

Høringsnotat 23. mars 2004

Brukerbetaling for pleie- og omsorgstjenester



SOSIALDEPARTEMENTET

1.	Sammendrag	4
2.	Innledning	9
2.1.	Tidligere behandling	10
2.2.	Begrepsavklaring	11
3.	Dagens finansiering og brukerbetaling for helse- og sosialtjenester	13
3.1.	Innledning	13
3.2.	Finansiering og brukerbetaling utenfor institusjon	13
3.2.1.	<i>Bolig</i>	13
3.2.2.	<i>Tjenester i hjemmet</i>	14
3.2.3.	<i>Legehjelp, legemidler og sykepleieartikler</i>	15
3.2.4.	<i>Hjelpemidler</i>	16
3.3.	Finansiering og brukerbetaling i institusjon	16
3.3.1.	Finansiering	17
3.3.2.	Brukerbetaling	17
3.4.	Oppsummering	19
4.	Kommunale helse- og sosialtjenester	20
4.1.	Tjenestenes utvikling	20
4.2.	Hvem bruker tjenestene?	20
4.3.	Endringer i alderssammensetning og inntekt	21
5.	Erfaringer fra Danmark og Sverige	23
5.1.	Innledning	23
5.2.	Danmark	23
5.3.	Sverige	24
6.	Er dagens brukerbetaling egnet for fremtiden?	26
6.1.	Innledning	26
6.2.	Kommunens ansvar for tjenestene	26
6.3.	Hensyn ved fremtidig brukerbetaling og finansiering	27
6.3.1.	<i>Like og enklere regler</i>	27
6.3.2.	<i>Kommunalt selvstyre og effektiv ressursbruk</i>	27
6.3.3.	<i>Finansiering av tjenestene</i>	28
6.4.	Vurdering av dagens todelt system for brukerbetaling og finansiering	28
6.4.1.	<i>Like og enklere regler</i>	30
6.4.2.	<i>Kommunalt selvstyre og effektiv ressursbruk</i>	30
6.4.3.	<i>Finansiering av tjenestene</i>	31
6.4.4.	<i>Mindre endringer i dagens ordninger</i>	31
6.4.5.	<i>Samlet vurdering</i>	33
6.5.	Til høringsinstansene	33
7.	Ny brukerbetaling i institusjon?	35
7.1.	Innledning	35

7.2.	Institusjonsbetaling for flere typer tilbud	35
7.3.	Tjenestebasert betaling og husleie	36
7.4.	Administrative konsekvenser	37
7.5.	Samlet vurdering	38
7.6.	Til høringsinstansene	39
8.	Graden av statlig regulering?	40
8.1.	Innledning	40
8.2.	Dagens skjermingsbestemmelser	40
8.3.	Betaling for personrettet hjelp?	42
8.4.	Maksimalbetaling (tak) for kommunale tjenester	44
8.5.	Til høringsinstansene	45
9.	Økonomiske konsekvenser av tjenestebasert betaling	
	47	
9.1.	Innledning	47
9.2.	Nærmere om forutsetningene for beregningene	48
9.3.	Konsekvenser for brukerne	50
9.4.	Konsekvenser for staten	52
9.5.	Konsekvenser for kommunene	53
9.6.	Økonomiske konsekvenser utenfor institusjon	53
9.7.	Konsekvenser for fremtidig brukerbetaling	54
10.	Mer lik finansiering av bostøtte, hjelpemidler og helsetjenester	55
10.1.	Innledning	55
10.2.	Støtte til boutgifter	55
10.3.	Hjelpemidler	57
10.4.	Legemidler og sykepleieartikler	58
10.5.	Legetjenester	59
10.6.	Samlet vurdering	60
11.	Alternativ A - Kommunal finansiering av bostøtte og helsetjenester i institusjon og omsorgsboliger	61
11.1.	Innledning	61
11.2.	Personkrets for kommunal finansiering av bostøtte og helsetjenester	61
11.2.1.	<i>Personkrets bestemt av alder eller behov</i>	62
11.2.2.	<i>Personkrets bestemt av boform</i>	62
11.3.	Boutgifter – bostøtte	64
11.3.1.	<i>Organisering</i>	64
11.3.2.	Økonomiske og administrative konsekvenser	64
11.4.	Hjelpemidler	65
11.4.1.	<i>Organisering</i>	65
11.4.2.	<i>Økonomiske og administrative konsekvenser</i>	65
11.5.	Legemidler og sykepleieartikler	66
11.5.1	<i>Organisering</i>	66
11.5.2.	Økonomiske og administrative konsekvenser	67
11.6.	Legetjenester	68
11.7.	Samlet vurdering av den kommunale modellen	68
11.8.	Til høringsinstansene	69

12. Alternativ B - Statlig finansiering av bostøtte og helsetjenester til alle innbyggere

71		
12.1.	Innledning	71
12.2.	Boutgifter	71
12.2.1.	<i>Organisering</i>	71
12.2.2.	<i>Økonomiske og administrative konsekvenser</i>	72
12.3.	Hjelpemidler	72
12.3.1.	<i>Organisering</i>	72
12.3.2.	<i>Økonomiske konsekvenser</i>	74
12.4.	Legemidler og sykepleieartikler	76
12.4.1.	<i>Organisering</i>	76
12.4.2.	<i>Økonomiske og administrative konsekvenser</i>	77
12.5.	Legetjenester	78
12.6.	Samlet vurdering av den statlige modellen	79
12.7.	Til høringsinstansene	80
	Litteraturliste	82

1. Sammendrag

Bakgrunn for høringsnotatet

Kapittel 2 til 5 redegjør for dagens brukerbetalings- og finansieringsordninger for pleie- og omsorgstjenestene i kommunen.

Pleie- og omsorgstjenestene er i endring. Gjennom Handlingsplan for eldreomsorgen og Opptrappingsplan for psykisk helse har det skjedd en betydelig utbygging av omsorgsboliger som supplement til og delvis erstatning for den tradisjonelle institusjonsomsorgen (syke- og aldershjem). Dette er en videreføring av den utvikling vi har hatt i de siste 10-15 årene med blant annet større vekt på tjenester i eget hjem og ved ansvarsreformen for psykisk utviklingshemmede.

Staten regulerer i dag kommunenes adgang til å ta egenandeler for pleie- og omsorgstjenester gjennom to parallelle regelverk. Personer i eget hjem og omsorgsboliger betaler for den enkelte tjeneste de mottar, mens personer i institusjon betaler en fast andel av sin inntekt for et helhetlig tilbud. Dette betyr blant annet at brukere kan betale forskjellig for de samme tjenestene avhengig av om de ytes i eller utenfor institusjon.

Det er kommunene som selv skal avgjøre hvordan tjenestetilbudene skal organiseres. Staten bør imidlertid sørge for at det statlige regelverket ikke påvirker kommunenes valg på en uheldig måte. I dag ligger hovedansvaret for finansieringen i kommunene, men staten finansierer deler av legetjenester, legemidler, hjelpemidler og bostøtte for brukere som leier eller eier egen bolig. Det kan blant annet medføre at kommunene velger tjenestetilbud ut fra hvem som finansierer tjenestene.

I NOU 1997: 17 "Finansiering og brukerbetaling for pleie- og omsorgstjeneste", ble det pekt på en rekke svakheter ved dagens ordninger. Senere har Stortinget vedtatt: *"Stortinget ber Regjeringen utrede en likebehandling av betalingsordninger når det gjelder medisiner, hjelpemidler og bostøtte i omsorgsbolig og sykehjem."*

Høringsnotatet diskuterer hvorvidt dagens finansierings- og brukerbetalingsordninger er tilpasset utviklingen i pleie- og omsorgstjenesten. En omlegging av brukerbetalingsordningene vil ha konsekvenser for mange brukere, deres pårørende og alle norske kommuner. Regjeringen la derfor i St.meld. nr. 45 (2002-2003) "Kvalitet i pleie- og omsorgstjenesta" til grunn at det var behov for å sende forslag til endring på høring før det blir lagt frem for Stortinget. Dette høringsnotatet skisserer mulige alternativer til dagens todelte system. Ikke minst av hensyn til kompleksiteten i mange av problemstillingene, har Sosialdepartementet valgt ikke å foreslå en konkret modell i høringsnotatet. Departementet anser det som avgjørende å høre høringsinstansenes vurderinger før det konkluderes i et fremlegg for Stortinget.

Både Sverige og Danmark har gjennomført endringer som gir relevant erfaring i forhold til de norske utfordringene. Dette omtales kort i kapittel 5.

Kapittel 6 til 12 omfatter en rekke spørsmål som Sosialdepartementet ber om tilbakemelding på.

Er dagens brukerbetaling egnet for fremtiden?

Kapittel 6 redegjør for de hovedhensyn som departementet mener bør ivaretas i et fremtidig system for brukerbetaling og finansiering av enkelte deltjenester. Det er forutsatt at kommunene fortsatt skal ha ansvaret for pleie- og omsorgstjenesten og at tjenestene i all hovedsak skal finansieres gjennom kommunens frie inntekter. Det er kun i forhold til bostøtte, hjelpemidler og helsetjenester det vurderes mulige mindre endringer i finansieringssystemet i forhold til situasjonen i dag.

- I. Hovedspørsmålet til høringsinstansene er: Bør dagens todelte system for brukerbetaling og finansiering i hovedtrekk videreføres, eller er det behov for større endringer?*

Dersom dagens ordninger videreføres kan det være aktuelt å gjøre mindre endringer i gjeldende regelverk.

Husleie og betaling for tjenester i institusjon?

Stortinget har tidligere bedt regjeringen utrede hvordan betalingsregler i omsorgsbolig og sykehjem kan gjøres likere og *kapittel 7* drøfter hvordan dette kan gjøres. Like ordninger kan oppnås dersom dagens institusjonsbetaling erstattes med en tjenestebasert betaling tilsvarende det som gjelder for brukere som mottar tjenester i egne hjem (herunder omsorgsboliger), der langtidsbeboere i institusjon betaler husleie, sine daglige utgifter, og egenandeler for tjenestene. Høringsnotatet legger til grunn at fastsetting av husleie i institusjon bør være et kommunalt ansvar på samme måte som husleiefastsetting for kommunale leiligheter.

Tjenestebasert betaling vil bety endringer for beboerne i institusjon, deres pårørende og for kommunen. En eventuell omlegging til tjenestebasert betaling forutsettes ikke å medføre endringer i betalingsordningen for kortidsopphold i institusjon.

En løsning der dagens betalingsmodell i institusjon utvides til å omfatte omsorgsboliger vurderes som uaktuell og diskuteres derfor ikke videre.

- II. Hovedspørsmålet til høringsinstansene er: Vil et enhetlig system for brukerbetaling der betalingen knyttes til bolig, daglige utgifter og egenandeler for de faktiske tjenester som ytes være mer hensiktsmessig enn dagens todelte system for brukerbetaling i og utenfor institusjon?*

For brukerne og deres pårørende er det sentralt å vurdere om det er ønskelig å betale separat for bolig og for daglige utgifter. For kommunen er det sentralt å vurdere de administrative konsekvenser ved en slik omlegging.

Graden av statlig regulering

Dagens regler for brukerbetaling for hjemmetjenester omfatter både et generelt betalingsfritak for personrettet hjelp (hjemmesykepleie og praktisk bistand til personlig stell og egenomsorg) og spesielle skjermingsbestemmelser for personer med lav inntekt for andre hjemmetjenester. Utover dette står kommunene fritt til å fastsette betalingsnivået. Dersom dagens institusjonsbetaling erstattes av et tjenestebasert system vil betalingsordningene for mottakere av hjemmetjenester også gjelde beboere i institusjon.

Kapittel 8 drøfter behovet for statlige regler for brukerbetaling eller om det kan overlates til den enkelte kommune å bestemme utformingen. I den grad staten skal regulere kommunenes betalingspraksis må det avklares hvordan betalingsnivået skal fastsettes og hvordan hensynet til brukere med lave inntekter skal ivaretas.

Dagens betalingsfritak for personrettet hjelp gjelder alle brukere uansett inntektsnivå. Et alternativ til det generelle betalingsfritaket for personrettet hjelp kan være en mer målrettet ordning for brukere med lav inntekt som omfatter flere typer tjenester. Dette kan f. eks. skje ved en utvidelse av dagens regler om maksimalbetaling for brukere med lav inntekt (under 2G). Dette sees i sammenheng med Stortingets vedtak om å vurdere en utvidelse av dagens tak-2 ordning i forhold til kommunale egenandeler. Sosialdepartementet antar at brukernes erfaring med dagens regelverk vil ha betydning for hvordan et mulig større kommunalt ansvar for fastsetting av brukerbetaling vurderes.

III. Hovedspørsmålet for høringsinstansene er: Bør staten fastsette regler for nivået på brukerbetaling, og i tilfelle i hvilke grad, eller bør dette være opp til den enkelte kommune å avgjøre?

Ved endringer i dagens brukerbetalingsordninger vil et hovedspørsmål for både brukerne og kommunene være om det medfører endringer i de samlede utgiftene for brukeren og inntektene for kommunene. Det er forutsatt at en mulig omlegging fra institusjonsbetaling til tjenestebasert betaling ikke skal medføre lavere samlet brukerbetaling og at brukere med lav inntekt ikke må betale mer enn i dag. Ut over dette inneholder ikke høringsnotatet konkrete beregninger av hva brukerne skal betale og hvordan endringene vil påvirke kommunenes inntekter. Slike konkrete beregninger vil bare være mulig å gjøre dersom det er klart at (og hvordan) staten skal regulere betalingsnivået.

Kapittel 9 oppsummerer en utredning Samfunns- og næringslivsforskning as (SNF) har utført på oppdrag fra Sosialdepartementet. Basert på visse forutsetninger anslår utredningen de økonomiske konsekvensene ved en omlegging fra dagens institusjonsbetaling til en tjenestebasert betaling der beboerne betaler husleie. SNF viser under gitte forutsetninger at en omlegging av dagens institusjonsbetaling kan gjennomføres uten betydelige tap av inntekter for kommunene og uten at brukere med lav inntekt må betale mer enn i dag. Konsekvensene for brukere med middels og høyere inntekter vil avhenge av om dagens betalingsfritak for personrettet hjelp videreføres eller erstattes av andre skjermingsordninger, f. eks. med utgangspunkt i dagens regler om maksimalbetaling for brukere med inntekt under 2G.

Mer lik finansiering av legemidler, hjelpemidler og støtte til boutgifter

Pleie- og omsorgstjenestens samlede driftsutgifter utgjør ca 46 milliarder kroner. Pleie- og omsorgstjenestene finansieres i hovedsak gjennom kommunenes frie inntekter, men staten finansierer bostøtte, hjelpemidler og deler av legemidler og legetjenester for brukere utenfor institusjon. For tilbud som gis i omsorgsboliger utgjør dette anslagsvis 700 millioner kroner i statlig finansiering. Like betalingsordninger i og utenfor institusjon gir også behov for likere finansiering av disse deltjenestene. Dette er ønskelig både av hensyn til likebehandling av brukerne uavhengig av tjenestearna og av hensyn til en mest mulig effektiv ressursfordeling. Forskjellig finansiering i og utenfor institusjon kan gi uheldige incentiver i forhold til kommunenes organisering av tilbudet.

Dersom det innføres husleie for institusjonsopphold vil det være behov for en støtteordning til beboere med lav inntekt. I dag ivaretas beboere i institusjon ved at kommunen beregner betalingen kun ut fra inntekten. Beboere som mottar tjenester i eget hjem (herunder

omsorgsboliger) har rett til bostøtte fra Husbanken. For å unngå to parallelle ordninger for beboere i institusjon og beboere i ulike typer boliger vurderes både statlig bostøtte til beboere i institusjon og ulike kommunale alternativer.

Kapittel 10 viser at lik finansiering i prinsippet kan oppnås ved å samle finansieringsansvaret for bostøtte, hjelpemidler, legetjeneste og legemidler til alle innbyggere hos staten eller kommunen. I tillegg omtales kort ulike mellomløsninger som innebærer fortsatt to parallelle ordninger. Kommunalisering av ansvaret for legemidler eller bostøtte for alle innbyggere vurderes ikke som realistiske alternativer, men er likevel omtalt for å vise ytterpunktene når det gjelder mulige løsninger. Utvidelse av det statlige finansieringsansvaret for legemidler og hjelpemidler til også å gjelde beboere i institusjon forventes å gi økte utgifter for det offentlige samlet. Sosialdepartementet vil komme tilbake til spørsmålet om eventuelle endringer i finansieringen av legetjenester etter at Helsedepartementet har gjennomført en kartlegging av legetjenester i sykehjem og omsorgsboliger. *Kapittel 11* og *12* redegjør for to hovedalternativer for finansiering av bostøtte, hjelpemidler, legetjenester og legemidler som høringsinstansene bes kommentere nærmere.

Gitt at kommunalisering av finansieringsansvaret for bostøtte og legemidler for alle innbyggere ikke er aktuelt, drøfter *kapittel 11* mulige mellomløsninger med økt kommunalt ansvar. Det er vanskelig å finne en løsning som gir et klart skille mellom kommunalt og statlig finansieringsansvar. En mulig løsning er å utvide det kommunale ansvaret for legemidler og bostøtte til å omfatte både beboere i institusjon og omsorgsbolig med oppstartingsstilskudd fra Husbanken. Dette vil medføre at beboere i omsorgsboliger overføres fra dagens blåreseptordning for legemidler og den statlige bostøtteordningen til nye kommunale ordninger. Etter at Handlingsplanen for eldreomsorg og Opptrappingsplanen for psykisk helse er gjennomført vil det finnes anslagsvis 30.000 omsorgsboliger. En slik omlegging av finansieringsansvaret vil ikke berøre beboere i institusjon ut over en eventuell endring i betalingsystemet.

Når det gjelder finansieringsansvaret for hjelpemidler til pleie- og omsorgsformål legges det i dette alternativet til grunn at kommunen gis ansvar for slike hjelpemidler til alle innbyggere. Denne løsningen vil gi nøytralitet mellom finansiering av tilbud som ytes i institusjon og omsorgsboliger, men opprettholde ulik finansiering i forhold til andre typer kommunale boliger og tilbud som ytes i brukerens opprinnelige hjem. Imidlertid kan økt kommunal finansiering legge til rette for bedre utnyttelse av ressursene.

IV. Hovedspørsmålet for høringsinstansene er: Bør kommunens helhetlige finansieringsansvar for tilbudet til beboere i institusjon utvides til å omfatte en større gruppe brukere av pleie- og omsorgstjenester, f.eks beboere i omsorgsboliger?

Det er viktig å avklare hvordan et eventuelt større kommunalt ansvar vil påvirke den samlede ressursbruken og tjenestetilbudet som gis den enkelte bruker.

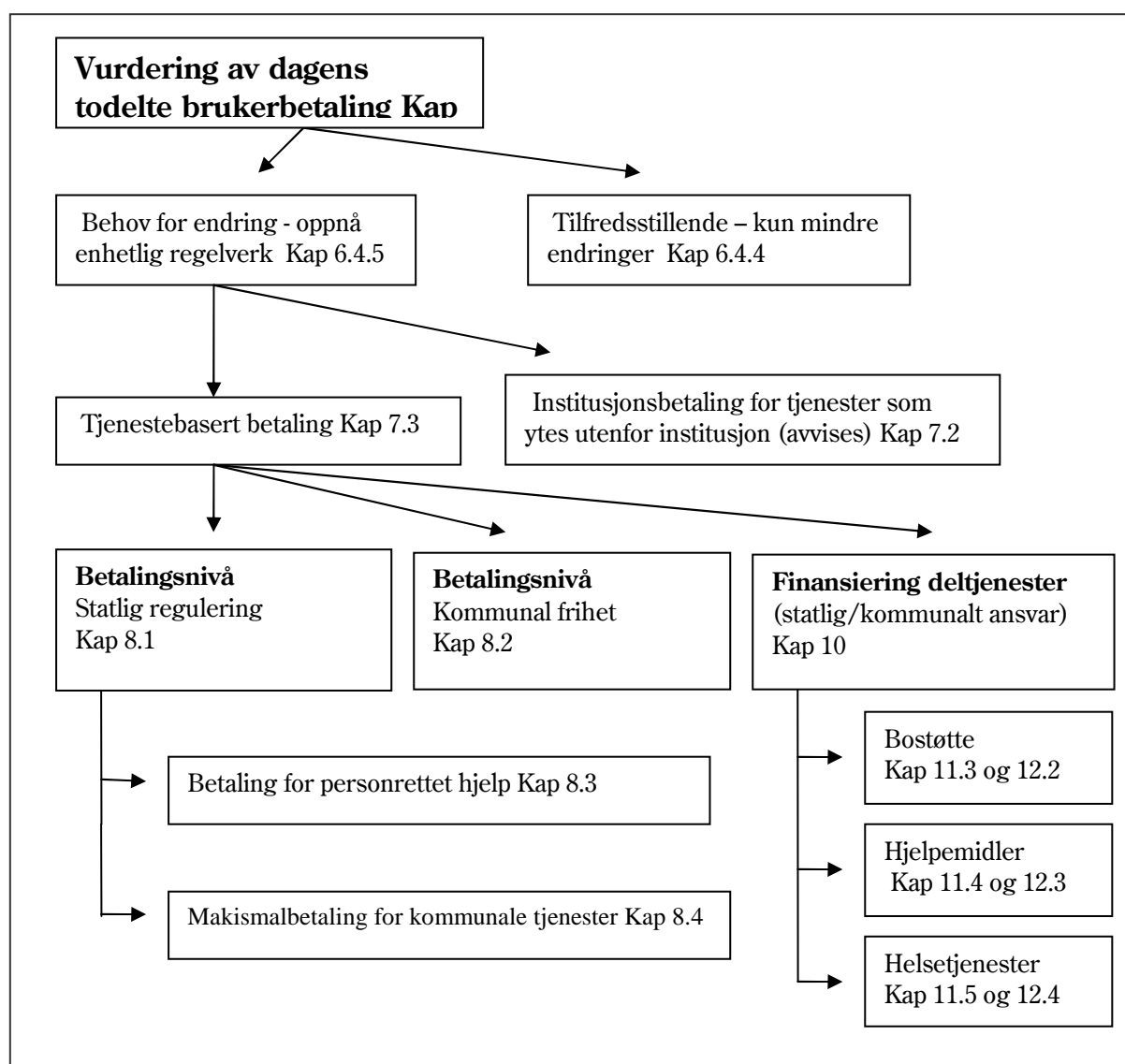
Kapittel 12 beskriver hvordan statens finansieringsansvar for bostøtte, hjelpemidler og legemidler utenfor institusjon (herunder omsorgsboliger) kan utvides til å gjelde for beboere i institusjon. Dette vil innebære at anslagsvis 40.000 beboere i institusjon gis statlig bostøtte, legemidler på blå resept og hjelpemidler finansiert av folketrygden. Forslaget vil ikke bety endringer for personer utenfor institusjonene og kommunen vil fortsatt ha hovedansvaret for å finansiere pleie- og omsorgstjenesten.

Denne løsningen vil sikre nøytralitet mellom finansiering av tilbud som ytes i institusjon og ulike typer boliger. Imidlertid kan økt statlig finansiering medføre at forbruket av, og dermed det offentliges utgifter til både legemidler og hjelpemidler øker noe.

V. *Hovedspørsmålet til høringsinstansene er: Bør beboere i institusjon ha de samme rettigheter som brukere utenfor institusjon i forhold til hjelpemidler fra folketrygden, legemidler på blå resept og Husbankens bostøtteordning?*

Det er viktig å avklare hvordan et eventuell større statlig ansvar vil påvirke den samlede ressursbruken og tjenestetilbudet som gis den enkelte institusjonsbeboer.

Nedenfor illustreres de ulike spørsmålene som høringsnotatet reiser:



2. Innledning

Brukerne av kommunens pleie- og omsorgstjenester betaler i dag for tjenestene de mottar etter to ulike regelverk, avhengig av om de mottar tjenester i eller utenfor institusjon. Personer som mottar tjenester i eget hjem (herunder omsorgsboliger) betaler for den enkelte tjeneste de mottar, mens personer i institusjon betaler en fast andel av sin inntekt for et helhetlig tilbud. Konsekvensen er blant annet at brukerne betaler ulikt for om lag de samme tjenestene avhengig av om kommunen tilbyr plass i institusjon eller personen bor i en leid eller eid bolig (herunder omsorgsbolig). Sosialdepartementet ønsker i dette notatet å se på alternativer til dagens ordning som kan medføre at brukerbetalingen blir mest mulig lik uavhengig av hvor tjenestene mottas. Dette er blant annet en oppfølging av NOU 1997:17 "Finansiering og brukerbetaling for pleie- og omsorgstjenester" og flere vedtak fra Stortinget i forbindelse med spørsmål om brukerbetaling.

En omlegging av brukerbetalingsordningene vil ha konsekvenser for mange beboere, deres pårørende og alle norske kommuner. Regjeringen la derfor i St.meld. nr. 45 (2002-2003) "Betre kvalitet i dei kommunale pleie- og omsorgstjenestene" til grunn at det var behov for å sende forslag til endring på høring før det ble lagt frem for Stortinget. Dette høringsnotatet skisserer mulige alternativer til dagens modell. Av hensyn til kompleksiteten i mange av problemstillingene, og ikke minst for å gi brukerorganisasjonene og kommunene mulighet til å komme med innspill før en endelig løsning velges, har Sosialdepartementet valgt å ikke foreslå en konkret modell. Departementet anser det som avgjørende å høre høringsinstansenes vurderinger før det konkluderes i et fremlegg for Stortinget, både kommunene og brukerorganisasjonene er her sentrale.

I følge avtalen om kvalitetsutvikling i pleie- og omsorgstjenesten mellom Kommunenes sentralforbund og Regjeringen er enklere finansiering og brukerbetalingsordninger et formulert mål.

Handlingsplan for eldreomsorgen og Opptappingsplan for psykisk helse har medført en betydelig utbygging av omsorgsboliger som supplement til og delvis erstatning for den tradisjonelle institusjonsomsorgen (syke- og aldershjem). Utviklingen skaper behov for å vurdere om lovgivningen er hensiktsmessig og Regjeringen har nedsatt et lovutvalg for å vurdere harmonisering av kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven. Utvalget skal avgi sin utredning sommeren 2004. Behovet for å se nærmere på reglene for brukerbetaling og på finansieringsordningene for pleie- og omsorgstjenestene kan også sees i denne sammenhengen.

Hovedansvaret for finansieringen av pleie- og omsorgstjenestene ligger i kommunene. Staten delfinansierer legetjenester, legemidler, hjelpemidler og bostøtte for brukere utenfor institusjon. Et større statlig finansieringsansvar for tjenester utenfor institusjon gir kommunen motiver til å prioritere de tjenestetilbud hvor staten finansierer enkelte deltjenester. Sosialdepartementet mener det er uheldig at den statlige delfinansieringen gir insentiver til hvordan kommunen organiserer tjenesten. Regelverket bør i større grad oppmuntre kommunene til å utforme tjenestetilbudet ut fra lokale behov og hva som er samfunnsøkonomisk mest effektivt.

I St.meld. nr. 45 (2002-2003) "Betre kvalitet i dei kommunale pleie- og omsorgstenestene" sa Regjeringen at den i det videre arbeidet med brukerbetalingsordningene ville legge vekt på at ordningene må:

- gi brukerne større valgfrihet og medvirkning
- være enkel å forstå for brukerne og pårørende, og enkle å administrere for kommunene
- sikre at brukerne som tar imot de samme tjenestene ikke skal måtte betale svært ulikt beløp fordi de tar imot tjenester i ulike boformer
- legge til rette for utvikling og dimensjonering av tjenester ut fra behovet blant folk og hva som er samfunnsøkonomisk optimale løsninger

Rapporten "Økonomiske konsekvenser av tjenestebasert betaling" fra Samfunns- og næringslivsforskning as (SNF) er utarbeidet på oppdrag fra Sosialdepartementet. Rapporten utreder økonomiske konsekvenser av å innføre tjenestebasert betaling i institusjonene og kan bestilles eller hentes fra departementets hjemmesider.

Høringsnotatet behandler ikke eventuelle endringer brukerbetalingen for kortidsopphold i institusjon eller for de kommunale rusinstitusjonene.

2.1. Tidligere behandling

NOU 1997:17 "Finansiering og brukerbetalning for pleie- og omsorgstjenester" redegjorde for en rekke svakheter ved dagens ordninger. Utredningen presenterte en løsning der institusjonsbetalingen ble erstattet med betaling for botilbud, daglige utgifter og egenandeler for tjenester. Utredningen viste også at en slik omlegging ville gi vanskelige fordelingsvirkninger og vesentlig mindre inntekter for kommunen. Utvalgets medlemmer var delt når det kom til å anbefale løsninger.

Innstillingen fra utvalget var på en omfattende høring. Om lag halvparten av høringsuttalelsene gikk inn for å la betalingsreglene utenfor institusjon også gjelde for beboere i institusjon, det utvalget kalte en tjenestebasert modell. Vel 10 prosent av høringsuttalelsene ønsket å opprettholde dagens system.

Ved behandlingen av St. meld. nr. 50 (1996-97) "Handlingsplan for eldreomsorgen", vedtok Stortinget følgende:

"Stortinget ber Regjeringen utrede en likebehandling av betalingsordninger når det gjelder medisiner, hjelpemidler og bostøtte i omsorgsbolig og sykehjem."

Videre vedtok Stortinget i 1998 at kommunene ikke skal ta egenandeler for hjemmesykepleie og såkalt personrettet hjelp.

I St. meld. nr. 31 (2001-2002) "Avslutning av handlingsplan for eldreomsorgen", ble det varslet at:

"Regjeringen tar sikte på å legge fram forslag til nye ordninger på dette området våren 2003, der målet er å få til mest mulig like regler for brukerbetalning uavhengig av om tjenestene gis i institusjon, omsorgsbolig eller eget hjem."

