likhet i nivået på brukerbetalingen i og utenfor institusjon, kan dette løses også innenfor dagens ordning. Betalingen for tjenestetilbudet utenfor institusjon kan økes, eller betalingen i institusjon reduseres. Nåværende system gir slik sett full fordelingspolitisk handlefrihet, ved at kommunen innenfor maksimalsatsene kan bestemme nivået på brukerbetalingen for ulike inntektsnivåer. I den tjenestebaserte brukerbetalingsmodellen har en i mindre grad dette virkemidlet, siden denne ordningen bare delvis vil være inntektsgradert. Forsøksordninger og annet videre arbeid kan eventuelt åpne muligheten for å bevare denne fordelingspolitiske handlefriheten også innenfor et tjenestebasert system.

I den tjenestebaserte modellen skal alle betale et fast beløp for helsetjenester i institusjon uavhengig av eget forbruk. Utenfor institusjon skal det betales som i dag, jf. *"Dagens finansierings- og brukerbetalingsordninger"* i kap. 5. Brukerbetalingssystemet blir derfor fortsatt ulikt. Det er også usikkert om betalingsnivået for den enkelte vil bli mere likt enn i dag, i og med at betalingen i institusjon er uavhengig av den enkeltes forbruk av helsetjenester.

En konsekvens av den tjenestebaserte modellen er at prisen for bofunksjonen vil måtte variere med standard og størrelse. Dette vil kunne bety ulikhet i nivået på betalingen ikke bare i og utenfor institusjon, men også innen den enkelte institusjon og den enkelte kommune. Separat betaling for bofunksjonen, også i institusjon, etter prinsippene skissert i *"En tjenestebasert brukerbetalingsmodell"* i kap. 12, forutsetter at det kan gis bostøtte i institusjon. Gjeldende bostøtteordning omfatter ikke, og vil heller ikke kunne utvides til å omfatte, eksisterende institusjoner pga. krav til boligens størrelse og utforming. Skal bostøtteordningen i institusjon utformes slik at den reduserer den enkeltes behov for totalskjerming, jf. *"Totalskjerming"* i avsnitt 12.7 og *"Vurdering og tilrådning fra medlemmene Arum, Daleng, Jensen og Johnsen"* i 15.4, vil den også måtte være prinsipielt forskjellig fra bostøtteordningen utenfor institusjon. Formålet med gjeldende bostøtteordning er ikke totalskjerming, men å skjerme lavinntektsgrupper mot høye boutgifter. Gjeldende bostøtteordning tar således ikke hensyn til øvrig utgiftsbelastning.

Samme *betalingssystem* for pleie og omsorg i og utenfor institusjon i den tjenestebaserte brukerbetalingsmodellen slik den er utformet i *"Vurdering og tilrådning fra medlemmene Arum, Daleng, Jensen og Johnsen"* i avsnitt 15.4, vil etter disse medlemmers syn kunne bidra til å forsterke forskjellene i *betalingsnivået* for slike tjenester i og utenfor institusjon. Forklaringen på dette er at det foreslås at betalingstaket for institusjonsbeboere med inntekt over 3 G, fastlegges slik at de betaler mer enn brukere med samme inntekt utenfor institusjon.

Prisen på mat og andre daglige utgifter skal i den tjenestebaserte modellen kunne variere med standard og forbruk. I utgangspunktet vil dette bety samme prinsipper for betaling i og utenfor institusjon. Når det åpnes for at kommunene kan tilby «pakkeløsninger» i institusjon for å forenkle praktiseringen av ordningen, er det usikkert i hvilken grad omleggingen faktisk vil bety større likhet i betalingsnivået i og utenfor institusjon.

Etter disse utvalgsmedlemmers syn vil det derfor også med den tjenestebaserte modellen, slik den er utformet, fortsatt være et formelt skille både i finansieringen og brukerbetalingen, avhengig av om tjenestetilbudet mottas i eller utenfor institusjon.

15.5.2.2 System tilpasset brukerne

Det brukerbetalingssystem en skal ha, må være tilpasset brukerne. I dag har anslagsvis 60–70 prosent av beboerne på sykehjem en alvorlig kognitiv svikt, der en stor del av disse har mer eller mindre omfattende somatiske sykdommer. I tillegg er en ikke ubetydelig andel av de øvrige betydelig preget av somatisk sykdom. Disse vil ha vanskeligheter med å forholde seg til et system som i stor grad legger opp til egne valg gjennom brukerbetalingsordningene. Det vises i denne forbindelse til Åse Marit Nygårds (NOVA) uttalelse om disponering av egne ytelser for personer med alvorlig kognitiv svikt i *"Status og utvikling i sykehjem mv."* i kap. 8.

Brukermedvirkning vil være avhengig av en rekke faktorer og kan oppnås på ulike måter. Brukermedvirkning gjennom brukerbetaling forutsetter at den enkelte har en reell valgmulighet. Det har de ofte i dag ikke, bl.a. fordi tjenestetilbudet er begrenset både geografisk og med hensyn til alternativer. I en situasjon hvor man er svært syk, vil det dessuten sjelden være snakk om at den enkelte kan foreta denne typen valg. Videre vil det i et system hvor tjenestetilbudet er begrenset og hvor det offentlige tildeler tjenestetilbud til den enkelte etter en faglig vurdering av behov, være nødvendig at det er det offentlige har innflytelse over hvor den enkelte skal motta tjenestetilbud og forbruk av tjenester.

Selv om brukerbetalingsordninger i institusjoner etter disse medlemmenes syn vil ha begrenset effekt på brukermedvirkningen, kan det være interessant å se nærmere på effekten av en tjenestebasert modell ut fra dette hensyn, jf. avsn. 15.3.4, blant annet gjennom at det vil være et økt samsvar mellom det en mottar og betaler for.

15.5.2.3 Økonomiske forhold

Etter disse medlemmers syn er det flere problemer av økonomisk og fordelingsmessig art knyttet til en tjenestebasert modell. Det er en klar forutsetning for en slik modell at det fortsatt skal være skjermingsordninger som er like gode som dagens ordninger. Disse skjermingsordningene vil være nødvendige for at den enkelte skal bli i stand til å makte utgiftsnivået knyttet til endrede prinsipper for finansieringen. Modellen innebærer videre at en i større grad overfører finansieringsansvaret knyttet til bofunksjonen, både i kommunens egne institusjoner og i åpen omsorg, fra kommunen til staten. Disse medlemmer vil nedenfor gi en nærmere utdyping av sin vurdering av disse økonomiske og fordelingsmessige virkningene av en tjenestebasert brukerbetalingsmodell.

Inntekts- og fordelingsvirkninger

Bakgrunnen for utvalgets arbeid har vært de demografiske utviklingstrekk som er skissert blant annet i Velferdsmeldingen. Utviklingen i befolkningens alderssam-

mensetning innebærer at det fram mot år 2030 vil være en kraftig vekst i eldrebefolkningen, og særlig i gruppen personer over 80 år. Dette vil innebære en kraftig økning i etterspørselen etter pleie- og omsorgstjenester. En slik utvikling vil bety en ikke ubetydelig vekst i de offentlige utgiftene til pleie- og omsorgstjenester, og stille samfunnet overfor betydelige økonomiske utfordringer. Det vil derfor etter disse medlemmenes syn være uheldig å foreslå ordninger som vil bety svekkede offentlige finanser, ved at velstående brukere får redusert sin brukerbetaling i forhold til gjeldende ordninger.

Inntektene fra brukerbetalingen i institusjonene vil i den tjenestebaserte brukerbetalingsmodellen bli lavere enn etter vederlagsforskriften. Det følger av forutsetningen om at alle med «lav» inntekt skal komme likt ut i forhold til i dag, mens alle med høyere inntekt vil få en til dels betydelig lettelse. Det er mindre muligheter til å justere sistnevnte forhold vesentlig, når muligheten for å inntektsgradere betalingen er begrenset.

Etter utvalgets beregninger har i dag om lag 70 pst. av institusjonsbeboerne så lav inntekt at de i praksis må skjermes etter vederlagsforskriftens prinsipper i den tjenestebaserte brukerbetalingsmodellen. Et stort flertall vil altså måtte få unntak fra en ordning som er ment å gjelde alle brukerne. For disse vil med andre ord vederlagsforskriften fortsatt måtte gjelde i praksis. Selv om det gradvis vil bli færre som omfattes av vederlagsforskriftens utregningsmåte, vil den i framtida ikke kunne avskaffes helt. Disse medlemmer ser det som problematisk at en tjenestebasert modell innebærer en sosial profil som bryter med de fordelingshensyn som et bredt politisk flertall legger til grunn. I en tenkt situasjon hvor en går til rask innføring av endringer som innebærer en betalingslettelse for «velstående», vil det være vanskelig å argumentere for at de med lavere betalingsevne ikke også skal få redusert brukerbetaling.

Statlige og kommunale utgifter

I den tjenestebaserte brukerbetalingsmodellen er det lagt til grunn at dagens bostøtteordning må utvides til å omfatte beboere med lave inntekter i institusjon. Med bakgrunn i at om lag 70 pst. av institusjonsbeboerne har så lav inntekt at de i praksis må skjermes etter vederlagsforskriften, har utvalget i *"En tjenestebasert brukerbetalingsmodell"* i kap. 12 og *"Økonomiske virkninger av de ulike modellene"* i 14 sett på mulige tiltak for å redusere behovet for totalskjerming, herunder gratis pleie og omsorg for institusjonsbeboere med inntekt under 3 G, økning av de øvre grensene for boutgifter og økning av dekningsprosenten opp mot 100 prosent. Disse medlemmene vil også påpeke at gratis pleie og omsorg for brukere med inntekt under 3 G, er mindre egnet som virkemiddel for å redusere behovet for totalskjerming i institusjon. I *"Økonomiske virkninger av de ulike modellene"* i kap. 14 er dette beregnet til å redusere behovet for totalskjerming med bare om lag 2 pst. Dersom inntektstapet som følge av gratis tjenester for brukere med inntekt under 3 G, skal kompenseres med økt betaling for de med inntekt over 3 G i institusjon, må brukerbetalingen for denne inntektsgruppen økes med ca. 140 pst i år 2030.

I *"En tjenestebasert brukerbetalingsmodell"* i kap. 12 og *"Økonomiske virkninger av de ulike modellene"* i 14 er det redegjort for at en endring i bostøtteordningen slik at den også vil gjelde i institusjon, vil medføre en økning i utbetalingen av bostøtte på om lag 650 mill. kroner. Dersom tilsvarende endringer også gjøres gjeldende utenfor institusjon, vil dette totalt sett innebære en økning i utbetalingene til bostøtte på om lag 2 100 mill. kroner.

Disse medlemmer vil påpeke at en sterk økning av bostøtten vil være en nødvendig, men ikke tilstrekkelig betingelse for å kunne tilrå den tjenestebaserte bruker-

betalingsmodellen. Bostøtteordningen vil imidlertid ikke være tilstrekkelig for å sikre at ingen av brukerne kommer dårligere ut enn etter dagens vederlagsforskrift for institusjonene. Det vil fortsatt være behov for en totalskjermingsordning i sykehjem og aldershjem mv.

En utvidelse av gjeldende bostøtteordning i form av økning av øvre boutgiftstak og dekningsprosent opp mot 100 for å skjerme beboere med lave inntekter, vil for det første innebære at en overfører en stor del av ansvaret for boligfinansiering fra kommunene til staten. Med en dekningsprosent på 100 vil staten dekke utgiftene til bofunksjonen i sin helhet, eventuelt med unntak av en egenandel for brukeren. Dette innebærer en betydelig endring i ansvarsfordelingen mellom stat og kommune. Det vil sannsynligvis virke kostnadsdrivende ved at man får en overvelting av kostnader fra kommune til stat gjennom en form for tredjepartsfinansiering. I tillegg vil en slik fordeling av ansvar kunne gjøre det vanskelig for kommunen å planlegge de økonomiske konsekvenser ved en investering, siden finansieringen gjøres avhengig av beboerens inntekter.

Disse medlemmer vil peke på at staten i dag gir både tilskudd og rimelige lån til kommuner for å stimulere til bygging av omsorgsboliger og sykehjem av kvalitativ god standard. Opp mot 2 000 omsorgsboliger og om lag 900 sykehjemsplasser bygges årlig. Disse medlemmer vil gjøre oppmerksom på at denne kombinasjonen av virkemidler, sammen med bostøtteordningen, har bidratt til at boligdelen av pu–reformen er blitt en suksess. En omlegging av denne virkemiddelbruken med en ensidig satsing på bostøtten, vil etter disse medlemmers syn både på kort og lang sikt kunne svekke det øvrige boligpolitiske opplegget rettet mot funksjonshemmede og eldre. Blant annet vil dette kunne innebære at funksjonshemmede blir mer avhengig av årlig statlig støtte enn de er i dag. I dag kan funksjonshemmede få opp-til 50 prosent av godkjente kostnader som tilskudd ved investering i en bolig og dermed bli mindre avhengig av en årlig statlig støtte. Denne tilskuddsordningen blir dermed overflødig ved den skisserte utvidingen av bostøtteordningen.

Institusjonene tilfredsstiller i dag ikke standard og størrelseskrav i dagens bostøtteordning. En egen bostøtteordning for institusjoner hvor det vil måtte stilles krav til bofunksjonen for å komme inn under bostøtteordningen, forutsetter en sterk investeringsaktivitet i kommunene på dette området over en 5–års periode. Kostnadene ved investeringene overføres til staten gjennom bostøtteordningen. Disse medlemmer vil peke på at det er en liten andel boenheter av i alt 43 000 enheter i institusjoner og andre boformer hjemlet i hhv. kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven, som oppfyller de fastsatte kravene til bofunksjonen for å få oppstartingstilskudd til nye sykehjemsplasser fra Husbanken. Hvis alle eksisterende institusjonsplasser skal ombygges til dagens standard og størrelseskrav til nye sykehjemsplasser, vil dette innebære en betydelig investeringskostnad i den foreslåtte femårsperioden. Et meget grovt anslag på den samlede investeringskostnaden om alle eksisterende plasser skal oppgraderes til denne standarden vil være 10 000–20 000 mill. kroner. Utbedringskostnaden for å oppgradere eksisterende institusjonsplasser, varierer fra 100 000 kroner til kostnaden knyttet til et nytt sykehjemsrom, dvs. ca. 830 000 kroner. Hvis andre og mindre standardkrav enn de som i dag stilles for å få oppstartingstilskudd til nye sykehjemsplasser skal legges til grunn, vil selvfølgelig investeringskostnaden kunne bli noe mindre.

