

Sosialdepartementet
Postboks 8019 Dep
0030 Oslo

| | | |
|----------------------------|--------------------|---|
| Sosialdepartementet | | Notat ref: 2001/00689-/OEB |
| Saksnr.: 200400689 | Dok.nr.: 152 | Saksbehandler: Vår ref: 04/1609 EJA/JRJ |
| Arkivkode: 311.31 | Journ dato: 06.07. | Arkivkode: 29.06.2004 |
| Avd.: SKO | Saksbeh.: BMB | |
| U.off.: | | |

Brukerbetaling for kommunale pleie- og omsorgstjenester. Høringsuttalelse

Vi viser til høringsbrev av 23. mars 2004 fra Sosialdepartementet med vedlegg. Direktoratet har i tråd med departementets føringer avgitt uttalelse bygget opp rundt de fem hovedspørsmålene i høringsnotatet. Vi har i tillegg innledningsvis gitt enkelte mer generelle kommentarer. I tillegg har vi til slutt i notatet omtalt enkelte forhold som ikke er tatt opp i høringsnotatet, men som vi mener det er aktuelt å ta hensyn til når det skal tas konkret stilling til spørsmål om brukerbetaling og hvordan betalingsordningene evt. skal utformes.

Generelt

Hovedspørsmålet i høringsnotatet gjelder brukerbetalingsordninger for kommunale pleie- og omsorgstjenester. Brukerbetalingen kan i prinsippet gjøres uavhengig av om det er stat eller kommune som sitter med finansieringsansvaret. Departementet peker i høringsbrevet på at likere (bruker-)betalingsordninger også gir behov for likere *finansiering* av disse tjenestene. Vi er enige i dette. Vi ser bl.a. at det kan være vanskelig å finne en enkel måte å foreta vesentlige endringer i brukerbetalingsordningene på uten samtidig å koble brukerbetalingen til betalingsansvaret og de generelle finansieringsordningene for tjenestene. Dette gjør imidlertid saken relativt komplisert og omfattende.

Et viktig hensyn ved vurderingen av finansieringsansvar og krav til brukerbetaling er hvilken grad ordningene fører til et over- eller underforbruk av pleie- og omsorgstjenester og har betydning for kvaliteten i tjenesten. Vi tror det er viktig at det i det videre arbeid foretas en vurdering av dette.

Overordnet perspektiv på brukerbetalingen

Vi viser til at pleie- og omsorgstjenesten omfatter en rekke ulike tjenester og at kommunene i noen grad kan bestemme både hvilke tjenester som skal inngå og omfanget og kvaliteten av dem (generelt og i det enkelte tilfelle).

Det fremgår av høringsnotatet at brukerbetaling utenfor institusjon utgjør en liten andel av kommunenes kostnader til slike tjenester. Vi viser her til at det etter gjeldende regelverk er få av de lovpålagte tjenestene som kommunene har anledning til å ta betaling for av brukerne når de bor utenfor institusjon. Brukerbetalingen er inntektsprøvet. Kommunene har ikke anledning til å ta betalt for lovpålagte oppgaver som hjemmesykepleie, hjelp til personlig stell og egenomsorg, støttekontakt, avlastningstiltak, omsorgslønn. Derimot kan de kreve inntill full betaling for (annen) praktisk bistand, matombringing og trygghetsalarm. Basert på tallene i høringsnotatet, utgjorde brukerbetalingen for pleie- og omsorgstjenester utenfor institusjon i

Sosial- og helsedirektoratet •

2002 1,7 pst. av kommunens utgifter til slike tjenester¹. Dersom utgifter til praktisk bistand på det private markedet hadde inngått i kommuneregnskapene, ville den reelle andelen vært noe høyere. Dersom kommunene hadde hatt finansieringsansvaret for legetjenester og legemidler, ville dette også påvirket den andelen brukerbetalingen utgjør noe. Uansett vil brukerbetalingen utenfor institusjon i dag være forholdsvis liten i forhold til de totale kostnader for det offentlige.

Brukerbetalingen i institusjon er noe vanskelig å sammenlikne med brukerbetalingen utenfor institusjon. For det første er pleietyngden forskjellig. Dernest er det ikke det samme tjenestetilbudet som ytes. I institusjon får de pleie- og omsorgstrengende også kost og losji, gratis medisiner, sykepleieartikler og legetjenester, jf. vederlagsforskriften. Det gis i tillegg i varierende grad bl.a. rehabilitering og et aktiviseringstilbud. Det er et øvre tak for brukerbetalingen i institusjon som fastsettes på bakgrunn av oppholdskostnadene i den enkelte institusjon. Betalingen er også her inntektsprøvet. Kommunene står så vidt vi er kjent med fritt til å bestemme betalingen for ikke-lovpålagte tjenester.

Utgifter til rehabilitering som skjer i institusjon, utgiftsføres i kommunene sammen med utgifter til diagnose og behandling (funksjon 241). Vi antar derfor at slike kostnader ikke er inkludert i tallet over kommunens kostnader til institusjonsdrift som oppgis i høringsnotatet.