Stortinget har for 2003 vedtatt en ny skjermingsordning (tak 2) for brukere som betaler mer enn 4.500 kroner i egenandel for fysioterapi, refusjonsberettiget tannbehandling, opphold ved opptreningsinstitusjon og behandlingsreiser til utlandet. Stortinget har også bedt regjeringen i samarbeid med ”*brukerorganisasjonene (om å) fremme sak for Stortinget om hvilke og hvordan kommunale egenandeler kan innlemmes i tak 2, senest i statsbudsjettet for 2004.*” Regjeringen har derfor lagt opp til å se likebehandling av betalingsordningene og spørsmålet om utvidelse av tak 2 i sammenheng.

2.2. Begrepsavklaring

For å bidra til en presis forståelse av drøftingene i høringsnotatet omtales her en del begreper som er sentrale. Høringsnotatet omfatter brukerbetaling for helse- og sosialtjenester med fokus på de som mottar pleie- og omsorgstjenester.

Pleie- og omsorgstjenesten omfatter alle søkere og mottakere av kommunale helse- og sosialtjenester uavhengig av alder og type helseproblem. Pleie- og omsorgstjenestene omfatter tjenester etter sosialtjenesteloven § 4-2 bokstav a – e og hjemmesykepleie, inkl. psykisk helsetjeneste, sykehjem eller boform med heldøgns omsorg, samt rehabilitering i og utenfor institusjon, jf. lov om kommunale helsetjenester § 1-3.

Innbyggere som har behov for pleie- og omsorgstjenester betegnes både som *brukere, beboere og pasienter*. Det viktigste prinsipielle og juridiske skillet i drøftingen av brukerbetaling er mellom institusjon og utenfor institusjon. Reglene for brukerbetaling og finansiering følger dette skillet.

Institusjon brukes som en samlebetegnelse på aldershjem, sykehjem, og boliger med heldøgns omsorg (aldershjem, barneboliger og privat forpleining) jf. helse- og sosiallovgivningen.

Utenfor institusjon er det avgjørende hvilke typer tjenester man mottar og av mindre betydning hvor man bor. Høringsnotatet bruker flere ulike betegnelser på botilbud hvor personen enten eier eller leier boligen. I juridisk forstand vurderes disse likt, og det følger ikke automatisk med visse tjenester til den enkelte boformen, men isteden vurderes dette individuelt for hver enkelt beboer. Videre refereres kort de betegnelsene som brukes i høringsnotatet:

Kommunalt disponerte boliger til pleie- og omsorgsformål er en sekkebetegnelse på alle de boliger kommunen til en hver tid benytter til innbyggere med behov for pleie- og omsorgstjenester. Det er ingen krav til den bygningsmessige standarden. *Omsorgsboliger* som er finansiert med et særskilt tilskudd fra Husbanken inngår som en del av kommunens boligtilbud. De eies av kommunene eller av private, men kommunen har en rett og plikt til å disponere omsorgsboligene i minst 20 år etter at tilskudd er gitt fra Husbanken. Omsorgsboligen må oppfylle visse arealkrav og funksjonskrav for å oppnå statlig finansiering. I tillegg har kommunene ulike typer *trygdeleiligheter* og *serviceleiligheter*.

Brukerbetaling, egenandel og vederlag er ulike betegnelser på hva en person betaler av egen lomme for å få tilgang på en bestemt tjeneste eller ytelse. *Tjenestebasert betaling* beskriver reglene for betaling av tjenester utenfor institusjon, mens *institusjonsbetaling* brukes som betegnelse på betaling for langtidsopphold i institusjon. *Skjerming* beskriver hvordan

tjenestemottakere med lave inntekter ivaretas slik at de samlede utgiftene til brukerbetaling og boutgifter ikke blir for høye.

Personrettet hjelp brukes i høringsnotatet som en samlebetegnelse for hjemmesykepleie og praktisk bistand og opplæring til privat stell og egenomsorg.

3. Dagens finansiering og brukerbetaling for helse- og sosialtjenester

3.1. Innledning

Kommunene har ifølge helse- og sosiallovgivningen ansvar for å sørge for nødvendig helsehjelp og for sosiale tjenester til innbyggerne¹. Tjenestene ytes ut fra individuelle behov. Det innebærer at brukerne uavhengig av alder, boform, brukergrupper eller funksjonshemming kan få tilbud om de samme tjenester, men til ulik tid og i ulikt omfang. Kommunen skal yte hjemmesykepleie, hjemmehjelpstjenester, korttids og langtidsopphold i sykehjem og aldershjem, avlastning, støttekontakt og omsorgslønn. I tillegg skal kommunen etter kommunehelsetjenesteloven organisere allmennlegetjenester, herunder fastlegeordning, legevaksordning, fysioterapi og jordmortjeneste.

I 2002 var driftsutgiftene for pleie- og omsorgstjenestenes totalt på 46 milliarder kroner, det vil si om lag 1/3 av kommunenes samlede utgifter. Det ble utført mer enn 90 000 årsverk og i overkant av 200 000 personer fikk hjelp.

3.2. Finansiering og brukerbetaling utenfor institusjon

Pleie- og omsorgstjenester utenfor institusjon omfatter hjemmesykepleie etter kommunehelsetjenesteloven § 1-3 annet ledd nr. 3 og praktisk bistand og opplæring, støttekontakt, avlastning og omsorgslønn etter sosialtjenestelovne § 4-2. Brukeren har selv ansvar for å dekke boutgifter, mat og dagliglivets utgifter som alle andre innbyggere i kommunen.

3.2.1. Bolig

Alle kommuner disponerer boliger tilpasset pleie- og omsorgsformål, herunder et økende antall omsorgsboliger. Dette er i hovedsak utleieboliger som er eid av kommunene, men også boliger som eies av stiftelser, borettslag og private.

Innbyggere med lav inntekt kan søke statlig bostøtte til å dekke en del av boutgiften. I tillegg gir enkelte kommuner støtte ved at husleien subsidieres, ved at det gis kommunal bostøtte eller ved at det i spesielle tilfeller gis økonomisk sosialhjelp.

Den statlige bostøtten skal medvirke til at alders-, uføre- og etterlattepensjonister, barnefamilier samt andre husstander med svak økonomi, skal kunne anskaffe seg en hensiktsmessig, nøktern eie- eller leiebolig og ha mulighet til å bli boende i denne. Det godkjennes boutgifter opp til et øvre nivå (boutgiftstaket). Boutgiftstaket er satt for å sikre at

¹ Etter lov om helsetjenesten i kommunene (kommunehelsetjenesteloven) § 1-1 og lov om sosiale tjenester m.v. (sosialtjenesteloven) § 2-1.

det bare er nøkterne boutgifter som legges til grunn ved beregning av bostøtte. Bostøtten utgjør 70 pst. av forskjellen mellom godkjente boutgifter og det som beregnes som rimelig boutgift (egenandel) for husstanden. Forholdet mellom husstandens samlede inntekter og boutgifter avgjør om det blir innvilget bostøtte og eventuelt hvor mye bostøtte som blir tildelt. Videre skal bostøtten utjevne forskjeller i levekår for pensjonistgrupper som følge av forskjeller i boutgifter. I tillegg er den statlige bostøtten viktig i forhold til fordelingspolitikken og viktig i forhold til å kanalisere midler til husholdninger med lave inntekter, som for eksempel i forbindelse med de ekstraordinære strømutgiftene i 2003.

I 2003 ble det utbetalt i overkant av 2 milliarder kroner i statlig bostøtte. Om lag 110 000 husstander mottok bostøtte. 43 prosent av bostøttemottakere er eldre enn 64 år, 32 prosent uføre, 16 prosent enslige forsørgere, 5 prosent barnefamilier for øvrig og 4 prosent andre støtteberettigede. Gjennomsnittlig utbetalt bostøtte var 18 403 kroner pr. år. Det er relativt store forskjeller i støttenivå mellom målgruppene.

3.2.2. Tjenester i hjemmet

Den kommunale pleie- og omsorgstjenesten er i hovedsak finansiert gjennom kommunens frie inntekter, i tillegg finansieres en mindre andel gjennom brukerbetaling. Adgangen til å ta betaling for tjenestene utenfor institusjon er regulert i forskrift av 12. 04.1992. nr. 915 til lov om sosiale tjenester m.v. kap. 8. Forskriften fastslår at kommunen ikke har adgang til å ta betalt for hjemmesykepleie etter kommunehelsetjenesteloven og praktisk bistand og opplæring til personlig stell og egenomsorg etter sosialtjenesteloven, heretter omtalt som personrettet hjelp. Med personlig stell og egenomsorg menes i forskriften hjelp til å stå opp og legge seg, personlig hygiene, toalettbesøk, hjelp til å kle av og på seg, hjelp til å spise, nødvendig tilsyn og tilsvarende grunnleggende behov og opplæring til å gjøre den enkelte så selvhjulpne som mulig i slike situasjoner. Kommunen kan heller ikke ta betaling for støttekontakt, avlastningstiltak eller omsorgslønn.

Tjenestene det kan kreves betaling for er typiske hjemmehjelp- og husmorvikartjenester, som f.eks. rengjøring, klesvask og matlaging og annet praktisk arbeid i forbindelse med husholdningen. Det omfatter også annen praktisk hjelp til brukeren, som f.eks. hjelp til å gjøre nødvendig innkjøp, ærend til bank, postkontor eller andre offentlige kontorer og liknende daglige gjøremål.

Forskriften fastsetter at husstander med inntekt under 2 G ikke skal betale mer enn 150 kr pr måned i egenandeler for slike tjenester (1.800 kroner per år). Det er husstandens skattbare nettoinntekt før særfradrag som skal legges til grunn for beregningene. Skjerming drøftes nærmere i kapittel 8. For personer med inntekt over 2G er det kommunen som fastsetter betalingsnivået. Vederlaget må likevel ikke oversige kommunens egne utgifter til tjenesten (selvkost). For disse brukerne er det betydelig variasjon i nivået på egenandeler mellom kommunene.

Trygghetsalarm er en ytelse bestående av en teknisk alarminnretning knyttet til en uttrykningsjeneste. Trygghetsalarmtjenesten eller deler av denne er en tjeneste etter sosialtjenesteloven eller kommunehelsetjenesteloven vil være avhengig av formålet med tjenesten og behovet denne skal dekke i det enkelte tilfellet². Regelverket som gjelder for

² Jf sosialtjenesteloven § 4-2 bokstav a og b eller nødvendig helsehjelp etter kommunehelsetjenesteloven § 2-1.

disse tjenestene, for eksempel saksbehandlingsregler og regler for adgangen til å kreve vederlag, kommer i så fall til anvendelse. Av merknadene til forskriften fremgår det imidlertid at beregningen av betaling for andre tjenester, slik som vaktmestertjenester, matombringning eller trykghetsalarm ikke er regulert i forskriften. Det betyr at betaling for slike tjenester faller utenfor skjermingsreglene i forskriften.

I 2002 var kommunenes samlede brutto driftsutgifter til tjenester utenfor institusjon 22 milliarder kroner og brukerbetalingen for disse tjenestene utgjorde om lag 370 millioner kroner (SSB). (Brukernes boutgifter/ husleie er ikke inkludert her).

SSB's datamateriale for 2001 er gjennomgått av Samfunns og næringslivsforskning as (SNF). Under visse forutsetninger anslås det at 60 - 70% av brukerne betaler kr 1 800 per år, blir gjennomsnittsbetalingen for brukerne med inntekt over 2G mellom kr 6 000 og kr 7 300. For et utvalg kommuner viser tabell 3.1 hvilke gjennomsnitt, minimums- og maksimumsbeløp som ble brukt av de kommunene som benyttet abonnementspriser eller timepris med utgiftstak i 2001 (Kristiansen 2003)

Betalingsordning og Inntektsklasser	Abonnement eller utgiftstak per mnd		
	Minimum	Gjennomsnitt	Maksimum
1. Abonnement			
< 2G	0	101	150
2 – 3 G	100	360	644
3 – 4 G	200	614	1000
4 – 5 G	200	860	1435
> 5 G	200	1072	1600
2. Timepris			
< 2G	50	127	150
2 – 3 G	150	599	2000
3 – 4 G	150	879	2250
4 – 5 G	150	1199	3080
> 5 G	150	1489	4000
3. Begge			
< 2G	0	108	150
2 – 3 G	50	405	1368
3 – 4 G	50	672	1764
4 – 5 G	50	939	2088
> 5 G	50	1201	2120

Tabell 3.1 Gjennomsnitt, minimums- og maks.beløp for utvalg kommune. 2001 kr.
(Kilde Kristiansen 2003)

3.2.3. Legehjelp, legemidler og sykepleieartikler

Etter kommunehelsetjenesteloven § 2-1a har enhver som er bosatt i en norsk kommune rett til å stå på liste hos en lege (fastlegen) som har avtale med kommunen. Innbyggerne som bor i eget hjem, inkludert omsorgsbolig, får sitt behov for allmennlegetjeneste ivaretatt av sin fastlege, i hovedsak i legens praksis. Kommunene yter driftstilskudd til legen avhengig av antall innbyggere på legens liste. Innbyggerne betaler egenandeler for konsultasjonene. Folketrygden yter stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos lege.

Alle dekker i utgangspunktet utgifter til legemidler til eget bruk. Etter folketrygdloven § 5-14 yter imidlertid staten pliktmessig refusjon for utgifter til dekning av viktige legemidler og

sykepleieartikler (blå resept). I begrepet ”pliktmessig refusjon” ligger at den trygdede har krav på refusjon dersom regelverkets vilkår er oppfylt.

For legemidler og medisinsk utstyr (sykepleieartikler) som omfattes av blåreseptforskriften betaler brukeren en egenandel på 36 prosent av reseptbeløpet som omfattes av blåreseptordningen, men maksimalt 450 kroner per resept. Utgifter over 1550 kroner i året (egenandelstak 1 til legehjelp, psykologhjelp, laboratorieprøver, radiologiske undersøkelser og behandling, viktige legemidler og spesielt medisinsk utstyr og reiser som folketrygden betaler for), dekkes fullt ut av folketrygden. Fra 01.01.03 er minstepensjonistene fritatt for egenandel på legemidler og sykepleieartikler.

Utgiftene i 2002 til legemidler på blå resept var på ca. 7,1 mrd. kroner og til sykepleierartikler på ca. 1 mrd. kroner. Statlig refusjon av egenbetaling til legemidler på blå resept var på om lag 2 mrd. kroner, hvorav om lag 785 mill. kroner er knyttet til legemidler og sykepleieartikler på blå resept.

Ordningen med egenandelstak 2 som følger samme modell, sikrer at ingen brukere skal betale mer en 4.500 kroner i egenandeler for fysioterapi, refusjonsberettiget tannbehandling med unntak for kjeveortopedi, opphold ved opptreningsinstitusjon og behandlingsreiser til utlandet.

Begge ordningene kjennetegnes ved at innslagspunktet for frikortet er likt for alle og uavhengig av inntekt. Dette skiller ordningen fra egenandelene både i institusjon og for hjemmetjenester, som normalt øker når brukerens inntekt øker.

3.2.4. Hjelpemidler

Folketrygden gir stønad til hjelpemidler som er nødvendige for at en person med funksjonshemming skal klare å mestre dagliglivet. Dette omfatter også hjelpemidler som pleiepersonell bruker.

De som bor i eget hjem (inkludert omsorgsbolig) vil ved varig nedsatt funksjonsevne kunne låne hjelpemidler fra hjelpemiddelsentralen for å bedre sin funksjonsevne i dagliglivet, eller for å kunne bli pleid hjemme. Hjelpemidler til korttidsbruk er det kommunens ansvar å stille til rådighet for innbyggerne. Det er ikke egenandeler knyttet til verken folketrygdens eller kommunens utlån av hjelpemidler.

3.3. Finansiering og brukerbetaling i institusjon

Etter sosialtjenesteloven § 4-2 bokstav d skal kommunenes tjenestetilbud omfatte plass i institusjon eller bolig med heldøgns omsorgstjeneste. Kommunehelsetjenesteloven § 1-3 fastslår at kommunen skal sørge for sykehjem og boliger med heldøgns omsorg og pleie.

Forskrift om somatisk sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie regulerer drift og organisering av institusjonen og enkelte av rettighetene beboerne har. I hovedsak dreier det seg om bygningsmessig tilpasning og enkelte krav til personellens kompetanse. Forskriften fastslår at det skal det være tilknyttet legetjeneste og sykepleietjeneste i sykehjemmet. I tillegg skal det være tilknyttet en administrativ leder. Videre skal sykehjem ha tilstrekkelig personell til å gi beboerne nødvendig bistand.

For beboere i institusjon ivaretas nødvendig medisinsk behandling av tilsynslegen. Tilsynslegen har ansvar for utredning og behandling av institusjonens pasienter, henvisning til spesialisthelsetjenesten og for alle medisinske forhold ved institusjonen.

3.3.1. Finansiering

Kommunene dekker utgifter til legetjenester, legemidler, sykepleiemateriell, mat og dagliglivets utgifter, pleie- og omsorgstjenester, visse hjelpemidler (for eksempel senger og personløftere), botilbud og lokaler. Tilsynslegens virksomhet på institusjonene finansieres i sin helhet av kommunen. Legen får betalt pr. time som lønn (som regel i deltidsstilling) eller som timehonorar. I tillegg gis praksiskompensasjon for fastleger som er næringsdrivende.

Folketrygden finansierer også i institusjon personlig tilpassede hjelpemidler for forflytning og kommunikasjon. Dette dreier seg om rullestoler, rullator og hjelpemidler ved nedsatt syns-, hørsels- eller taleevne. Alle andre hjelpemidler som regulerbare senger, personløftere og rullestoler o.l. som ikke kan personlig tilpasses, er et kommunalt ansvar i institusjonene.

I 2002 var kommunenes samlede brutto driftsutgifter til tjenester i institusjon nærmere 25 milliarder kroner. Lønnsutgifter utgjør størstedelen av utgiftene med rundt 70 prosent. Kommunens inntekter av brukerbetaling utgjorde i 2002 om lag 3,4 mrd kroner. Dette finansierer i underkant av 14 prosent av de samlede utgiftene til drift av institusjonene.

3.3.2. Brukerbetaling

Forskriften for vederlag ved opphold i institusjon skiller mellom langtids- og korttidsopphold³. For korttidsopphold betaler alle en fast døgnpris fastsatt av Sosialdepartementet, for tiden 118 kroner pr. døgn.

Beboere med langtidsopphold betaler, i motsetning til mottakere av hjemmetjenester, for et samlet bo- og tjenestetilbud uten hensyn til omfanget av de tjenester som ytes. Pasientene betaler samlet for kost, losji, medisiner m.v. samt helsetjenester. Vederlaget beregnes ut fra brukerens inntekt.

Etter forskriften for vederlag for opphold i institusjon kan brukeren pålegges å betale 75 prosent av inntekter inntil folketrygdens grunnbeløp (G) fratrukket et fribeløp. Av inntekter utover folketrygdens grunnbeløp betales inntil 85 prosent. Skjermingen av beboere med inntekt under minstepensjon, betyr at de vil ha et minstepeløp på om lag 1 500 kroner pr. måned til egen disposisjon. Vederlaget skal ikke overstige de reelle oppholdsutgiftene.

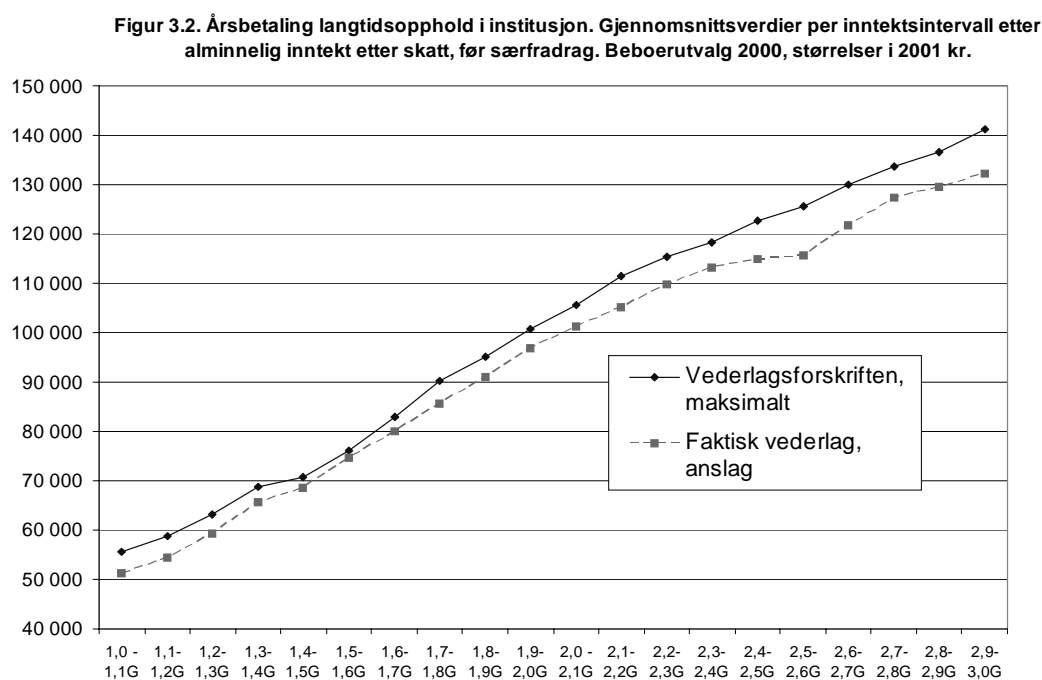
For å sikre den økonomiske situasjonen til hjemmeboende familiemedlemmer når et av familiens medlemmer flytter i institusjon angir forskriften fradrag for bl.a. forsørgere og beboere med hjemmeboende ektefelle.

For å gi brukeren og pårørende tid til å tilpasse seg den nye situasjonen og de økonomiske forpliktelsene gis det en måneds betalingsfritak ved innleggelse i institusjon. For å unngå

³ Forskrift av 26.04.1995 nr. 392 om vederlag for opphold i institusjon m.v. med hjemmel i kommunehelsetjenesteloven § 2- 1og sosialtjenesteloven § 11-2. I praksis regulerer forskriften kommunens adgang til å ta betaling for opphold i sykehjem, aldershjem og bolig med heldøgns omsorgstjenester.

økonomiske problemer kan det også gis fradrag for boutgifter i en overgangsperiode, men ut over dette er ikke kommunen forpliktet til å ta hensyn til andre boutgifter i beregningen av vederlaget. Det kan bety at brukere uten hjemmeværende ektefelle må selge tidligere bolig fordi man ikke lenger har midler til å dekke slike boutgifter. Nødvendig tannbehandling ytes vederlagsfritt av den fylkeskommunale tannhelsetjenesten etter lov om tannhelsetjenesten.

Samfunns- og næringslivsforskning as (SNF) har på oppdrag fra Sosialdepartementet undersøkt sammenhengen mellom hvilke inntekter beboere i institusjon har og hva de betaler for oppholdet. Dette baseres på opplysninger om de som bodde i institusjon i 2000. I figur 3.2 under vises maksimalt beregnet vederlag for institusjonsutvalget (etter fradrag for evt. hjemmeboende ektefelle) og gjennomsnitt av anslått faktisk betalt vederlag. Faktisk betalt vederlag for beboerne vil variere rundt gjennomsnittslinjen. Noen beboere vil betale mer enn det linjen antyder, andre mindre.



Figur 3.2 Beboerbetalning i institusjon, maksimalt beregnet og faktisk betalt vederlag, gjennomsnitt etter inntektsgrupper, alminnelig inntekt. Horisontal akse viser brukerbetalning mens vertikal akse viser inntekt.

Samlet viser SNF's analyse at kommunenes fastsetting av vederlagsbetaling i institusjon i hovedsak følger regelverket. I den grad kommunen krever mindre enn det regelverket skulle tilsi kan dette skyldes at kommunen foretar skjønsmessige reduksjoner basert på forhold som det ikke har vært mulig å kartlegge i denne omgang.

Kommunen krever vederlaget inn gjennom automatisk trekk i trygdeytelsene. Brukeren får dermed ubetalt sine trygdeytelser fratrukket kommunes vederlagskrav. Vedtaket om fastsettelse av vederlag kan påklages til fylkesmannen.

3.4. Oppsummering

Tabell 3.3 viser skjematisk reguleringen av tjenesten avhengig av brukernes boform.

Boform	Funksjon /tjenester	Lovhjemmel/ regler	Brukerbetaling	Klageinstans for tjenesten	Tilsynsorgan
Sykehjem	Døgndekkende tjenester /helsetjenester. Personell til stede hele døgnet	Lov av 19.11.82, nr 66 om helsetjenesten i kommunene med forskrifter (khtjl).	Forskrift om vederlag for opphold i institusjon. Betaler vederlag, beholder midler til mindre utgifter.	Fra 01.01.03 Helse-tilsynet i fylket/ Statens helsetilsyn.	Fra 01.01.03 Helse-tilsynet i fylket/ Statens helsetilsyn.
Alders-hjem	Døgndekkende tjenester til omsorgsformål. Personell normalt til stede hele døgnet.	Lov av 13.12.91, nr. 81 om sosiale tjenester med forskrifter (sotjl.).	Som ved sykehjem.	Fylkesmannen.	Fylkesmannen/ Statens Helsetilsyn.
Eget hjem (herunder omsorgsbolig)	Tjenester etter behov. Personell tilgjengelig hele døgnet.	Utleieforhold reguleres av husleieloven. Tjenestene reguleres av khjl og sotjl.	Personlig hjelp gratis. Egenandel på annen praktisk bistand.	Helsetilsynet i fylket for tjenester etter khtjl. Fylkesmann for tjenester etter sotjl.	Avhengig av hvor tjenestene er hjemlet.

Tabell 3.3 Regulering av tjenestene etter boform

4. Kommunale helse- og sosialtjenester

4.1. Tjenestenes utvikling

Tradisjonelt har personer med behov for heldøgns tilsyn og pleie fått tilbud i alders- og sykehjem og i egne institusjoner for funksjonshemmede, herunder utviklingshemmede og mennesker med psykiske lidelser. Omfattende reformer har ført til at kommunene i økende grad tilbyr heldøgnstjenester i ulike typer boliger. Dette er delvis et resultat av nasjonalt vedtatte mål om avvikling av de fylkeskommunale institusjonene. Når det gjelder eldreomsorgen har kommunene de siste tyve årene hatt frihet til å velge hvordan tjenestene skal organiseres, under forutsetning at det gis nødvendig og forsvarlig helsehjelp. Dette har medført at noen kommuner fortsatt satser på tradisjonelle sykehjem, mens andre nytter erfaringer fra andre brukergrupper til å etablere boligbaserte heldøgnstilbud for eldre. Dette er i tråd med intensjonene i handlingsplanen for eldreomsorg, hvor kommunene ble gitt stor frihet til å utforme tilbudet ut fra lokale vurderinger og behov.

Utviklingen innebærer at kommunene har flyttet en del oppgaver ut av institusjonene og valgt å tilby heldøgnstjenester i andre boformer. De sykeste og mest pleietrengende gis fortsatt tilbud i institusjon i de fleste kommuner. Samtidig har kommunene etablert alternative tilbud, blant annet vil det være bygd nærmere 30.000 nye omsorgsboliger i tidsrommet 1998-2005. Dette bekrefter den utviklingen som ble lagt til grunn i NOU 1997:17 "Finansiering og brukerbetaling for pleie- og omsorgstjenester", jf. pkt 6.6 nedenfor.

I følge Brevik (NIBR 2002) er kommunenes begrunnelse for å satse på omsorgsboliger først og fremst at det gir mer fleksibelt rom for å organisere tjenestene ut fra brukernes behov, og at det gir en større omsorgsarena å spille på. I tillegg viser undersøkelser at kommuner som satser på omsorgsboliger har lavere driftskostnader og mindre bemanning (Romøren 2003).

4.2. Hvem bruker tjenestene?

I 2002 bodde om lag 41 000 mennesker i institusjon. En kartlegging fra Helsetilsynet⁴ viser at gjennomsnittlig oppholdstid i sykehjemmet var 2,9 år. 73 prosent av sykehjemsbeboerne var kvinner og gjennomsnittsalderen var 84 år. 92 prosent av sykehjemspasientene hadde et permanent opphold, mens 8 prosent av pasientene hadde et midlertidig opphold for rehabilitering, avlastning for pårørende eller lignende. De viktigste helsemessige årsakene til hjelpebehovet i sykehjem er aldersdemens (42 prosent), hjerneslag (15 prosent), psykiske lidelser (9 prosent) og hjerte- og lungelidelser (8 prosent). Sykehjemmene synes i stor grad å bli brukt til permanent pleie og omsorg for eldre med omfattende tjenestebehov. Undersøkelsen viser at "gjennomsnittspasienten" ikke er i stand til å gå, trenger hjelp til personlig hygiene, til å kle seg og til å spise, og er inkontinent.

4. Nasjonal utvalgsundersøkelse av pleie- og omsorgstjenesten i 73 kommuner basert på informasjon om den enkelte tjenestemottaker (Romøren 2003).

Hjemmetjenestene betjener om lag 50 000 mennesker i ulike kommunale boliger (omsorgsboliger og tilrettelagte boliger for pleie- og omsorgsformål). Videre gir den hjelp til mer enn dobbelt så mange i brukernes opprinnelige hjem. Kartleggingen viser videre at hjemmetjenesten gir litt hjelp til mange og mye til noen få. I gjennomsnitt dreier det seg om ½ til 1 time praktisk bistand/hjemmehjelp per dag (hjelp etter sosialtjenesteloven) og 1 til 2 ganske korte besøk fra hjemmesykepleien (etter kommunehelsetjenesteloven). Tildelingen av tjenester ser ut til å stemme overens med behovet for tjenester. En større andel svært omsorgstrengende bor i de nye omsorgsboligene fremfor i egne hjem eller i tilrettelagte boliger. I omsorgsboligene er det også en stor andel mennesker med aldersdemens.