Skattefinansierte pleie- og omsorgstjenester

Disse medlemmer vil peke på at kostnadene til pleie- og omsorgstjenesten i kommunene i dag er om lag 24 milliarder kroner. Tar en kun hensyn til den demografiske utviklingen, vil utgiftene til pleie- og omsorgstjenesten være 41 mil-

liarder kroner i 2030. Det er et viktig punkt i utvalgets mandat at den framtidige finansiering av velferdsoppgavene skal ivaretas gjennom hensiktsmessige brukerbetalingssystemer.

Inntektsnivået blant alderspensjonister vil øke sterkt i årene framover, blant annet som en følge av at utbetalingene fra folketrygden vil stige. En slik utvikling gjør at flere pensjonister i framtida vil være i stand til å betale mer for de pleie- og omsorgstjenester de mottar enn de gjør i dag, og slik bidra til at brukerbetalingen kan finansiere en større andel av de samlede utgiftene til pleie- og omsorgstjenestene.

Disse medlemmer anser på denne bakgrunn et alternativ med helt ut skattefinansierte pleie- og omsorgstjenester som lite aktuelt og peker på at en begrenset brukerbetaling, relatert til den enkeltes økonomiske midler og forbruk, gir en god ressursutnyttelse og fordeling. Selv om det samlede bidraget fra brukerbetaling ikke vil utgjøre en stor del av de totale utgiftene til pleie- og omsorgstjenestene, er bidraget like fullt verdifullt. Ved at offentlige forpliktelser kun finansieres via ordinær beskatning, reduseres antall inntektskilder til velferdsinnsats. Det medfører også kostnader å øke det generelle skattenivået, jf. omtale i *"Drøfting av sentrale mål, begreper og hensyn"* i kap. 3. Selv om det generelle skattesystemet har gode effekter på fordeling, kan bruk av dette alene gi en dårligere fordelingsprofil totalt sett enn om brukerbetaling benyttes som et supplement. Det betinger at en utformer brukerbetalingen slik at de med de høyeste inntektene og det høyeste forbruket betaler mest. Brukerbetaling kan videre sikre bedre fordeling internt i pensjonistgruppa, gitt at skjermingsreglene sikrer pensjonister med lave inntekter og høyt forbruk.

Synliggjøring av kostnader

Etter disse medlemmenes syn kan både forhold knyttet til synliggjøring av kostnader og effektiv ressursbruk i kommunesektoren i stor grad oppnås uavhengig av brukerbetalingsmodell. Det vises her blant annet til at Kommunal- og arbeidsdepartementet forbereder utprøving av et prosjekt i flere kommuner som blant annet har til hensikt å synliggjøre kostnader og bidra til en mer effektiv utnyttelse av kommunale ressurser. Disse medlemmer vil likevel peke på at en tjenestebasert modell i noen grad vil synliggjøre kostnadene bedre for brukerne i og med at både betaling for bofunksjonen og mat og daglige utgifter avspeiler kostnaden med å produsere tjenesten. Hvilke effekter dette vil få for brukernes tilpasninger på lengre sikt, vil være interessant å se nærmere på i forbindelse med et forsøksopplegg.

15.5.2.4 Juridiske forhold

Forholdet til husleieloven

Som beskrevet i *"En tjenestebasert brukerbetalingsmodell"* i kap. 12, omfatter ikke husleieloven institusjonslignende tilbud hvor behandlings- og pleiebehovet- og ikke boligleieforholdet – er det primære formål med tilbudet. Husleielovens bestemmelser gjelder imidlertid for kommunale utleieboliger spesielt tilrettelagt for eldre og funksjonshemmede. Siden avveiningen mellom utleiers og leiers interesser er en annen i spesialtilpassede kommunale utleieboliger enn i ordinære leieforhold, er det i husleieloven gitt en rekke unntaksbestemmelser for slike boligleieforhold. Særreguleringen begrenser leietakerens rettigheter. For eksempel er det ikke adgang til å ta opp i husstanden ektefelle eller slektninger, husstandsmedlemmer har ikke rett til å overta leieforholdet ved leierens død og bytteretten gjelder ikke.

Som beskrevet i *"Status og utvikling i sykehjem mv."* i kap. 8 vil en forutsetning for innføring av den tjenestebaserte modellen, med bl.a. separat betaling for bofunksjonen, være at tjenestetilbudet i og utenfor institusjon er alternativer til hverandre. I en slik situasjon kan det være vanskelig å avgjøre om det er behovet for spesialtilpasset bofunksjon eller behovet for pleie og behandling som er det primære formålet med oppholdet i institusjon. Det blir da vanskelig å oppstille allmenngyldige definisjoner for hvor husleieloven skal gjelde. Det kan oppfattes som urimelig at boligleieforholdet ikke reguleres på samme måte i og utenfor institusjon om tjenestetilbudene i større grad er like, og alternativer til hverandre og brukerbetalingssystemet også legges opp i forhold til dette.

Hvis institusjonstilbudet derimot innrettes mot mer helserettede oppgaver, slik at tjenestetilbud i og utenfor institusjon ikke blir alternativer til hverandre, er disse utvalgsmedlemmer av den oppfatning at det er behandlingsbehovet og ikke boligleieforholdet og husleieloven som bør regulere forholdet mellom beboer og institusjonen.

Andre bostøtteregler

Som påpekt i *"En tjenestebasert brukerbetalingsmodell"* i kap. 12, forutsetter den tjenestebaserte brukerbetalingsmodellen særskilte regler for bostøtte i institusjonene. Gjeldende regelverk for bostøtteordningen stiller krav utover at det skal være en bolig (dvs. strengere avgrensning enn husleielovens definisjon av bolig, jf. avsnitt over). Det kreves i dag at boligen skal være selvstendig, dvs. at boligen skal inneholde mulighet for å dekke alle funksjoner en boenhet skal ha. Boligen skal ha oppholdsrom med kjøkken, separat soverom med vindu og sanitærrom med dusj og wc. I tillegg stilles det arealkrav og krav om atkomstmuligheter. Utvidelse av bostøtteordningen til å omfatte også institusjoner vil således forutsette særskilte regler i bostøtteordningen og bl.a. forutsette presise avgrensninger i forhold til hvilke boliger som skal omfattes av ordningen, krav til boligens utforming m.m.

En klar avgrensning av hva som er institusjonslignende boformer, dvs. boformer hjemlet i hhv. kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven, og hva som er å anse som egen bolig/ikke lovregulert boform, vil således være viktig i forhold til ulike boligsubsidieringsordninger i og utenfor institusjon i den tjenestebaserte modellen.

En klar avgrensning av hva som er institusjonslignende boformer og hva som er egen eller spesialtilpasset bolig, vil også være viktig for å avklare ansvar for finansieringen av helsetjenester samt for personellmessige og funksjonelle krav knyttet til de ulike boformene i dag.

Rettssikkerheten for personer med alvorlig kognitiv svikt

Den tjenestebaserte brukerbetalingsmodellen forutsetter i større grad enn dagens ordning at den enkelte vurderer sitt behov for tjenester og at det skal betales i forhold til dette. Innsikt og forståelse er et vilkår for å kunne gi informert samtykke. Personer med alvorlig kognitiv svikt vil ikke ha den nødvendige innsikt og forståelse i forhold til egen situasjon til å oppfylle de alminnelige krav til samtykke. For å ivareta rettssikkerheten til personer med alvorlig kognitiv svikt, må derfor systemet med verger og hjelpeverger dras sterkere inn enn i dag i forhold til valg av tjenestetilbud og betaling for dette. For å ivareta interessene til gruppen personer med alvorlig kognitiv svikt, bør det derfor etter disse utvalgsmedlemmenes syn avklares om det er ønskelig og praktisk gjennomførbart å trekke verger og verge-

systemet så sterkt inn som det kan vise seg nødvendig å gjøre i den tjenestebaserte brukerbetalingsmodellen.

15.5.2.5 Administrative forhold

Den tjenestebaserte brukerbetalingsmodellen vil etter disse medlemmer syn på mange måter framstå som mer komplisert enn vederlagsforskriften for institusjonene. Betalingen deles inn i fire deler og kommunene må beregne og fastsette brukerbetalingen for de ulike komponentene. I tillegg må administrasjonen på institusjonene være behjelpelig med søknader om bostøtte for beboere med lave inntekter.

Skjermingsordningene som skal sikre at ingen kommer dårligere ut enn etter vederlagsforskriften, innebærer at kommunen og brukerne må forholde seg til to beregninger samtidig. Kommunene må i tillegg til beregning av brukerbetaling for de ulike kostnadselementene, også beregne vederlaget etter vederlagsforskriften. Dette vil kunne bli et ressurskrevende administrativt arbeid for kommunen. Dette er imidlertid et problem som på lengre sikt vil bli mindre, ettersom behovet for totalskjerming blir mindre når beboernes inntekter øker.

Den tjenestebaserte brukerbetalingsmodellen vil trolig innebære oppnevning av flere verger for personer med alvorlig kognitiv svikt og brukere som ikke er i stand til å disponere sin egen økonomi. Dette vil være en administrativ merbelastning i forhold til dagens ordning.

15.5.2.6 Oppsummering

Utvalgsmedlemmene Aspås, Lindgren, Risan og Vollan har gjennom sitt arbeid i utvalget kommet til at det ikke foreligger tilstrekkelig grunnlag til å foreslå omfattende endringer i brukerbetalingsordningen i institusjon, og at det er behov for ytterligere utredninger og uttesting av alternative løsninger.

En en del av virkningene av den tjenestebaserte brukerbetalingsmodellen er usikre. Blant annet har en ikke god nok oversikt over de økonomiske konsekvensene verken når det gjelder virkninger for staten, kommunene eller brukerne. Det er her et spesielt problem at de fordelingsmessige virkningene av modellen synes å gå i feil retning ved at brukere med god økonomi vil få sterkt redusert brukerbetaling. Et annet problem er at om lag 60–70 pst. av institusjonsbeboerne i dag er personer med alvorlig kognitiv svikt og at om lag en tilsvarende andel av beboerne i dag vil komme inn under en totalskjermingsordning, slik at en ikke får realisert målene om bl.a. valgfrihet, innflytelse gjennom betaling og synliggjøring av kostnader for disse.

Disse medlemmer vil imidlertid framheve at en tjenestebasert brukerbetalingsmodell har flere positive sider og at flere av de skisserte problemene vil kunne la seg løse på lengre sikt. Framskrivningene i *"Finansiering, ressursbruk og utvikling"* i kapittel 4 viser at de store brukergruppene vil få en klar forbedring av sine inntekter. Det er videre grunn til å anta at disse brukerne vil ha andre forventninger og stille andre krav til tjenestetilbudet enn mange av dagens brukere. I en slik situasjon vil grunnlaget for valgfrihet og innflytelse gjennom brukerbetaling kunne være bedre til stede enn i dag, selv med eventuelle sjablonmessige betalingsregler, og spesielt dersom en i mellomtiden har funnet gode alternativer til de sjablonmessige reglene som det i dag er vanskelig å komme utenom.

I et slikt framtidig perspektiv mener disse medlemmer at prinsippene som en tjenestebasert modell bygger på, vil kunne være gunstige. Det anses derfor som vik-

tig at en viderefører arbeidet med å løse de problemene som dette utredningsarbeidet ikke har gitt svar på, bl.a. gjennom en konkret utprøving av sider av modellen.

15.5.3 Nærmere om utprøving av en tjenestebasert modell

15.5.3.1 Generelle vurderinger

Disse medlemmer er, på bakgrunn av det utredningsarbeidet som utvalget har gjennomført, kommet til at en tjenestebasert brukerbetalingsmodell reiser flere prinsipielle og praktiske problemer som det er redegjort nærmere for tidligere i dette avsnittet. Problemene er etter disse medlemmers syn av en slik karakter at de ikke finner å kunne ta stilling til om en slik modell er hensiktsmessig som framtidig brukerbetalingsordning innen pleie- og omsorgstjenesten, før viktige sider av den har vært utprøvd i kommuner og tilfredsstillende evaluert. Disse medlemmer tilrår dermed en konkret utprøving av ulike sider av modellen.

15.5.3.2 Premisser og opplegg for en utprøving

Etter gjeldende regelverk for forsøksvirksomhet i offentlig forvaltning kan det settes i gang forsøk når formålet er å utvikle funksjonelle og effektive organisasjons- og driftsformer eller komme fram til en hensiktsmessig oppgavefordeling mellom forvaltningsorganer og -nivåer. I forarbeidene til lov om forsøk i offentlig forvaltning av 1992 (forsøksloven) uttales at det normalt vil være vanskelig å fastslå i hvilken grad målsettingen med en endring kan nås før dette er gjennomført. Det framholdes at dette særlig gjelder i en situasjon preget av usikkerhet med hensyn til valg av handlingsalternativer. På denne bakgrunn uttales det i forarbeidene at det ikke bør stilles for strenge krav til sannsynliggjøring av de effekter en ønsker å oppnå. Disse medlemmer er av den oppfatning at siden brukerbetalingsordningene på dette området nå er gjenstand for nærmere vurdering, vil vilkårene for å prøve ut elementer i eller en samlet tjenestebasert brukerbetalingsmodell følgelig være til stede.