Ved å gjøre visse antakelser om hva kost og losji koster i institusjon, og definere "resten" som pleie- og omsorgstjenester, er det mulig å foreta en viss sammenlikning med brukerbetalingen for pleie- og omsorgstjenester utenfor institusjon. Husleienivået som velges vil være nokså avgjørende for hvilken andel brukerbetalingen utgjør i institusjon. Basert på tall i høringsnotatet, en husleie på kr. 2000 pr. mnd. for beboere i institusjon og visse andre forutsetninger, kommer vi frem til en gjennomsnittlig brukerbetaling på 2,3 pst., dvs. noe høyere enn utenfor institusjon i 2002². Tas det hensyn til at det ytes noen flere tjenester i institusjon, synes det rimelig å konkludere med at brukerbetalingen i gjennomsnitt ligger om lag på same nivå i og utenfor institusjon, og at nivået er lavt. Dette aktualiserer spørsmålet om det bør være brukerbetaling, jf. at det er ikke ubetydelige administrative kostnader forbundet med denne.

Fare for overforbruk av tjenester er ofte en viktig del av begrunnelsen for å ha brukerbetaling, evt. sammen med behov for å sikre finansieringen av tjenestene. Det er ingen tvil om at gratis praktisk bistand i seg selv vil øke etterspørselen etter slik hjelp, og at høy brukerbetaling for slik hjelp motsvarende vil redusere etterspørselen. Samtidig skjer tildeling av slik hjelp etter en behovsvurdering. Det er dermed kommunenes behovsvurdering og utgiftsnivået for de ulike tjenestene som vil bestemme det faktiske omfang og kostnad ved tjenestene. Det synes derfor liten grunn til å ha en brukerbetaling for å hindre et overforbruk av pleie- og omsorgstjenester av hensyn til brukernes mulige tilpasning av etterspørselen. Dersom staten skal ha hele eller deler av finansieringsansvaret og kommunene tildele tjenestene, er det imidlertid sannsynlig at

¹ Kostnadene ved kommunale pleie- og omsorgstjenester utenfor institusjon oppgis i notatet i 2002 til totalt 22 mrd. kroner, mens brukerbetalingen utgjorde 370 millioner kroner ekskl. boutgifter, se notatet s. 15). Dette innebærer at brukerbetalingen for pleie- og omsorgstjenester utenfor institusjon kun tilsvarte 1,7 pst. av kostnadene i 2002.

² Utgiftene til alders- og sykehjem utgjorde i alt i 2002 nærmere 25 milliarder kroner. Av dette utgjorde brukerbetalingen 3,4 milliarder (se s. 17), dvs. ca. 13,6 pst. av alle utgifter.

Siden det var ca 41.000 personer som bodde i institusjon i 2002 (se s. 20), vil det si at brukerne pr. år i snitt betalte ca kr. 83.000 pr. år, eller vel 6.900 pr. måned. (Vi har da lagt til grunn at tallet 41.000 var et gjennomsnittlig antall pr dag). Beboere i institusjon får dekket en god del utgifter som "alle andre" må dekke selv, også pleietrengende utenfor institusjon. Vi anslår grovt slike utgifter ekskl. husleie (men inkl. strøm, oppvarming) til kr. 3.800 pr. person. (I dette beløpet har vi med utgangspunkt i SIFO-budsjettet for enslige inkludert mat og husholdningsartikler med ca. 2.500 pr mnd., 1.300 kroner til dekning av utgifter til strøm, husforsikring, kabeltv, kommunale avgifter m.v. (renovasjon, vann- og kloakkavgift, feiing av pipe). Det betyr at beboerne i snitt betalte kr. 3.100 pr. mnd. for husvære, pleie- og omsorgstjenester (inkl. praktisk bistand), helsetjenester (inkl. legetjenester og tannhelsetjenester), legemidler sykepleieartikler m.v. Om den rene husleien settes til kr. 2000 pr. mnd. betyr det at den samlede bruken for tjenester, legemidler og pleierelaterte artikler i gjennomsnitt utgjorde kr. 1.100 pr. mnd pr. bruker eller 2,3 pst. av kommunenes utgifter ekskl. utgifter til bolig..

det vil skje en viss økning i omfanget av tildelte tjenester i forhold til om kommunene satt med dette ansvaret.

Ovennevnte reiser spørsmålet om skattefinansiering av pleie- og omsorgstjenestene i sin helhet kan være aktuelt. Vi ser her bort fra spørsmålet om finansiering av allmennlegetjenester. Ved vurdering av spørsmålet om eventuell skattefinansiering av pleie- og omsorgstjenester, må fordelene balanseres mot de fordelingsmessige konsekvensene for de friske. Det kan bl.a. være et spørsmål om det evt. bør innføres betaling for alle typer tjenester som også "de friske" må dekke selv, slik som bolig, mat, og allmennlegetjenester (i institusjon). Det er også et spørsmål om praktisk bistand utenom personlig stell og egenomsorg evt. fortsatt bør regnes som del av pleie- og omsorgstjenestene. Dette bør antakelig evt. vurderes sammen med ordningen med grunn- og hjelpestønad, som gir visse brukergrupper en økonomisk skjerming mot ekstrautgifter som friske ikke har.

En overgang til ren skattefinansiering vil gjøre at man unngår en del av de fordelingsproblemer og kanskje lite heldige økonomiske incentiver for noen brukergrupper som følger av ulike krav til brukerbetaling i og utenfor institusjon. Etter gjeldende ordning har noen brukere en klar økonomisk fordel av å få tjenestene utenfor institusjon (de med høyest inntekt), mens andre har en økonomisk fordel av å få tjenestene i institusjon (de med aller lavest inntekt).