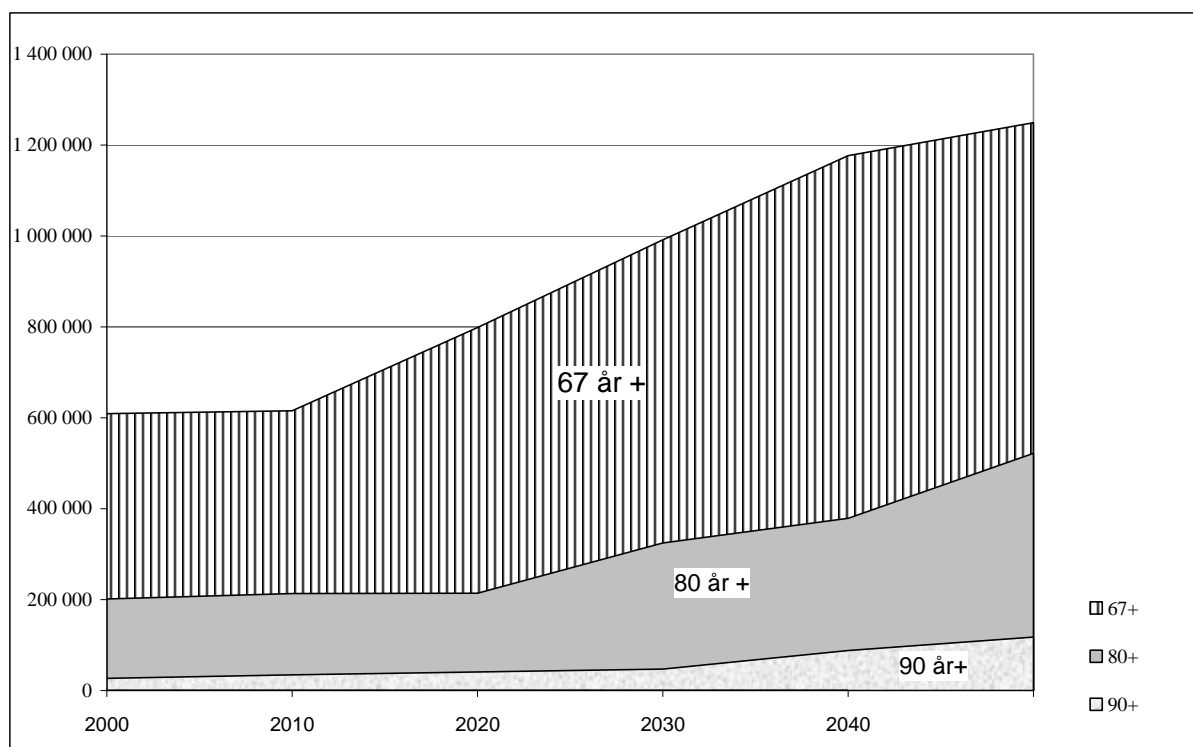
Undersøkelsen fra Helsetilsynet viser også at første generasjons beboere i de nye omsorgsboligene er mennesker som i gjennomsnitt har et mindre hjelpebehov sammenlignet med hjelpebehovet til sykehjemspasientene. En undersøkelse fra Nord-Trøndelag viste at enkelte kommuner bruker noen av de nye omsorgsboligene sine som alternativ til sykehjem og utformer og bemanner dem tilsvarende. Disse boligene betegnes ofte som ”omsorgsboliger med sykehjemsstandard”, og det er en sterk sammenheng mellom brukernes funksjonsnivå og omfanget av hjemmetjenester som ytes der (Romøren 2003).

Agenda Utredning & Utvikling har i en rapport utført for Husbanken (Agenda 2002) blant annet sett på eierform og beboersammensetning i nye omsorgsboliger. Utredningen er basert på en undersøkelse i 108 kommuner, og viser at 73 prosent av beboerne i kommunalt utleide omsorgsboliger er eldre med kroniske sykdommer, aldersdemens og omfattende eller moderat funksjonssvikt, mens bare 3 prosent brukes til «friske» eldre. De øvrige 24 prosent benyttes til beboere med funksjonshemming, utviklingshemming og innenfor psykisk helse.

4.3. Endringer i alderssammensetning og inntekt

De siste befolkningsfremskrivningene fra SSB viser at antall personer i aldersgruppen 67 -79 år vil være rimelig stabilt på ca. 400 000 i perioden 2000 til 2010 (se figur 4.1) I perioden 2010 til 2025 vil antall personer i aldersgruppen 67-79 år øke til ca. 650 000, dvs. en årlig økning på gjennomsnitt 16 000-17 000 personer. Dessuten vil det være en moderat økning på ca. 5 000 pr. år frem, til 2045. Antall personer over 80 år og eldre utgjør i dag ca. halvparten av antall personer mellom 67-79 år. Økningen av personer på 80 år og eldre vil først komme etter 2020. Antallet vil øke med ca. 150 prosent til ca. 500.000 i 2050. Det er særlig fra 2020 at økningen i antall eldre vil være en betydelig samfunnsmessig utfordring, både i forhold til pensjonsutgifter og i forhold til tjenester.

Behovet for pleie- og omsorgstjenester vil blant annet avhenge av utviklingen i eldres helsetilstand. Hvis en legger til grunn en fortsatt forbedring av eldres funksjonsnivå i samme takt som i de siste 10-15 årene, vil pleie og omsorgstjenestenes andel av BNP kunne stabiliseres eller reduseres noe fram til mot 2030 til tross for økningen i antall eldre. For en nærmere drøfting se St.meld. nr 30 (2000-2001) ”Langtidsprogrammet for 2002-2005”



Tabell 4.1 Fremskrivning av antall eldre innbyggere 2000-2050 (Kilde SSB – MMM)

Samtidig som det blir flere eldre ser vi konturene av en ny gruppe eldre. Morgendagens 80- og 90-åringer vil ha høyere inntekter bl.a. som følge av opptjente tilleggspensjoner, de har også høyere formue og høyere utdanning enn tidligere eldregenerasjoner. I tillegg er det en gruppe som har god boligstandard. Særlig markert er fallet i andelen minstepensjonister, fra nærmere 60 prosent til under 30 prosent i perioden 2000 – 2010.

Boligformuen kan sees som et tillegg til de vanlige pensjoner og trygder som de eldre har mottatt og vil motta, og kan sees som et potensial til å betale for tjenester som en ikke vil få dekket godt nok av det offentlige, f.eks. i form av en tilpasset bolig. I rapporten "Eldres boligkarriere og formuesforvaltning" framkommer det at ca 90 prosent av aldersklassen 50 – 66 år eier den boligen de bor i, ca 87 prosent av aldersklassen 67-79 år eier boligen og for de 80 år og eldre eier over 70 prosent sin bolig (Barlindhaug 2003). Trenden er at eierandelen vil øke ytterligere, selv om de eldste til en viss grad kommer over i leieforhold, enten privat eller offentlig. I husholdningenes formuesstørrelse og sammensetning utgjør verdien av boligen til markedspris en dominerende post, opptil 2/3. Rapporten drøfter om det er aktuelt å bruke boligformuen til å betale for annet forbruk enn bolig, enten ved salg eller opplåning. Undersøkelser viser at andelen eldre som vil bruke noe av boligformuen har gått kraftig opp for alle aldersklasser mellom 1991 og 2001.

5. Erfaringer fra Danmark og Sverige

5.1. Innledning

Danmark avviklet institusjonsbetaling for sine pleiehjem fra begynnelsen av 90 tallet og erstattet dette med betaling for tjenester og husleie. Erfaringene fra denne omleggingen er positive. Ut over dette skiller Danmark seg fra Norge ved å ta svært lite betalt for omsorgstjenestene.

Sverige har inntil nylig hatt et betalingssystem som ligner mye på vårt system for omsorgsboliger og hjemmetjenester. Kommunene har stått fritt til å velge nivå på egenandelene. Men fra slutten av 90 tallet har betalingsnivået økt kraftig, både for brukere med lave og høye inntekter. Riksdagen har nylig vedtatt en lovgivning som både sikrer alle brukere et minimumsbeløp til å leve for og et maksimalt beløp for hvor mye kommunene kan kreve inn som egenandeler.

5.2. Danmark

Kommunene finansierer stort sett alle utgifter til pleie- og omsorgstjenester. Dette har vært uendret siden 1994. Kommunene finansierer tjenestene via skatteøret, men det ytes i tillegg både rammetilskudd og øremerkede tilskudd fra staten.

Alle boformer i Danmark betraktes som egen bolig selv om det fortsatt finnes sykehjem mv. Utviklingen i eldreomsorgen har på nittitallet vært slik at en stadig mindre del av utgiftene går til institusjoner.

For å gi eldre større medbestemmelsesrett, mulighet til å bo hjemme lengst mulig, og stimulere til egenomsorg vedtok Folketinget i 1987 å stoppe videre utbygging av tradisjonelle sykehjem og isteden satse på tilrettelagte boliger, at permanent hjemmehjelp ble gratis og en prøveordning med egenbetaling for tjenester i sykehjem.

Det ble iverksatt forsøk hvor beboerne fikk utbetalt sin pensjon og betalte husleie og tjenester på samme måte som beboerne i egne hjem. Dette innebar at beboerne i større grad fikk være med å bestemme hvilke tjenester hun eller han ønsket.

I NOU 1997:17 "Finansiering og brukerbetaling for pleie og omsorgstjenester" ble erfaringene som ble gjort i prøveperioden i Danmark oppsummert med at sykehjemmene i stor grad endret tilbudene ut i fra etterspørselen, noe som innebar at beboerne fikk større innflytelse. Tilbudene (som mat og meny) ble mer fleksible og de eldre valgte mer aktivt mellom ulike tilbud. Nye beboere benyttet valgmulighetene i større grad enn de som var vant til den gamle ordningen. Personalet ble i større grad rådgivere og noen steder påtok de eldre og deres pårørende seg flere oppgaver enn tidligere. Noen sykehjem rapporterte om økte

administrative kostnader. Erfaringene var så positive at ordningen ble obligatorisk fra 1995 (lov av 1993).

Beboere på pleiehjem mv får nå utbetalt pensjon og må selv betale for tjenestene de mottar. Det dreier seg for eksempel om husleie, kost, frisør og husvask. Det er ingen egenbetaling for praktisk bistand, personlig pleie og sykepleie. Det samme prinsippet gjelder i egen eller tilrettelagt boliger. Det er egenbetaling for hjemmehjelp eller praktisk bistand når denne er midlertidig (tildelt for en avgrenset periode). Brukerbetaling varierer mellom kommunene og er avhengig av brukerens inntekt. Nivået fastsettes av den enkelte kommune, og avspeiler kostpris. Det er ingen sentral regulering av nivået på brukerbetaling annet enn at den ikke kan gå over selvkost. I og med at permanent hjemmehjelp og sykepleie er gratis for brukeren, blir kommunenes inntekt av egenandeler for tjenester relativt lav. Beboerne betaler husleie på ordinær måte også på pleiehjem, som tilsvarer de norske sykehjemmene. Beboeren har en selvstendig husleiekontrakt.

Som en overgangsordning har husleien i pleiehjemmene vært regulert av sosiallovgivningen, mens andre tilrettelagte boliger reguleres av den i ordnære boliglovgivningen. Fra 2003 er også de institusjoner som tilsvarer norske sykehjem skilt i en boligenhet og andre tjenester. Boligdelen omfattes av den ordinære boliglovgivning og det blir gitt behovsprøvet bostøtte. I bemerkningene til *lov om leje af almenboliger m.v* heter det at husleien skal fastsettes på et nivå som er rimelig blant annet i forhold til leien i andre kommunalt tilrettelagte boliger for eldre.

Det er ikke gjort en samlet evaluering av betalingsreformen. Prinsippene om å betale for tjenester og skillet mellom bolig og andre ytelser er ikke lenger noe tema i Danmark. De negative konsekvensene var knyttet til administrering av den nye ordningen. Dette knyttes spesielt til at kommunen i en periode måtte benytte overgangsordninger som medførte to parallelle betalingsordninger.

5.3. Sverige

Kommunene har ansvaret for omsorgstjenestene (eldreomsorg og handicapomsorg). Kommunene bestemmer selv utformingen av tilbudet og fordeling av ressurser mellom ulike omsorgsformer, og har også valgt ulike strategier for tjenestetilbudet. I forbindelse med den såkalte Ädelreformen i 1992 fjernet lovgiver særskilte navn på institusjoner som sykehjem, aldershjem mv. og det skilles nå mellom eget hjem (ordinært boende) og tilrettelagt bolig (særskilt boende). Det skilles ikke mellom brukerbetalingen avhengig av boform. Husleieloven regulerer alle typer botilbud, både i ordinære boenheter og i institusjon. Unntatt fra husleielovens bestemmelser er tilbud som gis i dobbeltrom i institusjon.

Svenske kommuner har på nittitallet hatt stor frihet til å bestemme nivået og utformingen på egenandelene til helsetjenester og pleie- og omsorgstjenester. Betaling for helsetjenester er i liten grad gradert etter mottakerens inntekt og har som i Norge et øvre tak. Unntatt fra dette er personer med omfattende funksjonshemminger. Tjenester for denne gruppen reguleres etter et særskilt lovverk. Personer som omfattes av det regelverket fritas for egenandeler.

Frem til 2002 skulle kommunen ved fastsetting av egenandeler ta hensyn til at personen sitter igjen med tilstrekkelig midler til sine personlige behov, bokostnader og andre normale levekostnader: Lovgivningen har ikke konkretisert hva slags beløp dette tilsier. Dette betyr at

nivået på brukerbetalingen har vært bestemt lokalt i hver enkel kommune. Kommune har også bestemt typen brukerbetaling og fastsatte nivået på denne. I løpet av nittitallet innførte et økende antall kommuner inntektsbestemt brukerbetaling og variasjonen mellom betalingsnivået i ulike kommuner økte. Betalingsnivået for brukerne har økt og stadig flere mottakere av pleie- og omsorgstjenester har fått stram økonomi og problemer med å klare dagliglivets utgifter. Videre la kommunene til grunn ulike inntektsbegrep ved beregning av egenandelene, samtidig som det var rom for en stor grad av skjønn i forhold til forsørgelsesbyrde og formue. Det var svært vanskelig for brukerne å klage på det fastlagte betalingsnivået.

Fra begynnelsen av nittitallet har kommunene stått fritt til å bruke en samlet pakkebetaling for institusjonsopphold eller å skille mellom husleie og betaling for tjenester. I 1999 betalte bare 13% av beboerne en samlet pakkebetaling, mens resten betalte separat for husleie.

Riksdagen vedtok i 2002 en ny lov for eldre- og handikappomsorg som regulerer egenbetaling for pleie- og omsorgstjenester. Hovedelementene i lovgivningen er følgende:

- Maksimalbeløp for hva brukerne skal betale for tjenester, beløpet er likt for alle inntektsklasser og uansett hvor mye tjenester man bruker. Beløpet var 1500 SEK per mnd. i 2003, og er det samme for alle inntektsgrupper.
- Minimumsbeløp for hvor mye den enkelte skal ha til disposisjon for dagliglivets utgifter etter boligutgifter og egenbetaling. Minimumsbeløpet justeres ut fra husholdningens størrelse
- I tillegg fastsettes hvilket inntektsbegrep som legges til grunn for beregning av egenandeler. Boligkostnadene er regulert i husleieloven, med unntak for dem som bor i institusjon særskilt boende på flersengsrom.

Reformen ble etter forhandlinger med kommunesektoren kompensert med 700 mill kroner for tapte inntekter fra brukerbetaling.

Erfaringene fra det første året er rapportert fra Sosialstyrelsen (Avgiftsenkät november 2002, Redovisning och jämförelser med tidigare studier). Basert på en utvalgs- undersøkelse med 277 kommuner (96% av samtlige) fremkommer følgende hovedresultater:

- Anslagsvis 70 % av kommunene har redusert maksimalbetalingen (litt høyere andel for særskilt boende og litt lavere for ordinært boende).
- Innenfor maksimalbetalingen er det fortsatt variasjon mellom kommunene.
- Antall brukere som ikke betaler for pleie- og omsorgstjenester har økt fra 14 til 34 prosent (36 600 -60 500 personer)
- Anslagsvis 34 % av kommunene har økt den laveste betalingen.
- Kommunene har fått bedre oversikt over brukernes betalingsevne
- Om lag 1/3 av kommunene har en laveste betaling satt like høyt som maksimalbetalingen. Dette medfører at brukerne oppnår betalingsfritak dersom vedkommende disponerer mindre en minimumsbeløpet og maksimalbeløpet dersom brukeren har høyere inntekt. Flere kommuner enn tidligere tar hensyn til yngre funksjonshemmede gjennom å legge til grunn et høyere minimumsbeløp.
- Ekstrabetaling for tilleggstjenester er blitt mindre vanlig
- Styrket rettsikkerhet for brukerne

Som en siste del av reformen forberedes det nå en særskilt regulering av betaling for mat i særskilte boenheter, som også skal avhenge av brukerens inntekt.

6. Er dagens brukerbetaling egnet for fremtiden?

6.1. Innledning

Første del av høringsnotatet har vist at reglene for brukerbetaling og finansiering av tjenestene i og utenfor institusjon er utformet forskjellig. Samtidig har utviklingen i pleie- og omsorgstjenesten medført at det ikke nødvendigvis lenger er et klart skille mellom tilbud som gis i institusjon og i ulike typer boliger og bofellesskap med heldøgnstjenester. På den bakgrunn drøfter dette kapitlet hvorvidt dagens todelte system for brukerbetaling og finansiering er egnet for fremtidens pleie- og omsorgstjeneste. Først presenteres noen grunnleggende forutsetninger og hensyn Sosialdepartementet mener bør gjelde for brukerbetaling og finansiering.

6.2. Kommunens ansvar for tjenestene

Det er kommunene som har ansvar for å organisere, yte og finansiere både pleie- og omsorgstjenestene og primærhelsetjenester. Kommunene bruker anslagsvis 43 milliarder årlig på å yte pleie- og omsorgstjenester, det vil si anslagsvis 40 prosent av kommunenes samlede utgifter. Den viktigste finansieringskilden er kommunenes skatteinntekter og rammetilskudd, mens brukerbetaling utgjør en langt mindre del. Når det gjelder hjelpemidler, legemidler, legetjenester og bostøtte for innbyggere som bor i eid eller leid bolig (herunder omsorgsbolig) bidrar staten med noe direkte finansiering. Dette utgjør en liten andel av de samlede driftsutgifter. I institusjon er det ingen statlig finansiering.

Sosialdepartementet legger til grunn at betalingsordningene i pleie- og omsorgstjenesten primært skal bidra til finansiering av tjenestene. Tilbudet av tjenester følger av brukernes behov og ut fra de rettigheter helse- og sosiallovgivningen gir brukeren. Tildelingen av tjenester styres gjennom kommunens saksbehandling og vedtak om tjenester på grunnlag av faglige vurderinger av den enkelte brukers situasjon. Det er samtidig viktig å ta høyde for at utformingen av systemet for brukerbetaling og nivået for betaling kan påvirke brukerens etterspørsel etter tjenester, på tilsvarende måte som for andre varer og tjenester.

Når kommunene har et helhetlig ansvar for utformingen av tjenestetilbudet, kan det synes rimelig at kommunen også har ansvaret for å fastsette brukerbetalingen. Dagens todelte system legger begrensninger på kommunene. Ulike former for statlig reguleringer er begrunnet ut fra ønske om å skjerme brukerne i forhold til nivået på egenandelene. Behovet for skjerming diskuteres nærmere i kapittel 8.

Som enkeltmennesker har alle i utgangspunktet et ansvar for eget liv og helse og for å planlegge med sikte på å være mest mulig selvhjulpne. Dette omfatter blant annet å legge til rette for en bosituasjon som bidrar til en selvstendig tilværelse selv når helsen svikter eller når funksjonene reduseres som følge av aldring. Økt personlig ansvar for bo- og oppholds-

kostnader i alle livsfaser bør etter Sosialdepartementets syn ligge til grunn når framtidige brukerbetalingsordninger drøftes. Samtidig må det understrekes at ikke alle har det samme utgangspunktet helsemessig, funksjonsmessig, økonomisk eller på annen måte til å være selvhjulpen, eller ta fullt ut personlig ansvar for bosituasjonen.

6.3. Hensyn ved fremtidig brukerbetaling og finansiering

Her gis en omtale av hensyn Sosialdepartementet mener må legges til grunn ved utformingen av et nytt system for brukerbetaling og finansiering av pleie- og omsorgstjenestene.

6.3.1. Like og enklere regler

Betalingsordningene bør være enkle å forstå både for brukeren, pårørende og kommunen. Det bidrar også til enkel administrering og saksbehandling.

Brukere med lik inntekt bør i prinsippet betale likt for likeverdige tjenester. Brukere med lav inntekt eller stort behov for tjenester må ikke betale mer enn at de har et rimelig beløp igjen både til nødvendig livsopphold og utgifter knyttet til deltakelse i samfunnet.

Brukerbetalingen bør legge til rette for variasjon og valgfrihet når det gjelder standard og eierformer på botilbudet og dagliglivets gjøremål (matsservering med mer).

6.3.2. Kommunalt selvstyre og effektiv ressursbruk

Kommunens organisering av pleie- og omsorgstjenesten bør baseres på lokale forhold. Dette vil bidra til best mulig utnyttelse av de offentlige ressursene og legge til rette for prioriteringseffektivitet. Det er likevel viktig å ta hensyn til at en del av tjenestene krever betydelig fagkunnskap og innebærer store svingninger i utgiftsnivå. Dette er en spesiell utfordring for små kommuner som kanskje ikke sitter inne med nødvendige faglig kompetanse og heller ikke har et driftsbudsjett med tilstrekkelig størrelse til å håndtere store utgifter knyttet til enkeltbrukere.

Statens medfinansiering av de kommunale pleie- og omsorgstjenestene og ordningene for brukerbetaling bør ikke påvirke kommunenes organisering og prioritering av tjenester. Den bør heller ikke legge føringer på faglige hensyn, men være nøytral i forhold til:

- valg mellom ulike innsatsfaktorer (hjelpemidler/legemidler/personell).
- valg mellom ulike organisasjonsformer (hjemmetjenester/omsorgsboliger/ sykehjem)

Nøytralitet mellom ulike innsatsfaktorer krever at den samlede nytte og kostnad avveies av den som har ansvar for ressursbruken. Nøytralitet mellom ulike organisasjonsformer forutsetter at alle organisasjonsformer finansieres likt. Ulikt omfang av statlig delfinansiering for tilbud som gis i institusjon og utenfor institusjon gir kommunene økonomiske motiver til å tilpasse tjenestetilbudet uten å ta hensyn til alle relevante kostnader for samfunnet.

6.3.3. Finansiering av tjenestene

Den demografiske utviklingen vil stille kommunene overfor store utfordringer innen pleie- og omsorgssektoren. Samtidig vil inntekts og formuesnivået blant alderspensjonister øke i årene framover. En måte å finansiere den forventede utgiftsveksten innenfor sektoren vil derfor kunne være å øke brukerbetalingen.

En viktig forutsetning for å få et system som gir økt brukerbetaling er at betalingsordningene synliggjør kostnadene knyttet til botilbudet og tjenesteytelsen. Sosialdepartementet mener det er et mål å vri den kommunale ressursbruken fra boutgifter til pleie- og omsorgstjenester. Ved å vise hva brukeren betaler for botilbudet, legges det til rette for at brukeren på lengre sikt tar et større finansielt ansvar for sin egen bosituasjon.

6.4. Vurdering av dagens todelt system for brukerbetaling og finansiering

Som vist i kapittel 3 reguleres kommunenes adgang til å ta egenandeler for pleie- og omsorgstjenester i dag gjennom to parallelle regelverk. Personer i eget hjem og omsorgsboliger betaler for den enkelte tjeneste de mottar, mens personer i alders- og sykehjem betaler en fast andel av sin inntekt for et helhetlig tilbud.

De kommunale helse- og pleie- og omsorgstjeneste er i hovedsak finansiert gjennom kommunens frie inntekter. Men på enkelte områder finnes det statlig finansiering: Legemidler, sykepleieartikler, legetjenester og hjelpemidler dekkes delvis av folketrygden for personer som bor i eget hjem og i kommunale leiligheter (omsorgsboliger). I institusjonene dekkes disse utgiftene av kommunen.

Statlig bostøtte sikrer personer som bor i eget hjem/omsorgsbolig med lav inntekt og høye boutgifter en økonomisk støtte som gjør det mulig for kommunen å ta alminnelig husleie. Pasienter i institusjon med lave inntekter skjermes uten at staten bidrar finansielt.

Tabell 6.1 under oppsummerer forskjellene mellom finansierings- og brukerbetalingsordningene i og utenfor institusjon.

	Brukerbetaling	Offentlig finansiering <i>a)</i>	
		<i>Kommunen dekker</i>	<i>Staten dekker</i>
Beboere i alders- og sykehjem	<ul style="list-style-type: none"> - Brukeren betaler et samlet vederlag som omfatter alle typer tjenester, samt bofunksjonen. - Disponerer lommepenger til personlig forbruk 	<ul style="list-style-type: none"> - Botilbudet inkl lys og varme - Mat og drikke - Legemidler og sykepleieartikler - Allmenlegetjenester - Fysioterapi - Egenandel ved spesialisthelsetjenester og reise til slik tjeneste - Merutgift ved sykdom, skade eller lyte - * Større hjelpemidler (senger, personløftere med mer) - Sykepleie - Annen hjelp 	<ul style="list-style-type: none"> - Ortopediske hjelpemidler - Tekniske hjelpemidler til forflytning og kommunikasjon
Brukere som bor i eget hjem (herunder omsorgsbolig)	<ul style="list-style-type: none"> - Boutgiftene - Dagliglivets utgifter - Egenandel for enkelttjenester: legekonsultasjoner og legemidler på blå resept (inntil "taket" 1.550 kr), praktisk hjemmehjelp, transport - Legemidler og sykepleieartikler uten refusjon betales i sin helhet. 	<ul style="list-style-type: none"> - Hjemmesykepleie og personrettet hjemmehjelp - Praktisk hjemmehjelp (fratrasket egenandel) Tekniske hjelpemidler til korttidsbruk - Basistilskudd til fastlegen 	<ul style="list-style-type: none"> - Statlig bostøtte - Legemidler og sykepleieartikler <i>c)</i> - Trygderefusjon ved allmenlegetjenester - Fysioterapi - Visse merutgift ved sykdom, skade eller lyte <i>d)</i> - Ortopediske hjelpemidler - Alle typer tekniske hjelpemidler til varig bruk

Tabell 6.1 Oversikt brukerbetalings- og finansieringsordningene⁵

Videre drøftes dagens ordninger i forhold til de hensyn som ble presentert tidligere i kapitlet.

-
- ⁵ a) Flere av tjenestene som er ført opp som folketrygdfinansierte har også tilskudd fra kommunen (allmenlegetjenester og fysioterapi) eller fra regionale helseforetak.
 - b) Dvs rullestoler, rullatorer og hjelpemidler ved nedsatt syns- hørsels eller taleevne.
 - c) Inkludert både blåresept og bidragsordning
 - d) Dvs grunnstønad og hjelpestønad

6.4.1. Like og enklere regler

Ved langtidsopphold i institusjon gis det et helhetlig tjenestetilbud hvor brukeren mottar tjenester, mat og bolig og betaler samlet for dette. Betaling foretas gjennom automatisk trekk i trygdeutbetalingene, jf. omtale i pkt. 3.3. Et slikt totalansvar for kommunen kan fremstå som enkelt og trygt for beboere og pårørende, særlig i de tilfeller der beboeren har kognitiv svikt. Reglene for institusjonsbetaling sikrer institusjonsbeboeren et minimumsbeløp til eget forbruk uansett hvor store utgifter til f. eks helsetjenester som påløper. Det gir en økonomisk minstetrygghet for personer med begrensede inntekter og store helseutgifter.

På den andre siden innebærer dagens regler at en person med høy pensjon og andre inntekter betaler inntil 85 prosent av sine inntekter, uavhengig av tjenesteomfanget eller hva slags botilbud som ytes. Ingen skal betale mer enn det tjenesten faktisk koster for kommunen (selvkost). Tilbyr kommunen istedet en omsorgsbolig med heldøgntjenester, vil den enkelte betale for det vedkommende faktisk får av tjenester. I tillegg er personrettet hjelp gratis for brukere utenfor institusjon.

For en beboer i institusjon med god inntekt, kan dagens regler i økende grad oppleves som urettferdige i forhold til betalingsordningen i omsorgsboliger. Dette manglende samsvaret i brukerbetalingsordninger vil trolig forsterkes over tid, som en følge av at pensjonistenes inntekt øker.

Reglene for betaling i institusjon tilsier at en beboer betaler det samme for å dele et dobbeltrom uten bad som for et nytt enerom med både bad og tekjøkken. Dette kan synes urimelig. Det er grunn til å tro at denne typen vurderinger blir mer uttalt etter hvert som vederlaget øker pga høyere inntekt, og ettersom forventningene til tjenesten stiger.

Regjeringen har foreslått at pleie- og omsorgstilbudet i institusjon skal spesifiseres gjennom individuelle enkeltvedtak. Institusjonsbetalingen synliggjør imidlertid ikke hvilke kostnader brukeren dekker, og beboeren eller pårørende har derfor liten mulighet til å stille krav til tjenesten eller botilbudet med begrunnelse i at man betaler for tilbudet. Det får bl.a. betydning i forhold til pasientens rettigheter til et boareal i sykehjem. Når botilbudet ikke er regulert i vedtak eller i avtale, har pasientene i sykehjem ikke et juridisk vern mot endringer i botilbudet, som å måtte dele rommet med en annen pasient eller å flytte fra en avdeling til en annen. Slike endringer vil en beboer i omsorgsbolig med husleiekontrakt ikke kunne utsettes for. Pasientene på sykehjem vil imidlertid beskyttes av de krav til kvalitet som det lokale politiske nivå setter til tjenestene.

Reglene for institusjonsbetaling er komplisert utformet og krevende å forstå både for brukeren/pasienten, pårørende og kommunen. Tilbakemeldinger viser at forståelsen av lovverket varierer og fører til ulik praksis både mellom kommuner og internt i kommunene. Uklart regelverk svekker beboernes mulighet for å kontrollere kommunenes rettsanvendelse, samtidig som praktiseringen av regelverket binder opp unødvendig store administrative ressurser i kommunen. Dersom dagens regler videreføres bør disse justeres slik at noen uklårheter forsvinner. Dette omtales nærmere i avsnitt 6.4.4.

