



# NORD-ODAL KOMMUNE

Sosialdepartementet  
Vedlegg 1  
S.nr. 20040089- 27

Saksnr.:	Utvalg	Møtedato
004/04	Eldres råd	07.06.2004
004/04	Råd for funksjonshemmede	07.06.2004
007/04	Utvalg for omsorg	09.06.2004

Saksbehandler : RST Dir.tlf.: 62 97 81 25

Arkiv: F00

Saksmappenr : 200807

## HØRINGSNOTAT OM BRUKERBETALING I PLEIE- OG OMSORGSTJENESTENE

### Saksdokumenter:

I Høringsnotat brukerbetaling pleie- og omsorgstjenester Det kgl. 01.04.2004  
sosialdepartementet

### Rådmannens innstilling:

Departementet påpeker flere steder i høringsnotatet at forslag om endringer i brukerbetaling er på grunn av at kommunene har hatt en bevisst strategi på å bygge/omgjøre boligmasse til omsorgsboliger for å få staten til å dekke større økonomiske oppgaver.

Disse utilsiktede tilpasninger som høringsnotatet beskriver, kan bedre finne en praktisk løsning ved at forholdet mellom antall eldre, institusjonsplasser og omsorgsboliger vurderes som en faktor i rammefinansieringssystemet.

Dette som et alternativ til å bygge opp kommunale ordninger med store administrative kostnader og som vil skape større ulikheter i fordelingspolitikken og tilbudet mellom kommunene. De foreslåtte skillelinjer gir grunnlag for "nye utilsiktede tilpasninger" ved tildeling av hvem som tildeles omsorgsboliger og utvikling av institusjonspregede løsninger med sterk økning i administrative oppgaver på kommunalt nivå.

### Hovedspørsmål 1 og 2

- Dagens todelte system for egenbetaling mellom sykehjem og omsorgsbolig bør videreføres. Bakgrunnen er at de pasientene som gis plass ved dagens sykehjem, har så omfattende behov for hjelp at de ikke selv er i stand til å ivareta valgfrihet og medbestemmelse. Pårørende og økt bruk av hjelpeverger må ved en endring inn for å dekke opp bistandsbehovet med hjelp til søknader, betale alle ulike former for regninger etc. Tidligere sentrale utredninger har påpekt økt bruk av sykehjemmene som medisinsk behandlingsinstitusjoner, mens en husleieberegning bryter med alle slike føringer.

Kommunen vil få økt stort behov for personell til administrative oppgaver. Økt overføring av statlig finansiering av legemidler etc. ansees som lite lønnsomt fra samfunnsmessig synspunkt. Hvis det innføres tjenestebasert egenbetaling og med statlig betalingsstaser, må disse utgiftene kompenseres av staten.

- De mindre justeringene innen inntektsbegrep, fribeløp og endringer i bostøtte innen punkt 6.4.4. støttes.

### *Hovedspørsmål 3*

- Det oppleves riktig at det innføres egenandel på nytt i forhold til personrettet bistand på lik linje med andre helsetjenester, men at egenbetalingen samordnes i forhold til tjenestene som hjemmehjelp.
- 2G er en egnet bestemmelse og brukerbetaling bør være inntektsavhengig.
- Likestiltes egenbetalingsordningene mellom institusjon og hjemmeboende, bør nivået på egenbetaling fastsettes på sentralt hold. Dette kan begrense kommunens inntekter, men vil ivareta overordnede nasjonale målsettinger med samfunnsmessig fordeling i forhold til ulike brukergrupper.

### *Hovedspørsmål 4*

- Et kommunalt ansvar for bostøtte, hjelpemidler etc. til personer i omsorgsboliger vil medføre at kommunen må tildele boliger ut fra økonomisk betalingsevne til den enkelte og ikke behovet for bolig. Tanken ved å ”skape institusjonsordninger” for omsorgsboliger vil medføre flere ulike parallelle ordninger i kommunene og grunnlag for utilsiktede tilpasninger i bruk av kommunens boligmasse.
- De øvrige forslagene vedrørende legemidler, hjelpemidler og sykepleieartikler vil medføre stor økning i administrative kostnader og behov for spesiell kompetanse hos personalet. Det vil medføre større ulikheter i tilbudet mellom kommunene i landet.
- Det er gjennom rett kommunalt bruk av IPLOS (individbasert pleie- og omsorgsstatistikk) enkelt å registrere beboere i omsorgsboliger innen de ulike handlingsplaner.

