



Norsk Pensjonistforbund

Trygghet og samhold
mellom generasjonene

Saksnr.: 200400689	Dok.nr.: 38
Arkivkode: 311.31	Journ.dato: 18/6-04
Avd.: SPA-SKO	Saksbeh.:
U.off.:	

SOSIALDEPARTEMENTET

POSTBOKS 8019 DEP

0030 OSLO

Att:

Ref.: 2004/1862

OSLO, 17.06.2004

HØRING VEDR. BRUKERBETALING PLEIE OG OMSORGSTJENESTENE

Norsk Pensjonistforbund viser innledningsvis til vår uttalelse i NOU 1997:17 vedr. egenbetalingsordninger. Av denne fremgår bl.a. følgende fra Norsk Pensjonistforbunds representant;

” -----den grunnleggende ideen i et solidarisk samfunn er at vi i fellesskap har økonomisk ansvar for de offentlige ordningene som er etablert bl.a. innenfor pleie og omsorgssektoren. Bruken av egenbetalingsordninger innen pleie og omsorgssektoren har imidlertid ført til at de som har behov for tjenestene også må betale særskilt for dem. NPF er imot bruken av egenandeler på helse-, pleie- og omsorgstjenester.”

Norsk Pensjonistforbund har i denne uttalelse samarbeidet med det sentrale helseutvalg, våre 19 fylkesforeninger, fylkenes helseutvalg, kollektivt tilmeldte organisasjoner og de samarbeidende pensjonist-organisasjonene i offentlig sektor.

Forbundets sentrale helseutvalg har i hovedsak utformet Norsk pensjonistforbunds høringsuttalelse. Denne er senere behandlet i vårt arbeidsutvalg som har sluttet seg til helseutvalgets uttalelse;

1) Bør dagens todelte system for brukerbetaling og finansiering i hovedtrekk videreføres, eller er det behov for større endringer?

Spørsmålet må være i hvilken utstrekning tjenester skal finansieres av folketrygden, statsbudsjettet eller av kommunene, eventuelt gjennom rammefinansiering. På det nåværende tidspunkt er det vanskelig å

tenke seg at det vil være en fordel å overføre større deler av finansieringen til kommunene, selv om dette i prinsippet tenkes finansiert helt eller delvis gjennom statlige rammetilskudd til kommunene. Kommunenes økonomi er svært varierende og det bør være like satser over hele landet for legemidler, legetjenester, hjelpemidler og bostøtte m.v. Det må eventuelt kunne påvises betydelige administrative forenklinger for å endre det nåværende todelte system.

2) 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?

Når det gjelder spørsmålet om å endre betalingssystemet i institusjoner slik at det betales for enkelte tjenester som i omsorgsboligene bør det legges vekt på disse forhold:

I den nylig fremlagte rapport fra Helsetilsynet nr. 10/2003 fremgår at sykehjemmene i økende grad brukes til permanent opphold for svært skrøpelige eldre. Nesten en av fem sykehjemspasienter får tilbud om opphold i en skjermet enhet. Knapt åtte prosent av sykehjemspasientene var inne til avlastning eller midlertidig opphold. (side 60). Helsetilstanden for pasientene var svært dårlig, og kan beskrives ved deres helsetilstand:

Aldersdemens 42,4 %

Hjerneslag 14,9 %

Psykisk lidelse 8,9 %

Hjerte og lungelidelse 7,7 % og alderdomsvekkelse 2,8 %.

Gjennomsnittsalderen er høy. For alle aldersdemente er den over 84 år. Det har så å si ikke vært overføringer fra sykehjem til omsorgsboliger men det synes å bli et problem at stadig flere eldre som ikke kan greie seg selv bare får tilbud om aldersboliger. Det vises også til Riksrevisjonens undersøkelse av handlingsplan for eldreomsorgen, dokument nr. 3:9(2003-2004)

Under disse omstendigheter må man legge til grunn at dagens sykehjemspasienter er helt avhengig av pleie og tilsyn døgnet rundt både når det gjelder mat og personlig pleie. De betalingsregler som gjelder i dag medfører at omtrentlig ingen dekker kostnadene ved opphold i sykehjem og satsene synes ikke urimelige. Det vil bare rive opp hele institusjonsdriften hvis det innføres nye betalingsregler hvor satsene differensieres for husleie og andre tjenester, legemidler m.v. Få av pasientene kan ivareta egne interesser og treffe egne valg. Kvalitetsforskriftene om opphold i institusjon gir regler om deres rettigheter. Det bør i fremtiden være egne styrever eller brukerråd som kan følge med i den daglige drift.

Ett forhold bør imidlertid vurderes nærmere. I dag er legetjenesten i sykehjemmene utilstrekkelig. Det er opptil 190 pasienter pr. tilsynslege.

Betegnelsen tilsynslege bør erstattes med sykehjemslege. Fylkeslegen er i gavnet tilsynslege.