6.4.2. Kommunalt selvstyre og effektiv ressursbruk

Når kommunene velger å bygge omsorgsboliger framfor nye sykehjem er dette resultat av en helhetlig vurdering. Dette omfatter både politiske, faglige og ulike økonomiske argumenter.

Skal kommunene utvikle samfunnsøkonomiske og fleksible tjenester må de stå ovenfor statlige rammebetingelser som legger til rette for gode lokale tilpasninger som tar hensyn til den enkelte innbyggers behov. Staten bidrar i dag med en større finansieringsandel til tjenester og boutgifter utenfor enn i institusjon. Dette legger til rette for utilsiktede tilpasninger, der kommunene skyver utgifter over til staten ved å bygge omsorgsboliger i stedet for institusjonsplasser.

Det er eksempel på at kommunene er bevisst tilpasningsmulighetene som ligger i dagens todelte system. Utviklingen indikerer at strategiske tilpasninger kan bli mer omfattende på sikt. Dette medfører at institusjonene i noen tilfeller blir regulert om til kommunale utleieboliger, og at det tradisjonelle institusjonstilbudet bygges ned.

Hvorvidt kommunene også i en situasjon uten den statlige delfinansieringen ville tilpasset tilbudet på samme måte som i dag er ikke mulig å anslå. Det er derfor vanskelig å beregne den samfunnsøkonomiske kostnaden ved dagens forskjellsbehandling.

6.4.3. Finansiering av tjenestene

For brukere med lav inntekt innebærer den statlige bostøtteordningen at kommunene i dag oppnår høyere finansieringsandel fra staten utenfor institusjon enn om tilsvarende tilbud ble gitt i institusjon.

På lenger sikt vil et økende inntektsnivå hos brukerne gi kommunen bedre inntekter ved bruk av institusjonsbetaling enn ved dagens betalingsregler for hjemmetjenester. Tilsvarende vil brukere med høyere inntekter betale mindre for tjenestene utenfor institusjon enn ved tilbud i institusjon. Dersom dagens betalingsfritak for personrettet hjelp opphører vil kommunene kunne innføre et likt betalingsnivå for tilbud som ytes i institusjon og i ulike typer bolig med tjenester.

Dersom differansen mellom betalingsnivået for tilbud i institusjon og lignende tilbud utenfor institusjon blir stor, er det grunn til å forvente at brukerne i framtiden vil ta hensyn til dette når det søkes om tjenester.

6.4.4. Mindre endringer i dagens ordninger

Dersom dagens todelte system videreføres vil det være aktuelt å vurdere visse endringer i regelverket slik at ordningene fungerer bedre.

Endret inntektsbegrep

NOU 1997: 17 "Finansiering og brukerbetaling for pleie- og omsorgstjenestene" drøftet ulike inntektsbegrep og påpekte at det er vanskelig å komme frem til et helt entydig og godt inntektsbegrep som ivaretar alle hensyn og som ikke åpner for skattemotiverte tilpasninger. Utvalget var opptatt av at beregningsgrunnlaget i størst mulig grad bør ta hensyn til den faktiske inntekten og at det derfor er hensiktsmessig å ta utgangspunkt i alminnelig inntekt etter skatt både som betaling for hjemmebaserte tjenester og som grunnlag for institusjonsbetaling. Dette er inntektsdata som kan hentes fra siste års ligning. Sosialdepartementet legger til grunn at alminnelig inntekt etter skatt er et kjent begrep og at dette vil være enkelt for kommunen å praktisere. Derfor foreslår departementet at dette inntektsbegrepet bør brukes for framtidig beregninger av brukerbetaling. Når det gjelder

beregning av statlig bostøtte brukes personinntekt eller alminnelig inntekt før skatt, og det foreslås ikke endringer. Det vises til NOU 1997:17 for en videre diskusjon av inntektsbegrepet

Dersom det i enkelte tilfelle kan dokumenteres et for stort avvik mellom alminnelig inntekt etter skatt og disponibel inntekt, bør kommunen ta hensyn til dette i beregningene slik at ikke brukerbetalingen belaster brukeren urimelig hardt.

En forenkling av inntektsbegrepet i forskriften for institusjonsbetalingen vil redusere det kommunale merarbeid i forhold til å innhente tilstrekkelig opplysninger om brukernes inntekt. Endringen kan også øke forståelsen av regelverket og på den måten styrke brukernes rettssikkerhet.

Inntektsbegrep som brukes i dag:

I institusjon legges i dag til grunn langtidsboeres "disponible inntekt" beregnet av en samlet inntekt: Dette er et nettoinntektsbegrep som ikke er forankret i lett tilgjengelige ligningsopplysninger, men som er treffsikkert mht. hva den enkelte beboer faktisk har disponibelt etter betaling av skatt og andre utgifter.

De varierende betalingsordninger for hjemmetjenester i kommunene er alle bundet til å bruke en videre inntektsavgrensning, "husstandens samlede skattbare nettoinntekt" ved siste skatteligning som grunnlag. Dette tilsvarer i ligningssammenheng "alminnelig inntekt før skatt, og før særfradrag".

I Husbankens regelverk for bostøtte fastsettes bruttoinntekt for å kunne bestemme hva som er en "rimelig bostøtte" for husstanden. Grunnlaget er det høyeste beløpet: Personinntekt eller alminnelig inntekt (før skatt) med et tillegg (kr 6 600 pt.). Dessuten legges deler av netto formue til inntekten, etter nærmere regler.

I NOU 1997:17 "Finansiering og brukerbetaling for pleie- og omsorgstjenester" (avsnitt 9.2.2, s. 129) foreslås Alminnelig inntekt etter skatt, før særfradrag, som grunnlag for beregning av brukerbetaling og som grunnlag for totalskjermingsordninger.

Endringer i institusjonsbetalingen

Institusjonsbetalingen beregnes i dag ut fra folketrygdens grunnbeløp (G) fratrukket ett fribeløp. Det innebærer at beregningsgrunnlaget øker etter hvert som grunnbeløpet stiger. Konsekvensene er at brukernes disponible inntekt reduseres med årene dersom fribeløpet ikke justeres tilsvarende. Fribelet er ikke endret siden 1989.

I Dok.nr.8:100(2002-2003) er det foreslått å endre forskriften ved å sette fribeløpet til 25 % av G. Hensikten med forslaget er å sikre at brukernes disponible inntekt øker etter hvert som grunnbeløpet blir endret.

Endringer i bostøtteordning

I en del kommuner blir sykehjem og aldershjem ombygd til omsorgsboliger med fullverdig bostandard. Beboerne vil i slike tilfeller kunne oppnå bostøtte. Enkelte steder omgjør kommune institusjon til utleiebolig uten at det gjøres bygningsmessige endringer. I slike tilfeller åpner dagens regelverk for at personer med særskilt lav inntekt kan motta bostøtte uten at det stilles krav til bokvalitet.

Hovedregelen er i dag at arealet skal være over 40 kvm. Dette utdypes i et funksjonskrav som tilsier at boligen skal ha separat kjøkken, bad og oppholdsrom. Bokollektiv kan være mindre, men det gis ikke bostøtte til hybler, hospitser og lignende. Disse kravene skal sikre at også

lavinntektshusholdninger skal kunne bo i en god og nøktern bolig. Fra 1999 ble det mulig å søke bostøtte for husstander i omsorgsboliger med oppstartingsstilskudd fra Husbanken, også for omsorgsboliger under 40 kvm.

Gruppen alders-, uføre- og etterlattepensjonister med inntekt under minstepensjon tillagt 30 prosent er unntatt for både areal- og funksjonskravet. I 1997 ble denne gruppen tatt inn i bostøtteordningen ved sammenslåing med Sosial- og helsedepartementets botilskuddsordning. Ved omklassifisering av sykehjem til leiebolig, vil mange av beboerne ha rett på bostøtte fordi sykehjemmene har mange pensjonister med inntekt under minstepensjon tillagt 30 prosent. Dette innebærer at kommunene kan omgjøre sykehjem med relativt dårlig standard til leieboliger uten at Husbanken har hjemmel til å avslå bostøttesøknader fra beboere med lav inntekt.

En oppheving av dagens unntak for areal- og funksjonskravet gir Husbanken hjemmel til å avslå søknader for boligløsninger med dårlig standard. Dette vil medvirke til at forskjellsbehandlingen av de med inntekt under og over minstepensjon tillagt 30 pst. opphører. Endringene vil kun gjelde for nye søkere, og personer som allerede mottar bostøtte vil ikke bli berørt. Videre forutsettes det at alle omsorgsboliger med oppstartingsstilskudd vil oppfylle funksjonskravet.

I St.meld. nr. 23 (2003-2004) "Om boligpolitikken" vurderer regjeringen om en på sikt skal fjerne arealkravet for alle boliger, og isteden differensiere dagens funksjonskrav i forhold til ulike brukergrupper. Dette vil gi Husbanken mulighet til å vurdere om den boligløsning som er foreslått er hensiktsmessig for den enkelte søker. På denne måten kan en unngå de avgrensingsproblemene dagens ordning har i forhold til ulike arealkrav (funksjonskrav for ulike grupper) og sikre en fleksibilitet og mulighet for at Husbanken kan utvise skjønn og smidighet overfor de løsninger som kommunene velger. Samtidig vil Husbanken ha den nødvendige hjemmel til å hindre at institusjon med dårlig bostandard omgjøres til omsorgsboliger.

En eventuell endring i regelverket innebærer ikke noen innstramning i forhold til bokollektivløsninger.

6.4.5. Samlet vurdering

Den foregående drøfting har vist fordeler og ulemper med dagens todelte brukerbetalingsregler og finansiering av visse deltjenester. Forslagene til justeringer av gjeldene regelverk kan bidra til å løse en del av problemene med dagens todelte system. Høringsnotatet vil heretter drøfte alternativer til dagens system. En helhetlig vurdering av fordeler og ulemper ved disse alternativene vil bestemme hvorvidt departementet i etterkant av høringsrunden vil legge fram forslag til endringer i dagens system.

6.5. Til høringsinstansene

Det er kun en grundig vurdering av fordeler og ulemper ved alternativer til dagens todelte system som kan avklare om det er fornuftig å gjøre omfattende endringer, eller om det kun bør foretas mindre endringer.

Hovedspørsmålet til høringsinstansene er følgende:

- I. *Bør dagens todelte system for brukerbetaling og finansiering i hovedtrekk videreføres, eller er det behov for større endringer?*

Sosialdepartementet vil spesielt be om høringsinstansenes syn på følgende spørsmål:

- a. Bør dagens system for brukerbetaling videreføres?
- b. Bør dagens system for finansiering av legemidler, hjelpemidler og bostøtte videreføres?
- c. Hvilke mindre endringer i regelverket kan bidra til at dagens ordninger fungerer bedre?
- d. Er "alminnelig inntekt etter skatt" et egnet inntektsbegrep for beregning av brukerbetaling?

7. Ny brukerbetaling i institusjon?

7.1. Innledning

Stortinget har tidligere bedt regjeringen utrede hvordan betalingsregler i omsorgsbolig og sykehjem kan gjøres likere. Forutsatt at det er behov for endringer i dagens todelte system for brukerbetaling drøfter kapitlet hvordan dette kan skje.

I vurderingen av alternativer til dagens brukebetalingsregler for pleie- og omsorgstjenesten er det naturlig å ta utgangspunkt i dagens to regelverk, institusjonsbetaling og tjenestebasert betaling utenfor institusjon. Drøftingen legger til grunn de hensyn som det ble redegjort for i kapittel 6: like og enklere regler, kommunalt selvstyre og effektiv ressursbruk og til slutt finansiering av tjenestene.

Eventuelle endringer for kortidsopphold i institusjon eller for de kommunale rusinstitusjonene drøftes ikke.

Likere betalingsordninger vil ha konsekvenser for fordelingen av finansieringsansvaret for enkelte deltjenester mellom stat og kommune. Dette behandles som et eget spørsmål i kapittel 10 til 12. Økonomiske konsekvenser av endringer i betalingsordningene beskrives i kapittel 9.

7.2. Institusjonsbetaling for flere typer tilbud

Et alternativ til dagens betalingsordninger er å utvide dagens institusjonsbetaling til å omfatte flere brukergrupper og typer tilbud. Institusjonsbetalingen tilrettelegger for økte kommuneinntekter, jf. kap. 6. Isolert kunne en overgang til institusjonsbetaling for flere innebære at samlet brukerbetaling øker og kommunens inntekter øker tilsvarende.

Dagens regler for institusjonsbetaling sikrer brukeren et minimumsbeløp til eget forbruk som gir personer med begrensede inntekter og store helseutgifter et minimum av økonomisk trygghet.

Institusjonsbetalingen kan beskrives som en uspesifisert regning som trekkes direkte av trygden, mens beboeren selv disponerer "lommepenger". Betalingen påvirkes ikke av om beboeren har eget rom eller deler rom, om man har eget bad eller om man bruker mye eller lite av kommunens tjenester. For sterkt pleietrengende personer og spesielt personer med kognitiv svikt / demens kan en samlet institusjonsbetaling av en del oppleves som en enkel og god ordning der man kun aksepterer / godkjenner en samlet regning for tilbudet kommunen yter. En stor del av brukerne som ville omfattes av en omlegging er yngre funksjonshemmede og eldre med lettere funksjonssvikt. En stor del av disse vil oppleve institusjonsbetaling som umyndiggjøring. For de som skal ivareta interessene til personer med kognitiv svikt/demens vil også informasjon om hva beboeren betaler for være viktig.

Institusjonsbetaling forutsetter at pasienten mottar et helhetlig bo- og tjenestetilbud fra kommunen, og at det betales et samlet beløp for tilbudet. Dette betyr at betalingsordningen gjelder kun for brukere som har et kommunalt botilbud. Alternativet er derfor ikke teknisk mulig som en generell modell for hele pleie- og omsorgstjenesten, men vil innebære en videreføring av et todelt system. Løsningen innfrir altså heller ikke målet om mest mulig like regler for brukerbetaling, og drøftes ikke nærmere.

7.3. Tjenestebasert betaling og husleie

Et mer gjennomført alternativ er å innføre dagens tjenestebaserte brukerbetaling både for hjemmeboende/ beboere i kommunale boliger og for beboere i institusjon.

En overgang til en tjenestebasert brukerbetaling vil kun medføre endring for dagens institusjonsbeboere. Tjenestebasert betaling ble drøftet inngående i kapittel 6. Brukeren betaler sine egne bokostnader og utgifter til mat med mer. Videre betales egenandeler for medisiner og legebesøk inntil frikortgrensen og egenandeler for kommunale tjenester.

Tjenestebasert egenbetaling i institusjon	
BOLIG	Brukere betaler husleie
DAGLIGLIVET	Brukeren betaler egne utgifter
HELSE-TJENESTER	Egenandeler for helsetjenester og legemidler
OMSORGS-TJENESTER	Brukeren betaler egenandeler for omsorgstjenester, med eventuell skjerming for lavinnteksgrupper

Tabell 7.1 Tjenestebasert betaling i institusjon

Gitt at dagens betalingsfritak for personrettet hjelp (hjemmesykepleie) videreføres vil en omlegging fra dagens institusjonsbetaling til tjenestebasert betaling gi lavere betalingsnivå for en del institusjonsbeboere. Samfunns og næringslivsforskning as (SNF) utredning viser at dersom dagens betalingsfritak oppheves, kan kommunene basert på dagens betalingsordninger hente inn om lag like store inntekter fra beboere i institusjon som med dagens institusjonsbetaling. Dette blir drøftet nærmere under kapittel 9.

Betaling for bolig

Alternativet innebærer at den enkelte kommunen fastsetter husleien for botilbudet ved langtidsopphold i institusjon. Det legges til grunn at husleiefastsetting vil være et kommunalt ansvar på samme måte som for annen kommunal utleievirksomhet. Det er grunn til å forvente at nivået på husleien i større grad vil variere med bostandarden. I institusjon betaler beboeren i dag det samme uansett botilbud.

NOU 1997:17 "Finansiering og brukerbetaling for pleie- og omsorgstjenester" viste til at den lave bygningsmessige standarden ved mange institusjoner og spesielt den lave eneromsdekningen gjorde det vanskelig å rettferdiggjøre at beboeren skulle betale husleie for langtidsopphold. Siden 1997 har handlingsplanen for eldreomsorgen bidratt til en omfattende standardheving i sektoren. Når utbyggingen er ferdig i 2005 (06) viser prognosene at nær halvparten av alle sykehjem er nybygd eller modernisert. Den andre halvparten antas allerede å ha tilfredsstillende bostandard. Videre viser prognosene at eneromsdekningen vil være nær 100 prosent. Samlet sett viser dette at forholdene nå ligger langt bedre til rette for å kunne innføre betaling for botilbud også i institusjon.

At kommunen må tilby akseptabel bostandard for å kunne kreve en ordinær husleie vil på lenger sikt bidra til å forebygge sviktende bostandard ved institusjonene og motvirke at kommunene omgjør enkeltrom til dobbeltrom.

Særskilt betaling for botilbudet vil ellers klargjøre hva som er å betrakte som privatareal, og på den måten styrke vernet om privatlivet for institusjonsbeboere.

En ordning der brukerne betaler boutgifter vil legge til rette for større valgfrihet og et større mangfold med hensyn til boligstandard, pris og eierforhold. Det gir større muligheter for ulike innskuddsordninger og løsninger som gjør at brukerne kan ta i bruk sin boligkapital og selv ta et større ansvar for botilbudet.

Når kommunen skiller mellom betaling for bolig og tjenester, synliggjøres det offentliges ansvar for tjenester og innbyggernes ansvar for egen bolig. Dette kan bidra til at den enkelte innbygger tar hensyn til hele livsløpet ved planlegging av sin bosituasjon.

Dagliglivets utgifter

I dag følger all bespisning som en integrert del av institusjonstilbudet. Etter en omlegging vil beboere som ønsker det fortsatt kunne motta faste måltider til en fast pris. Omleggingen legger imidlertid til rette for større valgfrihet og variasjon når det gjelder matservering og valg av leverandører. For hjemmeboende vil ingenting endres.

Når det gjelder oppgaver som vask av sengetøy, tv-lisens og telefon kan brukeren eller pårørende selv avgjøre hvordan dette skal ordnes.

Beboere i institusjon vil betale for det de spiser. Selv om matforsyning vil bli organisert på en ny måte, er det ikke grunn til å tro at dette får vesentlige økonomiske konsekvenser for kommunen.

7.4. Administrative konsekvenser

En tjenestebasert modell medfører at den enkelte bruker skal betale for de tjenestene som faktisk ytes og for daglige utgifter som påløper. Det er i hovedsak kommunen og den enkelte institusjon som vil ha ansvaret for å dokumentere hvilke utgifter brukeren skal betale.

En overgang fra to til ett betalingssystem for kommunenes omsorgstjenester medfører en forenkling, ved at kommunene unngå saksbehandling etter flere ulike regelverk. Meroppgavene knyttet til administrasjon av det nye betalingssystemet må avveies mot de

ressursene som går med til å administrere dagens institusjonsbetaling. Det er ikke åpenbart hvilke administrative konsekvenser en omlegging vil ha.

Tjenestebasert betaling med husleie og ulike egenandeler kan bety administrativt merarbeid for kommunene og kan være mer krevende for pasienten å håndtere enn dagens institusjonsbetaling. Erfaringene fra bo- og tjenestetilbud til utviklingshemmede, som tidligere fikk tilbud i det fylkeskommunale helsevernet (HVPU) og de senere årenes satsning på omsorgsboliger med heldøgntjenester, burde redusere disse problemene.

Valg av finansieringsordninger for legetjenester, legemidler og støtte til boutgifter for brukere med lav inntekt vil ha konsekvenser for detaljer i brukerbetalingen og dermed også administrative konsekvenser. Derfor vises det til nærmere beskrivelse i kapittel 11 og 12.

Kommunen eller den som har ansvaret for driften av botilbudet må fastsette husleie for det botilbudet som ytes. Dette er en oppgave som i hovedsak gjøres en gang og som deretter årlig prisjusteres på samme måte som annen eiendomsmasse. I tillegg vil det være en løpende oppgave for kommunen å beregne støtte til boutgifter for brukere med lav inntekt. For brukere utenfor institusjon skjer dette i dag i et samarbeid mellom kommunene og Statens Husbank, som yter bostøtte. Dette drøftes nærmere i kapittel 11 og 12.

Generelt vil kommunene stå fritt til å inngå avtaler med brukerne om å etablere abonnementsordninger eller pakkepriser for de kommunale tjenestene og utgifter til mat og andre daglige utgifter. Dette vil lette de administrative oppgavene.

En overgang fra felles husholdning og bruk av husapotek i institusjon til systemer der den enkelte beboer betaler sine faktiske utgifter vil kunne gi noe økte administrative utgifter i forhold til dagens ordning. Delvis er det her tale om informasjon som kommunen uansett skal dokumentere i pasientjournal el l, og som derfor kun krever en kobling mot den enkelte brukers faktura for betaling.

I St.meld. nr. 45 (2002-2003) ”Kvalitet i dei kommunale pleie- og omsorgstenestene” pkt. 5.2 går det frem at regjeringen ønsker å endre kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven slik at vedtak om plass i institusjon blir supplert med spesifiserte enkeltvedtak der de pleie- og omsorgstjenester brukeren skal motta blir konkretisert. Sosialdepartementet viser til omtalen av de økonomisk og administrative konsekvensene av forslaget som blir redegjort for i stortingsmeldingen.

7.5. Samlet vurdering

For å få et mest mulig enhetlig brukerbetalingsystem må et todelt betalingssystem erstattes med et felles system for både brukere i eget hjem, i kommunal boliger og pasienter i institusjon.

En omlegging til tjenestebasert betaling i institusjon vil få konsekvenser for anslagsvis 40.000 personer, mens endringer i betalingsordningene for brukere utenfor institusjon vil berøre anslagsvis 160.000 personer.

Drøftingen over har vist at tjenestebasert betaling i stor grad ivaretar de hensyn som bør gjelde for et framtidig betalingssystem. På lang sikt vil en slik modell legge til rette for større

tilpasning av tjenestetilbudet ut fra den enkeltes behov, blant annet ved at den enkelte brukeren eller pårørende gis større mulighet til å påvirke tilbudet. Videre bidrar denne betalingsformen til å tydeliggjøre brukerens ansvar for bolig og at det offentliges primære ansvar er å yte gode tjenester.

Hvorvidt valg av betalingsordningene påvirker kommunenes inntekter av brukerbetaling avhenger av betalingsnivået i de ulike alternativene. Dagens betalingsfritak for personrettet hjelp begrenser kommunens mulighet til å ta betalt for tjenester utenfor institusjon. Dette drøftes nærmere i kapittel 9.

En tjenestebasert betaling for alle brukere vil legge til rette for et mer likt betalingsnivå for ulike deler av omsorgstjenesten i den enkelte kommunen. Betalingsnivået er et selvstendig spørsmål. Her kan staten overlate prisfastsettingen til kommunene eller fastsetter rammene i forskrift. Dette drøftes nærmere i neste kapittel.

7.6. Til høringsinstansene

Drøftingen har vist at mest mulig like betalingsordninger for tilbud som gis i institusjon og utenfor institusjon krever at dagens institusjonsbetaling erstattes med en tjenestebasert betaling. En eventuell omlegging vil innebære at langtidsbeboere i institusjon, skal betale husleie og dekke sine daglige utgifter, samt betale egenandeler for tjenestene. Hvorvidt det er grunnlag for å gjennomføre en slik en omlegging må vurderes ut fra fordeler og ulemper ved både dagens todelte system og en eventuelt ny tjenestebasert betaling i institusjon. Sosialdepartementet har ikke tatt stilling men avventer høringsinstansenes tilbakemeldinger. Et viktig forhold er de administrative konsekvensene for kommunen.

Hovedspørsmålet til høringsinstansene er følgende:

II. Vil et enhetlig system for brukerbetaling der betalingen knyttes til bolig, daglige utgifter og egenandeler for de faktiske tjenester som ytes være mer hensiktsmessig enn dagens todelte system for brukerbetaling i og utenfor institusjon?

Sosialdepartementet vil spesielt be om høringsinstansenes syn på følgende spørsmål:

- a. Hvilke forhold anses spesielt viktige ved en omlegging fra dagens institusjonsbetaling til betaling for botilbud, daglige utgifter og egenandeler for tjenester?
- b. Bør det innføres en slik tjenestebasert betaling for langtidsopphold i institusjon?
- c. Hvilke administrative konsekvenser vil en omlegging til en tjenestebasert betaling i institusjon få?

8. Graden av statlig regulering?

8.1. Innledning

Fastsetting av nivået for brukerbetaling for kommunale tjenester er i utgangspunktet et kommunalt ansvar. Kommunen har ansvar for tjenestene og inntektene fra brukerbetalingen inngår som finansieringsgrunnlag for disse.

Hensynet til den enkelte bruker har imidlertid ført til at staten i større eller mindre grad har utformet skjermingsregler for brukerbetalingen innenfor pleie- og omsorgstjenesten. Reglene har til hensikt å sikre at tjenestene gjøres tilgjengelig for alle ut fra den enkeltes behov, uten at belastningen for den enkeltes økonomi blir for stor.

Dagens todelte brukerbetalingsystem viser at skjermingsordningene kan utformes svært forskjellig og med ulik grad av kommunal frihet. I dette kapitlet følger en beskrivelse av dagens regler og en vurdering av om hensikten med reglene oppnås. Deretter gis det en åpen drøfting av hvordan alternative regler for skjerming kan utformes, herunder vurderes oppfølgingen av tak 2 i forhold til kommunale egenandeler.

8.2. Dagens skjermingsbestemmelser

Forskrift om vederlag for opphold i institusjon angir maksimal betaling ut fra personens inntekt og sikrer at alle sitter igjen med et minimumsbeløp. Forskriften pålegger kommunen å bruke skjønn ved fastsettelse av betalingen til den enkelte.

For personer som mottar tjenester utenfor institusjon angir regelverket at brukeren skal disponere tilstrekkelig midler til å dekke personlige behov og sitt ansvar som forsørger. Det finnes imidlertid ingen konkrete bestemmelser som definerer noe minimumsbeløp som brukeren skal disponere eller andre bestemmelser som tar hensyn til den samlede brukerbetalingen. Det vil uansett være kommunens ansvar å ta hånd om personer som ikke kan dekke sine personlige behov og sitt ansvar som forsørger ved bruk av økonomisk sosialhjelp. Sosialdepartementet har utgitt veiledende retningslinjer for økonomisk sosialhjelp. Basert på at dette er forutsatt å være en tidsbegrenset ytelse er det rimelig å anta at kommunen vil sikre langtidsbrukere av pleie- og omsorgstjenesten på andre måter. Ut over dette angir regelverket i dag maksimal egenbetaling for visse typer hjemmetjenester til personer med inntekt under 2G. For personer med inntekter over 2G står kommunen fritt til å fastsette egenandelen.

Nærmere om betalingsfritak for personrettet hjelp

Dagens betalingsfritak for personrettet hjelp, både i form av hjemmesykepleie og praktisk bistand til personlig stell og egenomsorg⁶, ble innført i 1998 som et resultat av Stortingets behandling av forslag fremsatt i Sosialkomiteen. Forslaget omfattet i utgangspunktet kun hjemmesykepleie. Kommunene organiserer i økende grad hjemmetjenestene som en enhet med ansvar for både sykepleie og praktisk bistand/ hjemmehjelp. For å sikre likebehandling av brukerne uavhengig av hvordan tjenestene er organisert, ble betalingsfritaket allerede ved iverksetting av forskriften bestemt å omfatte all hjelp til personlig stell og egenomsorg (personrettet hjelp). Fritaket omfatter hjelp til å stå opp og legge seg, personlig hygiene, toalettbesøk, til å kle av og på seg, hjelp til å spise, nødvendig tilsyn og tilsvarende behov. Dette er tjenester som i dag kan gis både som hjemmesykepleie og som praktisk bistand og opplæring.

Bakgrunnen for Stortingets vedtak var enkeltstående saker som viste at personer med stort behov for tjenester og lave inntekter ble pålagt høye egenandeler. Det ble lagt vekt på å sikre at kommunale egenandeler ikke skulle hindre personer fra å søke om nødvendige tjenester. Som kompensasjon for inntektstapet fikk kommunene overført 200 mill. kr som rammeoverføringer.

Ut over betalingsfritaket for personrettet hjelp skal brukere med inntekt under 2G ikke betale mer enn 150 kr pr. mnd i egenandeler for andre hjemmetjenester. Basert på tall fra SSB antar vi at om lag 60 % av brukerne i hjemmetjenesten i dag har inntekt under 2G, og derfor uansett er skjermet mot høye utgifter.

Samlet sett yter kommunene hjemmebaserte tjenester til om lag 160.000 personer. Basert på statistikk fra SSB anslås at 95.000 av brukerne i dag betaler egenandeler. Anslagsvis 65.000 personer mottar kun personrettet hjelp, enten hjemmesykepleie eller praktisk bistand, og som derfor er gratis for brukerne. Av de 95.000 som betaler egenandeler er det anslagsvis 50.000 brukere som mottar en kombinasjon av personrettet hjelp og annen praktisk bistand. Av denne gruppen vil brukere med inntekt under 2G i praksis ikke være berørt av betalingsfritaket, og betaler det samme uavhengig av betalingsfritaket for hjemmesykepleie og personrettet hjelp. Dette skyldes at egendelene uansett ikke kan overstige det fastsatte maksimalbeløpet med 150 kroner per måned. Brukere med inntekt over 2G må antas å ha oppnådd en reell forbedring etter betalingsfritaket.

Forskriften til lov om sosiale tjenester m.v kap.8 er i merknadene avgrenset mot å gjelde regulering av betaling for bl.a. trygghetsalarmer, jf. kap.3.2.2. Det innebærer at brukere med inntekt under 2G kan måtte betale egenandel utover 150 kroner pr. mnd dersom de mottar trygghetsalarm. I praksis gjelder dette ofte brukere med et begrenset tilsynsbehov og hvor trygghetsalarmen gir den nødvendige sikkerhet uten at det trenger å være personell til stede.

Kommunen kan heller ikke ta betaling for støttekontakt, avlastningstiltak eller omsorgslønn, jf. sosialtjenesteloven § 4-2 og forskrift til lov om sosiale tjenester § 8-2.

