

04/2002

Rikstrygdeverket

Utredningsavdelingen

**Konsekvenser for Folketrygden ved å
innføre tjenestebasert brukerbetaling i
alders- og sykehjem**

Forord

I desember 2000 ga Sosial- og helsedepartementet Rikstrygdeverket i oppdrag å anslå de økonomiske konsekvensene for Folketrygden av en omlegging til tjenestebasert brukerbetaling i alders- og sykehjem. Denne rapporten er utarbeidet av førstekonsulent Leif Sletvold i Utredningsavdelingen i Rikstrygdeverket. Under planleggingen og i forbindelse med databehandling har rådgiver Arne Kolstad i Utredningsavdelingen i Rikstrygdeverket bidratt på verdifullt vis. Sosial- og helsedepartementet har støttet utredningen med prosjektmidler.

Rikstrygdeverket

April 2002

Arild Sundberg

Trygdedirektør

Hilde Olsen

Avdelingsdirektør

Innhold

Sammendrag	4
1. Innledning	5
2. Kort om boformene i eldreomsorgen	9
3. Utvalg og metode	11
4. Økte utgifter til helsetjenester ved innføring av ny finansieringsordning	17
4.1. Legemidler	17
4.2. Sykepleieartikler (medisinsk forbruksmateriell)	18
4.3. Tilsynslege	20
4.4. Fysioterapi	22
4.5. Legevakt	26
4.6. Egenandeler ved bruk av privat spesialistlege, offentlig poliklinikk og røntgeninstituttt.....	26
4.7. Egenandeler ved reise til undersøkelse eller behandling	27
4.8. Grunnstønad	28
4.9. Hjelpstønad	30
4.10. Ortopediske hjelpemidler og proteser	30
4.11. Tannhelsetjenester	31
4.12. Egenandeler og frikort	31
4.13. Helsetjenestene samlet	32
5. Økte utgifter til tekniske hjelpemidler ved innføring av ny finansieringsordning	35
5.1. Behov for nye tekniske hjelpemidler	37
5.2. Overtakelse av tekniske hjelpemidler fra alders- og sykehjemmene	39
6. Oppsummering	42
Referanser	43
Vedlegg ..	45

Sammendrag

Tjenestetilbudet for pleietrengende mennesker er organisert etter forskjellige prinsipper avhengig av om den pleietrengende bor i aldershjem/sykehjem eller i eget hjem/omsorgsbolig. I alders- og sykehjem gis et helhetlig tilbud som inkluderer kost, losji, pleie, andre helsetjenester og praktisk hjelp. Pleietrengende mennesker som bor hjemme eller i omsorgsbolig tildeles derimot enkeltytelser, som for eksempel hjemmesykepleie. Begge grupper mottar offentlig støtte til de forskjellige tjenestene, men på vidt forskjellige måter.

Stortinget har bedt regjeringen utrede mulighetene for å fjerne denne forskjellen. En likebehandling kan lettest oppnås ved at de ordninger som gjelder *utenfor* institusjonen også blir gjort gjeldende i alders- og sykehjem. En slik reform vil ha konsekvenser på en rekke områder for utgiftsdelingen mellom kommunen, staten (blant annet ved Folketrygden) og beboerne. Denne rapporten omhandler bare virkningene for finansiering av helsetjenester og tekniske hjelpemidler. Under dagens ordning gjelder Folketrygdens stønadsordninger til disse tjenestene bare i begrenset grad for beboere i alders- og sykehjem. Vi har beregnet de økonomiske konsekvensene for Folketrygden dersom de ordninger som gjelder utenfor institusjon ble gjort gjeldende for beboere i alders- og sykehjem.

For helsetjenestenes vedkommende har vi lagt til grunn at en ny finansieringsordning *ikke* vil påvirke tjenestevolumet. Under den forutsetning kommer vi fram til at en reform vil gi Folketrygden årlige merutgifter på 550 millioner kroner. I all hovedsak vil dette være et resultat av at mesteparten av de utgiftene *kommunene* i dag har til legemidler, sykepleieartikler og allmennlegetjenester i alders- og sykehjemmene vil bli overført til Folketrygden. Trygdens stønad til fysioterapi i kommunehelsetjenesten er imidlertid ordnet på en slik måte at en ny finansieringsordning bare vil gi en mindre økning i utbetalingene. Vi finner heller ikke at det vil bli noen stor vekst i antallet som kan motta grunnstønad.