### *Hovedspørsmål 5*

- Statlig finansiering av bostøtte i sykehjem vil ikke påvirke tilbudet eller kommunens bruk av institusjonen.
- Statlig ansvar for hjelpemidler vil ikke skape endringer bruk av hjelpemidler eller utstyr og slik sett heller redusere personellinnsatsen.
- En innføring av blå resept til beboere vil kreve økte legearbeid til reseptbehandling, stort merarbeid for sykepleiertjenesten og dårligere ressursutnyttelse av legemidlene med økt svinn.

### **Behandling i Eldres råd - 07.06.2004:**

Leder Per Fløtten fremmet følgende tilleggsforslag:

*” Eldres råd slutter seg til rådmannens innstilling.*

*Vi regner med at det blir regelmessig evaluering av de nye tiltak i helse- og omsorgstjenesten som måtte bli iverksatt. ”*

Rådmannens innstilling med Per Fløttens tilleggsforslag enstemmig vedtatt.

### **Vedtak :**

Departementet påpeker flere steder i høringsnotatet at forslag om endringer i brukerbetaling er på grunn av at kommunene har hatt en bevisst strategi på å bygge/omgjøre boligmasse til omsorgsboliger for å få staten til å dekke større økonomiske oppgaver.

Disse utilsiktede tilpasninger som høringsnotatet beskriver, kan bedre finne en praktisk løsning ved at forholdet mellom antall eldre, institusjonsplasser og omsorgsboliger vurderes som en faktor i rammefinansieringssystemet.

Dette som et alternativ til å bygge opp kommunale ordninger med store administrative kostnader og som vil skape større ulikheter i fordelingspolitikken og tilbudet mellom kommunene. De foreslåtte skillelinjer gir grunnlag for "nye utilsiktede tilpasninger" ved tildeling av hvem som tildeles omsorgsboliger og utvikling av institusjonspregede løsninger med sterk økning i administrative oppgaver på kommunalt nivå.

#### *Hovedspørsmål 1 og 2*

- Dagens todelte system for egenbetaling mellom sykehjem og omsorgsbolig bør videreføres. Bakgrunnen er at de pasientene som gis plass ved dagens sykehjem, har så omfattende behov for hjelp at de ikke selv er i stand til å ivareta valgfrihet og medbestemmelse. Pårørende og økt bruk av hjelpeverger må ved en endring inn for å dekke opp bistandsbehovet med hjelp til søknader, betale alle ulike former for regninger etc. Tidligere sentrale utredninger har påpekt økt bruk av sykehjemmene som medisinsk behandlingsinstitusjoner, mens en husleieberegning bryter med alle slike føringer.  
Kommunen vil få økt stort behov for personell til administrative oppgaver. Økt overføring av statlig finansiering av legemidler etc. ansees som lite lønnsomt fra samfunnsmessig synspunkt. Hvis det innføres tjenestebasert egenbetaling og med statlig betalingsstaser, må disse utgiftene kompenseres av staten.
- De mindre justeringene innen inntektsbegrep, fribeløp og endringer i bostøtte innen punkt 6.4.4. støttes.

#### *Hovedspørsmål 3*

- Det oppleves riktig at det innføres egenandel på nytt i forhold til personrettet bistand på lik linje med andre helsetjenester, men at egenbetalingen samordnes i forhold til tjenestene som hjemmehjelp.
- 2G er en egnet bestemmelse og brukerbetaling bør være inntektsavhengig.
- Likestiltes egenbetalingsordningene mellom institusjon og hjemmeboende, bør nivået på egenbetaling fastsettes på sentralt hold. Dette kan begrense kommunens inntekter, men vil ivareta overordnede nasjonale målsettinger med samfunnsmessig fordeling i forhold til ulike brukergrupper.

#### *Hovedspørsmål 4*

- Et kommunalt ansvar for bostøtte, hjelpemidler etc. til personer i omsorgsboliger vil medføre at kommunen må tildele boliger ut fra økonomisk betalingsevne til den enkelte og ikke behovet for bolig. Tanken ved å "skape institusjonsordninger" for

omsorgsboliger vil medføre flere ulike parallelle ordninger i kommunene og grunnlag for utilsiktede tilpasninger i bruk av kommunens boligmasse.