Tak for egenandeler til helsetjenester

Frikortordningen for legebeseøk, legemidler med mer (tak 1) gir et tak for maksimalt betalte egenandeler pr år. Utgifter ut over taket dekkes av folketrygden. I dag omfattes om lag 950 000 personer av frikortordningen. I behandlingen av statsbudsjettet for 2003 (jf. Budsjett-

⁶ jf. forskrift til lov om sosiale tjenester m.v § 8-2 nr. 1 og 2.

innst. S. nr. 11 (2002-2003)) besluttet Stortinget å frita minstepensjonister for egenandeler på legemidler og sykepleierartikler på blå resept⁷. Ordningen trådte i kraft den 1. januar 2003. Det er ca. 250 000 personer som omfattes av fritaksordningen.

Stortinget vedtok høsten 2002 en ny skjermingsordning (tak 2) som sikrer at ingen brukere skal betale mer en 4.500 kroner i egenandel for fysioterapi, refusjonsberettiget tannbehandling med unntak for kjeveortopedi, opphold ved opptreningsinstitusjon og behandlingsreiser til utlandet. Kommunale tjenester, legemidler på hvit resept, medisinsk utstyr og forbruksmateriell, ortopediske hjelpemidler, høreapparat og kiropraktikk er tjenester som ikke dekkes av takordningene.

Ved utgangen av desember 2003 var det utstedt 3 840 frikort knyttet til tak-2 ordningen. 45 prosent av mottakerne er alders- og uførepensjonister, herav 11 prosent uførepensjonister. Tak 2 er opprettet som en skjermingsordning for personer med relativt store behandlings- utgifter. Etersom ordningen er ny, og derfor trolig lite kjent, ble det ikke utgiftsført mer enn 7,2 millioner kroner for 2003.

Folketrygdens dekning av utgifter under tak 1- eller 2- ordningene er ikke avhengig av personens inntekt. Alle betaler like mye før frikort innvilges.

Støtte til boutgifter mv

Boutgifter utgjør for de fleste den største andelen av de samlede løpende utgiftene. Slik som redegjort for i kapittel 3 yter staten i dag bostøtte via Husbanken til personer med lav inntekt og høye boutgifter. Denne støtteordningen styrker brukerens inntekter og legger til rette for at fastsetting av husleie skjer uten at det tas hensyn til den enkeltes betalingsevne. Når det gjelder en mulig innføring av tjenestebasert betaling med husleie for langtidsopphold i institusjon, viser kapittel 9 at statlige bostøtte eller en kommunal ordning med samme tildelingskriterier vil dekke en stor del av skjermingsbehovet knyttet til beboere med lav inntekt.

I tillegg har folketrygdens grunn- og hjelpestønad, samt bidragsordningen for visse helseutgifter betydning for funksjonshemmede og kronikere. Særfradrag for utgifter knyttet til langvarig sykdom utgjør også et viktig element.

8.3. Betaling for personrettet hjelp?

Erfaringene med betalingsfritaket for personrettet hjelp må vurderes i forhold til om dette gir den ønskede virkning for brukere med omfattende behov for tjenester. Inntektstapet ved

⁷ Stortingets målsetning med fritaksordningen er at personer med lave pensjonsutbetalinger bør fritas for høye utgifter til legemidler. Siden begrepet "minstepensjonist" ikke er definert i folketrygdloven, regnes alle som mottar særtillegg som minstepensjonister. Felles for pensjonister med særtillegg er at de ikke har tilleggspensjon eller bare har en liten tilleggspensjon utover grunnpensjonen. Enkelte pensjonister mottar imidlertid lave pensjonsutbetalinger til tross for at de ikke har særtillegg, og kommer derfor utenfor kriteriet for minstepensjonist. Det er derfor lagt til grunn at også pensjonister som ikke mottar særtillegg, men som har lavere eller lik pensjonsinntekt som en minstepensjonist, også skal omfattes av fritaksordningen.

innføringen av fritaket ble anslått til 200 mill kroner. Videre bør alternative måter å målrette en skjerming av brukere med omfattende behov vurderes.

Betalingsfritaket skiller mellom ulike tjenester som ytes i hjemmet, men grensen for tjenester som er gratis og tjenester kommunen kan ta egenandeler for er ikke klar. Dersom kommunen kompenserer tapte inntekter som følge av betalingsfritaket ved å øke egenandelene for andre hjemmetjenester og tjenester som ikke er regulert, kan dette undergrave intensjonen med fritaket. Det er grunn til å anta at dagens system legger til rette for dette. Kommunene mistet gjennom betalingsfritaket inntekter fra egenbetalingen. Det er rimelig å anta at en del kommuner har forsøkt å kompensere inntektstapet gjennom økt brukerbetaling for andre tjenester. Betaling for tjenester som trygghetsalarm og matombringning er som hovedregel ikke regulert og betales vanligvis av alle som benytter tjenestene.

Beboere i institusjon betaler samlet for et helhetlig bo – og tjenestetilbud, herunder også for personrettet hjelp og sykepleie. Betalingen avhenger av den enkeltes inntekt. Sosialkomiteen begrunnet betalingsfritaket for hjemmesykepleie bl.a. med at reglene bør være like for alle brukerne uavhengig hvor de ytes, og viser i den forbindelse til at sykepleie er gratis i sykehjem. Forskrift om vederlag i institusjon viser imidlertid at vederlaget bl.a skal dekke sykepleie, jf. § 7. Personer med middels og høyere inntekt betaler i dag ofte langt mer for tjenestene knyttet til et institusjonsopphold enn om tilsvarende tjenester ytes som hjemmetjenester (hjemmesykepleie). Denne forskjellen påvirker også kommunens inntektsmuligheter og kan gi incitament til mulige tilpasninger fra kommunens side.

Ut fra et hensyn til likebehandling i forhold til andre helsetjenester kan det være grunn til å vektlegge at det er vanlig å betale egenandeler for legetjenester og fysioterapi inntil frikortbeløpet er nådd.

Betalingsfritaket gjelder alle inntektsgrupper og medfører gratis tjenester til brukere med både lave og høye inntekter. Dette medfører et større inntektstap for kommunene enn om kun brukere med lav inntekt ble skjermet.

Drøftingen av betalingsfritaket viser at det kan være grunn til å erstatte betalingsfritaket for personrettet hjelp for alle inntektsgrupper med andre mer målrettede skjermingstiltak.

Den langsiktige utviklingen medfører at de eldre brukernes inntektsnivå og pensjonsutbetalinger øker, og at deres evne til å betale egenandeler styrkes. Samtidig vil brukere med lave inntekter fortsatt ha behov for skjerming. På lenger sikt øker behovet for pleie- og omsorgstjenester fordi det blir flere eldre innbyggere. For kommunene vil egenandeler fra personrettede tjenester gi inntekter som kan finansiere økt tjenesteyting.

Drøftingen viser at betalingsfritaket kan bidra til at brukere betaler ulikt for like tjenester og dermed virke urimelig. Videre bidrar betalingsfritaket til manglende nøytralitet mellom ulike tjenesteformer og kan hindre effektiv ressursbruk. En oppheving av betalingsfritaket vil medføre at mottakere av personrettet hjelp stilles økonomisk likt som brukere som tilbys institusjonsopphold. Dersom det innføres tjenestebasert betaling for beboere i institusjon vil det bety at betalingsfritaket enten gjøres gjeldende for institusjonene eller at fritaket oppheves. Dersom fritaket innføres for beboere i institusjon, vil dette på lenger sikt gi vesentlige inntektstap for kommunene. En slik løsning vurderes som lite ønskelig.

Samlet sett kan dette begrunne en mer målrettet skjerming for lavinntektsgruppene fremfor et generelt fritak uten hensyn til brukerens inntekt. Spesielt yngre brukere med ulike funksjonshemninger vil være en viktig gruppe å ivareta. Neste avsnitt drøfter maksimalbetaling nærmere.

8.4. Maksimalbetaling (tak) for kommunale tjenester

Som redegjort for foran regulerer staten i dag maksimalbetaling for enkelte kommunale tjenester for brukere med lav inntekt (2G). I tillegg innebærer dagens betalingsfritak for personrettet hjelp en omfattende skjerming for alle brukere som mottar slike tjenester. Dersom betalingsfritaket blir opphevet er det nødvendig å vurdere behovet for nye tiltak i forhold til brukere med lav inntekt.

Siktemålet med etableringen av tak 2 for egenandeler knyttet til fysioterapi, refusjonsberettiget tannbehandling med unntak for kjeveortopedi, opphold ved opptreningsinstitusjon og behandlingsreiser til utlandet var i første rekke å skjerme funksjonshemmede og kronisk syke mot en opphopning av utgifter til helsetjenester. Både brukerorganisasjonene og Stortinget har ønsket å få vurdert kommunale egenandeler i forhold til tak 2 ordningen. Stortinget fattet følgende vedtak i Inst.O. nr. 44 (2002-2003):

« Stortinget ber Regjeringen i samarbeid med brukerorganisasjonene og senest i forbindelse med statsbudsjettet for 2004 fremme sak om hvilke og hvordan kommunale egenandeler kan innlemmes i tak 2-ordningen. »

Sosialdepartementet mener denne problemstillingen er så nær knyttet til diskusjonen om brukerbetaling generelt at spørsmålet er inkludert i dette høringsnotatet. I en innledende fase av arbeidet hadde departementet uformelle drøftinger med representanter for brukerorganisasjonene vedr oppfølgingen av Stortingets vedtak. Departementet legger til grunn at høringsnotatets åpne form med drøfting av ulike alternativer legger til rette for at alle berørte brukerorganisasjoner gis mulighet til å komme med innspill.

Brukerbetaling for pleie- og omsorgstjenester er i stor grad fastsatt i den enkelte kommune og tjenestene er som kjent i hovedsak finansiert av kommunens frie inntekter. Dersom de kommunale egenandelene ut over taket skal finansieres av staten, på samme måte som for tjenestene som i dag omfattes av tak 2, vil dette i realiteten bli en statlig delfinansiering av kommunale tjenester. Hver krone i brukerbetaling ut over det fastsatte taket vil dekkes av staten og gi kommunen økte inntekter, mens brukeren ikke berøres. Dette bryter mot prinsippet om at kommunene skal ha et helhetlig ansvar for sine tjenester. På denne bakgrunnen vurderer Sosialdepartementet det som lite hensiktsmessig å innlemme kommunale egenandeler i tak-2 ordningen.

Dagens maksimalbetaling for ikke-personrettet praktisk bistand for brukere med inntekt under 2G er i praksis en takbestemmelse for brukerne med de laveste inntektene. Ordningen kan eventuelt utvides til å gjelde flere tjenester og til å omfatte høyere inntektsgrupper eller alle inntektsgrupper (flatt tak).

Alternativet til et flatt tak er et skråtak som gir økte egenandeler ved økende inntekt. Et skråtak vil ligge nær opp til både dagens institusjonsbetaling og dagens egenandeler for hjemmetjenester, slik mange kommuner praktiserer det. Det administrative arbeidet med et

inntektsavhengig skråtak er mer omfattende for kommunene enn et flatt tak, som er uavhengig av personens inntekt.

Et statlig fastsatt tak vil svekke kommunens muligheter til å tilpasse skjermingsordningen til lokale behov og prioriteringer, og hindre løsninger som i større grad har aksept i lokalsamfunnet enn et statlig utformet regelverk. På den annen side kan et statlig fastsatt tak fungere som en skjerming av enkelte brukere og bidra til å utjevne kommunale forskjeller.

Statlig regulerte tak kan medføre at betalingsnivået for brukere som i utgangspunktet betaler mindre enn det statlige taket øker. Kommunene vil kunne begrunne økt betaling med at staten har fastsatt nivået og at det er rimelig for kommunen å følge dette. Omfanget av slike utilsiktede konsekvenser vil avhenge av hvor høyt eller lavt taket settes. Erfaringen fra Sverige som nylig har innført detaljert statlig regulering viser at en betydelig andel brukere betaler mer etter omleggingen, og at maksimalbetaling i mange kommuner også er blitt minimumsbetaling.

Hensynet til personer som betaler store beløp i kommunale egenandeler må derfor veies opp mot hensynet til den kommunale frihet og til kommunens inntekter, samt utilsiktet økning av egenandelene til andre brukere. Det må ut fra dette vurderes om staten bør fastsette tak på egenandeler for alle inntektsgrupper eller kun videreføre dagens bestemmelser for maksimal egenandel for personer med inntekt lavere enn for eksempel 2G.

Mange kommuner tar i dag betalt for enkelte utgifter som defineres utenfor 2G skjermingen, dette gjelder spesielt matombringning og trygghetsalarm. Det kan vurderes som det er flere typer utgifter som bør inkluderes inn i 2G bestemmelsen.

8.5. Til høringsinstansene

Kapitlet har drøftet om det er kommunen eller staten som skal ha ansvaret for å bestemme brukerbetalingen for pleie- og omsorgstjenestene, og spesielt hvordan hensynet til brukere med lave inntekter og omfattende behov for tjenester skal ivaretas. Ulike alternativer for statlig regulering er beskrevet. Det reises spørsmål ved om dagens betalingsfritak for personrettet hjelp til alle brukere, uavhengig av inntektsnivå, er en målrettet skjerming sammenlignet med det inntektstap bestemmelsen medfører for kommunene.

Hovedspørsmålet til høringsinstansene er følgende:

III. Bør staten fastsette regler for nivået på brukerbetaling, og i tilfelle i hvilke grad, eller bør dette være opp til den enkelte kommune å avgjøre?

Sosialdepartementet vil spesielt be om høringsinstansenes syn på følgende spørsmål:

- a. Bør staten bestemme skjermingsordningene, eller bør dette overlates til den enkelte kommune?
- b. Er det behov for dagens betalingsfritak for personrettet hjelp (herunder hjemmesykepleie) for alle inntektsgrupper, eller finnes det mer effektive måter å skjerme utsatte grupper?

Gitt at det er ønskelig å videreføre statlige reguleringer:

- c. Er dagens 2G bestemmelse en egnet bestemmelse eller bør den endres?
- d. Hvordan bør et eventuelt utvidet tak for kommunale egenandeler utformes?
- e. Bør skjermingsordningene for brukerbetaling være inntektsavhengig eller like for alle, uansett inntekt?

9. Økonomiske konsekvenser av tjenestebasert betaling

9.1. Innledning

Kapittel 7 beskrev hvordan dagens institusjonsbetaling kan erstattes med en betaling for bolig, dagliglivets utgifter og egenandeler for helsetjenester og pleie- og omsorgstjenester. Kapittel 8 beskrev ulike løsninger for å skjerme brukere med lav inntekt og høye egenandeler.

Vi skal i dette kapitlet beskrive økonomiske konsekvenser av de forslagene som er beskrevet i kapittel 7 og 8. Omleggingen vil ikke få betydning for brukere utenfor institusjon. Derimot vil en oppheving av dagens betalingsfritak for personrettet hjelp bety endringer for brukere av hjemmetjenestene.

Samfunns- og næringslivsforskning (SNF) har på oppdrag fra Sosialdepartementet utredet økonomiske konsekvenser av å innføre tjenestebasert betaling i institusjonene. Denne utredningen er presentert som eget notat fra SNF og kan bestilles som et vedlegg til høringsnotatet (Kristiansen 2003).

Kapitlet beskriver de økonomiske konsekvensene av en omlegging fra dagens institusjonsbetaling til tjenestebasert betaling. Hovedfokus er hvordan en slik omlegging kan påvirke brukerne og kommunenes økonomisk situasjon. I tillegg omtales de økonomiske konsekvensene for staten (Folketrygden og Husbanken). Innledningsvis drøftes noen grunnleggende forutsetninger for en slik konsekvensvurdering.

Dersom omleggingen gir lavere utgifter for brukerne vil dette svekke det offentlige inntekter. Omfanget av brukere som taper og vinner økonomisk ved en omlegging vil avhenge av valg som treffes i kommunen, både husleiefastsetting og egenandeler for kommunale tjenester har stor betydning. I tillegg vil det avhenge av i hvilken grad det innføres skjermingsbestemmelser for bestemte grupper. Skjerming eller betalingslette vil medføre at det offentlige ikke oppnår økte inntekter fra disse gruppene. De økonomiske beregningene forutsetter derfor en bestemt kommunal adferd.

Slik som redegjort for tidligere innebærer dagens todelte betalingsnivå noe ulikt betalingsnivå for tjenester som ytes i institusjon og utenfor. Beregningsmessig er det forsøkt å anslå konsekvensene av at kommunene: A) Innfører betalingsnivået for institusjonsopphold for hjemmetjenesten. Dette krever å oppheve betalingsfritaket for personrettet hjelp. B) Innfører hjemmetjenestens betalingsnivå for beboere på institusjon. I praksis kan det vurderes som mer realistisk at resultatet blir et nytt betalingsnivå som ligger mellom dagens to nivåer.

Når det gjelder hvilke brukere som skal skjermes for høy brukerbetaling er dette drøftet i kapittel 8. Høringsnotatet tar ikke stilling til i hvilken grad personkretsen for skjerming skal reguleres gjennom statlige regelverk eller overlates til den enkelte kommune. Som grunnlag for de økonomiske beregningene er det gjort to forutsetninger knyttet til skjerming. For det første at beboere i institusjon kan benytte den statlige bostøtten med dagens regelverk og støttenivå. Dette innebærer at beboere med inntekt opp til 2G gis bostøtte. For det andre at dagens bestemmelser om maksimal brukerbetaling for pleie- og omsorgstjenester for inntekter

under 2G også angir en inntektsgrense for framtidig skjerming. Det understrekes at dette er beregningsmessige forutsetninger og ikke forsøk på å definere et nivå for hvilke inntektsgrupper som bør skjermes.

I tillegg vil valget mellom statlig eller kommunalt finansieringsansvar for helsetjenester og hjelpemidler påvirke de samlede utgiftene for det offentlige. Det er grunn til å anta at statlig finansiering vil gi noe økte utgifter for det offentlige enn ved fortsatt kommunalt ansvar jf nærmere drøfting i kapittel 11 og 12.

9.2.Nærmere om forutsetningene for beregningene

Inntekt

I dag benyttes minst tre ulike inntektsbegrep i forbindelse med brukerbetaling for pleie- og omsorgstjenesten; for vederlagsbetaling ved institusjonsopphold, for betaling av hjemmetjenester og for beregning av bostøtte. Beregningene innebærer en forenkling og baserer seg på NOU 1997:17 "Finansiering og brukerbetaling for pleie- og omsorgstjenester" forslag om å benytte inntektsbegrepet alminnelig inntekt etter skatt før særfradrag. For beregning av bostøtte blir imidlertid gjeldende regelverk lagt til grunn.

Boutgifter

Det legges til grunn at den enkelte kommune fastsetter husleie ut fra det tilbudet som ytes og at kommunene skal sikres en avkastning på kapitalen som er bundet i boliger og sykehjem. Beregningene er basert på retningslinjer i NOU 1997:17, der kostnadsriktig husleie fastsettes ut fra tre hovedkomponenter: forvaltning/drift/ vedlikehold, avskrivninger og kapitalavkastning.

Beregningene legger til grunn at beboere i institusjon kan søke om statlig bostøtte med gjeldene regelverk for eldre og uføre, og det tas hensyn til variasjon i beboernes inntektsnivå. Alternativt til en statlig bostøtte forutsettes å være en kommunal ordning med om lag det samme regelverk og støttenivå.

Husleie i institusjon er anslått til gjennomsnittlig 5 000 kroner pr. mnd, før bostøtte. Husleienivået anses som realistisk for nybygde eller moderniserte institusjoner som tilbyr enerom med eget toalett og bad, samt tilhørende fellesstue og spiserom. Dette vil gjelde flertallet av institusjonene når eldreplanen er slutført i 2005. Ved anslag av brutto husleie og beregning av bostøtte fra Husbanken, er det tatt hensyn til geografiske variasjoner i kostnader mellom kommuner. Husleien varierer dermed mellom om lag 4.000 kr og 6.000 kr per måned. En husleie på 6.000 per måned vil i de store bykommunene være innenfor grensen for godkjent husleie for bostøtte.

Beregning av bostøtte tar utgangspunkt i gjeldende regelverk for bostøtte til eldre og uføre og det er tatt hensyn til variasjon i beboernes inntektsnivå, samt kommunevis variasjon i husleienivå. Beregninger av bostøtte tilsier at 75 – 80 % av dagens beboere vil motta bostøtte, og at denne støtten vil utgjøre 40% - 50% av bruttohusleien for mer enn halvparten av bostøttemottakerne.

Mat og andre daglige utgifter

Som hovedforutsetning i beregningene er lagt til grunn en betaling på 80 kroner pr. dag - eller om lag 29 000 kroner pr. år. Anslagene er basert på flere utvalgsundersøkelser.

Helse

Det er lagt til grunn for beregningene at alle institusjonsbeboere betaler et gjennomsnittlig beløp på 5 450 kroner pr. år for helsetjenester. Beløpet omfatter både legetjenester, legemidler, sykepleieartikler og fysioterapi. Beregningene er her basert på rapporten "Konsekvenser for Folketrygden ved å innføre tjenestebasert brukerbetaling i alders- og sykehjem" (Rikstrygdeverket 2002).

Merutgiftene for trygden knyttet til helsetjenester ved innføring av tjenestebasert betaling i institusjon tilsvarer 12.780 kr per beboer, eller 550 mill kr årlig for 43.000 beboere. De største delutgiftene er legemidler og sykepleieartikler på blå resept og refusjon til tilsynslege.

Beregningene for helsetjenester forutsetter at nye finansieringsordninger ikke vil påvirke tjenestevolumet. Det er likevel rimelig å peke på mulige merutgifter i administrasjon og i redusert økonomisering med legemidler og sykepleieartikler.

Når det gjelder tekniske hjelpemidler har Rikstrygdeverket lagt til grunn at det er et udekket behov for senger og løfteheiser i institusjonene. Dette anslås til å gi økt etterspørsel tilsvarende en anskaffelsesverdi på 537 mill kr. På grunnlag av levetidsanslag på 5 -10 år er de periodiserte kostnadene pr år anslått til 66,3 mill kr. Dette er noe lavere enn de beløp som angis i kapittel 12.

Pleie- og omsorgstjenester

For pleie og omsorg forutsettes dagens skjerming av hjemmeboende, ved inntekt under 2G med maksimalt 150 kr per måned videreført (men grensen blir 1,8 G etter det valgte inntektsbegrepet alminnelig inntekt etter skatt og før særfradrag). Videre drøftes to alternative betalingsnivå:

Alternativ A: Betaling alle tjenester

Kan sees som å videreføre dagens betalingsnivå for institusjonsopphold. Forutsetter at betalingsfritaket for personrettet hjelp oppheves. Det legges beregningsteknisk til grunn et inntekststøttet tak på samlet betaling for kommunale tjenester. Betalingstaket varierer fra kr 1 800 per år for inntekter under 1,8 G til kr 126 500 per år for inntekter 5 G og høyere. Gitt dagens inntektsnivå blant beboere i institusjon vil likevel bare 4 % av beboerne betale mer enn kr 42 000 årlig.

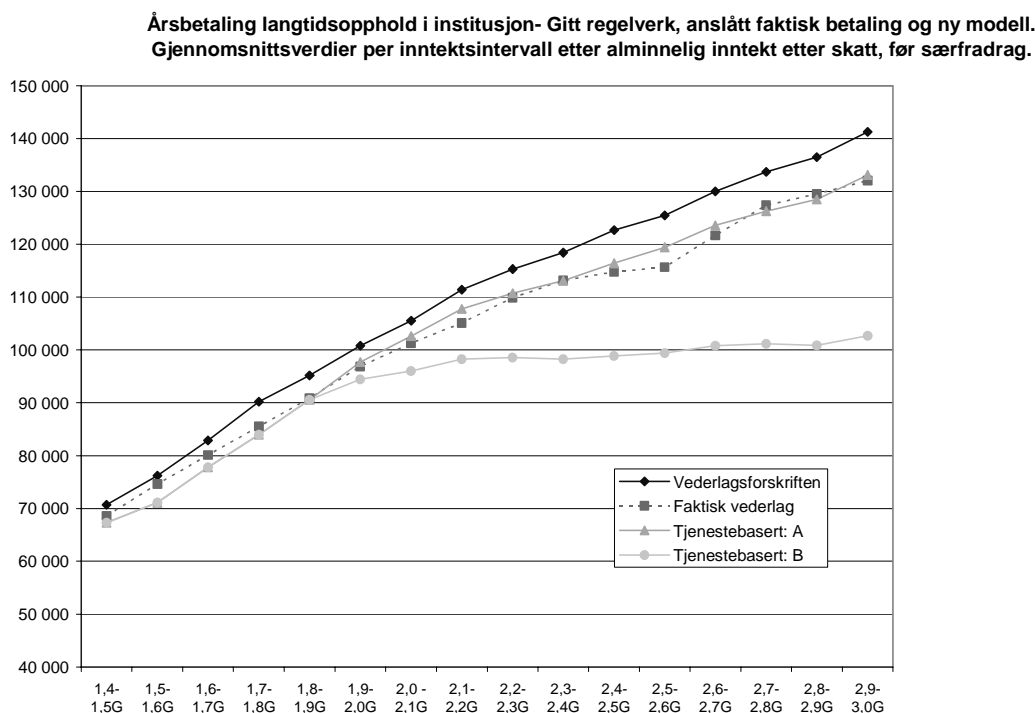
Alternativ B: Betalingsfritak for personrettet hjelp (hjemmesykepleie)

Kan sees som å innføre dagens betalingsnivå for hjemmetjenester i institusjonene og at dagens betalingsfritak videreføres. Betalingstaket varierer fra kr 1 800 per år for inntekter under 1,8 G til kr 25 300 per år for inntekter 5 G og høyere. Gitt dagens inntektsnivå blant beboere i institusjon vil bare 4 % av beboerne betale mer enn kr 8 400 årlig.

9.3. Konsekvenser for brukerne

Gitt dagens inntektsnivå for beboerne i institusjonene vil om lag $\frac{3}{4}$ av beboerne motta bostøtte som reduserer boutgiftene i forhold til den faktiske husleien. Videre vil denne gruppen med dagens skjerming betale maksimalt 150 kroner per måned i kommunale egenandeler for pleie- og omsorgstjenester. Den $\frac{1}{4}$ som har inntekt høyere enn skjermingsgrensen (1,8 G) forutsettes å betale det kommunen bestemmer for pleie- og omsorgstjenester, og vil i liten grad motta statlig bostøtte. Til sammen innebærer dette at den tjenestebaserte betalingen stiger i takt med økende inntektsklasser.

Figur 9.1 illustrerer gjennomsnittlig institusjonsbetaling for ulike inntektsgrupper med dagens regelverk, faktisk institusjonsbetaling, og anslått ny samlet betaling for bolig, mat og tjenester med både alternativ a) betaling for alle tjenester (dagens nivå institusjonsbetaling) og b) betalingsfritak for personrettet hjelp (dagens nivå hjemmetjenesten). Figuren gir ingen informasjon om hvor mange individer som finnes i de ulike inntektsgruppene, men nærmere halvparten av beboerne har inntekter mellom 1,4 og 1,6G.



Figur 9.1 Beboerbetaling i institusjon, Alternativ A mot maksimalt beregnet og faktisk betalt vederlag, gjennomsnitt etter inntektsgrupper, alminnelig inntekt.

I gjennomsnitt for inntektsklasser mellom 1,4 G og 1,8G tilsvarer samlet betaling både ved alternativ a og b om lag samme beløp som dagens institusjonsbetaling. Om lag $\frac{2}{3}$ av institusjonsbeboerne vil i gjennomsnitt betale om lag det samme for bolig, mat og tjenester som det betales med dagens regelverk. Dette viser at den statlige bostøtteordningen bidrar til at personer med lav inntekt ikke belastes med høyere utgifter. Imidlertid vil personer med inntekt under 1,4 G ha behov for en ytterligere skjerming for ikke å tape på omleggingen. Dette kan f.eks gjøres ved at kommunen fritar for kommunale egenandeler. Andelen personer med så lav inntekt utgjør i dag under 10 % av beboerne og synker raskt på grunn av økende pensjoner hos nye institusjonsbeboere.

For inntektsgruppene over 1,8G viser alternativ A og alternativ B ulike resultat. I alternativ A vil betalingsnivået for brukere med inntekt over 1,8G i gjennomsnitt tilsvare omtrent dagens institusjonsbetaling. I alternativ B vil betalingsnivået for brukere med inntekt over 1,8G i gjennomsnitt bli lavere enn dagens institusjonsbetaling, og brukerne vil altså komme ut med lavere betaling etter en omlegging. Dette skyldes at dagens betalingsfritak for personrettet hjelp begrenser kommunen adgang til å ta betalt for tjenestene.

Beskrivelsen over er basert på gjennomsnittsvurderinger for hver inntektsklasse. På grunn av variasjon i husleienivå mellom kommunene vil beboere med samme inntekt, men som er bosatt i kommuner med ulikt husleienivå, betale forskjellig i et tjenestebasert betalingssystem. Beboere i sentrale, store, tettbygde kommuner der husleienivået antas å bli høyere enn gjennomsnittet vil betale mer enn gjennomsnittet. Bostøttens ulike støttenivåer utjevner imidlertid til en viss grad forskjellene. Likevel viser beregninger at det i kommuner med et relativt høyt husleienivå kan være behov for å supplere den statlige bostøtten. En del av de større byene har allerede i dag innført kommunal bostøtte for beboere i kommunale boliger.

Tabell 9.1 angir eksempler på hvordan minstepensjonister og brukere med inntekt rundt 1,8G og ulikt husleienivå enten vil ha behov for noe tilleggs skjerming eller oppnår en viss forbedring i samlet økonomisk situasjon. Det kommer klart fram at det er beboere med høyt husleienivå som fortsatt har behov for skjerming.

SNF's beregninger viser altså at selv om en ny profil for tjenestebasert brukerbetaling utformes slik at beboere i gjennomsnitt betaler mindre enn med dagens institusjonsbetaling, vil noen brukere i utgangspunktet måtte betale mer enn før. Som vist foran er det først for inntekter over 1,8G betalingsfritaket for personrettet hjelp slår inn.