Når det gjelder tekniske hjelpemidler er det grunn til å tro at vi vil få en økt etterspørsel etter den type hjelpemidler som i dag ikke lånes ut til beboere i institusjon. Med like lånemuligheter uansett boform, vil vi anslå at det vil bli rettet en ny etterspørsel mot hjelpemidelsentralene etter tekniske hjelpemidler tilsvarende omkring 540 millioner kroner. Dette vil være utstyr med fra seks til ti års levetid. Dersom Folketrygden i tillegg skal overta en del av de tekniske hjelpemidlene institusjonene eier i dag, vil vi anslå disse kostnadene til rundt 240 millioner kroner.

1. Innledning

Denne rapporten handler om de økonomiske konsekvensene for Folketrygden ved en eventuell innføring av *tjenestebasert brukerbetaling* i alders- og sykehjem.

I dag representerer alders- og sykehjem et *helhetlig* tilbud. Opphold i denne type institusjoner inkluderer mat, losji, pleie, andre helsetjenester og praktisk hjelp. For dette betaler beboerne en inntektsavhengig egenandel.¹ Dette er vesensforskjellig fra hvordan omsorgen er organisert når pleietrengende mennesker bor hjemme eller i omsorgsbolig. De som bor i sitt opprinnelige hjem eller i omsorgsbolig tildeles *enkeltytelser*, og eventuelle egenandeler er knyttet til den enkelte tjeneste.

Organiseringen, og med det *finansieringen*, av tilbudet til pleietrengende avhenger altså av hvor den pleietrengende bor. Dette er bakgrunnen for at Stortinget i forbindelse med behandling av St.meld. nr 50 (1996-97) *Handlingsplan for eldreomsorgen* gjorde følgende vedtak:

Stortinget ber Regjeringen utrede en likebehandling av betalingsordninger når det gjelder medisiner, hjelpemidler og bostøtte i omsorgsbolig og alders- og sykehjem.

En likebehandling uavhengig av om omsorgen er hjemme- eller institusjonsbasert kan lettest oppnås ved at de ordninger som gjelder utenfor institusjonen også blir gjort gjeldende i alders- og sykehjem. Dersom prinsippet blir gjennomført konsekvent vil det innebære at dagens helhetlige tilbud, det karakteristiske ved institusjonene som boform, splittes opp i enkelttjenester. Bolig, mat, pleie, andre helsetjenester og praktisk hjelp vil bli tildelt og finansiert som uavhengige tjenester på samme måte som for hjemmeboende.

Innføring av en slik ordning (tjenestebasert brukerbetaling), vil ha konsekvenser på en rekke områder, blant annet for utgiftsdelingen mellom kommunen, Folketrygden/staten og beboerne. *Denne rapporten omhandler bare virkningene når det gjelder finansiering av helse-tjenester og tekniske hjelpemidler.* Dette vil først og fremst dreie seg om ytelser som i dag finansieres av kommunen, og som under et nytt system vil bli Folketrygdens finansieringsansvar.

¹ "Vederlaget skal omfatte kost, losji, nødvendig tannbehandling, medisiner m.v. samt helsetjenester som kommunen organiserer etter lov om helsetjenesten i kommunene § 1-3 andre ledd", *Forskrift av 26.04.95 om vederlag for opphold i institusjon mv.* § 7.

I dag gjelder Folketrygdens stønader til helsetjenester bare i begrenset grad for medlemmer som bor i alders- eller sykehjem. Allmennlegetjenester, fysioterapi og viktige legemidler mm som utenfor institusjon dekkes pliktmessig etter folketrygdlovens § 5, er et *kommunalt* finansieringsansvar i alders- og sykehjem. Folketrygden yter heller ikke *bidrag* til helsetjenester (folketrygdlovens § 5-22) til den som bor i institusjon.¹ Hjelpstønad blir ikke gitt, og som hovedregel tildeles ikke grunnstønad. De hensyn disse stønadsordningene er ment å i vareta, er i alders- og sykehjem kommunens ansvar etter kommunehelsetjenesteloven.²

Tilsvarende gjelder det at en del av de tekniske hjelpemidlene som Folketrygden finansierer og låner ut til hjemmeboende, ikke kan lånes av beboere i alders- og sykehjem. Spesialisthelsetjenester, som hører inn under de regionale helseforetakene (tidligere fylkeskommunene), finansieres derimot på samme måte for beboere i kommunale institusjoner som for andre.