Lov om forsøk i offentlig forvaltning åpner for at det for en periode kan gjøres avvik fra gjeldende lovgivning om oppgavefordeling mellom forvaltningsnivåer og avvik fra statlige kontrollordninger. Det kan imidlertid ikke gjøres unntak fra gjeldende regler dersom det vil innebære innskrenkninger av rettigheter eller utvidelse av plikter som den enkelte har etter lovgivningen. Ved utprøvingsvirksomhet på dette området må det spesielt tas hensyn til det faktum at en stor del av beboerne i institusjon er personer med alvorlig kognitiv svikt, og av den grunn ikke er i stand til å ivareta sine interesser eller foreta valg i forhold til ulike tilbud. Rettssikkerheten for denne gruppen må derfor sikres på en forsvarlig måte. Forsøksloven er ufravikelig med hensyn til å godkjenne forsøk som avviker fra forvaltningslovens saksbehandlingsregler. I et forsøk må derfor kravene til saksbehandling i kommunen og eventuelt klageinstanser være sikret på en minst like god måte som i dag. Forsøksloven stiller videre krav til at det skal utarbeides nærmere regler for gjennomføringen av de enkelte forsøk. Disse skal erstatte de regler som det eventuelt må godkjennes avvik fra. Reglene må godkjennes av Kommunal- og arbeidsdepartementet.

Disse medlemmer legger vekt på at forsøkslovens prinsipper og retningslinjer skal ligge til grunn for den utprøvingen som tilrås. Disse medlemmer har ikke funnet det hensiktsmessig å utarbeide et konkret opplegg eller detaljerte retningslinjer for en utprøving. Dette bør en avklare nærmere når det på bakgrunn av denne utredningen og den påfølgende høringsrunde blir avklart om, og eventuelt hvordan, det skal arbeides videre med en nærmere konkretisering av en utprøvingsvirksomhet som disse medlemmer har foreslått. En vil likevel presisere at utprøvingen bør være

statlig ledet, men slik at staten samarbeider med kommunene om et opplegg for utprøving. Primært bør det være kommuner som melder sin interesse som gjennomfører utprøvingsvirksomheten. Det legges videre til grunn at de ulike problemstillingene som ønskes analysert i et slikt opplegg, er godt spesifisert. Det må videre foreligge en klar tidsramme for utprøvingen, det må være klarlagte økonomiske rammer, og det må utarbeides et opplegg for jevnlig evaluering, blant annet ved hjelp av spørreundersøkelser.

Disse medlemmer vil henlede oppmerksomheten på spørsmål som det vil være spesielt aktuelt og viktig å få utprøvd nærmere:

Brukerbetaling for boligfunksjonen

Det er særlig to forhold som det er interessant å se nærmere på når det gjelder boligdelen i tjenestebasert modell. Det første spørsmålet går på ulike virkninger av en ordning med husleie i institusjoner (sykehjem og aldershjem). Det andre spørsmålet gjelder innføring av en bostøtteordning til også å omfatte institusjoner og hvordan en slik ordning faktisk vil fungere som en skjermingsordning. På kort sikt vil det være spørsmål om hvordan bostøtten faktisk vil fungere som skjermingsordning overfor husstander med kombinasjon av lave inntekter og høye boutgifter. Mer langsiktige virkninger må belyses på annen måte enn gjennom utprøving og forsøk.

En synliggjøring av boligkostnadene gjennom innføring av husleie, kan på sikt få husstander til i større grad enn i dag å tilpasse sitt boligkonsum slik at det kan gis pleie og omsorg i eget hjem. Husleien vil variere etter standarden på botilbudet. Dette kan påvirke hvordan den enkelte disponerer sin formue og midler for øvrig. Mer langsiktige atferdsvirkninger både for kommuner og beboere kan imidlertid vanskelig belyses gjennom direkte utprøving. Annen kartlegging, med utgangspunkt bl.a. i utviklingstrekk innen brukergruppene og administrativ erfaring i ulike deler av kommune-Norge, kan bidra til en bredere belysning også av sannsynlige langtidsvirkninger av en omlegging.

Brukerbetaling for helsetjenester

Når det gjelder brukerbetaling for helsetjenester, er det ønskelig å få belyst praktiske og administrative sider ved en ordning der de prinsipper som ligger til grunn for brukerbetalingen i egne hjem/omsorgsboliger, blir anvendt for beboere i institusjon. Følgende spørsmål vil være viktig å få belyst:

– muligheter og problemer når det gjelder registrering av forbruk av helsetjenester
– virkninger på selve driften av institusjonene og virkninger på kostnadsutviklingen
– virkninger på fleksibilitet og kvalitet i helsetilbudet
– virkninger på forholdet mellom kurativ og forebyggende virksomhet

I framtida kan det også tenkes forsøksvirksomhet på aktivitetsbasert finansiering i sykehjem basert på et DRG–begrep.

Brukerbetaling for pleie og omsorg

Her kan det være aktuelt å få belyst en ordning der alle betaler et fast inntektsavhengig beløp for slike tjenester. Begrunnelsen for et fast beløp er at alle som bor i institusjon, mottar svært mye pleie og omsorg. Andre alternativer kan også være aktuelle.

Det kan videre være ønskelig å belyse et opplegg hvor man reduserer brukerbetalingen for pleie og omsorg når pårørende går inn og deltar i ulike pleie- og omsorgsfunksjoner, og avlaster det offentlige hjelpeapparat for visse funksjoner.

Brukerbetaling for mat og andre daglig utgifter

I beskrivelsen av denne modellen har en lagt til grunn at selvkost vil danne grunnlaget for hva den enkelte skal betale. Her kan en tenke seg å få belyst hvordan ordninger med stykkprisbasert og forbruksbasert betaling vil kunne fungere, ev. andre måter å utforme betalingssystemene på.

Det finnes forskjellige typer sykehjem i Norge i dag. Disse kan ha et forskjellig tilbud til sine beboere når det gjelder tjenester som kan tenkes å falle inn under dette kategorien. Det finnes varer og tjenester som er en obligatorisk del av institusjonens tilbud og det finnes et ikke-obligatorisk tilbud som alle eller deler av beboerne nyter godt av. Betalingsprinsippene vil kunne være forskjellige ut fra hvilke typer tjenester det er snakk om, jf. omtale i *"Bofunksjonen"* i avsnitt 12.2. I utprøvingsøyemed er det viktig å kartlegge hvilket tilbud av mat og dagliglivets tjenester som bør inngå i det obligatoriske tilbudet.

Generelle spørsmål som ønskes belyst

Utgangspunktet for forsøkene er hovedsakelig å belyse om betalings- og finansieringsordningene illustrert i omtalen av den tjenestebaserte modellen oppleves som meningsfylte for brukerne, pårørende, de ansatte og kommunene, og om ordningene er praktiserbare. En kan starte dette arbeidet helt enkelt ved å begrense utprøvingen til hvordan et stykkprisbasert/forbruksbasert system for betaling av mat og andre dagligdagse utgifter oppleves å fungere av de nevnte aktører. En slik omlegging kan eventuelt tilpasses vederlagsforskriften. En trenger ikke gå over til en tjenestebasert modell for å få dette til hvis det er ønskelig. Utprøvingen kan videre utvides til også å omfatte de andre elementene.

Før en utprøving settes i gang, er det nødvendig å ta stilling til hvem den skal gjelde for. Hvis alle persongrupper er med, bør personlige verger og/eller fagpersonell inn og ta nødvendige avgjørelser for dem som ikke kan ta slike valg selv.

15.5.3.3 Oppsummering vedrørende utprøving av en tjenestebasert modell

Disse medlemmer har ovenfor argumentert for at det bør skje en utprøving av ulike elementer i eller en mer samlet tjenestebasert brukerbetalingsmodell slik denne er konkretisert i *"En tjenestebasert brukerbetalingsmodell"* i kapittel 12. Etter disse medlemmers syn bør en slik utprøving finne sted i et samarbeid mellom statlige myndigheter og interesserte kommuner. Disse medlemmer tenker seg *ikke* at det skal utarbeides en egen lov som skal kunne hjemle slik utprøvingsvirksomhet. Utprøvingen bør kunne skje med hjemmel i lov om forsøk i offentlig forvaltning. Dette innebærer bl.a. at denne utprøvingen må sikre at den totale skjermingsordning som ligger i vederlagsforskriften vil måtte tilfredsstilles slik at beboere i institusjoner som inngår i slik utprøving, ikke kommer dårligere ut økonomisk enn det som følger av vederlagsforskriftens bestemmelser. Dette innebærer bl.a. at man i de ulike utprøvingsoppleggene må ha avklart på forhånd hvordan forholdet mellom enkeltskjerming for de ulike kostnadselementene skal være i forhold til totalskjermingsordningen.

15.5.4 Vurdering av dagens finansierings- og brukerbetalingsordning med endringer

15.5.4.1 Generelle merknader

Alternativet til innføring av en tjenestebasert modell er å foreta justeringer i dagens modell og videreføre denne. I *"Dagens brukerbetalingsmodell og endringsmuligheter"* i kap. 13 er det skissert løsninger innenfor dagens ordning i forhold til problemene beskrevet i *"Dagens finansierings- og brukerbetalingsordninger"* i kap. 5. Utvalgsmedlemmene Aspås, Lindgren, Risan og Vollan mener det kan være hensiktsmessig å se nærmere på virkningene av justering av i dagens modell. Først når det foreligger ytterligere utredning om virkninger av begge alternativer – dvs. en tjenestebasert modell og en justering av dagens modell – foreligger det grunnlag for en evaluering av modellenes egenskaper i forhold til hverandre.

Ved utredning av et alternativt finansierings- og brukerbetalingssystem tas det utgangspunkt i problemer med dagens ordning. Det er da lett å miste av syne de positive egenskaper ved nåværende ordninger. Dagens modell har etter disse utvalgsmedlemmenes syn en rekke positive sider som det kan være ønskelig å videreføre. Dagens brukerbetalingsordning er på en rekke punkter svært godt egnet til å ivareta de overordnede målene for de kommunale pleie- og omsorgstjenestene i årene framover, slik de skisseres i Velferdsmeldingen. De overordnede målene er fortsatt å sørge for at alle får et tilfredsstillende og mest mulig likeverdig tilbud uavhengig av bosted, inntekt og sosial status. Disse utvalgsmedlemmer vil framheve at dagens brukerbetalingsmodell med eventuelle justeringer kan ivareta disse målsettingene og krav til framtidige finansierings- og brukerbetalingsordning.

15.5.4.2 Lik betaling mellom kommuner

Velferdsmeldingen og foredraget til utvalgets mandat framhever at likhet i brukerbetalingen mellom kommuner er en målsetting for framtidig brukerbetalingssystem. Dagens til dels store variasjoner i brukerbetalingsordninger og nivå utenfor institusjon er ikke ønskelige, selv om ordningene forutsettes å være slik at de ikke legger bindinger på kommunenes organisering og prioritering av tjenestetilbudet. Dagens brukerbetalingsordning i institusjon vil gjennom sentralt fastsatt forskrift om maksimal brukerbetaling og skjerming i forhold til inntekt i stor grad ivareta hensynet til likhet i brukerbetalingen. Krav om likhet i brukerbetalingen mellom kommuner er videre derfor å være mest sentralt i forhold til helse- og pleie- og omsorgstilbud som også i framtida skal være et offentlig ansvar. For enkelte helsetjenester er det i dag stor grad av likhet i brukerbetalingen utenfor institusjon gjennom frikortordningen. Denne forutsettes videreført. Når det gjelder pleie og omsorg, er det imidlertid store forskjeller i brukerbetalingen, fordi det i dag ikke er noen regulering av satsene utover en skjerming av husstander med inntekt under 2 G. Disse medlemmer tilrår på denne bakgrunn at dagens brukerbetalingsordning for hjemmebaserte tjeneste justeres slik at staten fastsetter maksimal betaling for pleie og omsorg i forhold til inntekten.

15.5.4.3 Lik betaling mellom boformer

I Velferdsmeldingen og foredraget til utvalgets mandat legges det vekt på at finansieringsordningene bør virke nøytralt, slik at det i framtida blir den enkelte brukers behov for tjenester som regulerer tilbudet og ikke kommunens økonomiske tilpasninger.

Som omtalt foran mener disse utvalgsmedlemmer at det er viktig å skille mellom betalingssystem og -nivå. Når det gjelder økonomiske tilpasninger vil det være nivået på betalingen i og utenfor institusjon som vil være sentralt. Disse medlemmer antar at større likhet i betalingsnivået for samme type og omfang av tjenester også til en viss grad kan oppnås innenfor dagens modell. F.eks. kan kommuner etter gjeldende brukerbetalingsordning for pleie og omsorg utenfor institusjon gradere brukerbetalingen etter forbruk. Eksisterende ulikhet i finansieringsordningene mellom ulike boformer på kort sikt kan benyttes som virkemiddel for å oppnå politiske målsettinger innen sektoren, selv om det på lang sikt vil være ønskelig med lik betaling for likt tilbud uavhengig av boform. Dagens ordning med større statlig finansieringsansvar for helsetjenester utenfor institusjon enn i institusjon kan bidra til at kommunene satser på utbygging av tjenestetilbud utenfor institusjon.

15.5.4.4 System tilpasset bruker og tjenestetilbud

I Velferdsmeldingen uttales videre at når flere brukere får tilbud om omsorgsboliger, vil sykehjemmene i større grad kunne innrettes mot mer helserettede oppgaver. Sykehjemmene skal først og fremst tilby oppgaver knyttet til rehabilitering, avlastning, overgangspleie etter sykehusbehandling, krevende langtidspleie og terminalpleie. Det anses videre som hensiktsmessig at aldershjemmenes funksjoner etter hvert erstattes dels av sykehjemmene og dels av omsorgsboligene. Gitt en slik utvikling, hvor terskelen for å få institusjonstilbud også i framtida blir høy og institusjonstilbud først og fremst blir et behandlingssted, vil gjeldende brukerbetalingssystem være tilpasset brukergruppene, oppgavene og driftsformen i institusjonene. Dagens brukerbetalingssystem hvor tilbudet av tjenester ikke gjøres avhengig av den enkeltes betalingsevne eller forbruk av tjenester, men behovet for tjenester, vil være tilpasset brukergruppene. Den enkelte kan få tilstrekkelig og riktig tjenestetilbud uavhengig av betalingsevne og mulighet for å vurdere eget behov for tjenester. Utredningen anslår at ca. 60–70 prosent av dagens institusjonsbeboerne er personer med alvorlig kognitiv svikt. Forutsatt at institusjonene innrettes mot brukere med behov for medisinsk behandling og/eller omfattende pleie og omsorgsbehov, vil fagkunnskap bli enda viktigere enn i dag for å vurdere behovet for nødvendig behandling og pleie og omsorg. Dagens system sikrer at faglig vurdering av behov for tjenester, og ikke den enkeltes betalingsevne og villighet, styrer behandlings- og pleietilbudet.