SNF anslår at skjerming av beboere med inntekt under 1,8 G slik at deres økonomiske situasjon ikke endres vil koste mellom 34 og 64 millioner kr. Dette er uavhengig av om betalingsfritaket for personrettet hjelp fjernes eller ikke. Skjermingskostnaden vil bety reduserte inntekter for kommunene, men kostnadene tilsvarer kun vel 2% av samlet brukerbetaling.

Beregningsgrunnlag	Minstepensjonist 1.7933 G			1,25 * Minstepensjonist		
Samlet inntekt	97 600			122 200		
Alminnelig inntekt etter skatt	74 000			83 500		
Utlignet skatt	3 600			10 800		
Dagens institusjonsbetaling						
Maksimalt vederlag etter forskriften	70 100			84 900		
Anslått betalt vederlag i praksis	69 000			82 500		
Ny Tjenestebasert betaling						
Brutto husleie 3 alternativer	50 000	60 000	70 000	50 000	60 000	70 000
Bostøtte	20 400	27 300	34 200	12 800	19 400	26 000
Netto husleie	29 600	32 700	35 800	37 200	40 600	44 000
Helsekostnader	5 500			5 500		
Daglige utgifter	29 200			29 200		
Alternativ A og B betaling pleie og omsorgs tjenester	1 800			1 800		
Sum tjenestebasert, Alternativ A og B	66 100	69 200	72 300	73 700	77 100	80 500
Skjermingsbehov utover bostøtte eller gevinst for brukeren						
Alternativ A og B	2 950	-150 *	-3 300*	8 800	5 400	2 000

Tabell 9.1 Eksempel konsekvens av tjenestebasert betaling for beboere i institusjon årlig betaling i kroner (SNF 2003). *Disse gruppene er aktuelle for særskilt skjerming, slik at betalingsnivået ikke øker fra dagens nivå.

9.4. Konsekvenser for staten

Gitt forutsetningene om at beboere i institusjoner skal få dekket sine utgifter til bolig fra Statens Husbank og sine utgifter til helse fra Folketrygden, vil disse utgiftene måtte motregnes mot en tilsvarende reduksjon i overføringene/ rammetilskuddet til kommunene. Kostnader som faller over på staten ved overgang til tjenestebasert brukerbetaling hvis staten overtar det finansielle ansvaret for tjenestene er anslagsvis:

- Helsekostnader i institusjon, vel 670 millioner kr
- Bostøtte i institusjon, vel 620 millioner kr

Det er mulig at den foreslåtte overføringen av ansvar for legemidler og hjelpemidler til folketrygden også vil medføre noe økt etterspørsel. Dette er utgifter som ikke er innarbeidet i SNF's utredning, men som omtales særskilt i kapittel 11 og 12.

9.5. Konsekvenser for kommunene

Sluttresultatet for den enkelte kommune vil avhenge av om institusjonsbeboerne i kommunen betaler mer eller mindre etter overgangen til tjenestebasert betaling. Redusert beboerbetaling er en gevinst for beboeren, men tilsvarer et tap for kommunen. Det forutsettes at statens økte utgifter i form av bostøtte og helsekostnader gjøres opp som reduserte overføringer i inntektssystemet for kommunene.

SNF's utredning viser at dersom betalingsfritaket for personrettet hjelp oppheves (alternativ A) kan en ny tjenestebasert betaling gi kommunene samlet sett tilsvarende inntekter som dagens institusjonsbetaling. Dersom betalingsfritaket opprettholdes (alternativ B) vil dette gi et inntektstap for kommunene på vel kr 100 millioner pr. år, som tilsvarer vel 3,5 prosent av samlet brukerbetaling. På lengre sikt, med økende inntektsnivå blant institusjonsbeboerne, vil denne forskjellen øke.

Ettersom skissene til ny tjenestebasert brukerbetaling er utformet slik at beboere i gjennomsnitt skal betale om lag det samme som under dagens system, vil flertallet av landets kommuner i disse eksemplene oppnå noe mindre årlig beboerbetaling enn før. For alternativ A med oppheving av betalingsfritaket vil vel 230 kommuner tape til sammen anslagsvis 40 – 110 millioner kroner på en overgang til nytt betalingssystem. For alternativ B med fortsatt betalingsfritak vil vel 320 kommuner tape anslagsvis 150 - 200 millioner kr på en overgang til nytt betalingssystem.

Felles for begge alternativene A og B er kostnadene ved skjerming av beboere med alminnelig inntekt under 1,8 G, som foran er anslått til vel 64 millioner kroner. Dette beløpet representerer altså en beregnet økt beboerbetaling som ikke kan realiseres og kommer i tillegg til det beregnede kommunetap av redusert beboerbetaling.

9.6. Økonomiske konsekvenser utenfor institusjon

Dersom betalingsfritaket for personrettet hjelp oppheves vil dette gi en klart høyere brukerbetaling for hjemmeboende. En slik endring kan beskrives som at dagens betalingsnivå i institusjonene overføres på hjemmetjenestene. Vel $\frac{3}{4}$ av de hjemmeboende forutsettes imidlertid kun å betale minstesatsen 1 800 kroner per år. For en liten andel pleietrengende med høye inntekter kan ny brukerbetaling beløpe seg til mer enn kr 100 000 årlig. SNF anslår på usikkert grunnlag at kommunens inntekter av brukere utenfor institusjon kan øke med 300 til 400 mill kr årlig.

Alternativ B, med fortsatt betalingsfritak for hjemmesykepleie, tilsier å videreføre betalingsnivå for hjemmetjenestene og gir ingen endring i den økonomiske situasjonen for brukeren og kommunen.

En mellomløsning der kommunenes inntektstap fra beboerbetaling i institusjon ved valg av alternativ B fremfor alternativ A kompenseres ved innføring av en lav egenandel for hjemmesykepleie, er også mulig. Beregningsmessig vil en flat egenandel for alle brukere på kr 100 til kr 150 per måned vil være tilstrekkelig på kort sikt.

9.7.Konsekvenser for fremtidig brukerbetaling

Kommunens inntekter fra brukerbetaling vil på lang sikt øke fordi brukernes inntekter og spesielt pensjonene øker. Andelen brukere med minstepensjon vil allerede i 2010 være redusert betydelig. Dette medfører at færre personer vil oppfylle bostøtteordningens krav til lav inntekt og at behovet for særskilt skjerming også reduseres. Ulike betalingssystemer vil gi ulik inntektsutvikling for kommunen.

En tjenestebasert betalingsordning (som inkluderer inntektsavhengig pris for et visst omfang av mottatte tjenester) vil kunne gi samme vekst i samlet brukerbetaling som dagens ordning med inntektsavhengig vederlagsbetaling, når inntektsnivået blant beboerne øker over tid. Dette er av SNF vist ved et alternativ der betalingsfritaket for personrettet hjelp oppheves (alternativ A).

En tjenestebasert betalingsordning som ikke inkluderer inntektsavhengig pris for et visst omfang av mottatte tjenester, vil med økende inntektsnivå hos brukerne gi lavere vekst i brukerbetalingen enn med dagens institusjonsbetaling. Dette er i analysen vist ved et alternativ der betalingsfritaket for hjemmesykepleie opprettholdes (alternativ B).

Med økende inntekter blant beboerne vil disse betale større andeler av sin brutto husleie som del av en tjenestebasert betalingsordning, og statlig utgifter til bostøtte vil bli mindre.

10. Mer lik finansiering av bostøtte, hjelpemidler og helsetjenester

10.1. Innledning

Pleie- og omsorgstjenesten finansieres i hovedsak gjennom kommunenes frie inntekter. Staten finansierer bostøtte, hjelpemidler og deler av legemidler og legetjenester for brukere utenfor institusjon, mens kommunen dekker tilsvarende utgifter for beboere i institusjon. Dersom det innføres like betalingsordninger i institusjon og utenfor er det behov for å drøfte likere finansiering av disse deltjenestene.

Et todelt finansieringssystem skaper problemer for brukere som beveger seg mellom systemene. Lik finansiering av bostøtte, hjelpemidler, helsetjenester (legetjenester, legemidler og sykepleiemateriell), uavhengig av hvor tjenesten ytes vil bidra til å skape helhetlige velferdsordninger som er enkle å forstå for brukerne. Slik som redegjort for i kapittel 6 vil lik finansiering også gi nøytralitet i forhold til hvordan kommunen organiserer pleie- og omsorgstjenesten og bidra til effektiv ressursbruk. Som nevnt tidligere kan en utilsiktet konsekvens av dagens todelt system være at kommunen velger omsorgsbolig framfor institusjon.

Likhet kan i prinsippet oppnås ved å samle ansvaret for bostøtte, hjelpemidler, legetjeneste og legemidler til alle innbyggere, uansett bosted, hos staten eller kommunen. Dersom en finansieringsmodell med et delt ansvar mellom stat og kommune videreføres, kan dette gjøres på flere måter, men med den følge at graden av nøytralitet reduseres.

Sosialdepartementet har ikke tatt stilling til hvordan en fortsatt todelt finansiering eventuelt bør utformes, men som grunnlag for drøftingen er det skissert en løsning der kommunen har ansvar for å finansiere bostøtte og helsetjenester i institusjon og omsorgsboliger bygd med tilskudd fra Husbanken. Spørsmålet om et hensiktsmessig skille mellom kommunalt og statlig finansieringsansvar drøftes nærmere i kapittel 11.

De neste kapitlene vil redegjøre nærmere for to konkrete alternativer som baserer seg på drøftingen av hovedalternativer.

10.2. Støtte til boutgifter

Dersom det innføres husleie for institusjonsopphold vil det synliggjøre et behov for en støtteordning til beboere med lav inntekt. I dag ivaretas beboere i institusjon ved at kommunen beregner betalingen kun ut fra inntekten. For å unngå to parallelle ordninger for beboere i institusjon og beboere i ulike typer boliger vurderes både statlig bostøtte til beboere i institusjon og ulike kommunale alternativer.

Kommunal bostøtte

Full kommunalisering av ansvaret for å yte støtte til boutgifter innebærer at kommunen overtar ansvaret for de personer som i dag mottar bostøtte fra Husbanken. Dette vil omfatte anslagsvis 100.000 personer. Kommunen kan stilles fritt til å velge hvordan innbyggere med høye boutgifter skal skjermes. Det kan gjøres ved en kommunal bostøtte eller subsidiert husleie. Kommuner som ikke ønsker å innføre egne ordninger kan isteden bruke sosialhjelp som støtte til boutgifter.

Modellen legger til rette for at kommunen kan tilpasse bostøtten etter lokale forhold og behov. Bl.a. varierer boligutgiftene betydelig mellom kommunene. Regelverket kan tilpasses det lokale prisnivå. Dette vil således kunne gi større forskjeller i bostøtte mellom kommunene. I dag yter Husbanken bostøtte for anslagsvis 2 milliarder kroner årlig.

Kommunene må antas å ha faglig kompetanse til å håndtere et slikt ansvar. Kostnadsutvikling og kostnadsnivå knyttet til den statlige bostøtteordningen tilsier også at økt kommunalt ansvar for boutgifter kan håndteres.

Statlig bostøtte

Husbankens bostøtteordning kan utvides til å omfatte institusjonsbeboere uten tilstrekkelige inntekter til å dekke bokostnadene. Dette er en etablert ordning for beboere i ordinære boliger (herunder omsorgsboliger).

Den statlige bostøtten sikrer likhet mellom innbyggerne i alle kommuner og gir statlige myndigheter indirekte mulighet til å påvirke husleiefastsettelsen ut fra hva som kan betraktes som rimelig boutgift. Modellen vil også bidra til å sikre likebehandling av beboere i institusjon, omsorgsbolig og andre boformer.

Beregninger viser at modellen vil gi en merutbetaling av statlig bostøtte med om lag 620 mill. kr. Kommunene vil kunne få en tilsvarende inntektsøkning i form av husleieinntekter. Økte utgifter for staten forutsettes derfor dekket gjennom et trekk i kommunenes frie inntekter.

Mellomløsning

En mulig mellomløsning er at ansvaret for bostøtte til beboere i omsorgsboliger overføres fra staten til kommunen. Dette vil innebære at en del personer som i dag får statlig bostøtte vil miste denne, og gå over til andre ordninger, avhengig av hva kommunen velger. Ut over det gjelder de samme vurderinger som for en kommunal modell.

Modellen innebærer både en kommunal og en statlig bostøtteordning. Det er administrative merkostnader knyttet til forvaltning av to parallelle ordninger. Modellen vil kreve at anslagsvis 250 mill kroner flyttes fra Husbankens bostøtteordning til kommunenes rammetilskudd. Løsningen gir økte administrative utgifter for kommunene.

Vurdering

Både det statlige og kommunale alternativet vil gi nøytral finansiering mellom ulike boformer og dermed fjerne dagens problem med utilsiktede tilpasninger fra kommunens side. Økt statlig finansiering vil imidlertid bidra til mindre grad av nøytralitet med hensyn til innsatsfaktorer, ved at boligkonsum subsidieres. Dersom kommunen overtar ansvaret for alle som i dag mottar statlig bostøtte vil dette gi kommunen et større ansvar og større handlefrihet, men vil også medføre administrativt merarbeid for kommunen. Regjeringen har i St.meld. nr. 23 (2003-04) "Om boligpolitikken" ikke foreslått endringer i ansvaret for bostøtteordningen.

En kommunalisering av bostøtten vil også medføre at staten mister et sentralt virkemiddel i fordelingspolitikken, jf. nærmere omtale i St.meld. nr. 23 (2003-04).

Mellomløsningen med å videreføre et delt statlig og kommunalt ansvar, men med en justering av grensen for kommunalt finansieringsansvar, vil på kort sikt redusere noe av dagens problemer med utilsiktede tilpasninger, men vil på sikt kunne gi nye tilpasningsmuligheter.

10.3. Hjelpemidler

Finansieringsansvaret for hjelpemidler relatert til pleie- og omsorg (slik som regulerbare senger, madrasser og personløftere) er delt mellom staten og kommunen. Kommunene har som hovedregel finansieringsansvaret innenfor institusjon, mens staten har ansvaret for finansiering utenfor institusjon. For å oppnå et mer enhetlig system for finansieringen kan det tenkes ulike alternativer.

Kommunal finansiering for hjelpemidler

Ansvaret for hjelpemidler relatert til pleie- og omsorg kan legges til kommunen for alle innbyggere. Forvaltning og finansiering av hjelpemidler i institusjon vil være uendret. Folketrygden og hjelpemiddelsentralene vil uansett boform fortsatt ha ansvaret for rullestoler og hjelpemidler ved nedsatt syns-, hørsels- eller taleevne. De øvrige hjelpemidlene som er relatert til pleie- og omsorg vil være kommunens ansvar uavhengig av boform.

Det er grunn til å anta at utgiftene til hjelpemidler vil kunne reduseres noe dersom kommunene overtar ansvaret. Folketrygden bruker i dag omtrent 250 millioner kroner årlig til nyanskaffelser på disse hjelpemiddelområdene. Dette er midler som i så fall må overføres fra trygdens budsjett til kommunenes rammetilskudd.

Statlig finansiering for hjelpemidler

Folketrygden kan få ansvar for hjelpemidler for beboere i dagens institusjoner på samme måte som for hjemmeboende. De viktigste typene hjelpemidler er senger, madrasser og personløftere.

Dersom finansieringsansvaret overtas av staten vil dette gi økte offentlige utgifter. Dette skyldes blant annet at mange institusjoner i dag har en lavere standard på hjelpemidler enn det som gjelder der staten sørger for hjelpemidler.

Når vi tar hensyn til at kommunen vil oppnå en innsparing på sine budsjetter vil nettokostnadene de tre første årene være beregnet til om lag 155 millioner kroner per år, og deretter om lag 70 millioner kroner årlig. Kommunens innsparing på anslagsvis 60 millioner kroner vil overføres fra kommunale til statlige budsjetter.

Mellomløsning

En mellomløsning vil være at kommunen beholder ansvaret for å finansiere hjelpemidler for beboere i institusjon og i tillegg får et tilsvarende som drøftet i forhold til bostøtte. På samme måte som ved kommunalt ansvar for alle innbyggere, vil denne løsningen gi incitament for kommunen til å holde utgiftene nede. Imidlertid vil en fortsatt delt forvaltning og delt finansieringsansvar for denne typen hjelpemidler innebære større administrative utgifter og vurderes derfor som lite hensiktsmessig.

Vurdering

Både det statlige og det kommunale alternativet vil gi nøytral finansiering av hjelpemidler uavhengig av boformer og dermed fjerne dagens problem med utilsiktede tilpasninger fra kommunens side. Imidlertid vil økt statlig ansvar øke omfanget av tredjepartsfinansiering og bidra til mindre nøytralitet knyttet til bruk av innsatsfaktorer. Det vurderes som lite hensiktsmessig å videreføre en fortsatt todelt ordning.

10.4. Legemidler og sykepleieartikler

De legemiddelpolitiske målene er å sikre lik tilgang til legemidler uavhengig av betalingsevne og bosted, sikre rasjonell økonomisk og medisinsk bruk og sikre legemidler til lavest mulig pris. Legen har en viktig rolle i å nå disse målene, fordi det er legens ansvar å bestemme hva pasienten skal gis av medikamentell behandling. Dette er i prinsippet valg som skal gjøres ut fra en faglig vurdering (jf. helsepersonelloven), og uavhengig av hvem som finansierer legemidlene (stat, kommune eller bruker).

I dag finansieres legemidlene av staten, med unntak for kommunale institusjoner hvor kommunen har fullt finansieringsansvar. For å oppnå større likhet i finansieringen av tjenestene uavhengig av boform kan ulike alternativer vurderes.

Kommunal finansiering av legemidler og sykepleieartikler

Kommunene kan gis finansieringsansvaret for legemidler og sykepleieartikler for alle innbyggere i kommunen, i tillegg til dagens ansvar for beboere i institusjon. Forvaltning og finansiering av legemidler og sykepleiemateriell i institusjon vil være uendret.

Ved flytting av finansieringsansvaret fra folketrygden til kommunen vil hensynet til kommunal budsjettkontroll endres. Rammene for legenes forskriving vil også endres. Det sentrale spørsmålet blir hvordan legens valg av legemidler samt legemiddelhåndteringen på omsorgsstedet og overfor pasienten endres som følge av dette. Modellen vil gi kommunen incitament til å holde utgiftene nede og det kan være grunn til å forvente lavere utgiftsvekst enn med dagens folketrygdfinansierte ordning. Det er grunn til å anta at en større grad av nytte- og kostnadsavveininger skjer når bruk knyttes opp til finansieringsansvar.

En slik omlegging vil omfatte minst 1 million brukere. Folketrygden bruker i dag om lag 8-9 milliarder kroner årlig til legemidler og sykepleieartikler til beboere utenfor institusjon. Dette er midler som må overføres fra Folketrygdens budsjett til kommunenes rammetilskudd.

Statlig finansiering av legemidler og sykepleieartikler

Hvis staten overtar det fulle ansvaret for finansieringen av legemidler og sykepleieartikler, så vil det innebære at beboere i institusjon får sine medisiner dekket over folketrygden på samme måte som for resten av befolkningen. Beboeren betaler inntil egenandelstaket for legemidler og sykepleieartikler på blå resept.

En slik omlegging er ved uendret etterspørsel anslått til å øke trygdens utgifter med om lag 400 millioner kroner og redusere kommunens utgifter med et tilsvarende beløp. Dette gir grunnlag for å redusere overføringene til kommunene med 400 mill kr. I tillegg vil det kunne medføre at legene vil skrive ut noe mer og dyrere legemidler enn tidligere, og at dette vil øke

utgiftene for det offentlige. Merutgiftene er på usikkert grunnlag anslått til mellom 60-100 mill kroner etter 5 år.

Mellomløsning

Dagens system er basert på et skille mellom tjenester som gis i og utenfor institusjon. En mellomløsning vil være at kommunen beholder ansvaret for å finansiere legemidler og sykepleieartikler for beboere i institusjon og i tillegg får et tilsvarende ansvar som drøftet i forhold til bostøtte. På samme måte som ved kommunalt ansvar for alle innbyggere, vil denne løsningen gi incitament for kommunen til å holde utgiftene nede. På den andre siden innebærer modellen at kommunen skal administrere en parallell egenandelsordning til den statlige.

Folketrygden bruker i dag om lag 280 millioner kroner årlig til legemidler og sykepleieartikler til beboere i omsorgsboliger. Dette er midler som må overføres fra trygdens budsjett til kommunenes rammetilskudd.

Vurdering

Både det statlige og det kommunale alternativet vil gi nøytral finansiering av legemidler i ulike boformer og dermed fjerne dagens problem med utilsiktede tilpasninger fra kommunens side. Den statlige løsningen vil imidlertid bidra til at legemiddelbruk blir gratis for kommunene, mens personellbruk må betales fullt ut. Dette kan gi noe utilsiktede tilpasninger. Mellomløsningen med å videreføre et delt statlig og kommunalt ansvar, men med en justering av grensen for kommunalt finansieringsansvar, vil på kort sikt redusere dagens problemer med utilsiktede tilpasninger, men på sikt kunne gi nye uønskede tilpasninger.

Kommunalt ansvar for legemidler og sykepleieartikler til alle innbyggere vil kreve at kommunene har omfattende fagkunnskap og en økonomi som kan tåle betydelig utgiftssvingninger og vekst over tid. Dette er forutsetninger som vurderes ikke å være tilstede i mange små kommuner. Helsedepartementet mener derfor at en kommunalisering av ansvaret for alle innbyggere ikke er aktuelt.

10.5. Legetjenester

Når det gjelder legetjenester er det kommunens ansvar å sikre nødvendig legehjelp, inkludert øyeblikkelig hjelp. Kommunal finansiering av legetjenester for alle innbyggere vil innebære at kommunen overtar finansieringsansvaret for den statlige stønad som i dag gis som trygderefusjon. Helsedepartementet legger til grunn at dette vil bety store endringer i gjeldene fastlegeordning og at det av den grunn ikke er aktuelt å vurdere et slikt alternativ nærmere.

Statlig finansiering av legetjenester for alle innbyggere vil innebære at den offentlige finansieringen av legetjenester for pasienter på institusjon blir overtatt av staten. Kommunenes utgifter må overføres fra deres rammefinansiering til staten. En statlig finansiering forutsetter egenandeler jfr dagens egenandeler for konsultasjoner hos fastlege.

Det er i St.meld. nr. 45 (2002-2003) "Kvalitet i dei kommunale pleie- og tenestene" varslet at Helsedepartementet skal gjennomføre en kartlegging av legetjenester i sykehjem og omsorgsboliger. Bakgrunnen er at det i dag ikke finnes tilstrekkelig systematisk kunnskap på

dette området. Helsedepartementet vil derfor avvende resultatet av kartleggingen før en eventuell endring av finansieringssystemet for legetjenester med sikte på harmonisering vurderes.

10.6. Samlet vurdering

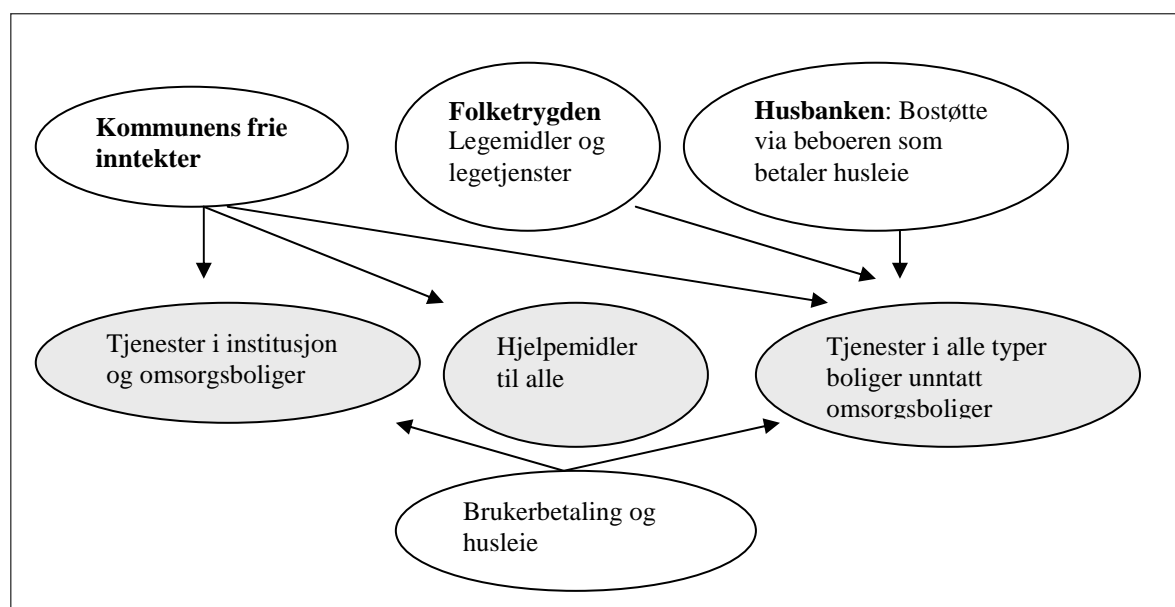
Drøftingen av hovedalternativer har vist at statlig finansieringsansvar for bostøtte, hjelpemidler, legemidler og legetjenester for beboere i institusjon vil gi lik finansiering for alle deler av pleie- og omsorgstjenesten. Videre har drøftingen vist at kommunalisering av ansvaret for bostøtte, legetjenester og legemidler for alle innbyggere har svært store konsekvenser og vanskelig kan begrunnes med behovet for å innføre en modell med tjenestebasert betaling for 40.000 beboere i institusjon. Sosialdepartementet finner derfor ikke grunnlag for å drøfte en renskåret kommunal modell nærmere, men skisserer isteden en justering av dagens todelte finansiering.

Kapittel 11 diskuterer en ”kommunal” modell, hvor det legges til grunn full kommunalisering av hjelpemidlene, mens ansvaret for legemidler og bostøtte fortsatt deles mellom stat og kommune. I kapittel 12 diskuteres en statlig modell, hvor staten også får ansvaret for legemidler, hjelpemidler og bostøtte for beboere i institusjon på samme måte som for tjenester utenfor institusjon.

11. Alternativ A - Kommunal finansiering av bostøtte og helsetjenester i institusjon og omsorgsboliger

11.1. Innledning

Med grunnlag i drøftingen i kapittel 10 beskrives her nærmere et alternativ der man viderefører en todelt finansiering, med statlig delfinansiering av støtte til boutgifter, legetjenester og legemidler i alle typer tilbud bortsett fra i institusjon og omsorgsboliger finansiert av Husbanken. Det vanskeligste spørsmålet knytter seg til å finne en egnet avgrensning for det kommunale ansvaret. For hjelpemidler foreslås det at kommunen overtar ansvaret for alle innbyggere med behov for hjelpemidler til pleie- og omsorgsformål. Drøftingen legger til grunn at det innføres tjenestebasert betaling i institusjonene.



Figur 11.1: Illustrasjon Alternativ A Kommunal finansiering i institusjon og omsorgsbolig

11.2. Personkrets for kommunal finansiering av bostøtte og helsetjenester

En mulig ny avgrensning må være praktisk og juridisk gjennomførbar, robust i forhold til framtidig utvikling og ha akseptable konsekvenser for brukerne. Hovedalternativer for avgrensning av statens og kommunens finansieringsansvar for bostøtte og helsetjenester kan tenkes gjort i forhold til minst tre ulike kjennetegn; tjenester, alder eller boform. Her fokuseres primært på en avgrensning ut fra boform, mens andre alternativer omtales kort.

11.2.1. Personkrets bestemt av alder eller behov

Kommunalt ansvar for innbyggere over 67 år

Kommunen finansierer i dette alternativet helsetjenester og bostøtte til alle personer over 67 år. For brukere under 67 år vil finansieringen av tjenestene være som for dagens brukere utenfor institusjon. Forslaget vil berøre en halv million personer i tillegg til dagens institusjonsbeboere.

Dette innebærer en klar avgrensning som hindrer utilsiktede tilpasninger fra kommunens side. En hovedinnvending mot ordningen vil likevel være at det er vanskelig å begrunne endringer ut fra innbyggernes alder alene. Mottakere av statlig bostøtte og brukere av trygdens blåreseptordning vil bli flyttet over til kommunale ordninger når de fyller 67 år. I tillegg vil modellen skape en upraktisk situasjon der både kommunen og staten finansierer bo- og tjenestetilbudet for brukere i institusjon og ulike kommunale boliger.

Kommunalt ansvar for mottakere av hjemmesykepleie/ omsorgstjenester

Kommunen gis i dette alternativet det finansielle ansvaret for helsetjenester og bostøtte til personer som mottar hjemmesykepleie og eller omsorgstjenester. Kommunenes ansvar vil omfatte både eldre mennesker, mennesker med utviklingshemming, psykiske lidelser eller andre funksjonshemninger, samt pasienter/ brukere med midlertidige behov.

Tjenestene til den enkelte bruker varierer fra en time hjelp om uken til tilsyn og pleie hele døgnet. Enkelte har behov for midlertidig hjelp, mens andre har behov for tjenester livet ut. Det er samtidig svært vanskelig å trekke et skille ut fra type eller omfang av tildelte tjenester, og avgrensingen bør derfor praktiseres i forhold til alle personer som mottar kommunale pleie- og omsorgstjenester. Anslagsvis vil dette berøre mellom 170.000- 240.000 personer, inkludert dagens beboere i institusjon.

En avgrensning basert på hva brukerne mottar av tjenester vil redusere mulighetene for kommunale tilpasninger, men vil kunne gi upraktiske og tilfeldige resultater. Endringene vil bety at kostnadene for kommunene vil øke betydelig fra det tidspunkt det gjøres vedtak om tildeling av enkelte tjenester, for eksempel vedtak om hjemmetjenester. Dette kan gi uheldige tilpasninger.

11.2.2. Personkrets bestemt av boform

Kommunalt ansvar i kommunalt tildelte boliger

Kommunen finansierer i dette alternativet helsetjenester, hjelpemidler og bostøtte til personer i kommunalt tildelte boliger eller institusjon gjennom enkeltvedtak. Boligene som tilbys kan være kommunalt eide eller boliger kommunen leier, f.eks. fra borettslag o.l. Løsningen vil omfatte tjenester til både funksjonshemmede, eldre og vanskeligstilte på boligmarkedet, og omfatter anslagsvis 70.000 personer (jf. SSB Boligstatistikk).