Bakgrunnen for disse begrensningene i Folketrygdens forpliktelser er at sykehjemmene tidligere *som institusjon*, på samme måte som sykehusene, fikk refusjon for en stor del av driftsutgiftene. Aldershjemmene mottok derimot ikke slik direkte stønad. Beboerne her hadde da også fram til 1.1.1995 individuell rett til stønad til blant annet legemidler og sykepleieartikler (dvs på blå resept). Etter dette tidspunkt har finansieringsordningene for beboere i aldershjem og sykehjem vært identiske. Samlet medfører dette at finansiering og brukerbetaling for en rekke ytelser for pleietrengende personer avhenger av om mottakeren bor i institusjon eller i sitt eget hjem/omsorgsbolig. Figur 1.1 på neste side viser dette skjematisk.

Figur 1.1. Brukerbetaling og finansiering av helsetjenester og tekniske hjelpemidler etter om

¹ *Institusjon* blir her og i det følgende brukt synonymt med *alders- og sykehjem*.

² *Lov av 19. november 1982 om helsetjenesten i kommunene.*

brukeren bor på institusjon eller er hjemmeboende.

	Brukerbetaling	Offentlig finansiering ^{a)}	
		Kommunen dekker:	Folketrygden yter stønad til:
Beboere i institusjon (alders- eller sykehjem)	Egenandel inngår i betalinga for oppholdet (vederlaget).	Legemidler og sykepleieartikler Allmennlegetjenester Fysioterapi Egenandeler ved spesialisthelsetjenester og reise til spes.helsetj. Merutgifter ved sykdom, skade eller lyte Større tekniske hjelpemidler (senger, personløftere mm) Sykepleie Annen hjelp	Spesialisthelsetjenester Reise til spesialisthelsetjeneste Ortopediske hjelpemidler Tekniske hjelpemidler til forflytning og kommunikasjon ^{b)}
Hjemmeboende (inkl. beboere i omsorgsbolig)	Egenandel for enkelte tjenester. Legemidler og sykepleieartikler uten trygderefusjon må brukeren betale i sin helhet.	Hjemmesykepleie og personrettet hjemmehjelp Hjemmehjelp (fratrukket egenandel) Tekniske hjelpemidler til korttidsbruk	Nødvendige legemidler og sykepleieartikler ^{c)} Allmennlegetjenester Fysioterapi Spesialisthelsetjenester Reise til undersøkelse eller behandling Visse merutgifter ved sykdom, skade eller lyte ^{d)} Ortopediske hjelpemidler Alle typer tekniske hjelpemidler

^{a)} Flere av tjenestene som er ført opp som folketrygdfinansierte har også tilskudd fra kommunen (allmennlegetjenester og fysioterapi), eller fra regionalt helseforetak (spesialisthelsetjenester).

^{b)} Dvs rullestoler, rullatorer og hjelpemidler ved nedsatt syns-, hørsels- eller taleevne.

^{c)} Inkludert både blåresept- og bidragsordningen.

^{d)} Dvs grunnstønad og hjelpestønad.

En likebehandling på den måten at de ordninger som gjelder *utenfor* institusjonen blir gjort gjeldende uansett boform, vil medføre at Folketrygden får et finansieringsansvar for en rekke helsetjenester som i dag er kommunens ansvar. For Folketrygden vil en ny finansieringsordning, i det følgende også omtalt som *arenauavhengig finansiering*, bety merutgifter på følgende områder:

1. Legemidler på blå resept.
2. Sykepleieartikler på blå resept.
3. Legemidler og sykepleieartikler som det kan ytes *bidrag* til.
4. Allmennlegetjenester.
5. Fysioterapi.
6. Spesialisthelsetjenester (refusjon av egenandeler).
7. Reise til spesialisthelsetjenester (refusjon av egenandeler).
8. Grunnstønad (kontantytelse som dekker merutgifter ved varig sykdom, skade eller lyte).
9. Større tekniske hjelpemidler (senger, personløftere mm).