Om sykehjemmene primært skal ivareta tyngre pleie- og behandlingsoppgaver, vil dette kreve omfattende og sammensatt tjenestetilbud samtidig som det vil innebære utstrakt samarbeid mellom ulike personellgrupper. Dagens brukerbetalingssystem som ikke forutsetter måling av forbruk, men hvor det betales for et helhetlig tilbud, kan i denne sammenheng være administrativt gunstig.

15.5.4.5 Enkelhet

En av innvendingene mot gjeldende brukerbetalingsordning i institusjon er at den har vært vanskelig å forstå og praktisere. Som beskrevet i *"Dagens finansierings- og brukerbetalingsordninger"* i kap. 5 refererer problemene seg til forståelsen og administreringen av gjeldende regler for beregning av vederlag. Hvis beregningsreglene endres som beskrevet i *"Skjermingsprinsipper"* i kap. 9 og *"Dagens brukerbetalingsmodell og endringsmuligheter"* i 13, slik at alminnelig inntekt etter skatt som hovedregel er beregningsgrunnlag, fradrag for hjemmeboende mv., fastsettes som en prosent av beboers og hjemmeboendes inntekt og fribeløpet oppheves, kan dette bety at dagens ordning blir forholdsvis enkel å forstå og administrere. Hvis

hovedtyngden av institusjonsbeboerne må ha omfattende og sammensatt behandlings- og pleietilbud og/eller opphold av kort varighet, vil et inntektsgradert brukerbetalingssystem eller faste døgnpriser for korttidsopphold være forholdsvis enkelt å administrere for kommunen og den enkelte institusjon, sammenlignet med en ordning som forutsetter registrering av forbruk av tjenester også i institusjon. Når beregningene knyttes til inntektsbegrep som nyttes i forbindelse med skatteligningen, vil det samtidig for den enkelte beboer være enklere både i forhold til dagens beregningsregler og en ordning med ulike betalingsprinsipper for de ulike tjenestetilbud.

15.5.4.6 Framtidig ressursbehov

I Velferdsmeldingen og foredraget til utvalgets mandat legges det vekt på at brukerbetalingen i framtida kan finansiere en større andel av de samlede utgiftene til omsorgssektoren. Vederlagsforskriften for institusjonene er utformet slik at personer med behov for et omfattende og helhetlig omsorgstilbud fra det offentlige, skal bidra til å dekke en vesentlig del av disse kostnadene når de har økonomiske ressurser til dette. Det vil etter disse utvalgsmedlemmers syn være viktig å opprettholde dette prinsippet om det offentlige skal kunne møte behovet for videre utbygging og økt ressurstilgang til sektoren i årene som kommer. Med en antatt vekst i brukernes inntekter, vil et dagens ordning bidra til at brukerbetalingen i framtida kan dekke en større andel av de samlede utgiftene til omsorgssektoren.

I *"Boligformuen"* i kap. 10 er det gitt en framstilling av de framtidige inntekter og formuer blant eldre. Det sannsynliggjøres også at de som i dag er middelaldrende sammenligningsvis i større grad vil planlegge sin disposisjon av de økonomiske midler, slik at en blir sikret en god og trygg alderdom. Det framgår også at betalingsvilligheten for å sikre seg en god alderdom vil øke. Det er etter medlemmene Aspås, Lindgren, Risan og Vollans syn viktig at en vektlegger et brukerbetalingssystem som imøtekommer behovene til framtidas eldre. Disse medlemmene vil her særlig peke på at det er viktig at en har ordninger som gjør at en i større grad enn i dag, kan bo i egen tilpasset bolig så lenge som mulig. Dette kan f.eks. skje gjennom at en planlegger sitt boligkonsum slik at en kan flytte til en bolig som er tilrettelagt for heldøgns pleie og omsorg når omsorgsbehovene begynner å melde seg eller i forkant av dette. Det er derfor viktig at en har et godt tilbud av omsorgsboliger, også organisert som borettslags- og selveierleiligheter.

Utvalgsmedlemmene Aspås, Lindgren, Risan og Vollan legger til grunn at bostøtteordningene (utenfor institusjon) uavhengig av modell bør gjennomgås med sikte på å heve boutgiftstaket opp til kostnadene forbundet ved en nøktern bolig, og med hensyn til hvilke boliger som bør falle inn under ordningen. Dette kan være et hensiktsmessig virkemiddel for å sikre at eldre og funksjonshemmede får en god og tilpasset bolig. Bostøtteordningene vil også gjelde andre enn mottakere av pleie- og omsorgstjenester. Disse utvalgsmedlemmene mener derfor ordningene bør gjennomgås av ansvarlig instans (Kommunal- og arbeidsdepartementet) i etterkant av utvalgets arbeid for en helhetlig gjennomgang av bostøtteordningen.

15.5.5 Forslag fra utvalgsmedlemmene Aspås, Lindgren, Risan og Vollan

Det er enighet om forslag til endringer i finansierings- og brukerbetalingssystemet utenfor institusjon. Disse medlemmer viser her til forslagene fra et samlet utvalg i *"Særmerknad fra utvalgets medlemmer Liv Arum og Arild Daleng"* i avsnitt 15.3.

Disse medlemmer foreslår videre at dagens brukerbetalingsordning i institusjon videreføres, men med følgende endringer:

- beboers alminnelige inntekt etter skatt skal som hovedregel legges til grunn for brukerbetalingsberegningen og totalskjerming i institusjon. Dersom brukeren kan dokumentere at dette inntektsbegrepet gir store avvik fra hva brukeren reelt disponerer, vil inntekten som legges til grunn kunne vurderes særskilt
- fribeløpet oppheves, men beboer skal ikke komme dårligere ut enn etter gjeldende ordning. Dette innebærer at beboer skal betale maksimalt 65 pst. av inntekt inntil folketrygdens grunnbeløp og 85 pst. av overskytende inntekt (ev. med justerte satser).
- kommunene bør i sin helhet overta beregning av brukerbetalingen for opphold i institusjon, med unntak av de tilfellene der trygdekontorets assistanse fortsatt er nødvendig.
- det innføres ny beregningsmåte for fradrag for hjemmeboende ektefelle mv. Det forutsettes at hjemmeboendes ektefelle mv. kommer like godt ut som i dag. Fradraget beregnes på bakgrunn av begge ektefellers alminnelige inntekt. Fradraget er ment som et minstefradrag, og kommunen står fritt til å fastsette et større fradrag dersom forholdene tilsier dette.

Disse medlemmer foreslår i tillegg:
- konkret utprøving av ulike sider ved den tjenestebaserte brukerbetalingsmodellen.
- utprøving i form av et samarbeid mellom statlige myndigheter og interesserte kommuner
- utprøving innenfor rammene av lov om forsøk i offentlig forvaltning.

Litteraturliste

Andresen, Kenneth, Liv Bente Hannevik Friestad (1995): «Boliger for eldre. Økonomiske konsekvenser av ulike alternativer.» FoU-rapport nr. 173/95, Agderforskning.

Asplan Viak: «Case study i en norsk kommune» Asplan Viak rapport (1995).

Otnes, SSB (1996), Statistikk om egenbetaling.

Barlindhaug Rolf (1995): Kan eldres boligformue redde velferdsstaten? Mulige virkninger av å omgjøre bundet kapital i boliger til kontanter. NBI-rapport 186, 1995.

Brevik, Ivar (1992): «Framtidig eldreomsorg i Vestre Toten kommune.» Faktorer som påvirker dimensjoneringen. Del II.

Brevik, Ivar (1991): Den private omsorgen i framtida. Norsk institutt for by- og regionforskning.

Clausen, Sten-Erik (1993): «Privat eldreomsorg i storby», NIBR-rapport 1993:19.

Daatland, Svein Olav, Solem, Per Erik (1992): «Og du skal leve lenge i landet» – Dilemmaer og veivalg i eldrepolitikken, Universitetsforlaget.

Daatland, Svein Olav (1994): «Hva skjer i eldreomsorgen?» Status og utvikling av eldrepolitikkens tilbud og tjenester. Norsk gerontologisk institutt.

Dahl, Espen og Pernille Vogt (1996): «Ensom og ulykkelig? Levekår og livskvalitet blant eldre». FAFO-rapport 185.

Econ Senter for økonomisk analyse «Velferdskommunen» Econ-rapp. 13/96 Prosjektnr. 100/26 – KS-forskning.

Evans, R.G., Barer, M.L., Stoddart, G. L.(1993): «User Fees for Health Care: Why a bad idea keeps coming back?» Health Policy Research Unit Discussion Paper #93–9D. Vancouver: University of British Colombia.

Grund, Jan (1995): «Helsepolitikk», Effektivisering, spill eller utvikling? – 2. utgave Tano.

Grund, Jan (1995): «Velferdsstat i motvind», Universitetsforlaget 1995.

Gulbrandsen, Lars (1996): «Norske husholdningers økonomiske situasjon. Resultater fra en undersøkelse høsten 1995». INAS.

Hatland, Aksel, Kuhnle, Romøren, Tor Inge (1994): «Den norske velferdsstaten», Ad Notam Gyldendal.

Husbanken: Husbankens årsstatistikk 1988–1996.

Innst. S. nr. 180 (1995–96) Innstilling fra sosialkomiteen om velferdsmeldingen.

Innst. S. nr. 223 (1984–85) Innstilling fra sosialkomiteen om sykehjemmene i en desentralisert helse- og sosialtjeneste.

Innst. S. nr. 99 (1996–97) Samordning av Husbankens bostøtteordning og Sosial- og helsedepartementets botilskuddsordning.

Kalseth, Jorid, Jon Magnussen (1995): «Styringsdata for pleie- og omsorgssektoren», Sintef NIS.

Kristiansen, Ivar Søndbø, Jes Søgaard (1994): «Whose Health Care Consumption is Reduced by User Charges?» Evidence from a Norwegian survey.

Kjønstad, Asbjørn, Aksel Hatland og Bjørn Halvorsen (red.)(1995): «Det norske trygdesystemet. Fortid, nåtid og framtid».

Landsforeningen for Hjerte- og Lungesyke (1996): «Nei til egenandel på hjemmesykepleie».

Langørgen, Audun (1994): «Framskriving av sysselsettingen i kommuneforvaltningen». SSB rapport 94/24.

Lofthus, Eivind (1996): «Yngre uførepensjonisters materielle levekår». SSB-notater 96/48.

Moen, Bjørg (1989): «Husholdsutviklingen – hva har skjedd siden 1960?» (Tidsskrift for samfunnsforskning nr 4, 1989).
Noack, Turid og Texmoen, Inger (1990): «Dagens og morgendagens eldre – familieerfaring og yrkesliv» Statistisk sentralbyrå.
Nordvik Viggo (1996): Kommunal subsidiering av bolig (NBI-notat 1996).
Norges Forsikringsforbund (1996): «Når bør de erstattes av markedsbaserte forsikringsløsninger» – Offentlige velferdsordninger.
NOU 1979:29 Kreftforskning i Norge. Omfang og prioritering.
NOU 1982:10 Spesialistene i helsetjenesten, pleiehjemmene mv.
NOU 1986:4 Samordning i helse- og sosialtjenesten.
NOU 1987:22 «Hjelpestønad og hjemmehjelp».
NOU 1988:7 Egenbetaling i helse-og sosialsektoren.
NOU 1992:1 Trygghet–Verdighet–Omsorg.
NOU 1993:17 Levekår i Norge. Er graset grønt for alle?
NOU 1997:8 Om finansiering av kommunesektoren, Nygaard, 1992.
Oecd (1994): «Caring for frail elderly people» – Social policy studies no. 14 – New Directions in Care.
Olsen, Bjørn og Solem, Per Erik (1993): «Egenbetaling for hjemmetjenester – stadig i støpeskjeen» NGI Rapport 5–1993.
Olsen, Bjørn (1995): «Pleie- og omsorgsstatistikk 1991–1993» Statistisk sentralbyrå.
Ot.prp. nr. 29 (1990–91) Om lov om sosiale tjenester.
Ot.prp. nr. 36 (1980–81) Helsetjenesten og sosialtjenesten i kommunene.
Ot. prp. nr. 48 (1985–86) Sykehjemmene i den kommunale helse- og sosialtjenesten.
Ot. prp. nr. 66 (1988–89) Om lov om sosiale tjenester mv.
Otnes, Berit (1995): «Egenbetaling for hjemmetjenester i kommunene i 1994 og 1995». (Statistisk sentralbyrå, notat 95/55)
Richardson, Jeff (1991): «The Effects of Consumer Co-payments in Medical Care». Canberra: Department of Community Services and Health.
Riksrevisjonens rapport (1992): «Vederlag for opphald i kommunale alders- og sjukeheimar – Kontroll av trekk i trygdeytelser».
Rikstrygdeverket (1993): «Folketrygdens frikort – Hvem er frikortbrukerne og hvordan virker skjermingsordningen?». Utredningsavdelingen.
Roland Furst, Lilian Høverstad, Roar Hind (1996): «Rapportering av data om kommunal økonomi og tjenesteproduksjon». (Prosjekt: Kommune – Stat- rapportering (KOSTRA) Statskonsult.
Sandmo, Agnar og Hagen Kåre P. (1992): «Offentlig politikk og private incitamenter».
Simensen, Aase (1994): «Mellom samferdselspolitikk og sosialpolitikk». (Agderforskning, FOU-rapport nr. 150 1994)
St.meld. nr. 44 (1995–96) Ventetidsgarantien – kriterier og finansiering.
St.meld. nr. 35 (1994–95) Velferdsmeldingen.
St.meld. nr. 34 (1994–95) Om Husbankens rentevilkår og subsidieprofil.
St.meld. nr 50 (1993–94) Samarbeid og styring.
St.meld. nr. 1 (1992–93): Nasjonalbudsjettet 1993.
St.meld.nr. 4 (1992–93): Langtidsprogrammet 1993–97.
St.meld. nr. 36 (1989–90) Røynsler med lova om helsetenesta i kommunane.
St.meld.nr. 34 (1988–89): Boligpolitikk for 90-årene.
St.meld.nr. 17 (1989–90): Egenbetaling i helse- og sosialtjenesten.
St.meld. nr. 44 (1989–90): Egenbetaling i helse- og sosialtjenesten
St.meld. nr. 68 (1984–85): Sykehjemmene i en desentralisert helse- og sos-