Lik tilgjengelighet til pleie- og omsorgstjenester

Direktoratet mener lik tilgjengelighet til *nødvendige* pleie- og omsorgstjenester er et viktig prinsipp. Dette tilsier bruk av skjermingsordninger for de dårligst stilte dersom det fortsatt skal være brukerbetaling for disse. Gjeldende brukerbetalingsordninger ivaretar i stor grad dette hensynet, jf. at det er skjermingsordninger både for tjenester i og utenfor institusjon.

Lik brukerbetaling i alle kommuner

Lik tilgjengelighet til *nødvendige* pleie- og omsorgstjenester tilsier at brukerbetalingen er lik i alle kommuner. Vi har kommentert dette noe nærmere under hovedspørsmål III. Samtidig må det kunne være legitimt at noen kommuner velger å ha en høyere kvalitet og standard på sine pleie- og omsorgstjenester enn det som strengt tatt er nødvendig for at kommunene skal ivareta sitt ansvar etter loven.

Brukerbetaling for ikke-lovpålagte tjenester

Vi ser det som uproblematisk at kommunene fortsatt selv kunne avgjøre brukerbetalingen for tjenester som ikke er lovpålagte, som for eksempel aktiviseringstiltak. Inngår slike tiltak som fellestilltak i institusjon, bør imidlertid kommunene sikre at økonomien til den enkelte ikke hindrer at enkelte kan delta. Dette kan sikres ved for eksempel å unnlate å kreve (full) brukerbetaling av disse, evt. yte økonomisk sosialhjelp til dekning av utgiftene.

Likt nivå på brukerbetalingen i og utenfor institusjon

Etter direktoratets syn er det i utgangspunktet uheldig om nivået på brukerbetalingen er avhengig av om tjenestene gis i eller utenfor institusjon, fordi dette lett kan skape en økonomisk interessekonflikt mellom kommunene og brukerne om hvilken arena pleie- og omsorgstjenestene skal ytes på. Dette gjelder imidlertid ikke helt uten forbehold. Se nærmere om dette under hovedspørsmål I og II.

Skal brukerne kunne betale seg til bedre tjenester?

Direktoratet viser til at det vil bryte med prinsipper for tildeling av tjenester og kriterier for prioritering om brukerne skal kunne betale seg til en høyere kvalitet eller flere tjenester enn de ellers ville fått. Basis pleie- og omsorgstjenester som pasientene vil kunne ha juridisk rett til, bør være av så god kvalitet at ytterligere tilleggstjenester er unødvendige.

Spørsmålet om brukerne skal kunne kjøpe seg til bedre tjenester kan synes aktuell i forhold til ikke-lovpålagte tjenester som evt. både vil kunne kjøpes av det offentlige og kjøpes

privat. Det er imidlertid et spørsmål om det i realiteten da er tale om å kjøpe seg til en offentlig tjeneste som ikke alle andre får. Dersom for eksempel en sterkt funksjonshemmet ber kommunalt ansatte (kommunen) hjelpe til med kjøp av tjenester på det private marked som andre normalt vil kunne skaffe seg selv (og som private evt. alternativt kunne fremskaffe), vil det primært være et spørsmål om hensiktsmessighet om kommunen skal ta seg betalt for å fremskaffe en varen/tjenesten i tillegg til å kreve (full) betaling for selve varen/tjenesten. Etter direktoratets syn bør slik form for bistand bør holdes adskilt fra begrepet "brukerbetaling".

Et noe mer vanskelig avgrensbart tilfelle er der det er en kobling mellom de "rene" pleie- og omsorgstjenester og andre tjenester som kost og losji. Inntar beboere felles måltider, vil direktoratet se det som problematisk om noen skal kunne kjøpe seg til "bedre" mat enn de andre. En annen sak er at det bør tas hensyn til om noen av pasientene for eksempel er vegetarianere. Se ellers nærmere om fastsettelse av husleie under hovedspørsmål III.

Hvilke varer og tjenester bør det evt. være brukerbetaling for?

Direktoratet ser i stor grad spørsmålet om hvilke varer og tjenester det evt. skal være brukerbetaling for som et politisk spørsmål.

Merknader til hovedspørsmålene i høringsnotatet:

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

I praksis synes skillet mellom pleie- og omsorgstjenester gitt i institusjon (sykehjem) og tjenester gitt i omsorgsboliger/egne hjem i betydelig grad å viskes ut. For en del brukere vil det imidlertid fortsatt være vanskelig å gi et nødvendig eller like godt alternativt pleie- og omsorgstilbud utenfor institusjon, for eksempel for demente.

Det kan være uheldig at finansieringsordninger knyttes til bestemte arenaer (organisasjonsformer/boformer). Boformene vil variere over tid, og må bl.a. tilpasses hva man mener er den beste organiseringen, lokaliseringen av ulike tjenester og hva som er tilgjengelig av lokaler. Hvilke typer tjenester det kan være aktuelt å samle under ett tak i fysisk forstand, vil avhenge av målgruppens behov til enhver tid. Kommunestørrelse og muligheten for interkommunalt samarbeid vil her også kunne ha betydning for hvilke organisatoriske løsninger som er aktuelle.