Det må trekkes en grense mot de som bor i eget hjem, noe som anses lite rasjonelt, spesielt over tid.

Kommunalt ansvar for beboere i særskilte boliger

Alternativet innebærer at kommunen finansierer helsetjenester og bostøtte til personer i omsorgsboliger og sykehjem, eventuelt flere typer boliger. Boligene som i dag betegnes som

omsorgsboliger har ingen klar definisjon og er vanskelig å avgrense fra andre kommunale boliger, f.eks. tilrettelagte boliger for funksjonshemmede og psykiatriske pasienter eller ordinære kommunale boliger. For å fastslå hvilke ytelser som skal finansieres av kommunen er det behov for en klar definisjon av boformen "omsorgsbolig". Dette kan tenkes løst på to måter:

a) Lovhjemle omsorgsbolig som en pliktig deltjeneste.

Dersom kommunen gis en plikt til å tilby omsorgsboliger som en del av kommunens pleie og omsorgstilbud innebærer dette at kommunen må definere hvilke boliger som er omsorgsboliger. En lovhjemlet plikt til å tilby omsorgsboliger tilsvarer kommunens plikt til å tilby sykehjem som en deltjeneste etter kommunehelsetjenesteloven § 1-3 annet ledd nr. 5.

Tjenester i de boligene som kommunen definerer som omsorgsboliger faller i dette alternativet inn under kommunens finansieringsansvar. På den måten er det mulig å skille omsorgsboliger fra andre boliger.

Svakheten ved en slik modell er at loven ikke gir anvisning på omfanget av tjenestetilbudet. Det betyr at kommunen selv kan avgjøre hvor mange boliger som defineres som omsorgsboliger ut i fra hva som lønner seg økonomisk, noe som igjen vil skape uønskede vridningseffekter.

b) Omsorgsboliger med oppstartingsstilskudd fra Husbanken

Det eksisterer om lag 30.000 boliger når både Handlingsplanen for eldreomsorgen og Opptrappingsplanen for psykisk helse er gjennomført. Det er varslet at tilskuddsordningen skal avvikles etter at handlingsplanene er avsluttet (2006-08). Omsorgsboligene brukes av både eldre og yngre innbyggere med funksjonshemming. For flertallet av disse boligene vil kommunene motta et øremerket tilskudd til kompensasjon for renter og avdrag i 30 år. Kommunen har en plikt til å leie ut disse boligene til personer med behov for pleie- og omsorgstjenester i 20 år fra bygget er nytt.

En ny kartlegging av pleie- og omsorgstjenesten utført av Helsetilsynet viser at omfattende omsorgstjenester også ytes i andre kommunale boliger. På lang sikt må vi anta at omsorgsboligene finansiert av Husbanken vil inngå i den kommunale boligmassen og at skillet mot andre boligtyper svekkes. Et kommunalt finansieringsansvar begrenset til omsorgsboliger med oppstartingsstilskudd og sykehjem vil kunne gjennomføres ved å kontrollere hvilke boliger som fikk et slikt tilskudd.

Begge de omtalte alternativene vil bidra til at kommunens utgifter ved å tilby tjenester i brukerens eget hjem blir lavere enn i en kommunalt tildelt bolig eller omsorgsboliger. Det er derfor en viss fare for at kommunene ut fra egne økonomiske hensyn velger en løsning som verken er best samfunnsøkonomisk eller den beste løsningen for brukeren.

Samlet vurdering

Drøftingen av de ulike alternativene over illustrerer at det kan være vanskelig å finne en god avgrensning. Som påpekt i kapittel 10 har Sosialdepartementet ikke tatt stilling til hvor grensen for et eventuelt utvidet kommunalt ansvar skal gå. Av hensyn til å kunne presentere et konkret alternativ til dagens deling av finansieringsansvaret mellom stat og kommune, samt å kunne foreta økonomiske beregninger av den alternative modellen er det lagt til grunn at grensen trekkes mellom sykehjem, aldershjem og omsorgsboliger finansiert med oppstartingsstilskudd fra Husbanken på den ene siden og private boformer (opprinnelig eget hjem, trygdeboliger, seniorleiligheter og andre kommunale leiligheter) på den andre siden. Det vil si alternativet i avsnitt 11.2.2. b).

11.3. Boutgifter – bostøtte

11.3.1. Organisering

Alternativet innebærer at beboere med langtidsopphold i institusjon betaler husleie for institusjonsrommet og tilhørende bad/toalett. Videre vil alternativet innebære at personer i omsorgsboliger som i dag mottar statlige bostøtte vil bli kommunens fulle ansvar.

Generelt anbefales kommunene å ta kostnadsriktig/gjengs leie i kommunale utleieboliger og at subsidiene blir gitt direkte til de som trenger støtte i form av bostøtte. Samtidig er det viktig å peke på at kommunene stilles fritt til å velge skjermingsordning for beboerne i sykehjem og omsorgsboliger.

Det er kun få kommuner som i dag har en kommunal bostøtteordning. Regelverket og målgruppene varierer mellom ordningene. Det vil bli administrativt kostnadskrevenende å opprette kommunale bostøtteordninger for en brukergruppe i alle kommuner. Data må i større grad innhentes manuelt før bostøtteberegningen kan foretas.

11.3.2. Økonomiske og administrative konsekvenser

Det er her forutsatt at kommunene benytter et likt regelverk som for den statlige bostøtteordningen. Totalkostnaden til bostøtte til sykehjemsbeboere vil, basert på nivået for den statlige bostøtten, være om lag 620 mill. kr årlig, basert på at om lag 30 000 vil motta bostøtte i sykehjem. Det kan imidlertid forventes at antallet som har krav på bostøtte i sykehjem vil være synkende i tråd med forventet økning i pensjonistenes inntektsgrunnlag i årene fremover.

Modellen innebærer at bostøttemottakere i omsorgsboliger tas ut som målgruppe fra den statlige bostøtteordning. Et tilsvarende beløp overføres til kommunene. I dag utbetales det om lag 250 millioner kroner i statlig bostøtte til beboere i omsorgsboliger.

Fastsetting av husleie i institusjonene vil i hovedsak medføre en engangskostnad for kommunen. Det er grunn til å anta at de administrative konsekvensene blir så små at vi velger å se bort fra det.

De fleste kommunene må bygge opp et nytt system med kommunal bostøtteordning, alternativet er å opprette en annen skjermingsordning dersom institusjonsbetalingen bortfaller. Et fåtall kommuner har allerede i dag en kommunal bostøtteordning. Disse kommunene anvender i stor grad det statlige bostøtteregelverket som basis. Kommunene innfører ofte et høyere boutgiftstak enn for den statlige ordningen.

11.4. Hjelpemidler

11.4.1. Organisering

I dette alternativet opprettholdes Folketrygdens og hjelpemiddelsentralenes ansvar for personlig tilpassede hjelpemidler til alle innbyggerne for forflytning og kommunikasjon⁸, mens de øvrige hjelpemidler vil være kommunens ansvar. Dette gjelder følgende hjelpemiddelgrupper:

- Regulerbare senger og personløftere.
- Hjelpemidler til personlig hygiene, som for eksempel dusjstoler og toalettforhøyere.
- Ganghjelpemidler som krykker, gåstativ og rullatorer.
- Husholdningshjelpemidler som mindre hjelpemidler på kjøkkenet.
- Enkle hjelpemidler i dagliglivet som trillebord og hjelpemidler til påkledning.

Når det gjelder hjelpemidler til personlig hygiene, husholdningshjelpemidler og ganghjelpemidler, er dette utstyr som de kommunalt ansatte har mye erfaring med. Søknadsprosessen er forenklet gjennom bestillingsordningen, og det er ingen saksforberedelse/vedtak på disse hjelpemidlene. Det er også de kommunalt ansatte som reparerer disse hjelpemidlene hjemme hos brukerne. Hjelpemiddelsentralene gir opplæring og sørger for at kommunene har verktøy og delelagre for å foreta nødvendige reparasjoner. De fleste av disse hjelpemidlene er ikke egnet for gjenbruk, og blir kassert når den enkelte bruker ikke lenger har behov for dem. Nye arbeidsoppgaver for kommunene vil først og fremst dreie seg om innkjøp og å gjøre produktvurderinger og utvelgelse i forbindelse med innkjøp. I tillegg må kommunene bygge ut sin lagerkapasitet og etablere rutiner i forhold til gjenbruk av de hjelpemidlene som kan gjenbrukes. I stedet for å bestille fra hjelpemiddelsentralen vil de kunne foreta bestillingene direkte fra leverandør.

11.4.2. Økonomiske og administrative konsekvenser

Det er ingen grunn til at bruken av de aktuelle hjelpemidlene skal øke om kommunene overtar ansvaret. Det vil derimot kunne tenkes at utlånet vil bli noe redusert når kommunenes økonomi setter rammer.

Folketrygden bruker om lag 250 millioner årlig til den typen hjelpemidler. Tabell 11.2 viser utviklingen i utgiftene over de siste årene. Hvis en kommunal hjelpemiddelfinansiering utvides til å gjelde alle innbyggere, vil kommunene overta anslagsvis 250 millioner kroner i utgifter fra Folketrygden.

⁸ Dvs rullestoler, rullatorer og hjelpemidler ved nedsatt syns-, hørsels- eller taleevne.

Tabell 11.2 Innkjøpskostnader for hjelpemidler innenfor områdene pleie- og omsorg, personlig hygiene, husholdningshjelpemidler og ganghjelpemidler. Beløp i millioner kroner. Løpende priser. Kilde RTV.

Hjelpemiddelgruppe	1999	2000	2001	2002	2003
Senger m/tilbehør	41.9	46.0	53.8	55.9	53.9
Madrasser	13.3	19.1	20.6	23.5	25.9
Personløftere m/tilbehør	24.1	30.6	27.4	26.8	31.5
Hjelpemidler til personlig hygiene	62.5	71.8	73.7	78.6	75.8
Ganghjelpemidler, en el. begge armer	38.2	42.3	48.0	49.7	45.4
Hjelpemidler i husholdningen	9.5	10.8	12.4	12.1	13.2
Enkelte andre hj.middelgrupper i bolig (trillebord, gripetenger m.v.)	4.9	5.2	5.6	6.2	6.2
Til sammen	194.4	225.8	241.5	252.8	251.9

En overføring av ansvaret for hjelpemidler fra Folketrygden til kommunene vil utgjøre en innsparing på fra 35 til 40 stillinger i hjelpemiddelsentralene. Med lønnskostnader på 400 000 kroner per stilling vil dette utgjøre mellom 14 og 16 millioner kroner. I tillegg kjøpes det i dag transporttjenester i forbindelse med levering og henting av senger for ca 10 millioner kroner. Det legges til grunn at kommunene vil få tilsvarende merutgifter.

11.5. Legemidler og sykepleieartikler

11.5.1 Organisering

Alternativet innebærer at kommunen gis ansvaret for å finansiere viktige legemidler og sykepleieartikler også for beboere i omsorgsboliger. Beboerne dekker sine egne utgifter til reseptfrie legemidler og legemidler på hvit resept, samt egenandeler fastsatt av kommunen. Personer som bor i eget hjem eller kommunale utleieboliger, bortsett fra omsorgsboligene, bruker fortsatt blåreseptordningen med egenandeler opp til frikortgrensen og dekker sine egne utgifter til andre legemidler.

Modellen innebærer at rettighetselementet som folketrygden gir, svekkes. Det må imidlertid være en forutsetning for ansvarsoverføringen at dagens rettigheter til refusjon av legemidler videreføres. Dette kan gjøres ved å ta inn bestemmelser i kommunehelsetjenesteloven om at personer som faller utenfor blåreseptordningen, har rett til å få dekket utgifter til nødvendige legemidler og sykepleieartikler etter kommunale ordninger.

Etter Helsedepartementets vurdering vil den enkelte kommune ha et insentiv til å organisere sine innkjøp på en mest mulig kostnadseffektiv måte dersom de har et selvstendig budsjettansvar for legemidlene, slik som i institusjon idag. I praksis vil dette innebære utvikling av kommunale innkjøpsordninger som dels finner sted i dag eller etter en modell lik sykehusenes legemiddelinnkjøpsordning.

Kommunene kan få større insentiv til å igangsette dosedispensering som etter Helsedepartementets vurdering gir bedre etterlevelse av legens forskrivning (det blir lettere for pasienten å huske å ta de riktige pillene til riktig tid og i riktig dose). Videre vil selve terapivalget få en langt sterkere kvalitetssikring gjennom de kommunale legemiddelkomiteene. Dette innebærer dels kollegabasert kunnskapsoverføring mellom leger, men også

at pleie- og omsorgspersonellet som står nærmest brukerne, blir tatt med i de overordnede beslutningsprosessene om hvilke produkter og tjenester kommunen skal satse på for sine tjenestemottakere.

En kommunal modell vil ha den svakhet at vi fortsatt vil ha to finansieringssystemer for mottakere av kommunale pleie- og omsorgstjenester. Eldre mennesker som mottar hjemmetjenester, men som likevel har et godt funksjonsnivå, vil ha legemidler og sykepleieartikler finansiert av folketrygden, mens mer pleie- og omsorgstrengende beboere i sykehjem og omsorgsboliger m.m. vil falle inn under kommunens finansieringsansvar og få disse utgiftene dekket av kommunen.

Størrelsen på egenandeler og taket i en kommunal frikortordning kan for eksempel tenkes identisk med dagens blåreseptordning. Etter Helsedepartementets vurdering kan det for personer som omfattes av ordningen etableres kommunale oppgjørsordninger som sikrer at grossist, apotek og bandasjister sender sine krav til kommunen, tilsvarende som når disse kravene for andre innbyggere sendes folketrygden.

Kommunen vil utstede frikortene og refunderer disse utgiftene. Helsedepartementet mener en mulig måte å organisere dette på er at det lokale trygdekontoret mot et vederlag administrerer oppgjørsordningen på vegne av kommunen, eller at flere kommuner slår seg sammen i en større interkommunal oppgjørsordning. Oppgjørsordningen fakturerer leverandøren etter de priser som kommunen har fått forhandlet seg frem til.

11.5.2. Økonomiske og administrative konsekvenser

Helsedepartementet legger til grunn at kommunene har et større insitament til å gjennomføre utgiftskontroll og kvalitetsforbedringer når legemidler og sykepleieartikler finansieres over kommunenes egne budsjetter. Det er også grunn til å anta at kommunal finansiering medfører at det i noe større grad blir foretatt nytte- og kostnadsavveininger når behandlingstilbudet legges opp. Når kommunen finansierer både legemidler og personalinnsatsen, øker sannsynligheten for at alternative behandlingsformer i større grad blir vurdert opp mot hverandre.

Om kommunen overtar finansieringsansvaret også for legemiddelbruken i omsorgsboliger m.m., vil disse legemidlene kunne inngå i de kommunale anbudene. Prisen vil kunne reduseres på en større mengde legemidler enn tidligere, og kommunene vil få økt forhandlingsstyrke. Det administrative apparatet for legemiddelinnkjøp har kommunene allerede og det er ingen grunn til å regne med noen økte kostnader til å bygge opp dette.

Siden beslutningene om innkjøp vil skje lokalt i den enkelte kommune, vil en kommunal innkjøps- og refusjonsordning være robust i forhold til konkurranserettslige begrensninger som har som formål å hindre dominerende kjøperkonstellasjoner. I dette ligger den viktigste begrensningen for anbudsutsetting av den statlige blåreseptordningen.

Med forbehold om mangelfull dokumentasjon av forbruket av legemidler i omsorgsboliger anslår Helsedepartementet at kommunens utgifter vil øke med om lag 200 millioner kroner per år. Folketrygden vil få redusert sine utgifter med et tilsvarende beløp. Noe av dette vil imidlertid være egenandeler.

11.6. Legetjenester

Alternativet innebærer at kommunens ansvar for legetjenester i institusjonene utvides til å omfatte beboere i omsorgsboliger. Dette innebærer at dagens organisering og finansieringsordning for legetjenester i institusjon også vil omfatte beboere i omsorgsboliger. Beboere i omsorgsboliger vil få legetilsyn på samme måten som sykehjemspasienter, i stedet for å benytte sin fastlege. Forslaget innebærer ingen endring for beboere i institusjon.

Det kan være flere hensyn som taler for at kommunenes ansvar for legetjenester i institusjon utvides til også å omfatte beboere i omsorgsboliger. Hovedbegrunnelsene for en kommunalt finansiert tilsynslegeordning i institusjon er basert på hensynet til forsvarlig organisering av nødvendig helsehjelp. Pasienter på institusjon har som regel en helse- og sykdomssituasjon som krever legehjelp langt ut over gjennomsnittet for befolkningen for øvrig. Pasientene på sykehjem er ofte alvorlig syke, uten at sykehusinnleggelse er nødvendig. De aller fleste har også betydelig redusert funksjonsevne med behov for døgkontinuerlig overvåkning med nødvendig pleie- og omsorg. For mange er oppholdet i institusjon en siste fase av livet.

Som vist foran i kapittel 4 kan mange av beboerne i omsorgsboliger ha samme omfang av redusert helse, sykdom og nedsatt funksjonsevne som pasienter på institusjon. Dette er avhengig av kommunens organisering. Beboere i omsorgsboliger får sitt behov for legehjelp ivaretatt av sin fastlege. Det innebærer også bl.a. betydelige organisatoriske og administrative utfordringer knyttet til transport til fastlegens praksis. Ut fra faglige og ressursmessige hensyn kan derfor en kommunalt organisert tilsynslegeordning for beboere av omsorgsbolig ha mange fordeler.

En rekke spørsmål vedrørende organisering og finansiering av legetjenesten ville måtte avklares om denne modellen skulle konkretiseres nærmere. Det gjelder bl.a. data om beboerne, deres helse- og sykdomstilstand, hvordan boenhetene og pleietjenestene er organisert mv.

Det er i St.meld. nr. 45 (2002-2003) "Kvalitet i dei kommunale pleie- og omsorgstenestene" varslet at Helsedepartementet skal gjennomføre en kartlegging av legetjenester i sykehjem og omsorgsboliger. Helsedepartementet vil avvende resultatet av kartleggingen før en eventuell endring av finansieringssystemet for legetjenester med sikte på harmonisering vurderes.

11.7. Samlet vurdering av den kommunale modellen

Den utvidede personkretsen for kommunale helsetjenester og skjerming for boutgifter vil gjøre det mindre "lønnsomt" for kommunen å omregulere sykehjem til omsorgsboliger. Løsningen er praktikabel. Videre berøres en forholdsvis begrenset gruppe personer (anslagsvis 30.000 personer). Avgrensningen har likevel svakheter. Det vil skapes en ny gråson mellom andre kommunale boliger og omsorgsbolig/ institusjon. Terskelen for å tilby en omsorgsbolig eller institusjonsplass vil øke, fordi det ikke gis statlig bostøtte og kommunen må dekke utgifter til legemidler og hjelpemidler selv.

Den statlige bostøtteordning vil gjelde for alle som ikke bor i sykehjem eller omsorgsbolig. Vridningseffekten mellom tjenester som omfattes av en hhv. statlig bostøtte og det

kommunale skjermingsansvaret anses å kunne bli betydelig på lang sikt. Derfor er det grunn til å anta at avgrensningen er lite robust i forhold til endringer i hvordan tjenestene organiseres over tid. Modellen vil kunne vri kommunens tilbud fra institusjon og omsorgsbolig til andre typer kommunale boliger og brukernes eget hjem.

Bortfallet av statlig finansiering av hjelpemidler og legemidler til beboere i omsorgsboliger tilsvarer anslagsvis 700 millioner kroner som forutsettes flyttet fra statlige budsjetter til kommunens frie inntekter. En slik modell vil gi økt frihet til kommunene. Generelt vil omleggingen på den ene siden redusere uheldige effekter av tredjepartsfinansiering, og dermed bidra til større grad av nøytralitet mht til innsatsfaktorer, men vil samtidig ikke gi nøytralitet mellom ulike organisasjonsformer.

Å flytte ansvaret for legemidler og hjelpemidler fra trygden til kommunen for beboere i omsorgsboliger vil av mange kunne oppfattes som en innstramning i innbyggernes rettigheter. Rettigheten forutsettes imidlertid sikret gjennom endringer i kommunehelsetjenesteloven. Tabellen under oppsummerer det kommunale alternativet.

	<i>Pro</i>	<i>Contra</i>	<i>Økonomi</i>
<i>Bostøtte</i>	- Kommunal frihet tilpasset lokale forhold	- Usikkerhet for personer som mister statlig bostøtte - Forskjell mellom kommuner	Samlet utgift uendret til selve bostøtteordningen, men noe økte administrative kostnader
<i>Hjelpemidler</i>	- Lavere kostnader	- Knappere tilbud	Noe lavere kostnader
<i>Legemidler</i>	- Lavere kostnader	- Usikkerhet for personer som mister blåresepten - Mindre utvalg av nye legemidler	Noe lavere
<i>Helhet</i>	- Bedre utgiftskontroll - Mer kommunal frihet - Nøytralitet mellom innsatsfaktorer	- Ikke full nøytralitet mellom organisasjonsformer og nye vridninger - Forskjell mellom kommuner og usikkerhet for enkeltbrukere.	

Tabell 11.3 Oppsummering av alternativ A - utvidet kommunal finansiering

11.8. Til høringsinstansene

Forutsetningen for å utvide kommunenes finansieringsansvar er at det er mulig å sette en entydig grense mellom tjenestetilbud som finansieres fullt ut av kommunen og tjenestetilbud hvor staten finansierer visse deltjenester. Som drøftingen i avsnitt 11.2 viser er det ikke enkelt å finne frem til en avgrensning som ikke skaper muligheter for nye, uheldige tilpasninger.

Sosialdepartementet vil understreke at det ikke er tatt stilling til hvor grensen for et eventuelt utvidet kommunalt ansvar bør settes. Av hensyn til å kunne presentere et konkret alternativ til dagens deling av finansieringsansvaret mellom stat og kommune, samt å kunne foreta økonomiske beregninger av den alternative modellen, er det imidlertid i dette kapitlet lagt til grunn at grensen trekkes mellom sykehjem, aldershjem og omsorgsboliger finansiert med oppstartingsstøtte fra Husbanken på den ene siden og private boformer (opprinnelig eget hjem, trygdeboliger, seniorleiligheter og andre kommunale leiligheter) på den andre siden.

Hovedspørsmålet til høringsinstansene er følgende:

- IV. Bør kommunens helhetlige finansieringsansvar for tilbudet til beboere i institusjon utvides til å omfatte en større gruppe brukere av pleie- og omsorgstjenester, f.eks beboere i omsorgsboliger.

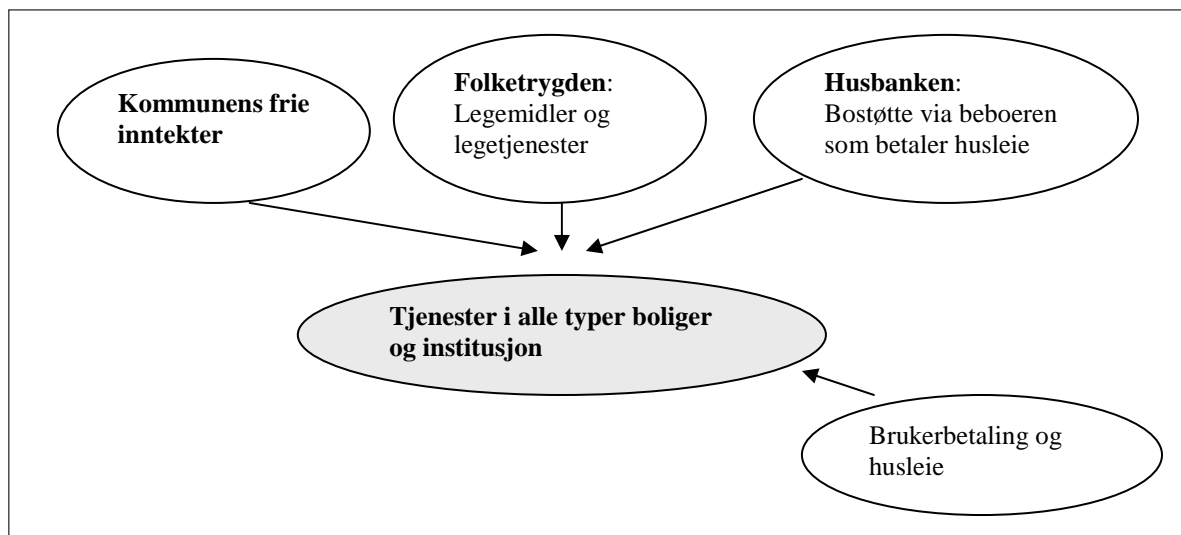
Sosialdepartementet vil spesielt be om høringsinstansenes syn på:

- a. Dersom stat og kommune fortsatt skal dele finansieringsansvaret for bostøtte og helsetjenester, hvor bør grensen gå?
- b. Er det praktisk mulig å skille institusjon og omsorgsbolig med oppstartingsstøtte fra andre boformer?
- c. På hvilken måte vil innføring av kommunalt finansiert bostøtte i omsorgsbolig påvirke tilbudet til brukerne?
- d. Vil innføring av kommunalt finansiert bostøtte i omsorgsboliger påvirke kommunens bruk av omsorgsboligene?
- e. På hvilken måte vil kommunal finansiering av hjelpemidler til pleie- og omsorgsformål til alle innbyggere påvirke tilbudet til brukeren og den samlede ressursbruken?
- f. Vil kommunal finansiering av hjelpemidler påvirke kommunens personellinnsats?
- g. På hvilken måte vil kommunal finansiering av legemidler og sykepleiemateriell i omsorgsboliger påvirke tilbudet til brukerne og den samlede ressursbruken?
- h. Vil kommunal finansiering av legemidler og sykepleiemateriell i omsorgsboliger påvirke kommunens personellinnsats?

12. Alternativ B - Statlig finansiering av bostøtte og helsetjenester til alle innbyggere

12.1. Innledning

Med grunnlag i drøftingen i kapittel 10 beskrives her nærmere et alternativ der man innfører statlig delfinansiering av støtte til boutgifter, legetjenester og legemidler i institusjon, slik at hele pleie- og omsorgstjenesten likebehandles. Ut over det vil der fortsatt være kommunen som har hovedansvaret for å finansiere tjenestene. Drøftingen legger til grunn at det innføres tjenestebasert betaling i institusjonene.



Figur 12.1: Illustrasjon Alternativ B: Statlig delfinansiering for hele pleie- og omsorgstjenesten

12.2. Boutgifter

12.2.1. Organisering

Alternativet innebærer at beboere med langtidsopphold i institusjon betaler husleie for sykehjemsrommet og tilhørende bad/toalett. Kommunene oppfordres til å ta en husleie som dekker kostnadene knyttet til boligtilbudet på lik linje med andre kommunale boliger.

Beboere i sykehjem med lav inntekt gis mulighet til å søke statlig bostøtte. Bostøtten brukes slik at beboeren har midler til å betale husleien og slik at den reelle boutgiften blir lavere. Det legges til grunn at ordningen baseres på regelverk og systemløsning lik dagens bostøtteordning med unntak av nåværende krav til boligen. Det settes et tak for maksimale boutgifter som kan dekkes og husleienivå ut over dette blir ikke regnet med ved utmåling av bostøtten.

Dersom beboeren flytter til et annet institusjonstilbud må personen oppdatere sin søknad og bostøtten vil i realiteten følge personen over til et nytt tilbud.

12.2.2. Økonomiske og administrative konsekvenser

Husbankens regelverk definerer klart hvilke kriterier som må oppfylles og hvor mye bostøtte som skal ytes. Utgiftene for den statlige bostøtten vil avhenge av både inntekten og husleien søkeren har. Dette betyr at bostøtteutbetalingen vil variere mellom kommuner pga. ulikt inntektsnivå blant brukerne og ulikt husleienivå.

Beregning av bostøtte tar utgangspunkt i gjeldende regelverk for bostøtte til eldre og uføre, og det er tatt hensyn til variasjon i beboernes inntektsnivå, samt kommunevise variasjoner i husleienivå. Basert på data om institusjonbeboerne i 2001 har SNF beregnet at 75 – 80 prosentene vil motta bostøtte. For beboere med inntekt inntil 1,5 G blir bostøtten mellom 40 prosent og 50 prosent av brutto husleie. Deretter avtar bostøtten, og beboere med mer enn 2 G i inntekt blir ikke tildelt bostøtte. Samlet anslås bostøtten å utgjøre om lag 620 millioner kroner i økte utgifter for staten. Dette er basert på at det nye systemet vil generere ca 30.000 nye bostøttesaker.

Med bakgrunn i økt inntektsnivå for framtidige generasjoner med eldre vil behovet for statlig bostøtte reduseres. Kostnadene knyttet til bostøtte i institusjon vil isolert sett gå ned som følge av dette.

Bruk av den statlige bostøtteordningen vil være den enkleste og billigste administrative løsningen. Husbanken har et it-system på plass og vil bruke færre ressurser enn om flere kommuner skal opprette egne bostøtteordninger. Omleggingen vil innebære omlag 30.000 nye søknader som tilsvarer ca 30 årsverk⁹. Utvidelsen av ordningen vil medføre flere klager, flere manuelle saker, flere returer, flere generelle henvendelser, tettere oppfølging, større informasjonsbehov mv. Dette er utgifter som Husbanken kan dekke innenfor de samlede ressurser. Søknaden om bostøtte er i stor grad basert på informasjon som kommunen allerede sitter med eller som Husbanken uansett henter fra ulike sentrale registre. Beboere i institusjon vil ofte ha behov for bistand til å søke Husbanken, og dette kan sikkes ved at kommunen i samarbeid med hjelpeverge eller pårørende fyller ut søknaden.

En hovedkonklusjon vil være at de administrative konsekvensene i forhold til å administrere en utvidelse av den statlige bostøtteordningen er relativt små. Samtidig må det antas at kommune får noe reduserte utgifter.

