

Totalt: 6 sider

HØRINGSUTTALELSE FRA KONGSBERG KOMMUNE OM BRUKERBETALING

Departementet ber om svar på følgende hovedspørsmål:

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

Utviklingen med tilrettelagte boliger/omsorgsboliger og en utbygd hjemmebasert omsorg betyr at det i dag er tjenestemottakere i egen bolig som har like store behov for tjenester som beboere i sykehjem. Eks. personer med psykisk utviklingshemming, psykiatrien, demente og eldre i omsorgsboliger og unge funksjonshemmede. Ut i fra et likebehandlingsprinsipp vil det være riktig å gjennomføre en endring som betyr at tjenestemottakerne behandles ut ifra like forutsetninger uavhengig av hvilken varig boligløsning som er valgt. Vi anser derfor hovedprinsippene i den tjenestebaserte modellen vedr. betaling for pleie- og omsorgstjenester - alternativ B - som egnet. Det betyr betalingsfritak for personrettet hjelp (hjemmesykepleie). I realiteten dreier dette seg om hjelp, rehabilitering og habilitering som er knyttet til å få utført menneskets aller mest grunnleggende, helsemessige og daglige behov. Vi vil, i denne sammenheng, peke på at Kongsberg kommune også har innført betalingsfritak for praktisk bistand for beboere i omsorgsboliger som kommer inn under kommunal bostøtteordning. Dette er gjort da beboerne i de nybygde omsorgsboligene ellers ikke ville ha tilstrekkelig midler til livsopphold grunnet høye husleier og en statlig bostøtteordning som svikter i forhold til å beskytte lavinntektsgruppene. Kommunen er således belastet med store utgifter som staten burde bære i henhold til formålet med Husbankens ordning med bostøtte. Det vises til vedlagte informasjon om Kongsberg ordning med kommunal bostøtte og K.sak 0056/03, 26.03.03..

I diskusjonen om brukerbetaling og finansiering vil vi også peke på at vi savner drøfting av behovet for endring hva gjelder finansiering av korttids-/rehabiliterings- og avlastningsplasser. Kommunene har, i mer eller mindre grad, gjort om sykehjems plasser til korttids-/rehabiliterings og avlastnings- og trygghetsplasser. For Kongsberg kommune dreier det seg om egen korttids- og avlastningsavd, rehabiliteringsavd. og lindrende enhet. De neste år antar vi det er behov for en dobling av korttids- og avlastningstilbudet til rundt 50 (60) plasser for Kongsbergs vedkommende. For disse plassene vil selvsagt ikke en betalingsmodell med husleie være verken hensiktsmessig eller mulig. Disse plassene er mer å sammenligne med tilsvarende plasser i sykehus. Det er behov for en større endring slik at det blir en enhetlig betalings- og finansieringsmodell for utførelse av sammenlignbare oppgaver i kommune og i sykehus. Det vises, i denne sammenheng til rapporten om "Sykehjemmenes rolle og funksjoner i fremtidens pleie- og omsorgstjenester" hvor det i stor grad initieres at det i fremtiden vil være riktig å velge en modell der sykehjemmene, i stor grad, utvikles med tanke på korttids- og avlastningsopphold.

Kommunene har imidlertid et stort inntektstap som er knyttet til omgjøring av varige plasser i sykehjem til korttids- og avlastningsplasser. For 50 plasser vil dreie seg om et inntektstap på rundt regnet 4 - 5 millioner pr. år. For brukerne er det en ubestridt kvalitet at kommunene har et differensiert tjenestetilbud. Den reelle effekten av dette lar seg imidlertid vanskelig måle i "kroner og øre". Paradokset for kommunen er således at man fra staten oppfordres til å øke sine inntekter samtidig som det er etablert helt ulike ramme- og finansieringsforutsetninger for stat og kommune til å hente inn inntektene. Dette selv om det er for utførelse av samme oppgaver. Konsekvensen er at kommunen "straffes" økonomisk for å etablere kvalitative tjenestetilbud til innbyggernes beste. På dette området er det et presserende behov for større endring hva gjelder finansiering. Vi ber om at dette forholdet bringes frem og vurderes i en helhetlig sammenheng ved denne gjennomgangen av brukerbetaling og finansiering i pleie- og omsorgstjenesten.