I det følgende vil tjenestene under punkt 1 til og med 8 bli omtalt som *helsetjenester* i motsetning til punkt 9, *tekniske hjelpemidler*. Dette skillet kan synes vilkårlig, men vil i vår sammenheng være hensiktsmessig. Det er blant annet slik at helsetjenestene under punkt 1 - 8 forbrukes fortløpende, mens de aktuelle tekniske hjelpemidlene vil ha mange års levetid.¹

Når egenandelene i punkt 6 og 7 kan anses som nye utgifter for folketrygden skyldes det at denne brukergruppen, under en ny finansieringsordning, med få unntak vil ha så store utgifter til egenandeler at de vil nå egenandelstaket. I beregningene i kapittel 4 vil det bli lagt til grunn at dette vil gjelde for alle beboere i alders- og sykehjem.

I rapporten vil det argumenteres for at en konsekvent gjennomføring av tjenestebasert brukerbetaling på enkelte områder blir så upraktisk at prinsippet bør fravikes. I *noen henseende* bør særskilte ordninger opprettholdes for den mest pleietrengende del av befolkningen.²

Utgiftsøkningen for Folketrygden vil sannsynligvis ha to komponenter. I tillegg til utgiftene ved å overta finansieringen av ytelser som tidligere har vært kommunens ansvar, må vi også regne med at en ny ordning vil medføre utgiftsøkning ved at den utløser høyere forbruk eller dårligere ressursutnyttelse.

En ny finansieringsordning vil ha konsekvenser på det administrative plan, dels i forbindelse med selve omleggingen, dels av permanent art. De økonomiske virkningene som dette måtte ha for Folketrygden, er *ikke* utredet i dette prosjektet.

Resten av rapporten er disponert som følger. I kapittel 2 vil det bli kort redegjort for de tre boformene sykehjem, aldershjem og omsorgsbolig. Kapittel 3 tar for seg metodespørsmål. I kapittel 4 presenteres de antatte utgiftsøkningene for Folketrygden når det gjelder helsetjenester, og i kapittel 5 tilsvarende for tekniske hjelpemidler. En kort oppsummering følger i kapittel 6.

2. Kort om boformene i eldreomsorgen

¹ De førstnevnte er da også med unntak av grunnstønad, plassert i folketrygdlovens kapittel 5, *Stønad ved helse-tjenester*.

² Dvs alle som i dag bor i sykehjem, og de fleste som bor i aldershjem.

Sykehjem er regulert i *Lov om helsetjenesten i kommunene* (§ 1-3). Kommunene er pålagt å sørge for "sykehjem eller boform for heldøgns omsorg og pleie". Dette gjøres vanligvis ved at kommunene eier og driver sine egne sykehjem. Oppgaven kan også løses gjennom avtaler om drift med andre kommuner eller med private. Det foreligger en del krav til sykehjem som ikke gjelder for aldershjem. Boformen skal blant annet ha tilknyttet "en lege som skal ha ansvaret for den medisinske behandling" og "en offentlig godkjent sykepleier som skal ha ansvaret for sykepleien".¹ Sykehjemsforskriften omfatter bare boformer for personer som trenger medisinsk eller helsemessig heldøgns omsorg.²

Sykehjemmene er primært rettet mot den eldre del av befolkningen (se også tabell 3.2). Det har lenge vært en klar politisk målsetning at ingen yngre funksjonshemmede skal bo i sykehjem dersom de sjøl ikke ønsker det.³

Aldershjem er regulert i *Lov om sosiale tjenester* (§ 4-2). Aldershjemmene er ment for eldre mennesker med et mindre pleiebehov enn de sykehjemmene retter seg mot. I dag etableres det ikke nye aldershjem, og en del av de eksisterende blir gjort om til sykehjem. Omsorgsboliger og hjemmebasert omsorg er i ferd med å ta over den oppgaven aldershjemmene har hatt. Mange aldershjem fungerer i praksis som sykehjem på grunn av mangel på sykehjems plasser.