Det er ikke gitt at samme organisatoriske løsning for tjenestene gir samme kostnadseffektivitet over alt og for alle pasientgrupper. Antakelig vil kostnadseffektiviteten ved en gitt organisatorisk løsning kunne variere mellom kommuner, evt. også innen samme kommune, for ulike brukergrupper. Dette tilsier etter vår mening at statlige overføringer til kommunene bør skje uavhengig av hvordan tjenestene organiseres lokalt, se hovedspørsmål IV og V for en nærmere vurdering av dette. Direktoratet har ikke hatt anledning til å foreta noen kunnskapsoppsummering for å belyse forskjeller i kostnadseffektivitet. Vi vil imidlertid her peke på følgende:

Dersom vi ikke hadde hatt gjeldende overføringsordninger fra staten til kommunene for tjenester utenfor institusjon, ville det antakelig normalt gitt en dyrere løsning for kommunene og samfunnet å gi hjelpen geografisk spredt fremfor å gi hjelpen konsentrert (for eksempel i sykehjem eller boliger med heldøgns omsorgstjeneste som evt. ligger geografisk samlet). Det fordyrende leddet vil være transportkostnader og tap av tid til transport (som alternativt kunne vært brukt til behandling, pleie og omsorg).

Opphører det statlige finansieringsansvaret for tjenester utenfor institusjon eller det statlige ansvaret utvides til å omfatte tjenester i institusjon, vil et viktig økonomisk insitamant til å gi

tjenestene utenfor institusjon bli borte. Mange brukere av pleie- og omsorgstjenester kan i dag ha en forventning og ønske om at pleie- og omsorgstjenester skal ytes i eget hjem. Vi antar at det i mange tilfelle bl.a. av den grunn vil kunne oppstå en viss interessekonflikt mellom kommunen og noen brukere om hvor tjenestene skal ytes. Spørsmålet er hvorledes en slik interessekonflikt best evt. kan håndteres fra det offentliges side.

En måte å gjøre det på er å videreføre begrensningen av brukernes valgfrihet, dvs. at det fortsatt skal er opp til kommunene å avgjøre hjelpeformen, slik praksis er i dag, jf. Fusadommen. Det vil da bli et kommunalpolitisk spørsmål i hvilken grad det skal tas hensyn til brukernes preferanser, slik de målbæres av brukerne generelt eller fremkommer i individuelle planer. En annen måte å gjøre det på kunne være å gi kommunen anledning til evt. å kreve at brukeren evt. dekker merkostnaden for det offentlige (som vi forutsetter lar seg beregne) dersom brukeren ønsker en kostbarere løsning enn den kommunen vil tilby. Innføres en slik ordning, vil det oppstå et spørsmål om det evt. er aktuelt å differensiere denne (ekstra) brukerbetalingen etter hvilken målgruppe det dreier seg om.

Det vil kunne være variasjoner i behovet innad i brukergruppen som tilsier at noen brukere har andre og viktigere behov for en viss organisatorisk løsning enn flertallet. Hensynet til brukeren og dens pårørende kan derfor i visse tilfelle tilsi at en eventuell differanse i forhold til det mest kostnadseffektive tiltaket eller billigste alternativet for kommunen ikke bør kreves inn. Vi viser her til at det har vært et politisk mål for staten at unge funksjonshemmede ikke skal plasseres i sykehjem. Dette reiser spørsmålet om evt. staten på en eller annen måte bør dekke inn (en gjennomsnittlig) differanse. Dersom det alternativt evt. overlates til kommunene å avgjøre om de vil kreve inn en differanse, er det derfor et spørsmål om en slik avgjørelse skal kunne påklages og om det evt. bør lages kriterier for omgjøring av vedtaket.

En konsekvens av en eventuell adgang for kommunene til å kreve "mellomlegg" av bruker eller staten, vil kunne bli at det blir et økonomisk insitament for kommunene til å holde tjenestetilbudet på et minimum, ved at det konsekvent velges billigste løsning for kommunene. Dette vil kunne lede til at det offentlige pleie- og omsorgstilbudene generelt sett blir dårligere. Forskjellen mellom dem som har råd til å kjøpe seg et annet og for dem bedre tilbud eller "tilleggstjenester" og dem som ikke har det, vil bli større.

Private tjenesteytere, som utfører tjenester til målgruppen for kommunene i en bestiller-utførermodell, vil antakelig i noen grad kunne tilby visse grupper bedre tjenester mot å dekke de merutgiftene det evt. medfører.

Direktoratet ser det som et politisk spørsmål å ta stilling til hva som her evt. gir de beste løsningene.

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?

Generelt sett mener direktoratet at den gjeldende todelte finansieringen av brukerbetaling for pleie- og omsorgstjenester er uheldig. Med gjeldende vederlagsforskrift kan hvilken arena hjelpen gis på gi til dels store forskjeller i nivået på brukerbetalingen for visse brukergrupper, noe som antakelig ikke oppleves som rettferdig av brukerne. Både brukere og kommunene vil også i noen grad kunne tilpasse seg to-delingen på en lite kostnadseffektiv måte. Det er da nærliggende å foreslå å gjøre brukerbetalingen uavhengig av den arena hjelpen gis på, dvs. knytte all brukerbetaling til de ulike deltjenester som offentlige yter.

I den grad det foreligger alternative organiseringer av tjenestene for visse brukergrupper som gir forskjeller i kostnadene for kommunene, er det som nevnt under hovedspørsmål I et

spørsmål om hvilken valgfrihet brukerne skal ha mht. organisering av tjenestene og/eller om det kan tenkes innført krav om betaling av "mellomlegg" mellom dyreste og billigste alternativ.