12.3. Hjelpemidler

12.3.1. Organisering

Modellen innebærer at hjelpemidler til beboere i institusjon administreres og finansieres på samme måte som for hjemmeboende. Også i dag låner folketrygden ut *individuelt tilpassede hjelpemidler for forflytning og kommunikasjon* til beboere i institusjon. En modell med

⁹ Basert på et overslag av saksbehandling av vanlig statlig bostøtte i kommunene.

utvidet statlig finansiering vil innebære at også de øvrige tekniske hjelpemidler, som regulerbare senger og personløftere, blir folketrygdens ansvar. Hjelpemiddelsentralen vil administrere utlån og vedlikehold. Vi vil få en hjelpemiddelforvaltning som i prinsippet er lik for alle uavhengig av boform.

Dersom hjelpemidler til bruk i institusjon skal finansieres av folketrygden vil det være enkelte særtrekk som det bør tas hensyn til. For det første vil det for mange hjelpemidler være uøkonomisk og upraktisk å ha et hjelpemiddel per bruker. Dette følger av at flere brukere med lignende behov bor nært og på relativt begrenset plass. For det andre vil en del hjelpemidler med fordel kunne være en del av bygningens utrustning. For det tredje vil det være dårlig samfunnsøkonomi dersom muligheten til statlig finansiering av hjelpemidler legger til rette for at det bygges boenheter for eldre uten tanke på at beboerne har nedsatt funksjonsevne. Det bør derfor stilles særlige betingelser ved tildeling av hjelpemidler i institusjon. På denne bakgrunn kan det være hensiktsmessig å dele hjelpemidler til bruk i institusjonene inn i 4 grupper.

Hjelpemiddelgruppe A (individuelle hjelpemidler).

Dette er hjelpemidler som det søkes individuelt om i tråd med den ordning som i dag gjelder for folketrygdens utlån av hjelpemidler. Dette vil dreie seg om blant annet rullestoler, rullatorer, høreapparater og synshjelpemidler. Hjelpemidlene i denne gruppen vil i stor grad være sammenfallende med de hjelpemidler som folketrygden *allerede* har ansvaret for i institusjon.

Hjelpemiddelgruppe B (senger, personløftere).

Dette er hjelpemidler som det er mest hensiktsmessig at *boenheten* søker om. Eksempler på slike hjelpemidler vil være regulerbare senger, personløftere og stoler med oppreisfunksjon. Det utformes altså ikke individuell søknader, men søknadene vil avspeile behovene hos beboerne.

Hjelpemiddelgruppe C (spesialbadekar mv)

Dette er hjelpemidler som bør installeres som en del av bygningen, som for eksempel spesialbadekar. Hjelpemidler av denne typen kan likevel finansieres av Folketrygden. Disse hjelpemidlene må tildeles etter bestemte retningslinjer som - i motsetning til gruppe B - vil være uavhengig av hvem som faktisk blir boende i enheten.

Hjelpemiddelgruppe D (trappeheiser).

Disse hjelpemidlene vil være unødvendig på grunn av bygningens utforming etter fastsatte retningslinjer. Eksempler på dette vil være trappeheiser, løfteplattformer og døråpnere. Det må være kommunens ansvar, praktisk og økonomisk, å gjøre de tilpasninger som overflødiggjør denne type hjelpemidler.

Denne type retningslinjer følger ikke av dagens regelverk og forutsetter derfor endringer i folketrygdloven, eventuelt i forskrift til loven. Særskilte bestemmelser knyttet til hjelpemiddelgruppene B, C og D ville alle bidra til å kontrollere og begrense utgiftøkningen som en folketrygdfinansiering må antas å medføre. Hjelpemidlene i gruppe A er i all hovedsak folketrygdens ansvar også i dag. Hjelpemidlene i gruppe B vil, slik som under dagens kommunale finansiering, utnyttes effektivt ved at de benyttes av flere. Stønad til hjelpemidler fra folketrygden med krav om at flere gjør nytte av dem, blir allerede praktisert i forbindelse med stønad til bil i bokollektiv.

Ordningen som foreslås for hjelpemidlene i gruppe C vil være godt egnet til å gi kostnadskontroll. Disse hjelpemidlene vil bli tildelt ut fra på retningslinjer som er fastsatt på forhånd, og ikke på bakgrunn av søknad. Hjelpemidlene i gruppe D vil allerede finnes i boenhetene kommunen har ansvar for, og vil dermed heller ikke representere noen utgifter for Folketrygden.

Hjelpemiddelgruppe	1999	2000	2001	2002	2003
Toalett hjelpemidler	31.5	32.4	34.1	37.9	37.7
Hj. midler til vasking, bad, dusj	30.9	39.4	39.6	40.7	38.1
Heis, løfteplattform og ramper	104.0	119.2	104.0	107.0	109.1
Varslingshjelpemidler	37.1	43.7	44.4	44.7	42.5
Alarmer	7.8	9.4	13.6	13.6	13.6
Omgivelseskontroll	21.5	27.2	26.2	24.5	16.7
Til sammen	232.8	271.3	261.9	268.4	257.7

Tabell 12.2 Folketrygdens innkjøpskostnader til hjelpemidler som på den ene siden kan lånes ut til hjemmeboende, men på den annen side bør være uaktuelle i boenheter som er tilpasset funksjonshemmede beboere. Beløp i 1000 kroner. Løpende priser. Kilde RTV.

Reguleringen som er skissert over tenkes innført dersom beboere i institusjon inkluderes i folketrygdens hjelpemiddelordninger. Tilsvarende inndelingen bør også anvendes på hjelpemidler til bruk i omsorgsboliger som er bygd med særskilte tilskudd fra staten. På denne måten vil kommunene tilpasse seg slik at folketrygden i ettertid ikke må bekoste med nødvendige endringer. Klare retningslinjer vil kunne redusere kostnader uten at det innebærer redusert hjelpemiddelstandard.

En presisering av folketrygdens ansvar må knyttes til boenheter der kommunen har et særskilt ansvar. Til forskjell fra dette bør privat disponerte boliger som ikke er bygd til omsorgsformål holdes utenfor. Som en foreløpig avgrensning av hvilke boenheter som skal omfattes av firedelingen tenkes alle institusjoner og kommunalt disponerte boenheter som er bygd tilskudd fra Husbanken. Etter hvert som det bygges boenheter uten øremerkede investeringstilskudd bør denne avgrensningen vurderes på ny.

12.3.2. Økonomiske konsekvenser

Det avkreves ingen egenandel ved lån av hjelpemidler. Om folketrygden overtar ansvaret for alle hjelpemidler i sykehjem ville ikke dette ha noen økonomiske konsekvenser for brukerne. Folketrygdens utgifter må antas å øke betydelig mer enn de tilsvarende innsparingene i kommunene. Om folketrygden overtar finansieringsansvaret for hjelpemidler i dagens sykehjem må vi for det første anta at etterspørselen etter hjelpemidler vil øke. For det andre er det grunn til å tro at etterspørselen i noen grad vil rette seg mot hjelpemidler av høyere kvalitet enn det som er tilfellet i dag. Dette vil medføre økte offentlige utgifter. Det må imidlertid understrekes at utgiftsøkning vil gi økt velferd for beboere og ansatte. Dette skyldes at omfanget og standarden på hjelpemidler i institusjonene i dag ofte er lav. En del hjelpemidler som benyttes i sykehjem innfrir ikke kravene til europeisk standard. Disse kravene skal sikre at det ikke innebærer risiko for bruker eller hjelper å benytte hjelpemidlene. Vi må derfor anta at en utgiftsøkning må komme også om kommunene fortsetter å ha ansvaret for hjelpemidler i institusjon.

Vi kan imidlertid ikke se bort fra at en overgang fra finansiering innenfor kommunale rammer til rettighetsbasert finansiering vil kunne skape utgifter ut over det som kan berettiges av økt velferd for brukere og ansatte. Sosialdepartementet vil imidlertid anta at de retningslinjer som er skissert over til en viss grad vil kunne begrense denne effekten. Dette vil forstrekkes av at det må antas at kostnadene vil reduseres for omsorgsboliger.

Basert på visse forutsetninger anslår Sosialdepartementet at merkostnadene for det offentlige vil være om lag 155 mill kroner de 3 første årene og deretter drøyt 60 mill årlig. Det er her tatt hensyn til at kommunene får en besparelse på sine budsjetter som kan overføres til trygdens budsjett.

Tabell 12.3 Årlige merutgifter for hjelpemidler ved utvidet statlig finansiering. 2002-priser.

	Årlige utgifter for Folketrygden	Kommunenes besparelser ^{a)}	Merkostnader
År 1	217 mill	62 mill	155 mill
År 2	217 mill	62 mill	155 mill
År 3	217 mill	62 mill	155 mill
År 4 osv	132 mill	62 mill	70 mill

a) I noen få tilfeller private institusjoners besparelser.

På grunn av den økte etterspørsel etter hjelpemidler som en folketrygdfinansiering vil medføre, vil ressursbruken i hjelpemiddelsentralene øke mer enn nedgangen i ressursbruken i kommunene. Merarbeidet for hjelpemiddelsentralene vil først og fremst komme i forbindelse med service, reparasjon og gjenbruk. Dette fordi en stor del av hjelpemidlene gjelder elektromedisinsk utstyr som krever at de som utfører dette arbeidet har fagutdannelse. Institusjonene har ikke ansatt fagfolk med slik kompetanse. Det vil dessuten være nødvendig for hjelpemiddelsentralene å sette inn flere ressurser i forhold til opplæring og rådgivning av institusjonens ansatte ved en slik reform. Det vil også bli merarbeid når det gjelder saksforberedelse, innkjøp, materialadministrasjon og transport. Dette er imidlertid områder hvor rasjonalisering vil være mulig. Med forbehold om dette siste anslår Rikstrygdeverket et behov for 60 til 65 nye stillinger. Om vi regner med lønnskostnader på 400 000 kroner per stilling, vil dette årlig utgjøre 24 til 26 millioner kroner.

Ved en overføring av ansvaret for hjelpemidler til Folketrygden vil det bli viktig å opparbeide motivasjon for vedlikehold i institusjonene når de ikke er økonomisk ansvarlig for hjelpemidlene. Dette har vært en utfordring på skolene i forhold til å ta vare på datahjelpemidler utlånt fra Folketrygden. Det er også en problemstilling som hjelpemiddelsentralene allerede jobber med overfor beboere ved sykehjem som har individuelt tilpassede hjelpemidler fra Folketrygden. Opplæring av institusjonens ansatte blir derfor et viktig tiltak ved en slik reform. Det bør bli adgang til kontroll og pålegg om vedlikeholdsrutiner over boenhetene.

12.4. Legemidler og sykepleieartikler

12.4.1. Organisering

Beboere i institusjon vil komme inn under blåreseptordningen, og få utgifter til viktige legemidler og sykepleieartikler refundert av folketrygden. Forslaget vil ikke medføre endringer i organiseringen og finansieringene av legemiddelbruken for hjemmeboende og beboere i omsorgsboliger.

I tillegg vil de betale egenandel og få eventuelt frikort etter vanlige regler. I motsetning til under dagens ordning for beboere i sykehjem, vil brukerne i utgangspunktet selv måtte betale for legemidler på hvit resept og for reseptfrie legemidler og sykepleieartikler. For utgifter til noen legemidler og sykepleieartikler som ikke gir rett til pliktmessig refusjon etter blåreseptordningen, kan imidlertid folketrygden yte bidrag på grunnlag av søknad fra pasienten (folketrygdløven § 5-22).

I dag har sykehjemmene egne lagre av legemidler, som er levert av et apotek eller direkte av en grossist. Fra disse lagrene doseres medikamenter til den enkelte bruker på basis av brukerens medikamentkort. Alternativt kan doseringen til den enkelte pasient skje allerede hos grossist eller apotek. I en tjenestebasert modell vil medikamentkortet bli erstattet med en resept, som må innløse på apoteket. Apoteket kan levere legemidlene i vanlige pakninger eller dosedispensert. På sykehjemmet må både legemidler og sykepleieartikler holdes atskilt for hver enkelte bruker.

En medisinsk rasjonell legemiddelbruk til den enkelte pasient er en overordnet målsetting. Høy kvalitet oppnås ved at pasienten får rett type medikamenter, riktig dosering og sammensetning og at legemidlene brukes på den måten legen har fastsatt. Helsedepartementet mener at økonomiske besparelser kan være et viktig insentiv for å styrke kvaliteten. Virkemidler for å oppnå dette er bruk av multidose, jevnlig evaluering av pasientens legemiddelbruk samt kollegialt samarbeid mellom legene og annet helsepersonell for å bedre kvaliteten på forskrivningen og dermed behandlingen.

En statlig modell vil fjerne behovet for lokal organisering av legemiddelinnkjøpene. Dermed fjernes også de lokale beslutningsprosessene som i dagens system leder til anbefalte behandlinger og til fastsatte eller anbefalte legemiddellister.

Det er også viktig at det gjøres faglige avveininger mellom bruk av medikamenter og personellinnsats. Ulike terapivalg vil bare bli vurdert mot hverandre i en reell avveining dersom det er samme subjektet som har ansvaret for kostnadene. Dette er særlig viktig der alternativ medikamentell behandling ikke nødvendigvis er mer rasjonell enn pleie. Gitt at det finnes to alternative likeverdige behandlingstilbud, ett med legemidler og ett uten, vil en overføring av finansieringsansvaret for legemidler fra kommunen til folketrygden kunne gi kommunen insentiver til å gi legemiddelbasert behandling framfor annen behandling, selv om denne behandlingen medisinsk sett kan være bedre. Alzheimer demens er et godt eksempel. Sykdommen krever personellintensiv pleie, men det kan motvirkes gjennom medikamentbruk som ikke nødvendigvis gir økt velferd for pasienten. På den annen side kan vi ikke se bort fra at de restriksjoner som de kommunale budsjettene setter, kan medføre at noen pasienter ikke får de legemidler som de burde ha hatt. Folketrygdfinansiering sikrer tilgang på de medikamenter legen mener pasienten bør få. Den samlede effekten er vanskelig å anslå.

Når institusjonen selv bærer kostnadene for legemidlene som brukes, må det antas at det legges betydelig vekt på rutiner som hindrer svinn og kassasjon. Under blåreseptordningen er kassasjon et omfattende og veldokumentert fenomen, som imidlertid søkes motvirket gjennom bl.a. statlig støtte til dosedispensering av blåreseptmedisin for mottakere av kommunale hjemmebaserte tjenester. En statlig modell vil gjøre at sykehjemsbeboerne faller inn under ordningen, men støtten utbetales til kommunen. Siden kommunen i en statlig modell ikke blir like følsom for kassasjon som under en ordning der kommunen selv bærer legemiddelkostnadene, må det antas at kassasjon av legemidler vil øke noe i en statlig modell.

I institusjonen blir det mindre behov for å bruke ressurser på legemiddelhåndteringen når institusjonen ikke lenger skal administrere et eget legemiddellager. Mye av den faglige håndteringen av legemidlene i relasjon til den enkelte pasient vil skje i apoteket.

Kvalitet i legemiddelhåndteringen kan sikres ved at institusjonen kjøper farmasøytiske tjenester lokalt. Slike tjenester kan være dosedispensering, opplæring av omsorgspersonellet og - i samarbeid med legene - evaluering av legemiddelbruken. Tiltak av denne karakter gir en mer rasjonell legemiddelbruk, i form av en mer målrettet forskrivning og økonomisering av legemiddelbruken. Forbedringer i kvaliteten er imidlertid vanskelig å måle, på samme måte som kostnadene ved feilbruk av legemidler er vanskelige på beregne. Kommunen vil derfor ikke ha det samme insentivet til å finansiere denne type tiltak når kommunen selv ikke får gleden av kostnadsbesparelsene som kvalitetstiltakene også fører med seg.

12.4.2. Økonomiske og administrative konsekvenser

Kommunenes budsjetter setter rammer for ressursbruken i sykehjemmene. Folketrygdens refusjoner skjer pliktmessig, og det er ikke budsjettrestriksjoner for refusjon av de legemidlene som er tatt opp i blåreseptordningen. Helsedepartementet kan ikke se bort fra at tilsynslegenes forskrivningspraksis vil endre seg noe om de beskrankninger som ligger i kommunens økonomi fjernes. Dette kan føre til at en overgang til folketrygdfinansiering vil gi økt bruk av legemidler og sykepleieartikler, samt overgang til dyrere produkter.

Dagens helhetlige ansvar for finansiering, organisering og implementering av tilbudet i sykehjem bidrar til at kommunen søker etter virkemidler for effektivisering av tilbudet. Dette gir også et insentiv til å avveie nytte og kostnad ved bruk av legemidler. Dette insentivet faller bort når staten overtar finansieringen av legemidlene. Legen kan bli mer tilbøyelig til å prøve ut legemidler uten velkjent klinisk effekt når folketrygden betaler regningen. En tilsynslege i dagens system vil på den annen side stå overfor de bindinger som følger av sykehjemmets eller kommunens legemiddellister (fremforhandlet gjennom anbud og prisavtaler) og kommunebudsjettet.

På mange terapiområder er det en betydelig terapeutisk konkurranse mellom legemiddelfirmaene. Når et sykdomspunkt først er godkjent for refusjon etter blåreseptordningen, er det erfaringsmessig vanlig at nye, alternative behandlinger blir godkjent for pliktmessig refusjon, selv om de nye behandlingene er dyrere enn eksisterende alternativer. Dette innebærer at legen ofte har en lang rekke medikamentelle alternativer å forholde seg til for samme lidelse.

Legemiddelindustrien bruker i dag betydelige summer på markedsføring av de nyeste og dyreste legemidlene overfor fastlegene. Det er grunn til å anta at tendensen til å velge dyrere medikamentelle behandlinger ved overgangen til tredjepartsfinansiering vil forsterkes ved at

legemiddelindustrien forventes å øke markedsføringen i forhold til det markedet sykehjemmene utgjør. For legemiddelindustrien er det betydelig enklere å påvirke den enkelte leges forskrivning enn å endre kliniske anbefalinger etter fastsatte legemiddellister for hele institusjoner.

Statlig finansieringsansvar for legemidler og sykepleiemateriell i sykehjem vil føre til at kommunene som i dag benytter anbud eller inngår avtaler om legemiddelleveranser, vil slutte med dette. Den enkelte pasient vil isteden få levert sine legemidler fra apoteket. Stadig flere kommuner, gjerne i samarbeid med hverandre, har innkjøpsordninger som gir en viss prisreduksjon. Potensialet for rabatt vil blant annet påvirkes av det regelverk som til en hver tid regulerer legemiddelomsetningen. Det kan i fremtiden bli mer vanlig med anbud også for legemidler finansiert av folketrygden, hvor et forsøksordning igangsettes i løpet av 2004. Det er likevel grunn til å anta, i alle fall på kort sikt, at folketrygdfinansiering kan gjøre legemidlene dyrere for det offentlige. Det er imidlertid ikke mulig å tallfeste størrelsen på denne effekten.

Sykehjem har i dag rettslig adgang til å motta direkteleveranser av legemidler fra grossist, på samme måte som sykehus har det for enkelte legemidler. Den enkelte pasient har derimot ikke adgang til å motta legemidler direkte fra grossist. Dette gir dyrere legemidler til brukeren siden apotekets marginer vil komme i tillegg. Dette er en ren netto utgiftsøkningen for det offentlige, som folketrygden vil måtte betale i en statlig modell.

Det er siden slutten av 1990-tallet vært satt i gang en rekke tiltak for å få bedre kontroll over veksten i legemiddelutgiftene. Et tiltak som vil kunne effektivisere ressursbruken i en modell hvor folketrygden finansierer legemidlene for beboerne i institusjon, er å gi tilsynslegene oppgaver som gir dem mulighetene til å se helheten i tjenestetilbudet, på en måte som også ivaretar det økonomiske aspektet i behandlingen.

Kommunen finansierer i dag legemidler for om lag 250 millioner kroner og sykepleieartikler for omlag 150 millioner kroner, som i en statlig finansieringsmodell vil være folketrygdens ansvar. Det er svært vanskelig å gi økonomiske anslag over de ulike momentene som er drøftet over. Dette er en utvikling som bør sees over tid. Helsedepartementet har derfor lagt til grunn utviklingen for en femårsperiode. Basert på visse forutsetninger anslås merkostnadene for det offentlige å være om lag 100 mill kroner etter 5 år. Det er her tatt hensyn til at kommunene får en besparelse på sine budsjetter som kan overføres til trygdens budsjett.

I og med at noen av sykehjemsbeboerne allerede vil ha frikort, antas det at det er behov for ca. 35 000 nye kort. Det ble utstedt 794 000 frikort i 2001, og 881 000 kort i 2002. De administrative konsekvensene av å utstede frikort til beboerne i dagens institusjoner vil bare utgjøre 1/3 av økningen fra 2001 til 2002. Rikstrygdeverket har anslått kostnadene ved utstedelse av 35 000 nye frikort til 2.3 millioner kroner.

12.5. Legetjenester

Tilsynslegen i sykehjem gir medisinsk hjelp til enkeltpasienter. Teknisk vil det kunne være mulig å benytte stykkprisfinansiering for utførelse av slike oppgaver, men med takster på et lavere beløpsnivå hvis de skal gjenspeile de faktiske kostnader sammenlignet med honorartakstene i fastlegetariffen. Det anses ikke som ønskelig å operere med ett nivå for egenandeler og trygderefusjon for pasienter på sykehjem, og et annet nivå for den øvrige

befolkning. Fastlegetariffen er derfor ikke aktuell som statlig finansieringssystem for pasienter på sykehjem.

Et alternativ er et todelt honorarsystem med egenandeler som i fastlegetariffen og trygderefusjon pr tidsenhet for individrettet medisinsk hjelp. Refusjonen kan i så tilfelle gis uavhengig av om sykehjemslegen er fastlege med deltidsstilling på sykehjem, eller driver annen legevirksomhet. I tillegg kommer eventuell praksiskompensasjon for privatpraktiserende fastleger som vil måtte dekkes av trygden.

Et finansieringssystem med egenandeler og tidsbasert trygderefusjon vil innebære utbetaling til sykehjemslegen, jamfør harmoniseringsprinsippet. Det vil kreve et administrativt apparat på sykehjemmet. Alternativt kan brukeren fritas for egenandeler.

En tidsbasert trygderefusjon i kombinasjon med konsultasjonsbaserte egenandeler vil måtte innebære et forholdsvis lavt refusjonsbeløp pr. time. Dette vil innebære nye administrative oppgaver for både institusjon og lege. Et enkelt system med bare timebasert trygderefusjon uten egenandel vil være et meget enkelt finansieringssystem. Eneste forskjell fra dagens ordning er at trygden vil betale legen pr. time basert på regning fremfor kommunen som i dag.

Det er grunn til å anta at en statlig finansiering av legetjenester på sykehjem vil innebærer en høyere kostnad for staten for disse tjenestene sammenliknet med dagens kommunale utgifter. Fra flere hold hevdes det at det er behov for en styrking av legetjenesten i sykehjem, men at kommunens økonomi er et hindret for dette. En statlig finansiering vil kunne bety at flere kommuner revurderer legetjenestene, ettersom regningen sendes staten. På den andre siden vil en statlig finansiering bidra til å sikre nødvendig legehjelp til pasienter på institusjon. En statlig finansiering vil også kunne bidra til at enkelte kommuner eventuelt kan velge tilsynslegeordning for beboere i omsorgsboliger, fremfor at fastlegene ivaretar beboernes behov for legehjelp.

Det finnes ikke data på årsakssammenheng angående eventuelle mangelfulle legetjenester i sykehjem. Videre er legetjenester til beboere i omsorgsboliger i liten grad undersøkt.

Som redegjort for i kapittel 10 vil Helsedepartementet avvente resultatet av en kartlegging av legetjenester i omsorgsboliger og sykehjem før en eventuell endring av finansieringssystem for legetjenester med sikte på harmonisering vurderes.

12.6. Samlet vurdering av den statlige modellen

Den statlige modellen vil fjerne grunnlaget for organisatoriske tilpasninger fra kommunen som kun er motivert av finansieringssystemet, og stille kommunen fritt til å organisere tjenestene slik de finner faglig og driftsøkonomisk mest fornuftig.

På den andre siden vil forekomsten av tredjepartsfinansiering øke med tilhørende utgiftsvekst for legetjenester, legemidler og hjelpemidler. En statlig ordning vil bidra til mindre nøytralitet i forhold til innsatsfaktorer fordi personellinnsats blir forholdsvis dyrere enn "naturalier", dvs. legemidler mv. Den samlede virkningen på effektiv ressursbruk avhenger av hvorvidt konsekvensene av tredjepartsfinansiering og mindre grad av nøytralitet er større enn konsekvensen av vridningen.

Den statlige bostøtten reguleres av et klart regelverk som avgjør hvorvidt søkeren kvalifiserer til bostøtte. Kostnaden ved bostøtteordningen vil derfor være tilnærmet den samme uavhengig av om staten eller kommunen finansierer ordningen. Dette betyr altså at statlig bostøtte ikke innebærer økte kostnader pga tredjepartsfinansiering. Innføring av bostøtte vil gi kommunen anledning til å kreve høyere husleie av beboerne i sykehjem og dermed gi en inntektsøkning for kommunen. Dermed vil økningen i statens utgifter til bostøtte kunne finansieres ved at kommunenes rammetilskudd reduseres med et tilsvarende beløp. Forslaget innebærer derfor ingen reell utgiftsøkning.

Imidlertid kan forekomsten av en statlig bostøtteordning bidra til å vri ressursinnsatsen noe mot investeringer i offentlige boligtilbud. Dette antas ikke å gi en sterk effekt.

Tabellen under oppsummerer de viktigste argumentene for og imot modellen:

	<i>Pro</i>	<i>Contra</i>	<i>Økonomi</i>
<i>Bostøtte</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Enkel og effektiv forvaltning - Likebehandling mellom kommuner 	<ul style="list-style-type: none"> - Mindre kommunal frihet - Mindre lokal tilpasning 	<i>Små adm. utgifter</i>
<i>Hjelpemidler</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Nødvendig standardheving i institusjonene - Stordriftsfordeler i forvaltningen 	<ul style="list-style-type: none"> - Utgiftsøkning knyttet til tredje.partsfinansiering. Ikke nøytralitet i forhold til innsatsfaktorer 	<i>Merutgifter</i> 1-3 år 155 mill kr 4 – år 70 mill kr
<i>Legemidler</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Felles ordning 	<ul style="list-style-type: none"> - Utgiftsøkning knyttet til tredje.partsfinansiering. Ikke nøytralitet i forhold til innsatsfaktorer 	100 mill kr høyere etter 5 år. Adm kost 3 mill kr
<i>Helhet</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Nøytralitet i forhold til organisering av tilbud - Likebehandling mellom kommuner - Bedre standard 	<ul style="list-style-type: none"> - Økte utgifter - Ikke nøytralitet i forhold til innsatsfaktorer - Mindre kommunal frihet 	<i>Et noe større utgiftspress</i>

Tabell 12.4 Oppsummering av alternativ B – Utvidet statlig finansiering

12.7. Til høringsinstansene

Kapitelet drøfter muligheten av å utvide dagens finansieringsordning utenfor institusjon til å gjelde innenfor institusjon. Alternativet forutsetter et fortsatt kommunalt ansvar for å yte og finansiere pleie- og omsorgstjenestene, men at staten tar et større finansieringsansvar for helsetjenester, hjelpemidler og bostøtte i institusjonene.

Hovedspørsmålet til høringsinstansene er følgende:

V. Bør beboere i institusjon ha de samme rettigheter som brukere utenfor institusjon i forhold til hjelpemidler fra folketrygden, legemidler på blå resept og Husbankens bostøtteordning?

Sosialdepartementet vil spesielt be om høringsinstansenes syn på:

- a. På hvilken måte vil innføring av statlig finansiert bostøtte i institusjon påvirke tilbudet som gis?
- b. Vil statlig finansiering av bostøtte i institusjon påvirke kommunens bruk av institusjonen?
- c. På hvilken måte vil innføring av statlig finansierte hjelpemidler i institusjon påvirke tilbudet til brukeren og den samlede ressursbruken?
- d. Vil statlig finansiering av hjelpemidler i institusjon påvirke kommunens personellinnsats?
- e. På hvilken måte vil statlig finansiering av legemidler og sykepleiemateriell (blåreseptordning) i institusjon påvirke tilbudet til brukeren og den samlede ressursbruken?
- f. Vil statlig finansiering av legemidler og sykepleiemateriell i institusjon påvirke kommunens personellinnsats?

Litteraturliste

Agenda (2002): "Omsorgsboliger". Utredning av eierformer, tildelingsrutiner og husleiefastsettelse. Agenda Utredning & Utvikling, Sandvika

Barlindhaug, Rolf (2003) "Eldres boligkarriere og formuesforvaltning", Prosjektrapport 2003:350

Brevik, Ivar (2002) "Handlingsplan for eldreomsorgen – regional stats kontroll med kommunenes bruk av øremerkede tilskudd", NIBR- rapport 2002:18

Kristiansen, Frode (2003) "Økonomiske konsekvenser av tjenestebasert betaling", Rapport 15/2003 SNF

NOU 1997:17 "Finansiering og brukerbetaling for pleie- og omsorgstjenester"

Romøren, Tor Inge (2003) "Velferdsstat og velferdsbehov", NOVA

Romøren, Tor Inge (2003) "Pleie- og omsorgstjenesten i kommunene", NOVA

Rikstrygdeverket (2002) "Konsekvenser for Folketrygden ved å innføre tjenestebasert brukerbetaling i alders- og sykehjem".

St.meld. nr. 50 (1996-97) "Handlingsplan for eldreomsorgen"

Socialstyrelsen, Sverige (2002) "Avgiftsenkät 2002"

St. meld. nr. 31 (2001-2002) "Avslutning av handlingsplan for eldreomsorgen"

St.meld. nr. 45 (2002-2003) "Betre kvalitet i pleie- og omsorgstjenesta"

St. meld. nr. 63 (1998-1999) "Opptappingsplanen for psykisk helse"

St.meld. nr. 23(2003-2004) "Om boligpolitikken"

St.meld. nr. 30 (2000-2001) "Langtidsprogrammet for 2002-2005"