



Organisasjonsenheten

Vår dato:
29.06.2004
Deres dato:

Vår ref.:
OEG/04/7285/K2-F, K3-&13/
Deres ref.:

Det Kongelige Sosialdepartement
Pb. 8019

0030 OSLO

Sosialdepartementet	
Saksnr.: 200400689	Dok.nr.: 148
Arkivkode: 311.31	Journ.dato: 02.07.04
Avd.: SKO	Saksbeh.: BMB
U.off.:	

HØRINGSUTTALELSE VEDR. BRUKERBETALING FOR PLEIE- OG OMSORGSTJENESTER – SVAR FRA KONGSVINGER KOMMUNE

Vi viser til brev av 23. mars 2004 og Høringsnotat av 23. mars 2004 "Brukerbetaling for pleie- og omsorgstjenester".

Spørsmålene besvares i den rekkefølge de er stilt.

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

Det todelte systemet, som skiller mellom brukerbetaling for hjemmebaserte tjenester og brukerbetaling for institusjon, bør endres slik at det skapes likebehandling mellom tjenestemottakere – uavhengig av om de bor hjemme eller i institusjon. Uansett bør man betraktes som om man bor hjemme.

Like regler vil være enklere for tjenestemottakerne og forholde seg til. For kommunene vil det bli enklere å forholde seg til en type betalingsordning.

Dagens ordning med statlig bostøtteordning bør fortsette. En statlig behandling vil kunne sikre likhet på tvers av kommunegrenser

Legemidler bør ikke helfinansieres av kommunen for beboere i institusjon, men på lik måte som i hjemmebaserte tjenester hvor legemidlene betales ved egenbetaling/ egenandelsbetaling.

Større typer tekniske hjelpemidler til varig bruk(senger, pasientløftere) bør for institusjonsbeboere heller ikke fullfinansieres av kommunen, men finansieres på lik linje som hos brukere som mottar hjemmebaserte tjenester.

Alminnelig inntekt etter skatt anses å være et egnet inntektsbegrep for bergegning av brukerbetaling.

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?



Dette vil sikre mer rettferdig og lik behandling. Det aller viktigste vil være at de med lavest inntekt vil være i stand til å betale for de tjenestene de har behov for i riktig omfang. De laveste inntektsgruppene må sikres ved skjerming. Bostøtte bør kunne utløses fra 1. dag ved opphold i institusjon.

Husleien må kunne spesifiseres og differensieres etter boligstandard/størrelse, om det er eneromtilbud mv.

Saksbehandlingssystemet for bostøtte må være så enkelt som mulig.

Det bør innføres tjenestebasert betaling for langtidsopphold i institusjon. Dette betinger etter vårt skjønn at betalingsfritaket for personrettet hjelp oppheves – både i og utenfor institusjon. Dette vil i utgangspunktet kunne øke kommunens inntekter.

Administrative konsekvenser vil være at kommunen må beregne differensierte tjenestekostnadene for flere bruker enn pr. dato samt husleie. Dette er ikke mer ressurskrevende enn å beregne vederlag for langtidsopphold i institusjon.

Husleiesatsene må fastsettes og jamnlig justeres.

I tillegg må det fattes enkeltvedtak på tjenestetildeling, noe som i en overgangsperiode nok vil kunne by på en administrativ utfordring. Samtidig har de aller fleste institusjonsbeboere allerede vedtaksfestet hjelp innen de flytter i institusjon, slik at det og vil være aktuelt med en videreføring av vedtak.

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?

Dersom staten fastsetter reglene vil dette bidra til å sikre ens betaling over alt. Det bør utarbeides veiledende retningslinjer for hvor stor brukerbetalingen bør være, og kommunene bør gis anledning til å kunne differensiere og fastsette sin brukerbetaling innen gitte rammer (øvre og nedre grense for betaling av tjenester og husleie.) Det at betalingen i ikke for stor grad varierer mellom kommuner vil trolig bidra til flytting mellom kommunen ikke vanskeligjøres for hjelpetregende.

Dagens betalingsfritak for personrettet hjelp (f.eks. hjemmesykepleie) bør oppheves – for å få likhet mellom beboere på institusjon og hjemmeboende utenom institusjon. Dette vil være rettferdig – hjemmeboende som i dag mottar kun hjemmesykepleie, har f. eks. sin hjelp gratis, noe som ikke kan sies å være tilfellet for institusjonsbeboere.

At man betaler for tjenester etter inntektsgradering vil være den mest effektive og minst byråkratiske måten å skjerme brukere i lavere inntektsgrupper på. Det vil være vanskeligere å skjerme lave inntektsgrupper ved "flat betaling"

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?*

Nei, vi ønsker ikke at kommunens helhetlige finansieringsansvar utvides til å omfatte beboere i omsorgsboliger. Det vil etter vårt skjønn skape et kunstig skille mellom beboere i



omsorgsboliger og de som bor i egen, opprinnelig bolig.

Bostøtten bør fortsatt være statlig. En kommunal bostøtteordning vil betinge øket administrasjon, samtidig som det vil kunne føre til forskjeller varierende fra kommune til kommune. Vi antar at myndighetene betrakter bostøtte som et fordelingspolitisk virkemiddel. Dessuten vil en kommunalt administrert bostøtteordning kunne påvirke tildelingen av boliger. Det vil, i det minste i en overgang, skape usikkerhet for beboere og konsekvensene er vanskelig å overskue.

En kommunal finansiering av hjelpemidlene kan føre til en forskyvning av økonomiressurser til hjelpemidler – kan hende på bekostning av personalressurser.

Vi ser ingen fordeler ved en full kommunal finansiering av legemidler og sykepleiemateriell – dette vil øke kommunen utgifter, og dermed kunne ha en negativ innvirkning på annen nødvendig ressursbruk. Det vil ikke nødvendigvis være heldig å bytte ut omsorg med medikamenter. Personellinnsatsen vil kunne påvirkes negativt.

- 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.*

Ja, de bør ha de samme rettighetene som andre innbyggere har. Dette vil medvirke til at individuelle hensyn kan ivaretas på en bedre måte. Det vil gi anledning til større grad av brukermedvirkning og bygge positivt opp under rettssikkerheten.

En statlig bostøtteordning vil kunne bidra til at utbygging av boliger initieres. Det vil bli enklere å ta realistiske husleier i samsvar med byggekostnader, renholdskostnader, driftskostnader osv.

En statlig finansiering av hjelpemidler i institusjon vil kunne bidra til at utstyr oppdateres raskere og at man får et mer individuelt tilpasset hjelpemiddelutvalg. Man kan oppnå en standardheving innen området. Det vil også kunne påvirke kommunens personellinnsats gunstig – det vil kunne gi lavere slitasje på personell.

Statlig finansiering av medikamenter og sykepleiemateriell vil kunne påvirke personalressursen gunstig, i det midler i større grad vil kunne benyttes til personell. Utover dette ser vi ikke at statlig finansiering vil kunne påvirke – det er uansett faglige vurderinger som legges til grunn for medikamentvalg og hjelpemiddelvalg. Men det vil føre til at mer tid vil kunne gå med til individuell medikament administrasjon.

Det som må sikres er i hovedsak en rettferdig brukerbetaling, at kommunen gis et rimelig handlingsrom til å lokaltilpasse tjenester og til å øke sine inntekter.

Med hilsen

Øivind Græsmo

rådgiver

Tlf. direkte 62 80 80 53

Kopi: Rådmann
Politikerne i Hovedutvalg for helse og omsorg