Vi antar det for de fleste pleie- og omsorgstjenesters vedkommende vil være forholdsvis uproblematisk å innføre en tjenestebasert finansiering for opphold i institusjon og la kommunene prisfastsette disse, men med enkelte unntak. Se nærmere om dette under hovedspørsmål III.

III. 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?

Direktoratet ser lik tilgjengelighet til pleie- og tjenester som et helt sentralt helse- og sosialpolitisk mål. Dette tilsier at staten i stor grad bør regulere brukerbetalingen for pleie- og omsorgstjenester som det er et offentlig ansvar å yte, herunder nivået, og at staten sikrer skjermingsordninger for de med dårligst betalingsevne. Vi ser det også som en fordel for brukerne at betalingen for pleie- og omsorgstjenestene er mest mulig lik over alt, bl.a. fordi dette gir lettest oversikt for brukerne.

Direktoratet mener spørsmål om *gradering av brukerbetalingen etter inntekt og spørsmålet om skjermingsordninger* for dem med lav inntekt er politiske spørsmål i den grad det er tale om fordelingspolitikk. Vi vil her kun bemerke at det nok bør tilstrebes å unngå terskelverdier der økt inntekt evt. kan resultere i at brukerbetalingen øker mer enn den økte inntekten etter skatt. Vi vil imidlertid generelt peke på at krav til brukerbetaling også påvirker etterspørselen etter aktuelle varer/tjenester og samfunnets bruk av ressurser på lengre sikt. Det vil kunne være lite kostnadseffektivt om noen brukergrupper unnlater å be om tjenester fordi det er brukerbetaling. Manglende tjenester vil for noen kunne føre til forverring/manglende forbedring av helsetilstanden og på sikt gi større kostnader for samfunnet og evt. også for den enkelte. Krav om brukerbetaling vil evt. også øke den sosiale ulikheten i helse. Slike virkninger bør vurderes konkret for de tjenester/varer det er aktuelt å ha brukerbetaling for.

Nivået på den samlede brukerbetaling for pleie- og omsorgstjenester bør etter direktoratets syn gjøres mest mulig uavhengig av den arena de gis på for å unngå utilsiktede vridningseffekter mellom alternative hjelpeformer. Samtidig må det vurderes hvorledes hensynet til brukernes ønsker best kan ivaretas, jf. diskusjonen over.

Statlig regulering av brukerbetalingen vil være særlig viktig dersom statlige overføringer fortsatt gjøres avhengige av hvilken arena tjenestene ytes på, ellers vil kommunene kunne tilpasse seg betalingsordningene på en lite kostnadseffektiv måte. Videre vil hensynet til brukere som ikke kan velge hjelpeform til dels kunne bli dårlig ivaretatt.

Skal kommunene ha frihet til å fastsette nivået på brukerbetalingen for pleie- og omsorgstjenester, vil det kunne påvirke innbyggernes valg av bostedskommune. Blir differansene i brukerbetaling store mellom kommuner, vil kommuner med et lavt betalingsnivå kunne få en viss tilstrømning av hjelpetrengende der brukerbetalingen for aktuelle tjenester er lav. Dette vil kunne gjøre planlegging av tjenestetilbudet vanskelig og gi uoversiktlige konsekvenser, både for fra- og tilflyttingskommuner, i verste fall også for spesialisthelsetjenestens (for ivaretakelsen av sørge-for ansvaret). Vi antar imidlertid at eventuelle forskjeller i stor grad vil bli forholdsvis raskt utjevnet. Vi ser derfor ikke dette som noe stort poeng.

Det bør antakelig kunne aksepteres at det fortsatt er kommunale forskjeller i brukerbetaling for tjenester som naturlig "følger med" pleie- og omsorgstjenester, dvs. tjenester den enkelte ikke uten videre har en juridisk rett til. Det gjelder generelt sett for tjenester og varer som også friske må betale for, så som boligjeneste, mat m.v., og evt. og praktisk bistand utenom

personrettet hjelp. Det er imidlertid ett nokså åpenbart unntak, nemlig der det for visse pasientgrupper vil være en tett kobling mellom bolig tjenester og pleie- og omsorgstjenester, der forskjeller i prisnivået på bolig tjenesten kan gi store utslag. Det bør i slike tilfelle ikke være "fritt frem" for kommunene til å fastsette nivået på husleien. Se nærmere om dette nedenfor.

Dersom tjenestemottakerne ber om at kommunen/institusjonen fremskaffer (personlige) tilleggssytelser som ikke inngår som del av det ordinære tilbudet, bør kostnadene kunne dekkes fullt ut av brukeren og prisen fastsettes av kommunen/institusjonen. Det er da også et spørsmål om kommunene bør tilrettelegge for at private aktører kan yte tilleggstjenester som de helsemessig vanskeligst stilte brukerne har problemer med å skaffe seg selv. Vi viser ellers til de begrensninger det er aktuelt å gjøre av hensyn til fellesskapet, jf. punktet "*Skal brukerne kunne betale seg til bedre tjenester?*" innledningsvis.