ialtjeneste.
St.prp. nr. 19 (1996–97) Samordning av Husbankens bostøtteordning og Sosial- og helsedepartementets botilskuddsordning.
Statistisk sentralbyrå (1993): «Sosialt utsyn 1993» – statistiske analyser.
Statistisk sentralbyrå. Rapport 95/21: Household Projections for Norway, 1990–2020 av Nico Keilman og Helge Brunborg.
Statistisk sentralbyrå. Rapport 95/28: Statistiske mål for funksjonsevne hos brukere av pleie- og omsorgstjenesten av Jenny-Anne Sigstad Lie og Leiv Solheim.
Statistisk sentralbyrå: Rapport 95/29: Trygd og velferd av Dahl, Flittig, Lajord og Fredriksen.
Statistisk Sentralbyrå: Boforholdsundersøkelsene 1980 1988 og 1996 (upublisert materiale fra 1996)
Statistisk Årbok 1989–1996.
Theisen, Theis (1990): «The Demand for Home Help: A Theoretical Model and the Estimation of a TOBIT Model». Agder distriktshøgskole, Kristiansand.
Thorsen, Kirsten (1994): «Omsorg i samspill» – Rapport nr. 4/1994 NGI.
Thorsen, Kirsten, Halvard Dyb (1993): «Er det noen som bryr seg». (NGI rapport 1).
Vibe, Elisabeth Olaug (1995): «Rai – resident assessment instrument». Et internasjonalt multidimensjonelt instrument til bruk i geriatri – rapport del 1. Utprøving i Norge. Diakonhjemmets sykehus Oslo 1995.

Vedlegg 1

Modeller med vekt på valgfrihet og brukerinnflytelse

Skrevet på bakgrunn av notater fra dosent Stein Østre

1 INNLEDNING

Valgfrihet og brukerinnflytelse er viktige hensyn ved utforming av finansierings- og brukerbetalingsordninger for pleie- og omsorgssektoren. For offentlige tjenester som er finansiert gjennom det generelle skatte- og avgiftssystem, kan det sies velgerne har *«velgerstyring»* over denne del av den offentlige produksjon. *«Brukerstyring»* betyr at brukerne gjennom sine disposisjoner forholdsvis direkte ved sine valg og sine kjøp av tjenester, bestemmer hvilke tjenester som skal produseres og til hvilken kvalitet. I dette avsnittet drøftes mulighetene for mer direkte brukerinnflytelse og økt valgfrihet i pleie- og omsorgssektoren. I den sammenheng behandles også hvordan brukerbetaling kan nyttes for å øke brukerinnflytelse og valgfrihet.

2 BRUKERBETALING OG BRUKERINNFLYTELSE

I vårt samfunn kan forholdet mellom offentlig vare- og tjenesteproduksjon på den ene side og betalings- eller finansieringsordninger på den annen side, karakteriseres ved to forhold:

– brukerens innflytelse eller ikke-innflytelse på produksjonen
– brukerens betaling eller ikke-betaling for tildelt produksjon.

Dette illustreres i tabell 1.1.

Tabell 1.1: Brukerbetaling og brukerinnflytelse.

	Ingen brukerinnflytelse	Brukerinnflytelse
Ikke-betaling	(1) Rasjoneringsløsningen	(3) Kostnadsfrie valg
Betaling	(2) Gebyrløsningen	(4) Markedsløsningen

Rasjoneringsløsningen.

Den første hovedmulighet er rasjoneringsløsningen. Den betegner en situasjon der brukeren ikke betaler for tjenesten eller betaler i ubetydelig grad, og hvor brukeren heller ikke har innflytelse på tjenestens utforming. Tjenestene vil i dette tilfellet være finansiert via de generelle skatter og avgifter og vil således framstå som «gratis» for brukeren. Produksjonen er imidlertid ikke gratis for samfunnet. Etterspørselen etter slike tjenester vil oftest være betydelig større enn tilbudet, og de fordeles derfor ved rasjonering. I pleie- og omsorgstjenesten vil det naturligvis være en individuell prøving og drøfting mellom tjenesteyter og tjenestemottaker som nyanserer dette forholdet.

Gebyrløsningen.

Gebyrløsningen betegner en situasjon der det er en form for brukerbetaling som ikke gir brukeren særlige valgmuligheter eller innflytelse. I motsetning til skatt eller

avgift, brukes gebyr om en betalingsforpliktelse til det offentlige som gir krav på en spesifisert motytelse.

Det kan diskuteres om en del kommunale avgifter egentlig er gebyrer eller nærmer seg å være en form for skattlegging. De kommunale vann- og kloakkavgifter er vanligvis ikke basert på faktisk forbruk, men på anslått forbruk (antall kvadratmeter boligflate). De kan oppfattes som en årlig avgift for å være tilknyttet vann- og kloakknettet. Den kommunale renovasjonsavgift er knyttet til eiendom og bolig uavhengig av hvorvidt avfallsordningen benyttes. Det eneste valg brukeren står overfor ved gebyrbelagte tjenester er om tjenesten skal benyttes eller ikke. Gebyrer kan (i motsetning til vanlige priser) være helt eller delvis kostnadsdekkende.

Gebyrer har to ulike begrunnelser:

– Fiskale; gebyr gir inntekter og letter utgiftspresset i offentlig sektor.
– Etterspørselsregulering; gebyrer vil vanligvis redusere etterspørselspresset. Det gjelder særlig i forhold til en situasjon uten gebyr.

Kostnadsfrie valg.

Det gjelder forhold der brukeren kan velge tjenester, men ikke skal betale for sine valg og/eller ønsker. Eksempler på dette har vi når f.eks. Oslo kommune har innført fritt skolevalg. Her ville en imidlertid lett komme i en rasjoneringssituasjon for de mest populære skolene. I Søllerød kommune i Danmark er det innført en ordning der brukere som ønsker det kan velge mellom offentlig hjemmehjelp, eller penger til å betale tilsvarende antall timer fra private firmaer som utfører tjenester som rengjøring og handling. Effektene av dette kan primært være at skoler, kommuner og private firmaer tvinges til å innrette seg slik at de framstår som kvalitativt gode for elever og brukere. Målsettingen er bedre kvalitet for samme kostnadsnivå idet produksjonsenhetene tvinges til å konkurrere om brukernes gunst. Hensikten med en løsning med kostnadsfrie valg for brukerne vil derfor være å få til en bedre bruk av offentlige ressurser.

Markedsløsningen.

Markedsløsningen kjennetegnes ved at brukeren selv bestemmer hva vedkommende vil ha og betaler deretter. Det er den situasjon man har for de fleste varer og tjenester som omsettes på de private markeder.

I private markeder vil dette føre til at brukerne (kundene) gjennom sine valg bestemmer hva produsentene skal produsere i det enkelte marked, hvis det er «effektiv konkurranse» mellom produsentene i dette marked.

Det er viktig å merke seg at markedsløsningen bare sier noe om brukernes innflytelse på produksjonen. Det er ikke det samme som *privatisering*. Privatisering betegner det forhold at visse former for produksjon overføres fra den offentlige til den private sektor.

Fordeler ved markedsløsningen er følgende:

– Markedsløsningen innebærer valgfrihet. Valgfrihet kan betraktes som et selvstendig mål i et demokratisk samfunn. Ellers i samfunnet er det et grunnprinsipp at den enkelte selv best kjenner sine behov. Innen pleie- og omsorgssektoren vil dette prinsippet i mindre grad kunne gjøres gjeldende for aldersdemente, psykisk utviklingshemmede og psykiatriske pasienter blant brukerne. Det er likevel fullt mulig å gi mange eldre og funksjonshemmede større valg-

muligheter, og det kan betraktes som et gode i seg selv.
- Brukernes valgfrihet kan bidra til en bedre ressursutnyttelse i pleie- og omsorgssektoren.
- Den enkelte tvinges til å ta et større ansvar for egen livssituasjon, særlig ved at valget mellom forskjellige alternativer vil medføre ulike betalingsforpliktelser. Det betyr at det vil stå betalingsvillighet bak de behovs- og etterspørselssignaler som kommer.
- Markedsløsningen vil kunne bidra til en større grad av kostnadsdekning, slik at det finansielle presset avtar for det offentlige.

Problemene ved en slik løsning innen pleie- og omsorgssektoren er:
- inntektsfordelingsproblemer, dvs. forskjeller i betalingsevne mellom ulike brukere gir forskjellig tjenestenivå og tjenestekvalitet
- asymmetrisk informasjon, dvs. at visse tjenester er så komplekse at brukerne ikke har nødvendig kunnskap til å gjøre rasjonelle valg
- at enkelte grupper som aldersdemente og psykisk utviklingshemmede ikke har nødvendige forutsetninger til å gjøre rasjonelle valg
- eventuell konflikt i forhold til en nasjonal pleie- og omsorgspolitikk

Disse ulempene er ikke så store at det ikke er verdt å drøfte modeller for finansiering og brukerbetaling som innebærer større grad av markedstilpasning for en del tjenester. Som nevnt tidligere er det ikke aktuelt med en ren markedsmodell for denne type tjenester. Hensynet til fordeling og lik tilgjengelighet til tjenester tilsier stor grad av offentlig styring og ansvar for finansieringen. I samfunn av vår type blir det derfor et spørsmål om å finne en best mulig kombinasjon av offentlig finansieringsansvar og brukerbetaling som gir bedre muligheter for brukertilpasning.

Er det mulig å oppnå større valgfrihet og brukerstyring i pleie- og omsorgssektoren? I de såkalte blandingsøkonomier er det to hovedmåter for fastlegging av hva som skal produseres. Produksjonsbeslutningene kan være basert på
- individuelle avgjørelser (privat styringsansvar) og
- kollektive eller politiske avgjørelser (offentlig styringsansvar).

Når det gjelder vanlige forbruksvarer, dagligvarer, spesialvarer, utstyrsvarer osv., og et stort spekter av tjenesteytelser (frisør, bank, forsikring mv.), er det lagt opp til det som kan kalles en konsumentstyrt produksjon.

Kollektive avgjørelser – politiske avgjørelser – gjelder to hovedtyper av saksforhold. For det første, det er en rekke saksområder hvor det ikke er meningsfullt eller mulig å basere seg på individuelle avgjørelser. Det gjelder spørsmål om organiseringen av offentlig virksomhet inklusive utenrikstjeneste, militært forsvar, domstoler, rettsvesen, samferdselsanlegg med videre. Disse saksforhold omtales i økonomisk teori som kollektive goder, og er en type goder som markedet ikke kan framskaffe.

På mange saksområder er det imidlertid mulig å basere produksjonen på individuelle avgjørelser, men man velger likevel å basere produksjonsbeslutningene på kollektive avgjørelser. Dette gjelder framfor alt tjenesteyting innen undervisning og helsevesen, inklusive pleie og omsorgsvirksomhet.

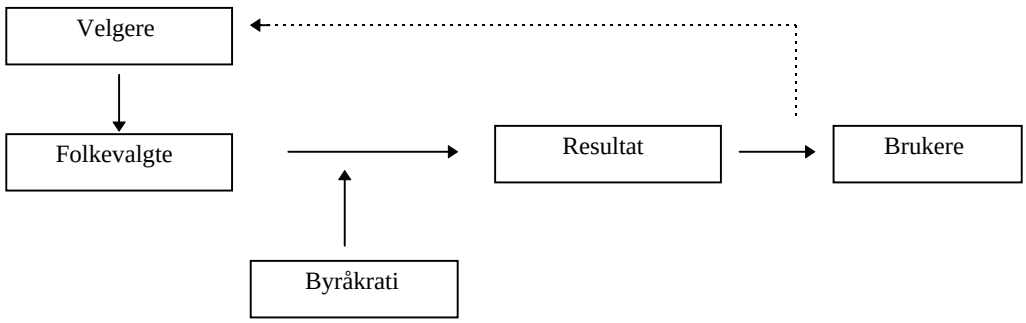
I et demokratisk samfunn, et såkalt representativt demokrati, skjer de kollektive avgjørelser ved at folkevalgte fatter vedtak. Man kan således si at man har velgerstyring på de felter hvor man ønsker at kollektive eller politiske avgjørelser skal legges til grunn for produksjonen av varer og tjenester.

3 MODELLER

3.1 Webers idealmodell

I henhold til den klassiske byråkratimodell, Weber-løsningen, er de offentlige ansatte et verdinøytralt hjelpemiddel for gjennomføring av folkevalgte beslutninger. Dette er søkt illustrert i figur 1.1. I figuren er det brukerne (av en tjeneste) eller velgerne som velger de folkevalgte. De folkevalgte treffer beslutninger med assistanse av byråkratiet[1] som fastlegger resultatet (produksjonsresultatet). Brukernes rolle er å være passive mottakere. Brukerne kan eventuelt i egenskap av velgere (stiplet linje), eventuelt ved neste valg, medvirke til valg av andre folkevalgte som brukerne mener er bedre i stand til å produsere et riktigere resultat. Selv i dette idealiserte system har brukerne en passiv rolle, og deres mulighet for å påvirke resultatet er indirekte og omstendelig.