- De øvrige forslagene vedrørende legemidler, hjelpemidler og sykepleieartikler vil medføre stor økning i administrative kostnader og behov for spesiell kompetanse hos personalet. Det vil medføre større ulikheter i tilbudet mellom kommunene i landet.
- Det er gjennom rett kommunalt bruk av IPLOS (individbasert pleie- og omsorgsstatistikk) enkelt å registrere beboere i omsorgsboliger innen de ulike handlingsplaner.

#### *Hovedspørsmål 5*

- Statlig finansiering av bostøtte i sykehjem vil ikke påvirke tilbudet eller kommunens bruk av institusjonen.
- Statlig ansvar for hjelpemidler vil ikke skape endringer bruk av hjelpemidler eller utstyr og slik sett heller redusere personellinnsatsen.
- En innføring av blå resept til beboere vil kreve økte legearbeid til reseptbehandling, stort merarbeid for sykepleiertjenesten og dårligere ressursutnyttelse av legemidlene med økt svinn.

#### **Eldres råd slutter seg til rådmannens innstilling.**

**Vi regner med at det blir regelmessig evaluering av de nye tiltak i helse- og omsorgstjenesten som måtte bli iverksatt.**

#### **Behandling i Råd for funksjonshemmede - 07.06.2004:**

Rådet for funksjonshemmede støtter rådmannens innstilling.

#### **Vedtak :**

Departementet påpeker flere steder i høringsnotatet at forslag om endringer i brukerbetaling er på grunn av at kommunene har hatt en bevisst strategi på å bygge/omgjøre boligmasse til omsorgsboliger for å få staten til å dekke større økonomiske oppgaver.

Disse utilsiktede tilpasninger som høringsnotatet beskriver, kan bedre finne en praktisk løsning ved at forholdet mellom antall eldre, institusjonsplasser og omsorgsboliger vurderes som en faktor i rammefinansieringssystemet.

Dette som et alternativ til å bygge opp kommunale ordninger med store administrative kostnader og som vil skape større ulikheter i fordelingspolitikken og tilbudet mellom kommunene. De foreslåtte skillelinjer gir grunnlag for "nye utilsiktede tilpasninger" ved tildeling av hvem som tildeles omsorgsboliger og utvikling av institusjonspregede løsninger med sterk økning i administrative oppgaver på kommunalt nivå.

#### *Hovedspørsmål 1 og 2*

- Dagens todelte system for egenbetaling mellom sykehjem og omsorgsbolig bør videreføres. Bakgrunnen er at de pasientene som gis plass ved dagens sykehjem, har så omfattende behov for hjelp at de ikke selv er i stand til å ivareta valgfrihet og medbestemmelse. Pårørende og økt bruk av hjelpeverger må ved en endring inn for å

dekke opp bistandsbehovet med hjelp til søknader, betale alle ulike former for regninger etc. Tidligere sentrale utredninger har påpekt økt bruk av sykehjemmene som medisinsk behandlingsinstitusjoner, mens en husleieberegning bryter med alle slike føringer.

Kommunen vil få økt stort behov for personell til administrative oppgaver.

Økt overføring av statlig finansiering av legemidler etc. ansees som lite lønnsomt fra samfunnsmessig synspunkt. Hvis det innføres tjenestebasert egenbetaling og med statlig betalingsstaser, må disse utgiftene kompenseres av staten.

- De mindre justeringene innen inntektsbegrep, fribeløp og endringer i bostøtte innen punkt 6.4.4. støttes.

### *Hovedspørsmål 3*

- Det oppleves riktig at det innføres egenandel på nytt i forhold til personrettet bistand på lik linje med andre helsetjenester, men at egenbetalingen samordnes i forhold til tjenestene som hjemmehjelp.
- 2G er en egnet bestemmelse og brukerbetaling bør være inntektsavhengig.
- Likestiltes egenbetalingsordningene mellom institusjon og hjemmeboende, bør nivået på egenbetaling fastsettes på sentralt hold. Dette kan begrense kommunens inntekter, men vil ivareta overordnede nasjonale målsettinger med samfunnsmessig fordeling i forhold til ulike brukergrupper.