Prisfastsettelse for bofunksjonen i et institusjonstilbud

Dersom det innføres husleie for beboere i institusjon gjennom en arenauavhengig finansiering, mener direktoratet det vil være et behov for statlige, evt, kommunalt fastsatte, retningslinjer både for standard og for prinsipper for fastsettelse av husleie. Grunnen er følgende:

Innføres det betaling for det å bo (for kortere eller lengre tid) i institusjonen, blir det en kobling mellom to ulike typer tjenester: bolig tjeneste og pleie- og omsorgstjenester. Det betyr at prisfastsettelsen for bolig tjenesten ikke vil skje i et fritt marked: De pasientene som ikke har et alternativt behandlingstilbud i eget hjem, vil være "prisgitt" den betaling som den offentlige eller private institusjonseieren krever for det å bo når de er avhengige av de tjenestene som gis i den aktuelle institusjonen.

Kommunene/institusjonseieren vil med en slik ordning få et økonomisk insentiv til å ta høyest mulig husleie. Bokostnadene kan overveltes på pasientene i sin helhet. I prinsippet kan det evt. også beregnes en fortjeneste. Vi viser til at det i høringsnotatet er kalkulert med at en husleie ved å bo i ny/rehabiliteret institusjon vil beløpe seg til om lag kr. 5000 pr. mnd. for enerom og eget bad pluss fellesarealer. Beløpet er basert på at alle driftskostnader skal dekkes, inkl. avskrivninger og at det skal være en avkastning på kapitalen.

En eventuell innføring av husleie for beboere i institusjon vil gjøre at flere kommer inn under den statlige bostøtteordningen: de brukerne som kan betale husleien må det, og de andre får husleien subsidiert. Indirekte vil dette kunne bety at brukerne og staten overtar finansieringen av investeringene i og vedlikehold/avskrivninger av bygningsmassen, evt. avkastning på investert kapital.

Pleie- og omsorgstilbudet som gis brukere i samme institusjon vil kunne variere. Skal man være konsekvent i tenkningen om arenauavhengig finansiering, betyr dette at brukere i samme institusjon med ulike behov for pleie- og omsorgstjenester betaler forskjellig for det samme for et institusjonsopphold. Dette vil gi "rettferdighet" i forhold til brukere utenfor institusjon, men for eksempel ikke i forhold til opptreningsinstitusjoner under spesialisthelsetjenesten. (Kommunene har til dels brukt disse som alternativ til for eksempel rehabilitering i sykehjem.) Direktoratet viser her til at Stortinget har sikret lik brukerbetaling ved opptreningsinstitusjoner, selv om institusjonene er private, har ulikt innhold og ulik kostnad pr. plass. For størstedelen av brukere og potensielle brukere i sykehjem er det imidlertid tjenester utenfor institusjon som evt. representerer et reelt alternativ. Vi ser det derfor som viktigere med harmonisering av brukerbetalingsordningen i sykehjem med disse tjenestene.

Økonomiske konsekvenser av overgang fra generelt vederlag til betaling for tjenester

Vederlaget for opphold i institusjon må ikke overstige de reelle oppholdsutgifter. Kapitalutgiftene skal ikke tas med i beregningen av oppholdsutgiftene. Kommunen fastsetter oppholdsutgiftene ved den enkelte institusjon. Vederlaget skal omfatte kost, losji, nødvendig

tannbehandling, medisiner m.v. samt helsetjenester som kommunen organiserer etter lov om helsetjenesten i kommunen. S. 43 i høringsnotatet heter det:

"Dersom fritaket (merknad: betalingsfritak for personrettet hjelp utenfor institusjon) innføres for beboere i institusjon, vil dette på lengre sikt gi vesentlige inntektstap for kommunene. En slik løsning vurderes som lite ønskelig."

Vi er enige i at en innføring av betalingsfritak for personrettet hjelp i institusjon som utenfor institusjon vil kunne gi et inntektstap for kommunene. Vi kjenner ikke til forutsetningene for departementets beregninger. Vi er imidlertid usikre på om inntektstapet for kommunene evt. vil bli vesentlig i fremtiden, selv om det gjennomsnittlige inntektsnivået hos brukerne går opp³.

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?

Når det gjelder *finansiering av tjenestene*, dreier underspørsmålene til hovedspørsmål IV seg dels om synspunkter på hvor ansvarsdelingen bør gå mellom stat og kommune for finansiering, dels om konsekvenser av å overføre større deler av det statlige finansieringsansvaret til kommunene. Konsekvenser gjelder både tjenestetilbudet, personellinnsats og den samlede ressursbruken. Vi har et utilstrekkelig kunnskapsgrunnlag for å kunne ha en velbegrunnet oppfatning om dette.

Direktoratet antar generelt at mange pasienter vil oppfatte økt kommunalt ansvar som en svekkelse av juridiske rettigheter.

Direktoratet mener som nevnt tidligere generelt at det er uheldig at finansieringsordninger knyttes til bestemte arenaer (organisasjonsformer/boformer) fordi det vil kunne gi et insitament for kommunene til å velge lite kostnadseffektive løsninger for en del av brukerne. Slik sett vil det være en fordel enten at kommunene overtar hele finansieringsansvaret for utgifter til legemidler, hjelpemidler og sykepleieartikler og individuelle bostøtteordninger, jf. oversikten gitt i tabell 6.1 s. 29, eller at statens refusjonsordninger og bostøtteordninger utvides til å gjelde alle brukere av kommunale pleie- og omsorgstjenester, jf. hovedspørsmål V.

Generelt sett er vi usikre på hvilken effekt et økt kommunalt ansvar vil ha for de kommunale prioriteringer og kvaliteten i tjenestene.