For sykehjemmet er det viktig at det blir mest mulig enhetlig medisinsk ledelse. Det bør være én lege som bestemmer hvilken medisinsk behandling de forskjellige pasientene skal ha, hvilke medisiner som skal brukes, om de skal ha fysioterapi, ergoterapi, logoped osv.

Det ville være et fremskritt om medisiner kan skrives på blå resept, og rekvisisjoner på fysioterapi etc. kunne refunderes av folketrygden på samme vis for pasienter på sykehjem, som for pasienter utenfor sykehjem. For medisiner måtte resepten kunne skrives ut til sykehjemmet i stedet for til den enkelte pasient. Rekvisisjon til fysioterapeut etc. måtte selvsagt utskrives til den enkelte pasient- uten at det ble nødvendig å presisere hvor mange behandlinger som var nødvendig for de innlagte pasienter.

Det er et spørsmål om kostnadene ved sykehjemsleger bør dekkes av det offentlige gjennom folketrygden og ikke finansieres av kommunene.

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

Staten bør ha anledning til å fastsette satser for brukerbetaling i den utstrekning, som det viser seg å være behov for dette. Betalingssettsene for samme tjeneste bør ikke variere for mye fra kommune til kommune.

4) 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. Finnes det eventuelt en bedre avgrensning av kommunens finansieringsansvar?

Ifølge Riksrevisjonens rapport er om lag 30 % av omsorgsboligene organisert som bofellesskap eller bokollektiv. Undersøkelsen viser at i underkant av 1/3 av omsorgsboligkompleksene har fast bemanning hele døgnet. Sentrale målsettinger i handlingsplanen er knyttet til begrepet "heldøgns pleie og omsorg". Undersøkelsen viser imidlertid at det ikke foreligger en tilstrekkelig enhetlig oppfatning av hva som forstås ved begrepet. (side 3).

I Helsetilsynets rapport (side 22) er det vist til at det i egen forskrift er fastsatt særlige minstekrav til fagkompetanse i sykehjem og boform med heldøgns pleie- og omsorg. Blant annet er det krav om at en lege skal ha ansvaret for den medisinske behandling, at en offentlig godkjent sykepleier skal ha ansvaret for sykepleien, og at det skal være et antall personell som er nødvendig for å sikre beboerne den omsorg og hjelp de har behov for.

Bare i den utstrekning omsorgsboliger i realiteten benyttes for syke pasienter som ikke kan greie seg selv og hvis det er tilstrekkelig bemanning som i et sykehjem, bør betalingssetene endres slik at de blir de samme som i sykehjem.

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 bostøtteordning.

Det siste spørsmål er det ikke aktuelt å ta standpunkt til idet pasienter i institusjon bør ha hjelpemidler og legemidler dekket gjennom institusjonens driftsbudsjetter.

Arbeidsutvalget slutter seg til det sentrale helseutvalgs hørings-svar vedr. brukerbetaling for pleie og omsorgstjenestene med følgende tilføyelser;

Ved forbundets krav til statsbudsjettet for 2005, sendt Sosialdepartementet den 30.november 2003 la Norsk pensjonistforbund fram sine krav vedrørende egenbetaling;

” FRITAK FOR BRUKERBETALING

Norsk Pensjonistforbund krever at alle brukere av tjenester fra det kommunale helse- og sosialtjenestetilbudet, og med inntekt mindre enn et beløp svarende til 3 ganger folketrygdens grunnbeløp, fritas helt for å betale egenandeler for disse tjenester.

Brukerbetaling for opphold i sykehjem

Reglene for betaling for opphold på sykehjem, innebærer i hovedsak at det betales av den pensjon fra folketrygden som den enkelte beboer mottar.

Norsk Pensjonistforbund krever derfor at den som har ansvaret for og bor i den felles boligen når den andre ektefellen er på sykehjem, beholder den høyeste av de to pensjoner så lenge begge lever.

Det er klare regler om etterlattepensjon som gjør at pensjonen deles når den ene faller fra.

Norsk Pensjonistforbund krever at det er en menneskerett å kunne bo i det felles hjem lengst mulig, og at nødvendige økonomiske ordninger må tilpasses til dette. Det er også i samsvar med Regjeringens politikk at enhver beboer i aldersinstitusjoner skal kunne opprettholde sin bolig under opphold i institusjon slik at en flytting tilbake til hjemmet skal være mulig.

Egenbetaling ved opphold på kurbad og rehabiliteringssentra

Egenandeler ved opphold på kurbad og andre rehabiliteringssentra er i dag en stor kostnad for de eldre. Dette er ofte behandlinger som gjør at den enkelte kan bo lenger i

sitt eget hjem uten at dette belaster det kommunale hjelpeapparatet. Ut fra dette krever organisasjonene at disse egenandelene legges inn i fribeløpet og frikortet.”

Norsk Pensjonistforbund legger ved to høringsuttalelser fra våre fylkesforeninger i Vestfold og Hordaland som kan være representative ved forbundets syn på saken.

Vennlig hilsen

Norsk Pensjonistforbund



Sidsel Bauck

1. nestleder



Arild Daleng
sekretariatsleder