Offentlig sektor har etter hvert blitt så omfattende og komplisert at denne modellen i liten grad er dekkende for den beslutningsprosess som bestemmer tjenesteytingen i offentlig sektor. Trolig undervurderer den byråkratiets rolle når det gjelder utforming og gjennomføring av offentlig politikk.

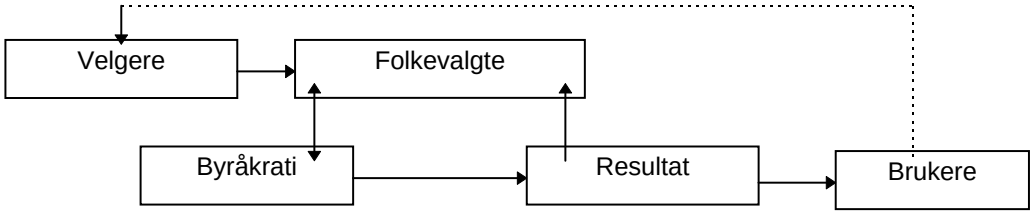


Figur 1.1 Webers idealmodel.

3.2 Profesjonsstyringsmodellen

Byråkratiets stilling er vanligvis meget sterk overfor de folkevalgte. I "" i figur 1.2 er dette markert ved at pilen mellom folkevalgte og byråkrati går begge veier. Formelt sett har de folkevalgte avgjørelsesretten. Reelt sett er det byråkratiet som forsyner de folkevalgte med informasjon og som i stor grad tar opp de saker som skal behandles. I denne modell består byråkratiet av sterke profesjoner (grunnskolelærere, leger, sosionomer osv.) som dels har egne interesser å kjempe for, og dels ivaretar tradisjonen om at i «kunnskapssamfunnet» så kan politikk vitenskapeliggjøres. Denne forenklede beskrivelse av funksjonsmåten til en moderne offentlig forvaltningsenhet kan f.eks. omtales som profesjonsstyringsmodellen. Det er ikke enkelt å reorganisere denne modellen i et samfunn som er avhengig av eksperter (spesialkompetanse) på mange felter, slik at de folkevalgte får større innflytelse.

1. Byråkrati brukes her som en folkelig og i prinsippet verdinøytral betegnelse for offentlig ansatte. Byråkrati i sin opprinnelige, negative betydning (dvs. kontorstyret) kan omtales som byråkratisme.



Figur 1.2 Profesjonsstyringsmodellen.

Brukernes rolle i «profesjonsstyringsmodellen» er svakere enn i Webers idealmodell, primært fordi de folkevalgtes innflytelse er svekket.

De folkevalgtes posisjon i relasjon til byråkratiet er opp gjennom tidene svekket av to hovedgrunner. Den ene er det forhold at det stilles stadig større krav til spesialisert kunnskap, samtidig som de enkelte saker synes å bli mer innfløkte. Det annet er at selve saksmengden har økt voldsomt. Det har vært gjennomført en rekke reformer for å styrke de folkevalgtes posisjon i forhold til byråkratiet. Spesielt kan nevnes overgangen til heltidspolitikere (særlig på nasjonalt plan), bruk av politiske sekretariater osv. Slike tiltak er trolig av stor betydning, men avhjelper ikke det grunnleggende problem.

Man står overfor blant annet to hovedalternativer:

– Bestiller-/utførermodellen
– Brukerstyringsmodellen

3.3 Bestiller-/utførermodellen

Grunnideen i den såkalte bestiller/utfører-modellen er at det er uheldig at byråkratiet med ansvaret for produksjon av en type tjenester – f.eks. pleie- og omsorgstjenester – spiller to eller eventuelt flere roller i offentlig administrasjon. Den ene rolle er som rådgiver, utreder og ekspert for det folkevalgte organ, – rådgivningsrollen. Den annen rolle er som representant for den eller de profesjonsgrupperinger som faktisk forestår tjenesteproduksjonen, – profesjonsrollen.

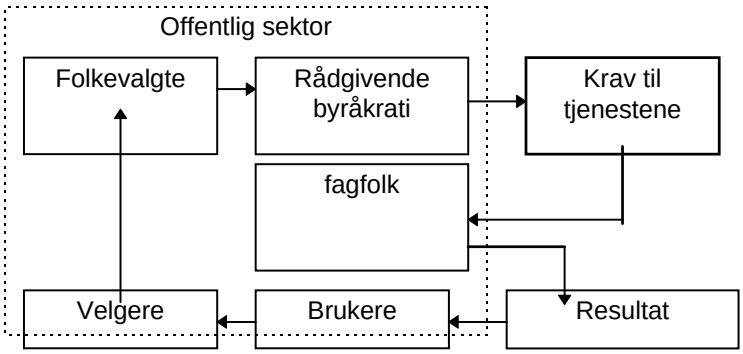
Den tredje rolle kan være at byråkratiet også forsøker å framstå som en mer eller mindre selvbestaltet talsmann for vedkommende gruppe av brukere. I en del tilfeller kan denne tredje rolle være reell nok, mens den i andre tilfeller mer tar form av å være en begrunnelse for å fremme profesjonsinteresser. Det synes å være slik at en profesjon eller eventuelt gruppe av profesjoner innen en type av tjenesteproduksjon kan ha en tendens til å bruke såkalte «svake grupper» som begrunnelse for å fremme egne profesjonsinteresser.

I det etterfølgende er det sammenblandingen mellom rollen som politisk rådgiver og rollen som ivaretaker av profesjonsinteresser som behandles. De fleste vil være av den oppfatning at en slik sammenblanding vil være uheldig.

Bestiller-/utførermodellen er utformet med sikte på å skille mellom rådgivningsrollen og profesjonsrollen. Det gjøres ved en todeling av byråkratiet i en etterspørselsside/bestillere og en tilbudsside/utførere:

1. Bestillere eller rådgivende byråkrater er de offentlige ansatte innen en form for tjenesteproduksjon som er rådgivere og samarbeidspartnere for de folkevalgte, og som har som hovedoppgave å styre tjenesteproduksjonen på vedkommende felt.
2. Utførere eller fagfolkene er de offentlige ansatte innen samme form for tjenesteproduksjon som har til oppgave å utføre de folkevalgte pålegg.

I "" i figur 1.3 er det søkt å gi et bilde av funksjonsmåten til bestiller-/utførermodellen. Den er basert på en todeling av en offentlig myndighet. Folkevalgte og rådgivende byråkrater stiller krav til tjenesteproduksjonen i form av ulike kvalitative og kvantitative krav. Fagfolkene har da som oppgave å utføre de pålagte oppgaver i henhold til de spesifiserte krav.



Figur 1.3 Bestiller-/utførermodellen.

Bestiller-/utførermodellen, kan hvis den fungerer etter sin hensikt, ha to hovedfordeler. For det første, den kan føre til en vesentlig styrking av den folkevalgte innflytelse. For det annet, den tvinger fram at det ikke er nok med forholdsvis generelle og ofte intetsigende beskrivelser av de tjenester som skal utføres. Det må foretas forholdsvis detaljerte beskrivelser av hva utfører skal drive med, og det må lages et opplegg for kontroll av virksomheten i produksjonsenheten. I offentlig forvaltning er det vanligvis liten tradisjon for å lage slike spesifikasjoner. For et sykehjem kan man tenke seg at spesifikasjonen av krav til tjenesten omfatter blant annet:

– når brukerne skal vekkes, stelles og spise frokost
– når brukerne skal ha lunsj, middag og kvelds
– hvilke krav man stiller til maten mht. næringsinnhold, variasjon i menyen osv.
– hvilke krav som stilles til brukernes personlige hygiene, vask av klær, lokaler osv.
– hvilke tilleggstjenester som skal være tilgjengelig; arbeidsterapi, frisør, tannlege osv.

Det kan kanskje virke overraskende, men det synes å være en kjensgjerning at slike åpenbare krav vanligvis ikke stilles verken i sykehjem eller ellers når det gjelder offentlig tjenesteproduksjon.

Det avgjørende spørsmål er om man virkelig klarer å skille byråkratiet innen et tjenesteområde slik at den ene del stiller krav til og kontrollerer den annen del.

(i) Offentlig områdemonopol

Myndighetens produksjonsenhet har monopol, myndigheten er selv eneste produsent innen sitt geografiske oppland. Dette er situasjonen når det foreligger det man kunne kalle «stavnsbånd», som her betegner at en bruker bare har krav på offentlig tjenestetilbud i den kommune/fylke hvor vedkommende er hjemmehørende. Et slikt system med stavnsbånd følger naturlig av et statstilskuddssystem som er basert på antall brukere innenfor et område, såkalt rammetilskuddssystem.

Bestiller-/utførermodellen kan sies å representere en intern organisasjonsendring. En slik organisasjonsendring kan føre til økt byråkrati (tyngre saksbehandling og flere stillinger), hvis det ikke samtidig skjer en holdningsendring. Spesielt når det offentlige områdemonopol opprettholdes, kan det være fare for at modellen bare representerer en kosmetisk endring. Innenfor rammen av kommuneloven er det fritt fram for kommuner å forsøke en slik modell. Modellen brukes i stor grad i svenske kommuner og flere norske kommuner arbeider også med å skille mellom bestiller og utfører av tjenestene.

(ii) Konkurranse innen offentlig sektor

Myndighetens produksjonsenhet «konkurrerer» med andre myndigheters produksjonsenheter, dvs. brukeren har valg mellom forskjellige myndigheter. I dette tilfelle er det ingen stavnsbånd. En bruker vil da ha valget mellom tjenesteproduserende enheter i alle deler av landet. Brukerens valg kan da avhenge av ventetiden på å få utført en tjeneste, tjenesteprodusentens kvalitetsmessige omdømme osv. En slik konkurranse vil også være mulig dersom f.eks. sykehjem i en kommune frikobles og konkurrerer med hverandre om pasientene.

Det ligger en åpenbar samfunnsmessig gevinst i at brukerne behandles der det er ledig kapasitet, dvs. reduksjon i ventelister. Det ligger også en samfunnsmessig gevinst i at tjenesteenhetene rundt om i landet må legge større vekt på å være attraktive, slik at de får en tilfredsstillende tilgang på brukere. Dette vil være en spore til å legge større vekt på kvalitetsarbeidet i tjenesteenhetene.

Opphevelse av stavnsbånd for offentlige tjenester passer ikke med et rammetilskuddssystem basert på antall brukere i et område. Fravær av stavnsbånd krever ideelt sett et statstilskuddsystem som helt eller delvis bygger på at statstilskuddene er basert på aktivitetsnivået (stykkprisfinansiering). De positive virkninger av opphevelse av stavnsbånd er ikke avhengig av at brukerne av en tjenestekategori stort sett skal motta tjenester i andre områder enn der de er hjemmehørende. Det er tilstrekkelig at brukeren kan velge å motta tjenester utenfor sitt hjemmeområde og at tjenesteproduserende enhet i hjemmeområdet derved vil tape inntekt.

Det arbeides nå med en delvis innsatsstyrt finansiering av sykehusene i Norge (Stortingsmelding 44 (1995–96), dvs. at sykehus mottar en del av statstilskuddet i henhold til prestasjoner. I flere helseregioner arbeides det med opplegg for fritt sykehusvalg der pasientene skal kunne velge hvilket sykehus de ønsker å bli behandlet på. Valget kan skje ut fra informasjon om ventelister, kvalitet, nærhet mv. Finansieringen skjer ved at det mellom fylkeskommunene avtales rammer for sannsynlige kostnader for behandling av pasienter i andre fylker i kommende år. Ved vesentlige avvik skjer det en avregning mellom fylkeskommunene ved årets slutt. Dermed er det også mulig å oppheve de stavnsbånd som gjør at brukerne bare har krav på tjenester i sitt hjemmeområde. Brukerne får også reell valgfrihet. Selv om brukerne stort sett benytter tilbudene i eget område, vil mulighetene for valg likevel kunne ha stor betydning for de enkelte produksjonsenheter.

Innenfor eldreomsorgen kan det som nevnt innenfor større kommuner tenkes gjennomført ordninger som gir brukerne større valgfrihet, f.eks. når det gjelder valg av sykehjem. Med dagens flyttemønstre blir det også stadig mer aktuelt at eldre ønsker å flytte på sykehjem i en kommune i en annen del av landet der deres barn bor. Med dagens lovgivning er dette i praksis vanskelig. Kommunene er bare pliktige til å gi tilbud til de som oppholder seg i kommunen. De eldre kan derfor bli nødt til å flytte til den aktuelle kommunen og f.eks. bo en stund hos sine barn før de kan søke om sykehjemsplass i kommunen. De har selvsagt heller ikke sikkerhet for at sykehjemsplass vil bli innvilget. Med dagens inntektssystem for kommunene er det

problematisk å finne løsninger på denne type problemer. En mulighet ville være full statlig stykkprisfinansiering av institusjonene, slik at retten til sykehjemsplass kunne gjøres gjeldende i hele landet og ikke bare i oppholds-/bostedskommunen. Det synes lite aktuelt å foreslå så omfattende endringer i inntektssystemet, men det kan i første omgang skje ved at det både i enkeltkommuner og mellom kommuner arbeides for å finne ordninger som kan øke valgfriheten på dette området.

(iii) Kombinert offentlig og privat produksjon

Myndighetens produksjonsenheter må i dette tilfelle konkurrere med private produsenter, f.eks. ved at oppdrag settes ut på anbud. Teoretisk sett vil slik konkurranseutsetting framtvinge en brukerorientert virksomhet, og en todeling mellom bestiller og utførere vil nødvendigvis tvinge seg fram.