* Merknad: Beregningen er basert på forutsetningen i kommunal bostøtteordning om sikringsbestemmelsen og følgende forhold: 1. En minstepensjonist med kr. 8 500,- i pensjon pr. mnd. vil kunne betale en egenandel til husleie (inkl. strøm) med kr. 3 700,- pr mnd.. Husbankens bostøtte utgjør anslagsvis kr. 2 500,- pr mnd og resterende husleie dekkes av kommunen gjennom kommunal bostøtte. 2. En med pensjon kr. 10 000 pr. mnd vil kunne betale en egenandel til husleie m/strøm med ca. kr. 5 000,- pr. mnd. 3. En med pensjon kr. 12 000 vil kunne betale en egenandel med ca. kr. 7 000,- pr. mnd. 4 Ca. ¼ av beboerne er minstepensjonister, ca. 2/4 har inntekt opp til kr 12 000 pr. mnd og ca ¼ har pensjon over kr. 12 000 pr. mnd.)

- 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 todelt system for brukerbetaling i og utenfor institusjon?

Vi vil besvare dette spørsmålet ved å trekke fram en del forhold som både er knyttet til beboer og til kommunen.

Beboers rettssikkerhet

I tillegg til likebehandling av tjenestemottakere kan en tjenestebasert modell ha en heldig effekt hva gjelder rettssikkerhet for varig beboere i institusjon. En "boliggjøring" av varig institusjonsplass kan føre til en gunstig avinstitusjonalisering slik at kulturen forskyves fra å være kommunens v/ sine ansattes arena til primært å bli beboerens arena. En endring ved boliggjøring av varig institusjonsplass vil bety et husleieforhold og rettssikkerhet for den enkelte beboer i henhold til husleielovens bestemmelser. En slik grad av rettssikkerhet knyttet til boforholdet i institusjon kan bidra til en noe mer rigiditet i pleie- og omsorgstjenestens utnyttelse av plassene og manglende mulighet til å forflytte beboere innen og mellom institusjon(er) når dette er behovet. Konsekvensen av endringen ansees imidlertid som mer positiv enn negativ grunnet øket rettssikkerhet for den enkelte i forhold til sitt boforhold.

Praktisk håndtering av personøkonomien (utgiftene og inntektene)

Vi vil også peke på at det er flere praktiske forhold knyttet til beboeres administrative håndtering av de økonomiske forhold i en tjenestebasert betalingsmodell sammenlignet med dagens oppholdsbetaling. Det betyr at det vil utbetales flere faste utgifter fra beboers konto samtidig som det kommer inn inntekter forbundet med bostøtte i tre terminer pr. år. Det vil bety en betydelig forenkling for beboer om Husbankens bostøtte kom som månedlige utbetalinger. For å lette administrasjonen for beboere i omsorgsboliger har vi anbefalt avtalegiro og opprettelse av en regningskonto i tillegg til ordinær personkonto. De terminvise innbetalingene som er knyttet til bostøtten kan da inntektsføres regningskonto'en. En tjenestebasert modell for brukerbetaling er altså noe mer komplisert å administrere for beboer, noe som vil kunne medføre at flere har behov for hjelpevergeordning og/eller bistand fra kommunen for å legge til rette for at personøkonomien kan håndteres på enkleste måte. Konsekvensen for kommunen er at det må brukes mer ressurser til slik håndtering av beboers behov.

Husleie og bostøtte

I høringsnotatet er det i kapittel 9 redegjort for økonomiske konsekvenser av modell med tjenestebasert betaling. Det er vist til SNF-beregninger (2003). Det vises til forutsetningene for beregningene der bl. a. kostnadsriktig husleie er fastsatt ut fra de tre hovedkomponentene: forvaltning/drift/vedlikehold, avskrivninger og kapitalavkastning. Husleie i institusjon er anslått til gjennomsnittlig kr. 5 000,- pr. mnd. før bostøtte.

Vi vil peke på at en slik antakelse om husleienivå for institusjonsplass er helt ureell. I tråd med gjennomføring av handlingsplan for eldre med ombygging og nybygg av institusjonsplasser og boliger har f.eks. Kongsberg i dag en bygningsmasse for institusjonene som består av nybygg og en totalt restaurert institusjon.