### *Hovedspørsmål 4*

- Et kommunalt ansvar for bostøtte, hjelpemidler etc. til personer i omsorgsboliger vil medføre at kommunen må tildele boliger ut fra økonomisk betalingsevne til den enkelte og ikke behovet for bolig. Tanken ved å "skape institusjonsordninger" for omsorgsboliger vil medføre flere ulike parallelle ordninger i kommunene og grunnlag for utilsiktede tilpasninger i bruk av kommunens boligmasse.
- De øvrige forslagene vedrørende legemidler, hjelpemidler og sykepleieartikler vil medføre stor økning i administrative kostnader og behov for spesiell kompetanse hos personalet. Det vil medføre større ulikheter i tilbudet mellom kommunene i landet.
- Det er gjennom rett kommunalt bruk av IPLOS (individbasert pleie- og omsorgsstatistikk) enkelt å registrere beboere i omsorgsboliger innen de ulike handlingsplaner.

### *Hovedspørsmål 5*

- Statlig finansiering av bostøtte i sykehjem vil ikke påvirke tilbudet eller kommunens bruk av institusjonen.
- Statlig ansvar for hjelpemidler vil ikke skape endringer bruk av hjelpemidler eller utstyr og slik sett heller redusere personellinnsatsen.
- En innføring av blå resept til beboere vil kreve økte legearbeid til reseptbehandling, stort merarbeid for sykepleiertjenesten og dårligere ressursutnyttelse av legemidlene med økt svinn.

## **Behandling i Utvalg for omsorg - 09.06.2004:**

Rådmannens innstilling enstemmig vedtatt.

**Vedtak :**

**Departementet påpeker flere steder i høringsnotatet at forslag om endringer i brukerbetaling er på grunn av at kommunene har hatt en bevisst strategi på å bygge/omgjøre boligmasse til omsorgsboliger for å få staten til å dekke større økonomiske oppgaver.**

**Disse utilsiktede tilpasninger som høringsnotatet beskriver, kan bedre finne en praktisk løsning ved at forholdet mellom antall eldre, institusjonsplasser og omsorgsboliger vurderes som en faktor i rammefinansieringssystemet.**

**Dette som et alternativ til å bygge opp kommunale ordninger med store administrative kostnader og som vil skape større ulikheter i fordelingspolitikken og tilbudet mellom kommunene. De foreslåtte skillelinjer gir grunnlag for "nye utilsiktede tilpasninger" ved tildeling av hvem som tildeles omsorgsboliger og utvikling av institusjonspregede løsninger med sterk økning i administrative oppgaver på kommunalt nivå.**

### *Hovedspørsmål 1 og 2*

- **Dagens todelte system for egenbetaling mellom sykehjem og omsorgsbolig bør videreføres. Bakgrunnen er at de pasientene som gis plass ved dagens sykehjem, har så omfattende behov for hjelp at de ikke selv er i stand til å ivareta valgfrihet og medbestemmelse. Pårørende og økt bruk av hjelpeverger må ved en endring inn for å dekke opp bistandsbehovet med hjelp til søknader, betale alle ulike former for regninger etc. Tidligere sentrale utredninger har påpekt økt bruk av sykehjemmene som medisinsk behandling sinstitusjoner, mens en husleieberegning bryter med alle slike føringer. Kommunen vil få økt stort behov for personell til administrative oppgaver. Økt overføring av statlig finansiering av legemidler etc. ansees som lite lønnsomt fra samfunnsmessig synspunkt. Hvis det innføres tjenestebasert egenbetaling og med statlig betalingsstaser, må disse utgiftene kompenseres av staten.**
- **De mindre justeringene innen inntektsbegrep, fribeløp og endringer i bostøtte innen punkt 6.4.4. støttes.**

### *Hovedspørsmål 3*

- **Det oppleves riktig at det innføres egenandel på nytt i forhold til personrettet bistand på lik linje med andre helsetjenester, men at egenbetalingen samordnes i forhold til tjenestene som hjemmehjelp.**
- **2G er en egnet bestemmelse og brukerbetaling bør være inntektsavhengig.**
- **Likestiltes egenbetalingsordningene mellom institusjon og hjemmeboende, bør nivået på egenbetaling fastsettes på sentralt hold. Dette kan begrense kommunens inntekter, men vil ivareta overordnede nasjonale målsettinger med samfunnsmessig fordeling i forhold til ulike brukergrupper.**