I dette tilfellet har man mulighet for å opprettholde stavnsbånd for brukerne og man kan beholde et rammetilskuddssystem, slik at et område får statstilskudd etter antall brukere i området. Spørsmålet for bestilleren blir da hvilke av flere mulige offentlige og private utførere som kan utføre tjenestene til den ønskede kvalitet og til lavest mulig pris.

Den private tjenesteproduksjonen trenger ikke nødvendigvis ha noe stort omfang. Det er tilstrekkelig for å oppnå de ønskede effekter at mulighetene for konkurranse fra private utførere, reelt er til stede. Det å utsette offentlig virksomhet for en potensiell konkurranse fra privat sektor, er neppe egnet på alle områder. Erfaringer fra Sverige og til dels Danmark synes imidlertid å vise at slik privat konkurranseutsetting kan være vellykket også på områder hvor det kunne være nærliggende å tro at det ikke var praktisk mulig, f.eks. når det gjelder tjenester innen pleie og omsorg. I Sverige har private som overtar produksjonsansvaret i stor grad ansatt dem som derved har blitt ledige i det offentlige produksjonsapparatet. I "" i figur 4 er bestiller-/utførermodellen utvidet til også å omfatte private produsenter.

Oppsummering

Bestiller-/utførermodellen kan gis fire alternative hovedutforminger ut fra om man har stavnsbånd eller valgfrihet for brukerne samt om man tillater privat produksjon eller ikke. De fire hovedmuligheter er vist i tabell 1.2.

Tabell 1.2: Alternative utforminger av bestiller-/utførermodellen.

	Produksjon	
	Offentlig	Privat
Stavnsbånd	(i)	(iii)
Valgfrihet for bruker	(ii)	(iv)

Bestiller-/utførermodellen kan kombineres med det gjeldende inntektssystemet for kommunene og opprettholdelse av områdemonopol, – jf. tilfelle (i) i tabellen. Det kan også åpnes for konkurranse fra private firma, jf. tilfelle (iii) i tabellen. Slike organisasjonsmessige endringer er det mulig å gjøre i dag innenfor rammen av det lokale selvstyre.

Bestiller-/utførermodellen kan også baseres på opphevelse av stavnsbånd, men med bibehold av offentlig produksjon, – jf. tilfelle (ii) i tabellen, eller med mulighet for å supplere med privat produksjon, – jf. tilfelle (iv).

Oppheving av stavnsbånd leder logisk til at inntektssystemet for kommunene bør modifiseres i prestasjonsorientert retning. Man vil da få et tilskuddssystem der «pengene følger brukeren» i den forstand at staten betaler regningen i det område hvor en bruker velger å motta tjenesten.

3.4 Brukerstyringsmodellen

Det er ikke enkelt å styrke de folkevalgtes stilling i en situasjon med sterke profesjoner og økende kompleksitet i offentlig forvaltning. Spørsmålet er derfor om man kan finne andre løsninger på denne type av styringsproblemer ved å styrke brukernes stilling. Det betyr at brukerens passive rolle søkes omformet til en mer aktiv rolle. Det er for øvrig også i tråd med Velferdsmeldingen og regjeringens politikk at den enkelte må være villig til å ta et større ansvar for egen livssituasjon.

Krav om brukerstyring

Det er trolig viktig å merke seg at brukere av offentlige tjenester hittil i stor grad har avfunnet seg med de tjenester som de offentlige profesjonsmonopoler har tilbudt. Det er grunn til å tro at dette vil endre seg i framtida. Innenfor helsevesenet kommer dette til uttrykk i form av pasientforeninger av ulike slag og politisk press for å sikre pasientrettigheter. Også innen pleie og omsorg gjør brukerorganisasjonene seg stadig sterkere gjeldende. Innen andre offentlige sektorer kan en slik utvikling også merkes, f.eks. innen samferdsel/transport.

Utviklingen de siste ti år når det gjelder vekst i brukerorganisasjonene, er ganske betydelig. Det kan derfor være grunn til å tro at betydningen av brukerorganisasjoner vil kunne tilta vesentlig i de nærmeste ti år. Det kan derfor være hensiktsmessig å innrette virksomheten i offentlig sektor slik at det legges opp til mer brukerorienterte løsninger enn det som stort sett er vanlig i dag. Det er særlig to argumenter som setter grenser for graden av brukerinnflytelse og dermed for graden av brukerstyring innen offentlig sektor. Det er brukernes behovsvurdering og brukernes kostnadsvurdering

Brukernes behovsvurdering

Brukerne mangler i likhet med folkevalgte generelt sett den samme ekspertise og erfaringsgrunnlag som fagfolkene. Det betyr at en bruker ikke nødvendigvis har fullstendige kunnskaper om egne behov. Dette gjør seg spesielt gjeldende innenfor undervisning og helsevesenet og benevnes ofte som asymmetrisk informasjon. Innen undervisning kan elever og foresatte ha mange relevante synspunkter på skolens virksomhet, men når det gjelder innholdet i de enkelte fag og det samlede undervisningsopplegg vil de gjennomgående ha et svakere kunnskapsgrunnlag enn fagfolkene på dette felt. Det samme gjelder i forbindelse med medisinsk behandling. Også når det gjelder pleie og omsorg vil noe av det tilsvarende gjøre seg gjeldende. Dette betyr at man ikke uten videre kan akseptere brukerens preferanser i ethvert tilfelle.

Det er imidlertid grunn til å nyansere disse synspunktene innenfor pleie- og omsorgstjenestene. En del av disse tjenestene er dagligdagse tjenester der brukerne klart har de beste forutsetninger til å ta de nødvendige beslutninger. Det kan vanskelig hevdes at brukere blir mindre i stand til å bestemme hvor rent de vil ha det i huset, selv om evnen til å rengjøre selv blir redusert? Tilsvarende vil gjelde for andre *praktiske funksjoner* innenfor pleie- og omsorgstjenestene som matinnkjøp, klesvask mv.

Brukere vil også være fullt ut i stand til å ta de fleste beslutninger i forhold til *personlige funksjoner* som f.eks. spising og dusjing. Her har brukerne ulike vaner og ønsker som vil gi seg utslag i forskjellig etterspørsel etter denne type tjenester.

Når det gjelder rene helsetjenester som medisinering, behandling, opptrening mv., vil det oftest være slik at tjenesteyteren har bedre innsikt enn brukeren i forhold til å gjøre nødvendige valg. Med høyere utdanningsnivå og stadig større medbestemmelse på andre områder, øker brukernes krav til informasjon og deltakelse i beslutningene også på disse områdene. Vi vil ikke lenger nøye oss med kun å bestemme at vi ønsker å bli friske, men også hvilken behandling vi ønsker å få. Helsearbeiderens rolle i denne sammenhengen kan bli å klargjøre for pasienten konsekvensene av ulike behandlingsmetoder og legge premissene for pasientens valg. Dette kan danne grunnlag for at brukernes valg kan bli stadig viktigere også på dette området.

Aldersdemente, psykisk utviklingshemmede og en del psykiatriske pasienter vil permanent eller i perioder kunne ha redusert mulighet til å treffe rasjonelle personlige valg. For de aktuelle grupper må det legges opp til løsninger som tilfredsstiller deres behov.

Brukernes kostnadsvurdering

For en enkelt tjeneste må graden av tjenesteyting vurderes mot kostnadene ved å produsere tjenestene. Samfunnet har ikke ressurser til å tilfredsstille alle behov fullt ut, og det må derfor foretas en avveining mellom den nytte man har av å dekke et behov, og kostnadene ved en slik behovsdekning.

Offentlige tjenester som det ikke tas betaling for, vil framstå som «gratis» for brukeren. Det kan føre til krav om større tilgang til tjenesten enn det som ut fra en helhetlig samfunnsmessig vurdering vil være riktig. Når det gjelder vurderingen av kostnadene ved å tilfredsstille behov, så vil man vanligvis heller ikke blant fagfolkene finne en utpreget kostnadsbevissthet. Det er en tendens til at både fagfolk og «sektorpolitikere» overser kostnadene ved offentlig produksjon på de felter hvor de selv har spesielle interesser. I offentlig sektor er det fortrinnsvis rådgivende byråkrater som arbeider med budsjett- og økonomispørsmål som fullt ut erkjenner kostnadene ved offentlig produksjon. Det samme gjelder folkevalgte som legger an et helhetsperspektiv.

Betydningen av betalingsordninger – jerntriangelet

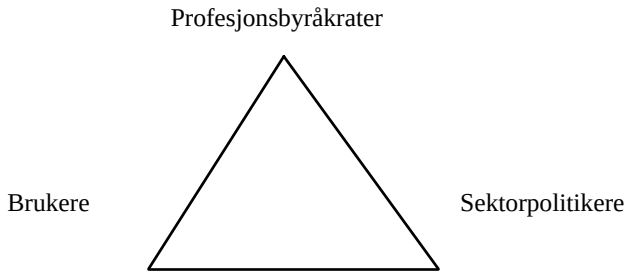
Betalingsordninger for en vare eller tjeneste har vanligvis avgjørende betydning for et individs behovsvurderinger. På en restaurant vil man vanligvis ha et høyere forbruk av brus eller rødvin hvis et annet individ betaler, enn om man selv betaler. Hvis en annen betaler, vil man sikte mot absolutt behovsdekning, mens hvis man selv skal betale, ubevisst vil foreta en avveining mellom prisen på et ekstra glass brus eller rødvin og den nytteøkning som et ekstra glass gir.

I en situasjon der forbruket av en offentlig tjeneste er uten gebyr, vil det således være en tendens til at bruker, brukerorganisasjoner, fagfolk og sektorpolitikere danner en forholdsvis enhetlig front som argumenterer for absolutt behovsdekning. I litteraturen kan man finne allianser av denne type omtalt som «jerntriangelet». "" i Figur 1.4 gir en illustrasjon av jerntriangelet. Slike «jerntriangler» kan utgjøre en meget sterk pressgruppe.

Problemet med slike jerntriangler er at brukergrupper som er knyttet til eller klarer å skape de sterkeste jerntriangler, ligger an til å overskygge andre bruker-

grupper som ikke klarer å lage noe jerntriangel i det hele tatt, eller bare et svakt jerntriangel.

Mot et solid jerntriangel kan det være vanskelig å komme fram til helhetsløsninger der en tar hensyn til de reelle kostnader.



Figur 1.4 Jerntriangelet.

Synliggjøring av kostnadene, slik at de må erkjennes av deltakerne i et jerntriangel, vil trolig bare være begrenset, men ikke nødvendigvis uten betydning. Bruk av betalingsordninger vil derimot, spesielt hvis det er kostnadsdekkende priser, kunne eliminere jerntriangler.

Forutsetninger for brukerstyring

En brukerstyringsmodell for en tjeneste kan ha følgende hovedkjennetegn:

1. Tjenesten er underlagt offentlig styringsansvar
2. Valgfrihet uten gebyr
3. Kostnadsdekkende priser

(I) Tjenesten er underlagt offentlig styringsansvar

Det betyr at det offentlige har ansvaret for at tjenesten finnes tilgjengelig uansett om den produseres i offentlig og/eller privat sektor. Det offentlige setter eventuelle minstekrav til kvalitet og dekningsgrad. Offentlig styringsansvar betyr

- (a) offentlig ansvar for at tjenestetilbud eksisterer
- (b) eventuelle krav til tjenestenes kvalitet
- (c) eventuelle krav til dekningsgraden

Det vanligste ved offentlig styringsansvar for en tjeneste, er at staten setter krav til (a) eksistens og (b) kvalitetsnivå. Krav til dekningsgrad settes vanligvis ikke. I grunnskolen er det krav om en dekningsgrad på 100 pst. Det gjelder ikke barnehager, sykehjemsplasser osv.

Det er for mange typer av tjenester ikke hensiktsmessig å stille absolutte krav om dekningsgrad. Det gjelder særlig innenfor et arbeidsområde hvor det er en rekke forskjellige tiltak som kan benyttes og det offentlige styringsansvar er delegert til kommunenivå for å oppnå en bedre tilpasning til brukernes behov, enn det sentralt fastlagte dekningsgrader vil medføre.

(II) Valgfrihet uten gebyr

For at man skal kunne tale om brukerstyring, må brukerne har reelt valg mellom tjenestetilbud som har forskjellig utforming. Det kan være valg mellom ulike tjenestetilbud i en kommune eller valg mellom kommuner som har forskjellige tilbud. Dette er en nødvendig betingelse for at brukerne gjennom sine valg av tjenesteprodusent skal kunne demonstrere hvilke tilbud som de foretrekker. Brukernes valg gir derved tjenesteprodusentene «signaler» om hvorledes brukerne ønsker tilbudene. Dette tilfellet er i avsn. 2 kalt kostnadsfrie valg.

En rekke «signaler» basert på slik valgfrihet vil kunne si lite nytt. Det vil ikke være overraskende at det for eksempel er større søkning til nye sykehjem enn til nedslitte sykehjem.

Hvis kvalitetsforskjeller mellom alternative tilbud er basert på betydelige kostnadsmessige forskjeller, så er det ikke overraskende at brukerne velger de dyreste tilbud, hvis det ikke er betalingsforpliktelser knyttet til tilbudene som avspeiler kostnadsforskjellene.

I en rekke sammenhenger vil det være vanskelig å tenke seg at det kan gis reell valgfrihet av kostnadsmessige grunner. Det gjelder særlig kostbare tjenester som krever spesial bemanning (legekontorer) og tjenester som må lokaliseres nær brukernes bosted, for eksempel barnehager og daginstitusjoner for eldre. Kostnadsmessige forhold og geografiske avstander vil således begrense muligheten for å gi brukerne valgfrihet på mange områder.

(III) Kostnadsdekkende priser

På felter hvor det er mulig å gi valgfrihet og hvor det kan kreves inn kostnadsdekkende gebyrer, er det mulig å gi brukerne en betydelig grad av brukerstyring. Det offentlig styringsansvar begrenses dermed til å sørge for at tjenestetilbud finnes og at disse innrettes etter brukernes ønske. Når gebyrene for en tjeneste er fullt ut kostnadsdekkende, bør produksjonen fullt ut tilpasses brukernes ønsker.