Om vi legger til grunn samme beregning for husleie i institusjon som for husleie i de nye omsorgsboligene, finner vi at husleien for plass i institusjon vil beløpe seg til rundt regnet kr. 8 000 - 9 500,- inkl. strøm pr. plass pr. mnd. For husleie i nytt sykehjem som vil stå ferdig ved årsskiftet vil husleien bli kr. 8 732,- + utgifter til oppvarming. I beregningene er det trukket fra den husleie kommunen selv må betjene for areal som disponeres av ansatte. Vi har her det faktum at husleien vil være langt ut over godkjent husleie for statlig bostøtte. Dette er også et faktum for omsorgsboligene, der de siste vi nå ferdigstiller, vil ha en husleie på kr. 8 200,- pr mnd og et innlån fra hver beboer på kr. 350 000.

Husbankens bostøtteordning er ikke endret i takt med utviklingen i boligmarkedet, noe som betyr at den svikter i forhold til å beskytte lavinnteksgruppene. Med de husleier som i dag er et faktum både i omsorgsboliger og for plass i sykehjem i en tjenestebasert modell, vil beboer ikke ha igjen tilstrekkelige midler til å leve for etter at husleien er betalt. Som nevnt har derfor Kongsberg kommune sett seg nødt til å etablere en egen kommunal bostøtteordning, noe som også innebærer administrativt merarbeid. Med forbehold om at ikke alle detaljer er gjennomgått, har vi forsøkt å anslå hva de økonomiske konsekvensene av innføring av husleie i institusjon vil bety for den kommunale bostøtteordningen. Kommunen har 190 institusjonsplasser og vi vil måtte bidra med anslagsvis kr. 6 millioner pr. år til å dekke husleie i en tjenestebasert modell (jfr. Merknad*). Dette tilsvarer, for våre plasser, rundt det dobbelte av den utgift Husbanken må regne med i henhold til dagens regler for statlig bostøtte og husleietak på ca. kr. 5 000,-. (J.fr. Punt 4 under *merknaden vedr. Inntektsnivå for dagens beboere i sykehjem). Vi forutsetter at Husbanken justerer sin ordning i takt med kostnadsutviklingen før det event. innføres en

tjenestebasert betalingsmodell. Det bør bety at de kommunale merutgiftene til bostøtte forsvinner og bostøtte sammen med helsetjenester (legemidler, sykepleieartikler og hjelpemidler) blir et faktisk statlig ansvar for alle innbyggere, i henhold til utredningens alternativ B.

Vedrørende egenandel til praktisk bistand til husarbeid og renhold:

Vi har ovenfor pekt på at Kongsberg har måttet innføre betalingsfritak for egenandel til praktisk bistand til beboere i omsorgsboliger som kommer inn under ordningen med kommunal bostøtte. Dette vil mest sannsynlig også være situasjonen for beboere i dagens institusjoner ved omgjøring til en tjenestebasert modell.

Vi ønsker imidlertid også å peke på at høringsnotatet i liten, om ingen grad, inneholder vurdering rundt de praktiske tjenester som ytes i institusjonen og som kan være sammenlignbare med praktisk bistand (hjemmehjelp) i eget hjem. Vanne blomster, tørke støv, re senger, vaske gulv, vaske opp, vaske tøy ol. Samtidig er det ikke berørt at renhold i helseinstitusjoner er basert på ganske andre hygienekrav enn renhold i private hjem. Daglig renhold er et vesentlig smitteforebyggende tiltak. Institusjonsrenhold med hygienekrav kan ikke velges bort. Det foreligger egne forskrifter på dette området, deriblant forskrift om "Behandling av tøy i helseinstitusjoner". Det dreier seg derfor om tjenester som må være obligatorisk innvilget i enkeltvedtak til beboer i helseinstitusjon. Dette setter situasjonen vedrørende egenandel og avtale med beboer i helseinstitusjon i en særstilling, da beboer ikke kan velge bort slike tjenester.

Daglige utgifter

For daglig utgifter som ernæring/mat synes det å være en administrativt overkommelig ordning at det inngås avtale med beboer om abonnement. Også i forhold til dette området er det imidlertid et element at beboer ikke vil ha full valgfrihet til å velge bort slik abonnementsordning. Vi vet at et riktig ernæringsnivå er særlig viktig for eldres helse. Det er ofte ernæringssvikt som er årsak til at helsesvikt, av ulike årsaker, får utvikle seg. En sterk medvirkende grunn til at eldre hjemmeboende blir friskere ved inntak i institusjon, kan være at de ernæringsmessige forhold kommer under kontroll. Det er altså sterke helsefaglige grunner for å etablere en obligatorisk abonnementsordning for mat til beboere i helseinstitusjon. Brukerbetaling etter en abonnementsordning for mat/ernæring må derfor også være å anse som obligatorisk innvilget i enkeltvedtak til beboere i helseinstitusjon. Konsekvensen synes å bli at vi, i realiteten, ikke snakker om en endring til "et enhetlig system" for brukerbetaling, men til et system med større likhet og med andre "variasjoner" enn før.