### *Hovedspørsmål 4*

- **Et kommunalt ansvar for bostøtte, hjelpemidler etc. til personer i omsorgsboliger vil medføre at kommunen må tildele boliger ut fra økonomisk betalingsevne til den enkelte og ikke behovet for bolig. Tanken ved å "skape institusjonsordninger" for omsorgsboliger vil medføre flere ulike parallelle ordninger i kommunene og grunnlag for utilsiktede tilpasninger i bruk av kommunens boligmasse.**

- De øvrige forslagene vedrørende legemidler, hjelpemidler og sykepleieartikler vil medføre stor økning i administrative kostnader og behov for spesiell kompetanse hos personalet. Det vil medføre større ulikheter i tilbudet mellom kommunene i landet.
- Det er gjennom rett kommunalt bruk av IPLOS (individbasert pleie- og omsorgsstatistikk) enkelt å registrere beboere i omsorgsboliger innen de ulike handlingsplaner.

#### *Hovedspørsmål 5*

- Statlig finansiering av bostøtte i sykehjem vil ikke påvirke tilbudet eller kommunens bruk av institusjonen.
- Statlig ansvar for hjelpemidler vil ikke skape endringer bruk av hjelpemidler eller utstyr og slik sett heller redusere personellinnsatsen.
- En innføring av blå resept til beboere vil kreve økte legearbeid til reseptbehandling, stort merarbeid for sykepleiertjenesten og dårligere ressursutnyttelse av legemidlene med økt svinn.

Nord-Odal kommune, den 11.06.04

Rett utskrift:

Ark.



Wenche Vestby  
sekretær

## **Saksopplysninger:**

Sosialdepartementet har sendt ut et høringsnotat vedrørende brukerbetaling for pleie- og omsorgstjenester. Høringsuttalelsene vil danne grunnlag for departementets innstilling til Stortinget.

Bakgrunnen for høringsnotatet er at departementet ønsker et regelverk som i større grad oppmuntrer kommunene til å utforme tjenestetilbudet fra lokale behov og hva som er samfunnsmessig mest effektiv. 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 del - finansieringen gir insentiver til hvordan kommunen organiserer tjenestene.

Nasjonalt vedtatte målsettinger har gjennom flere tiår lagt føringer som har gitt færre fylkeskommunale sykehjemsplasser innen psykiatrien og nedleggelse av HVPU institusjoner. De fleste av disse beboere har fått en bolig med omsorgsboligstandard. Handlingsplanen for eldreomsorg og opptrappingsplanen for psykisk helse vil gi en økning på ca 30.000 omsorgsboliger. Staten har gitt meget strenge føringer for areal og utforming for å gi tilskudd.

En konsekvens av denne utbyggingen, gjør at staten etter dagens regler må gi bostøtte, hjelpemidler etc. til beboere i omsorgsboliger som til hjemmeboende for øvrig.

Gjennomføring av handlingsplanene er snart sluttført i kommunene og mange kommuner har valgt å bygge omsorgsboliger i stedet for institusjonsplasser.

## **Dagens betalingsordning**

Hovedansvaret for finansiering av pleie- og omsorgstjenester ligger i kommunene. Staten del-finansierer legetjenester, legemidler, hjelpemidler og bostøtte for brukere utenfor institusjon.

En beboer i omsorgsbolig betaler sin husleie og egenandel for hjemmehjelp. Ellers er alle ordninger som for de som bor i sine private hjem.

Ved institusjonsopphold betaler hver beboer 75 % av minstepensjon og 85 % av renter etc. Formue berøres ikke annet enn gjennom renteinntekter. Vederlaget er inntektsgradert. Hver beboer skal ha minimum til eget forbruk pr måned er kr. 1.500 og det betales ikke egenbetaling for den første måneden. Det gis og fratrukk for utgifter til eget hus 6 måned etter innleggelse.