Det kan i dag være gode grunner til å likebehandle omsorgsboliger med tilknyttede (heldøgns) omsorgstjenester med sykehjem mht. statlige overføringer. Det er imidlertid usikkert i hvilken grad det evt. vil skape nye insentiver til alternativt å yte samme tjenester i private hjem.

Når det gjelder bostøtte, vurderes det å avgrense det kommunale ansvaret etter alder eller hjelpebehov. Vi oppfatter ingen av disse alternativene som gode løsninger.

Det er i høringsnotatet skissert en løsning der det statlige ansvaret for legemidler evt. kun skal overføres til kommunene som bor i sykehjem og omsorgsboliger, mens legemidler for andre fortsatt skal dekkes av staten som i dag. Vi er usikre på hvilke virkninger dette vil kunne gi for

³ Ser man på hva brukere i institusjon rent faktisk betaler, lå det i gjennomsnitt etter våre beregninger på vel 6.900 pr. mnd. i 2002 (se fotnote 1 foran), mens de totale kostnadene pr. bruker pr. mnd. lå på nærmere 51.000 kroner pr. mnd. Basert på en husleie på kr. 2000 pr. mnd. og andre kostnader som "alle" har, har vi i fotnote 2 foran anslått at betalingen for den samlede bruken av tjenester, legemidler og pleierelaterte artikler, tannbehandling m.v. i gjennomsnitt utgjorde kr. 1.100 pr. mnd pr. bruker. Settes husleien til kr. 3.100, vil gjennomsnittsbrukeren med disse forutsetningene i realiteten ha hatt et betalingsfritak.

organisering av pleie- og omsorgstjenester og for utilsiktede tilpasninger. Vi viser her til at en arbeidsgruppe som nylig har lagt frem forslag til ny strategi for kreftomsorgen uttaler følgende:

"Behandlingstiltak for kreftpasienter finansieres etter forskjellige systemer i de ulike forvaltningsnivåene: samme medikament gitt for samme sykdom til samme pasient finansieres etter tre ulike systemer om pasienten er innlagt i sykehus, er hjemme eller er innlagt sykehjem. I praksis er rammene for forskrivning i sykehus og i sykehjem mye strammere enn det som forskrives til hjemmet (på blå resept eller hvit resept med "full refusjon"). Svikter økonomien i institusjonen, kan kostbare medisiner bli spareobjekt. Noen medikamenter som stimulerer benmargen etter cytostatikabehandling kan være svært kostbare (opp mot NOK 10 000 pr injeksjon). Sykehjemsbudsjettene har neppe tatt høyde for denne form for behandling. Legene skriver nok noen ganger ut medisinen på blå resept for å unngå å belaste kommune- eller sykehusbudsjettene. Problemstillingen er reell selv om det ikke foreligger statistikker som illustrer dette."

Ovennevnte illustrerer at det er problematisk å knytte statlig finansieringsansvar til visse arenaer. Direktoratet mener som det fremgår over at finansieringsansvaret bør være uavhengig av arena.

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?

Vi viser til at direktoratet mener finansierings- og brukerbetalingsordningene bør være arenauavhengige. Det følger av dette at brukere i og utenfor institusjon også bør ha samme rettigheter. Innføring av "samme rettigheter" til ovennevnte ytelser forutsetter imidlertid etter vår mening også at det evt. innføres "samme plikter", dvs. at beboerne i institusjon må dekke de samme utgifter som de som bor utenfor institusjon må dekke.

I høringsnotatet er det en god drøfting av fordeler og ulemper ved statlig finansiering av legemidler i institusjon (sykehjem). I tillegg til de forhold som er nevnt, er det et spørsmål om kommunene i dagens ordning vil kunne ha et økonomisk insitamant til å behandle pasienter med et høyt og kostbart medikamentbruk utenfor sykehjem fremfor, selv om pasienten foretrekker å være i institusjon, se spørsmål IV ovenfor.

Den statlige finansieringen innebærer generelt en tredjepartsfinansiering. Generelt sett er det ofte uheldige sider ved slik finansiering, bl.a. fordi det lett fører til mindre kostnadskontroll og lavere kostnadseffektivitet. Det er imidlertid ikke gitt at kostnadseffektiviteten i alle tilfelle blir lavere dersom konsekvensene av for lavt forbruk rammer tredjeparter. Det er for eksempel tenkelig at statlig finansiering av for eksempel hjelpemidler i kommunale tjenester sikrer ønskelig bruk av slike hjelpemidler med tanke på å forebygge sykefravær blant ansatte og redusere risikoen for uførepensjonering.

Usikkerheten om virkningene av å utvide det statlige finansieringsansvaret for aktuelle tjenester/varer til kommunale institusjoner synes mindre enn usikkerheten ved evt. å overføre det statlige finansieringsansvaret til kommunene (for omsorgs- og pleietrengende) Ved økt statlig ansvar unngås fordelingsvirkninger som kan synes problematiske i forhold til den friske befolkning som fortsatt er tenkt å nyte godt av de samme statlige ordningene.