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

Husleie:

Det må være opp til kommunen å fastsette husleie. Jfr. uttalelse ovenfor..

Daglige utgifter/kost

Skal kostutgifter reguleres statlig må det etableres en entydig mal for å fastsette kostøre. Denne må ta opp i seg alle utgifter som er knyttet til matproduksjon uavhengig av lokale variasjoner. Dette synes å være en komplisert løsning da kommunene har ulike tilnærminger både til organisering av matproduksjon og også ressursbruk til tjenesten. Noen har storkjøkkenmodell der mat transporteres ut til andre institusjoner eller direkte til mottakerkjøkken, andre har en integrert modell der matlaging er etablert som en tjeneste som ytes på det enkelte beboersted, andre igjen har mellomløsninger. Alle ordninger har positive og negative sider. Det bør være opp til kommunene selv å velge hvordan matproduksjonen skal foregå og prisfastsette abonnement for daglig kost.

Renhold/praktisk bistand

Det vises til uttalelsen ovenfor i forhold til renhold og tøybehandling i helseinstitusjoner. Dette betyr at kommunens utgifter til tjenestene er høyere enn til sammenlignbare tjenester i den ordinære hjemmebaserte omsorgen. Beboerne kan allikevel belastes med egenandel, men forutsatt at de har igjen tilstrekkelig etter at husleie er betalt. I Kongsberg har vi imidlertid erfart at dagens statlige skjermingsordning ikke skjærmer

tilstrekkelig for beboere med høye utgifter i nye omsorgsboliger. Dette vil sannsynligvis være analogt med situasjonen for beboere i institusjon i en tjenestebasert modell.

Personrettet hjelp:

Innføres egenandel for personrettet hjelp, vil dette sannsynligvis omfattes av samme forhold som praktisk bistand. I tillegg dreier dette seg om de daglige og grunnleggende helsemessige behov som mennesket er helt avhengig av. Til syvende og sist, er dette et av våre viktigste velferdspolitiske spørsmål, noe som er stadfestet ved dagens betalingsfritak som bør opprettholdes for slik helsehjelp.

- 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. Finnes det eventuelt en bedre avgrensning av kommunens finansieringsansvar?

Kommunens ansvar for bolig til vanskeligstilte, herunder til eldre og funksjonshemmede er i dag nedfelt, på en grei måte, gjennom Lov om sosiale tjenester § 3-4. Kommunens ansvar er altså avgrenset til å medvirke til at den enkelte får egnet bolig. At det å skaffe seg egnet bolig, i utgangspunktet, er et personlig ansvar har kvaliteter ved seg som det ikke bør rokkes ved. Å utvide det kommunale helhetlige finansieringsansvar til å omfatte beboere i omsorgsboliger vil bety å gå mot en institusjonalisering av omsorgsboligene. Dette betyr å gå motsatt vei av hva som er ønsket og særlig begrunnet i det enkelte menneskets ansvar for eget liv: Det synes å være en lite ønsket utvikling både for enkeltmennesket og for kommunen. Konsekvensen er at dagens finansieringsordninger med hjelpemidler, legemidler og sykepleiemateriell til beboere i omsorgsboliger bør opprettholdes på lik linje, som for alle innbyggere..