Kommunen er ansvarlig for alle tjenester, inklusive medisiner, medisinske produkter, legetilbud etc. Folketrygden dekker personlige hjelpemidler som rullestol, mens senger og løfteanordninger må dekkes av kommunen.

En sykehjemsplass kostet kommunen netto i 2002 kr 350.000 pr år. Sykehjemsplasser er derfor en økonomisk krevende tjeneste for kommunene.

## **Tidligere utredninger og bestemmelser**

St.melding nr. 45(2002-2003) "Betre kvalitet i dei kommunale pleie- og omsorgstjenestene" vil at brukerbetalingen skal legge vekt på:

- Gi brukerne større valgfrihet og medvirkning
- Være enklere å forstå for brukere og pårørende, og enkle å administrere for kommunene
- Sikre at brukerne som tar i mot 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

NOU 1997:17 "Finansiering og brukerbetaling for pleie- og omsorgstjenester" redegjorde for en rekke svakheter ved dagens ordninger. Utredningen presenterte en løsning der institusjon betaling ble erstattet med betaling for botilbud, daglige utgifter og egenandeler for tjenester. Utredningen viste vanskelige fordelingsvirkninger og vesentlig mindre inntekter for kommunene. Utvalgte var delt i innstilling. Høringsuttalelsene viste at 10 % ønsket å opprettholde dagens system.

Brukerbetaling er tatt opp i Handlingsplan for eldreomsorg med ønske om en likebehandling av betalingsordninger og i Stortingsmelding nr 31 om Avslutning av handlingsplan for eldreomsorg.

Siden 1998 har brukere med behov for hjelp til personlig stell blitt fritatt for egenandel.

I 2003 ble det vedtatt at minstepensjonister ikke skal betale egenandel for legemidler og en skjermingsregel (tak 2) for brukere som betaler mer enn kr. 4.500 i egenandel for fysioterapi, refusjonsberettiget tannbehandling, opphold ved opptreningsinstitusjoner og behandlingsreiser til utlandet.

### **Betaling i Danmark og Sverige**

I begge disse landene er det innført like ordninger på sykehjem og i egen bolig med ulikt innføringstidspunkt.

Det er vanskelig å sammenligne det eksisterende og foreslåtte endringer i egenbetaling mellom landene. Danmark bruker en mye større del av brutto nasjonalproduktet til pleie- og omsorgstjenester enn Norge og har mange gratis og andre betalingsordninger enn Sverige. Sverige har nettopp endret sine bestemmelser i 2002 etter at det ble store ulikheter mellom kommunene. Et apropos er at i Sverige ble kommunene kompensert fra staten med 700 millioner kroner for tapte inntekter.

### **Høringsnotatet stiller 5 hovedspørsmål**

1. *Bør dagens todelte system for brukerbetaling og finansiering videreføres, eller er det behov for større endringer?*
2. *Vil et enhetlig system for brukerbetaling der betaling knyttes til bolig, daglig utgifter og egenandeler for de faktiske tjenester som ytes, være mer hensiktsmessig enn dagens todelte system for brukerbetaling i og utenfor institusjon*

Departementet tar utgangspunkt i at alle skal ha et økt personlig ansvar for bo - og oppholdskostnadene i alle livsfaser. Begrepet om oppdragende virkning vektlegges i forhold til større finansielt ansvar for egen bosituasjon. Det vektlegges at beboere bør ha større valgfrihet på standard i botilbudet og dagliglivets gjøremål.

Av dagens beboere på sykehjemmet her i kommunen, har ca 80 % en eller annen form for større mental reduksjon. Det er denne gruppen pasienter som tildeles plass i sykehjem og som ikke klarer å bo i en eller annen form for privat hjem eller omsorgsbolig. De personer som er i stand til å ivareta sin egen husholdning vil nå i større grad kunne bo i tilrettelagt bolig. I institusjon vil standarden bli lik for alle med enerom og sentralt bestemte areal til felles bruk. Det stilles derfor spørsmål om hvorledes endret betalingssystem vil gi økt valgfrihet på standard og om medbestemmelse vil være reell for hoveddelen av beboerne. For pårørende vil det bety flere valg på vegne av sine og økt aktivitetskrav i forhold til alle former for søknader, husleiekontrakt og betaling av mange ulike regninger. For beboere i dagens omsorgsboliger vil ikke endringene bety noe.