VI. Annet

Høringsnotatet gir en god og oversiktlig fremstilling av de fleste aktuelle problemstillinger knyttet til brukerbetaling for kommunale pleie- og omsorgstjenester i og utenfor institusjon. Enkelte forhold kunne imidlertid antakelig med fordel vært omtalt (nærmere):

- brukerbetaling for pleie- og omsorgstjenester knyttet til kommunal *habilitering og rehabilitering*

- brukerbetaling for *forsørgede personer*
- forholdet mellom brukerbetaling for praktisk hjelp i kommunal regi og folketrygdens ordninger med *grunn- og hjelpestønad*, jf. § 6-3 og 6-4 i lov om folketrygd
- brukerbetaling og forholdet til ordningen med *særfradrag* for usedvanlig store kostnader ved sykdom, jf. § 6-83 i skatteloven
- finansiering av behandlingshjelpemidler.

Til disse punktene vil vi bare kort vise til følgende:

Brukerbetaling for forsørgede personer

Dersom brukerbetalingen fortsatt gjøres inntektsprøvet, er det et spørsmål i hvilken grad inntektsprøvingen skal skje mot andre enn egne inntekter. For personer som er forsørget, vil betalingsansvaret hvile hos forsørgeren(e). Dette gjør betalingsansvaret og inntektsprøvingen mer komplisert. Det gjelder både:

- *barn*, der foreldreansvaret er avgjørende for underholdsplikten. I noen tilfelle kan foreldreansvaret være delt, for eksempel ved skilsmisse, evt også overtatt av barnevernet
- *ektefeller* (jf. § 38 i lov om ekteskap)
- *ved familiegjenforening*. (Som hovedregel kreves det at herboende familiemedlem kan forsørge økonomisk den/de som skal komme til Norge.)

Det kan være aktuelt å vurdere behovet for ulike skjermingsregler også i forholdet til dem med et forsørgeransvar nærmere.

Forholdet til grunn- og hjelpestønad

I dag skjer det en *statlig* økonomisk skjerming av de med store praktiske hjelpebehov gjennom ordningen med tildeling av grunn- og hjelpestønad. Hjelpestønad kan gis dersom det foreligger et privat pleieforhold. Dersom private (pårørende) kan gis både hjelpestønad og kommunal omsorgslønn, skal hjelpestønad, som er en statlig ytelse, vurderes først. Kommunen kan ta hensyn til hjelpestønaden ved tildeling og utmåling av omsorgslønnen.

Hjelpestønaden tildeles brukeren, mens omsorgslønnen tildeles den som yter hjelpen (normalt nære pårørende). Dersom det kreves brukerbetaling for tjenester som det offentlige yter som alternativ til tjenester som ytes av en med omsorgslønn, vil vi reise spørsmålet om det bør være brukerbetaling også for tjenester som ytes av en med omsorgslønn.

Skattefradrag

Spørsmålet om brukerbetaling og fordelingsvirkninger bør antakelig vurderes i sammenheng med hvilke muligheter den enkelte skal ha til skattefradrag for utgifter til pleie og omsorg og praktiseringen av ordningen med skattefradrag i forhold til offentlige tjenester som ytes utenfor institusjon. Vi viser her til at skattyter som i inntektsåret har hatt usedvanlig store kostnader på grunn av egen eller forsørget persons sykdom eller annen varig svakhet, gis særfradrag i alminnelig inntekt. Det gis ikke fradrag for kostnader til opphold i alders- og sykehjem eller for kostnader i forbindelse med helsereiser. Kostnader ved behandling, pleie eller opphold i institusjon eller hos privatpraktiserende helsepersonell *utenfor* offentlig norsk helse- og sosialvesen, gir bare rett til særfradrag dersom tilsvarende behandling, pleie eller opphold ikke tilbys av offentlig norsk helse- og sosialvesen og helsemyndighetene vurderer det oppsøkte helsetilbud som faglig forsvarlig.

Finansiering av behandlingshjelpemidler

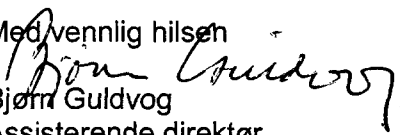
Behandlingshjelpemidler, der finansieringsansvaret for visse typer hjelpemidler er overført fra trygdeetaten til de regionale helseforetakene, er ikke omtalt i notatet. Det gjelder bl.a. hjelpemidler som den enkelte kan ha i eget hjem. Vi ser det som lite aktuelt å vurdere innføring av brukerbetaling for disse. Vi har valgt å legge til grunn at det her er uaktuelt å vurdere

kommunal overtakelse av det finansielle ansvaret for disse eller innføring av brukerbetaling for slike hjelpemidler.

Forholdet til spesialisthelsetjenesten

Det vises også til at (små) kommuner vil kunne ha problemer med å rekruttere kvalifisert personell til avansert pleie og omsorg og rehabiliteringsarbeid som er nødvendig for å kunne ivareta sitt ansvar. Forventningene til hva kommunene kan gjøre har også generelt sett økt som følge av teknologisk utvikling. Dette skaper behov for både samarbeid og antakelig også en viss fleksibilitet i ansvarsdelingen mellom stat og kommune for at alle skal sikres et tilfredsstillende tilbud. Dersom det blir for store forskjeller i krav til brukerbetaling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene, er det også tenkelig at det vil kunne påvirke skillet noe. Det vises her til at det er et tak for kravet til brukerbetaling i (private) opptreningsinstitusjoner under spesialisthelsetjenesten og at rehabilitering er gratis dersom man er innlagt i et helseforetak (sykehus).

Med vennlig hilsen


Bjørn Guldvog
Assisterende direktør


Olav Valen Slåttebrekk
Avdelingsdirektør

Kopi: Helsedepartementet