Rapporten peker på flere sider av dagens legetjeneste. Da forholdene rundt legetjeneste i sykehjem og i omsorgsboliger er lite undersøkt, imøteser vi utredning av dette. I denne sammenheng vil det være av interesse med en vurdering av mål og prinsipper som er knyttet til dagens fastlegeordning, implementert også for beboere på varig og korttids- / avlastningsplass i institusjon. Den gamle tilsynslegeordningen er, på mange måter, preget av å henge igjen i gammel historie i sykehjemmene (tilbake til før 1988). I tillegg synes det å være en nær umulig oppgave å dimensjonere tjenesten riktig. Beboerne/brukernes behov endres stadig i forhold til behovet for medisinsk oppfølging og den medisinske utviklingen betyr stadig ny og bedre mulighet til behandling. Det kan diskuteres hvor godt dette er ivaretatt i dagens tilsynslegeordning. Mye er knyttet til den enkelte leges praksis og forhold i institusjonen. Alle kan vi antakelig enes om at det er særlig viktig at de medisinske behandlingsbehov blir ivaretatt på en optimal måte. Fastlegeordningen synes å ha bidratt til at legetjeneste til den enkelte pasient er mer stabil og den medisinske oppfølgingen mer trygg og forutsigbar. Legen er godt kjent med sin pasient som han/hun kanskje vil følge gjennom et helt liv. Svakheten innebærer at legekantoret fortsatt, i hovedsak, er eneste arena for behandling og konsultasjon. Fastlegene kunne, med fordel og i større grad, trekkes inn til beboer med hjemmebesøk i boligen og også inn til beboer i sykehjem både der det er snakk om varig plass i institusjon og, i særlig grad, der det dreier seg om et korttids- eller avlastningsopphold. Det heter imidlertid i rapporten under punkt 12.5 at "Fastlegetariffen er ikke aktuell som statlig finansiering for pasienter på sykehjem". Vi er imidlertid av den mening at dette og elementene i fastlegeordningen bør utredes nærmere i forhold til overførbarhet til institusjonene. Dette synes å kunne være tungtveiende begrunnet i forhold til kvalitetsheving av medisinsk behandling/legetjenester både for personer som bor i omsorgsboliger og for beboere i institusjon. Målet må være at de medisinske behov hos eldre og funksjonshemmede blir ivaretatt på en optimal, individuell og fleksibel måte. Vi ønsker også å peke på nødvendigheten av at slik utredning ser på eldres tilgang til spesialisthelsetjenester. Eldre beboere i institusjon bør både ha den samme rett til å få spesialisthelsetjeneste som alle andre innbyggerne og tilgang til spesialkompetanse i forhold til eldres spesielle behov.

- 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.

Husbankens bostøtte:

Vi viser til uttalelse ovenfor om "rettighetene" og skjerming av lavinnteksgrupper som i dag svikter i i Husbankens bostøtteordning.

Hjelpemidler:

Utviklingen innenfor hjelpemiddelformidling har vært i en rivende utvikling de siste 10 år. Ofte er tilrettelegging med egnede hjelpemidler en forutsetning for at eldre og funksjonshemmede skal kunne leve et selvstendig liv med livskvalitet. Det er imidlertid innlysende at alle landets kommuner ikke vil kunne evne å ha tilstrekkelig kompetanse i forhold til utviklingen av nye og også konkurrerende hjelpemiddelprodukter. At dette er lagt som et statlig ansvar via de fylkesorganiserte hjelpemiddelsentraler, synes også å være en fornuftig ordning også for fremtiden. Også beboere på plass i institusjonene burde kunne få både deres tilbud av produkter og kompetanse. Ikke bare for de statlige, men i stor grad også for kommunens hjelpemiddelsentral, vil en utvidelse til også å omfatte institusjonene bety økt saksbehandling, administrasjon og økning av ressurser til hjelpemidler. For beboere vil det kunne bety at både selvhjelps nivået og livskvaliteten økes uten at dette, i særlig grad, vil ha effekt på å kunne redusere personellinnsatsen. Beboer i institusjon bør ha samme rettigheter, også på dette området, som alle andre innbyggere.

Legemidler og sykepleieartikler:

En overføring av ansvar til staten for legemidler og sykepleieartikler i institusjon vil bety en forskyvning fra innkjøpsordninger ved institusjonene og til flere oppgaver som er knyttet til administrasjon og oppfølging av de individuelle behovene hos den enkelte beboer. Den sannsynlige konsekvens for kommunen er at det må settes inn mer sykepleieressurser som er knyttet til medikamenthåndtering. Når det er snakk om besparelse for kommunen må det derfor også tas hensyn til dette og til det faktum, som det også pekes på i rapporten, at kommunene generelt søker å få etablert gode vilkår i innkjøpsordninger. En må derfor være varsom med å anta at det kan overføres større besparelser fra kommunen til trygdens budsjett, enn det som er reelt. Det er grunn til å anta at konsekvensen for beboer ved Folketrygdfinansiering er økt og sikrere tilgang på de medikamenter legen mener den enkelte pasienten bør få. I så måte vil dette kunne bety kvalitetsforbedring for enkeltperson som bor i institusjon.