Kommunen vil få svært store økte administrative oppgaver med å behandle søknader, husleiekontakter, beskrivende detaljerte vedtak innen tilbudet i institusjon og grunnlag for ulike fakturaer. Faktureringsarbeid og oppfølging vil kreve mye personell. I sum vil det bli økt behov for personell som har administrative oppgaver for å ivareta en idealistisk målsetting om økt innflytelse og medbestemmelse for et lite antall brukere av tjenesten. Det vil gi økte oppgaver for pårørende, men også større behov for samtaler, råd og veiledning fra personalet for at pårørende skal kunne ivareta disse oppgavene. Dette kommer i tillegg til de kravene som ligger i internkontrollsystemet om kvalitetssikring av tjenestene.

- 3. Bør staten fastsette regler for nivået på brukerbetaling, og i tilfelle i hvilken grad eller bør det være opp til den enkelte kommune å avgjøre?*

Staten har innført forskrift for vederlag i institusjon, egenandel for korttidsopphold og egenandel for minstepensjonister i forhold til hjemmehjelp. I tillegg kommer andre tjenester som Stortinget har vedtatt at skal være gratis for brukere fra hjemmesykepleie, støttekontakt, avlastning o.s.v. Andre ordninger er betalingsbegrensninger med tak 1 og 2 på legetjenester, medisiner og ulike andre helsetjenester.

Hvis brukerbetalingen likestilles mellom institusjon og hjemmeboende, bør nivået på egenbetaling fastsettes på sentralt hold. Dette kan begrense kommunens inntekter, men vil ivareta overordnede nasjonale målsettinger med likhet.

Kommunen opplever at 2G er en grei norm å forholde seg til.

Det arbeides med mer samordnet lovverk mellom kommunehelsetjenesten og lov om sosiale tjenester. Det oppleves derfor riktig at det kan benyttes egenandel i forhold til personrettet bistand på lik linje med andre helsetjenester, men at egenbetalingen samordnes i forhold til tjenestene. Egenbetalingen bør inntektsgraderes.

- 4. Bør kommunens helhetlig finansieringsansvar for tilbudet til beboere i institusjon utvides til å omfatte en større gruppe brukere av pleie- og omsorgstjenester, for eksempel beboere i omsorgsboliger?*

Her etterspørres det en kommunal overtagelse av bostøtte omsorgsboliger i tillegg til hjelpemidler, legemidler og sykepleierartikler til de som bor i omsorgsboliger. Dette vil medføre en sterk vridning av kommunens ansvar og med økte administrative oppgaver i kommunene. Omsorgsboligene vil da bære preg av institusjonsordninger og det bygge opp samme regler her som for institusjon. Dette skaper nye skiller ut fra hvilken bolig brukeren bor i og vil redusere beboerens egen husholdning.

Samtidig vil sykehjemmene få preg av "vanlig husleiekontrakt" og dette bryter med tidligere utredninger som fra sentralt hold har vektlagt økt medisinsk behandling og at personer ikke skal bo på sykehjem over tid.

Hvis kommunen må dekke bostøtte til omsorgsboliger kan og må kommunen vektlegge hvem som kan bo i en slik bolig uten kommunal bostøtte og ikke behovet for en tilrettelagt bolig.

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

Statlig finansiering av bostøtte i sykehjem vil ikke påvirke tilbudet eller kommunens bruk av institusjonen.

Dette vil heller ikke skape endringer bruk av hjelpemidler eller utstyr og slik sett heller redusere personellinnsatsen. Med nytt sykehjem er alle forholdene optimale i forhold til hjelpemidler og utstyr.

Hvis staten skulle ha likt ansvar for "blåresept" på institusjon, ville det bli billigere for kommunen ved at medisinkostnadene går ned. Imidlertid vil en slik ordning kreve mye økt arbeid for lege og sykepleier ved institusjonene og lite ressursbesparende i forhold til dagens innkjøpsordninger og effektiv utnyttelse. Samfunnsøkonomisk vil dette bli en dyrere ordning.

Nord-Odal kommune  
Sagstua, 01.06.04

*for* *Odal Rådhus*  
Yngve Ørbom  
rådmann

*Randi Standerholen*  
Randi Standerholen  
leder omsorgsetaten