I praksis er det imidlertid vanskelig å innføre kostnadsdekkende priser. Årsaken til det er at en av hovedgrunnene til at det offentlige har påtatt seg styringsansvaret, er at brukernes kjøpekraft (inntekt) ikke skal være bestemmende for tilgangen til slike tjenester.

En mulighet for å innføre kostnadsdekkende priser vil imidlertid være å la de offentlige midler som brukes i pleie- og omsorgssektoren i større grad følge brukeren. Vi har allerede et system med hjelpestønad og grunnstønad for personer med ulike problemer. Disse ordningene er ment å skulle kompensere for de merutgifter personer med ulike funksjonshemminger har på grunn av sin funksjonshemming. Det er mulig å tenke seg et slikt system utvidet til å gjelde betaling av alle tjenester innen pleie- og omsorgstjenestene slik at pengene konsekvent følger brukeren. Det kan f. eks. tenkes gjennomført slik:

1. Alle brukere får målt sin funksjonsnedsettelse ved hjelp av f.eks. GERIX-systemet, jf. omtale i *"Brukerne"* i kap. 6. I dag blir dette systemet etter hvert brukt til å utmåle den hjelp kommunen skal gi vedkommende. Det vil være mulig å knytte ulike grader av funksjonsnedsettelse til faste nivåer for hjelpebehov.
2. De pengene kommunen i dag bruker på tjenestetilbudet til den enkelte, kan i stedet betales ut til brukeren som så kan tilrettelegge sitt eget tilbud ved å kombinere hjelp fra egen familie, andre private eller offentlig tilrettelagt hjelp.
3. Kommunen vil være ansvarlig for at det finnes et offentlig tilrettelagt tilbud som gjør det mulig å få et tilbud som svarer til det tilbud den enkelte får i dag.
4. Vurdering av behov og utbetaling av penger kan enten skje fra kommunene eller fra trygdekontorene. Begge alternativer vil ha sine fordeler og ulemper.

5. Brukerbetalingen kan i et slikt opplegg fastlegges gjennom å differensiere refusjonsprosenten fra det offentlige etter inntekt. Det ville bety at personer med høy inntekt ville få et tilskudd i forhold til sitt tjenestebehov som dekker en mindre del av dette enn personer med lav inntekt.

Fordeler med en slik modell:
- brukeren får full suverenitet i forhold til valg av tjenester i forhold til sitt behov
- tilpasningen mellom egenomsorg, familieomsorg, offentlig hjelp og andre tjenester blir enklere. Den offentlige støtte blir basert på den enkeltes behov og brukeren kan selv sette sammen en hensiktsmessig pakke av tjenester.
- vil gi bedre oversikt over det reelle behov for tjenester
- vil redusere mye av det arbeidet som i dag går med til å samordne tjenester
- kan gi større effektivitet i produksjonen gjennom konkurranse mellom offentlige og private tilbydere

Ulempene ville være bl.a.:
- hvordan skal retten til finansiering avgrenses i forhold til privat, uformell omsorg? Den private omsorgen er i størrelsesorden like stor som den offentlige. Dersom all privat omsorg for eldre og funksjonshemmede skulle utløse krav om offentlig finansiering, ville samfunnet stå overfor et betydelig finansieringsproblem
- vanskelig å komme fram til et entydig system for måling av funksjonsnedsettelse
- hvordan ivareta varierende behov? Stadig nye vedtak om stønadssats?
- hvordan sikre at alle får nødvendig pleie og omsorg og kvaliteten i tilbudet?

For aldersdemente, psykisk utviklingshemmede og personer med psykiatriske problemer måtte det naturlig nok tilrettelegges et eget opplegg. Her kunne det være aktuelt å tildele tjenester slik det skjer i dag. En mulig ordning ville imidlertid være at de pårørende får oppgaven med å ivareta brukerens interesser. For dem som ikke har aktuelle pårørende, kan en bruke hjelpeverge.

Brukerstyringsmodellen

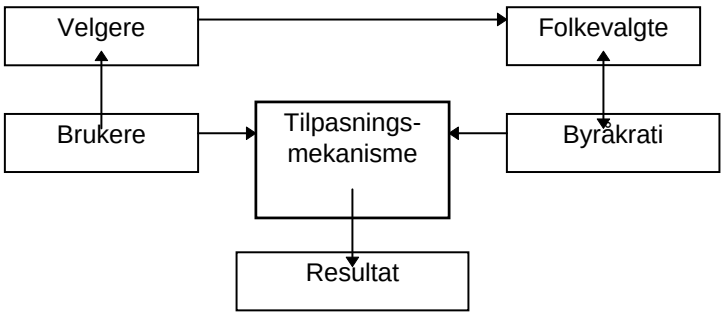
Brukerstyringsmodellen kan presiseres slik at brukerne får to former for innflytelse på produksjon. Direkte styring gjennom valg av tjenester og indirekte som velgere gjennom det politiske system, brukerne kan sies å representere «etterspørselssiden». Brukerne kan bare sies å representere etterspørselssiden hvis de betaler fullt ut for tjenestene og er rimelig godt informert.

Fagfolkene og de folkevalgte kan motsvarende sies å representere «tilbudssiden». Det forutsetter at de tar sikte på å dekke brukernes krav i størst mulig grad og at de har motiver for å minimere kostnadene. Analogien til et marked er tilsynelatende stor. Nærmere analyse viser at sammenligningen halter på vesentlige punkter.

Det er derfor i "" i figur 1.5 brukt betegnelsen «tilpasningsmekanismen» og ikke «markedsmekanismen». Hovedårsaken til det er at det ikke er tale om å avvikle det offentlige styringsansvar.

I et marked vil prisen øke ved et etterspørselsoverskudd. Det vil bety økte fortjenestemuligheter som med fri etableringsrett på lengre sikt vanligvis fører til økt tilbud. Et tilbudsoverskudd vil føre til reduserte priser og dermed lav eller negativ fortjeneste. På lengre sikt vil det vanligvis føre til redusert tilbud. Under ellers like forutsetninger vil et marked «av seg selv» føre til likevektspriser, slik at etterspørsels- eller tilbudsoverskudd blir eliminert også på kort sikt.

I brukerstyringsmodellen er prisene eller gebyrene fastlagt ved administrative beslutninger og er helt eller delvis kostnadsdekkende. Likheten mellom markedsmodellen og brukerstyringsmodellen er begrenset til at etterspørselsoverskudd og tilbudsoverskudd i brukerstyringsmodellen er «et signal» om økt eller redusert produksjon. Konstruksjonen av «tilpasningsmekanismen» vil være avgjørende for om en slik tilpasning vil skje, og eventuelt hvor fort det vil skje.



Figur 1.5 Brukerstyringsmodellen.

Brukerstyrt personlig assistanse

Brukerstyrt personlig assistanse er en ny hjelpeordning for sterkt funksjonshemmede som er under utprøving i Norge. Hjelpeordningen administreres av den enkelte bruker. Ordningen inkluderer nødvendig assistanse både i hjemmet og til ulike aktiviteter utenfor hjemmet. Brukerstyring innebærer at brukeren selv rekrutterer assistenter, lærer dem opp, setter opp arbeidsplaner, skaffer vikar ved sykdom, etc. I tillegg kan brukeren ha arbeidsgiveransvaret individuelt eller i fellesskap gjennom et andelslag. I Norge fungerer brukeren som arbeidsleder i de fleste enkeltstående eksemplene med personlig assistanse, mens kommunen er arbeidsgiver.

Egenadministrert personlig assistanse betyr at sterkt funksjonshemmede får sterkere styring over sitt eget dagligliv og slipper å bli styrt av andres prioriteringer og valg. Dette innebærer bl.a. større fleksibilitet i tjenestene, færre hjelpere, og muligheter for å få hjelp utenfor hjemmet. At brukerne selv overtar administrasjonen av sin egen hjelpeordning, medfører at kommunene slipper en omfattende og tidkrevende administrasjon. Dette er en fornuftig og rasjonell arbeidsdeling mellom bruker og kommunene, og i tillegg får brukerne hjelp på de riktige tidspunktene.

4 HOVEDKONKLUSJONER

I Skandinavia pågår for tiden en rekke forsøk med bestiller-/utførermodellen, brukerstyringsmodeller og andre reformer som dels sikter inn mot å styrke de folkevalgtes stilling og mot å gjøre produksjon under offentlig styringsansvar mer brukerorientert.

Drøftingen i hovedavsnittene om bestiller-/utførermodellen og brukerstyringsmodellen viser at det ikke er uproblematisk å anvende slike modeller. Framfor alt synes det klart at det ikke er tale om modeller som kan anvendes på alle typer av problemer i enhver sammenheng. Antakelig vil det kunne være spørsmål om å kombinere elementer fra begge modeller.

Det synes imidlertid klart at det er et poeng å legge til rette for økt valgfrihet for brukerne ved offentlig og/eller privat produksjon, dog innenfor rammen av et

offentlig styringsansvar Det bør derfor både lokalt og sentralt tas initiativ for å sette i gang prøveordninger med modeller som kan legge til rette for økt valgfrihet og brukerinnflytelse i pleie- og omsorgssektoren.

Vedlegg 2

Finansieringsansvar for ulike helsetjenester mv. forhold til ulike boformer

Tabellen gir en oppsummering av hvordan finansieringsansvaret for ulike helsetjenester fordeler seg mellom folketrygden, kommunene og brukerbetaling. Ansvarsfordelingen mellom kommunene og folketrygden er forskjellig alt etter hvilken boform det er snakk om. Brukerbetalingsordningene varierer også etter boform.

Tabell 2.1:

ORDNING	*BOFORM*	*FINANSIERING*
Legehjelp	Boformer regulert etter kommunehelseloven og etter sosialtjenesteloven (bl.a. sykehjem og aldershjem). Omsorgsboliger og egen bolig.	Kommunalt ansvar, khl. § 5–1, jf. 1–3. Statlig rammetilskudd, jf. khl. § 5–2. Vederlag etter khl. § 2–3, jf. vederlagsforskriften § 7. Kommunalt ansvar, khl. § 5–1, jf. 1–3. Statlig rammetilskudd, jf. khl. § 5–2 og stykkprisfinansiering etter ftrl. § 2–5 nr.1 eller fastønnstilskudd, jf. ftrl. § 2–3. Brukerbetaling khl. § 2–3, ftrl. § 2–5 og forskrifter for godtgjørelse av utgifter til privatpraktiserende lege.
Spesialister, poliklinisk legehjelp (med refusjonsrettigheter fra folketrygden)	Boformer regulert etter kommunehelseloven og etter sosialtjenesteloven. Omsorgsboliger og egen bolig.	Fylkeskommunalt ansvar, sykehusl. § 1,2 og 12. Statlig rammetilskudd, sykehusl. § 11, stykkprisrefusjon fra folketrygden jf. sykehusl. § 12, vederlag, jf. vederlagsforskriften § 7. Fylkeskommunalt ansvar, sykehusl. §§ 1,2 og 12. Statlig rammetilskudd, sykehusl. § 11, stykkprisrefusjon fra folketrygden jf. sykehusl. § 12 og brukerbetaling, jf. sykehusl. § 12
Legemidler	Boformer regulert etter kommunehelseloven og etter sosialtjenesteloven. Omsorgsboliger og egen bolig.	Kommunalt ansvar, khl. § 5–1 annet ledd, jf. 1–3. Statlig rammetilskudd, jf. khl. § 5–2. Vederlag, jf. khl. § 2–3 og vederlagsforskriften § 7. Folketrygden, jf. ftrl. § 2–5 nr. 3 litra a. Brukerbetaling, jf. khl. § 2–3 jf. forskrifter om godtgjørelse av utgifter til viktigere legemidler § 7.
Fysikalsk behandling	Boformer regulert etter kommunehelseloven og etter sosialtjenesteloven. Omsorgsboliger og egen bolig.	Kommunalt ansvar, khl. § 5–1 jf. 1–3. Staten yter årlige rammetilskudd, jf. khl. § 5–2. Vederlag, jf. khl. § 2–3, jf. vederlagsforskriften § 7. Kommunalt ansvar, khl. § 5–1, jf. 1–3. Statlig rammetilskudd, jf. khl. § 5–2 og stykkprisfinansiering etter ftrl. § 2–5 nr.2, jf. forskrift for godtgjørelse av utgifter til fysikalsk behandling eller fastønnstilskudd, jf. ftrl. § 2–3. Brukerbetaling khl. §§ 2–3, og ftrl. § 2–5 nr.1 og forskrift om godtgjørelse av utgifter til fysikalsk behandling.

Tabell 2.1:

ORDNING	*BOFORM*	*FINANSIERING*
Sykepleieartikler	Boformer regulert etter kommunehelseloven og etter sosialtjenesteloven. Omsorgsboliger og egen bolig.	Kommunalt ansvar, khl. § 5–1, jf. § 1–3. Statlig rammetilskudd, jf. khl. § 5–2. Vederlag, jf. khl. § 2–3, vederlagsforskriften § 7. Folketrygden, jf. ftrl. § 2–5 nr. 3 litra a. Brukerbetaling, jf. khl. § 2–3, jf. forskrifter om godtgjørelse av utgifter til viktigere legemidler § 7.
Hjelpemidler til bedring av den alminnelige funksjonsevnen	Boformer regulert etter kommunehelseloven og etter sosialtjenesteloven. Omsorgsboliger og egen bolig.	Ansvar for ulike hjelpemidler delt mellom hhv. kommune, jf. khl. § 5–1, jf. 1–3 og folketrygden, jf. ftrl. §§ 2–5 nr. 3 c og d, 2–13 og 5A–8 a. Individuelt tilpassede hjelpemidler er folketrygdens ansvar, hjelpemidler som kan brukes av alle beboere er et kommunalt ansvar. Folketrygden, jf. ftrl. § 2–5 nr. 3 c og d, 2–13 og 5A–8.