Som nevnt i forrige kapittel, er beboere i aldershjem og sykehjem underlagt de samme finansieringsordninger. I denne rapporten vil det derfor ikke bli skilt mellom disse to boformene.

Omsorgsbolig er ikke et lovregulert botilbud slik sykehjem og aldershjem er. Det foreligger imidlertid detaljerte retningslinjer for denne type boliger gitt i rundskrivet *Omsorgsboliger – en veileder*.⁴ Boligene skal være "fysisk tilrettelagt slik at beboerne etter behov skal kunne motta heldøgns pleie og omsorg". Men i motsetning til i alders- og sykehjem inngår pleie og omsorg ikke som en integrert del av boforholdet. I noen tilfeller har omsorgsboligene riktig nok en mindre bemanning, men hovedprinsippet er at beboerne får tildelt hjemmetjenester

¹ Forskrift av 14.11.1988 for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie (sykehjemsforskriften), § 3-2.

² Jf. Rundskriv I-63/90 fra Sosial- og helsedepartementet.

³ Jf. Innst. S. nr. 114 (1997-98). *Innstilling fra sosialkomiteen om resultater og erfaringer fra Regjeringens handlingsplaner for funksjonshemmede og veien videre.*

⁴ Rundskriv I-29/97 fra Sosial- og helsedepartementet og H-24/97B fra Kommunal- og arbeidsdepartementet.

etter en individuell vurdering på samme måte som andre hjemmeboende. Bare vaktmestertjeneste vil normalt være inkludert i husleien. Boligene tildeles etter behov, men beboerne har et ordinært leieforhold med full råderett over boligen.¹

Kommunene får, som for sykehjem, tilskudd fra staten til bygging av omsorgsboliger, og disse utgjør en stadig større del av botilbudet for den eldre del av befolkningen.

Tabell 2.1 viser utviklingen når det gjelder antall alders- og sykehjemsplasser og omsorgsboliger fra 1996 til og med 2000.

Tabell 2.1. Plasser i institusjoner for eldre og funksjonshemmede,² og omsorgsboliger. 1996-2000.

	1996	1997	1998	1999	2000
Plasser i institusjon ^{a)}	43 735	43 377	43 196	43 240	42 876
Sykehjemsplasser	33 718	34 291	34 784	35 704	36 142
Aldershjemsplasser	8 934	8 302	7 636	6 812	6 085
Andre plasser	1 083	784	776	724	649
Omsorgsboliger		5 357	7 226	10 120	13 132

^{a)} Institusjoner som var i drift per 31.12.2000.

Kilde: Statistisk sentralbyrå

Som tabellen viser, har antall sykehjemsplasser vært stabilt de siste åra. Tallet på alderhjemsplasser har sunket noe, mens antall omsorgsboliger har vokst raskt.

Den pleie- og omsorgstrengende del av befolkningen utgjør i overkant av 120 000 personer. Av disse bor omtrent 1/3 i alders- eller sykehjem, mens omtrent 2/3 bor i vanlig bolig eller omsorgsbolig.

3. Utvalg og metode

¹ En beboer på et alders- eller sykehjem kan derimot være nødt til å skifte rom, og permanent eller periodevis dele rom.

² Statistisk Sentralbyrå benytter vanligvis betegnelsen *institusjon for eldre og funksjonshemmede* for institusjonaliserte botilbud i kommunehelsetjenesten. Som det framgår av tabellen over, er dette i stor grad sammenfallende med alders- og sykehjem. *Andre plasser* kan være barneboliger.

Folketrygdens utgiftsøkning i tilknytning til *helsetjenestene* vil bli estimert ved at vi måler omfanget av de aktuelle tjenestene under dagens regelverk, og så forutsetter at *omfanget per institusjonsbeboer vil bli det samme også under en ny finansieringsordning*. Når det gjelder *tekniske hjelpemidler*, vil vi også forsøke å beregne *etterspørselsøkningen* som vi antar vil komme under en eventuell ny form for finansiering.¹

Forutsetningen om at en endret finansieringsordning ikke vil påvirke forbruket av helsetjenester, er ikke uproblematisk. Den kan imidlertid forsvares ut fra følgende to grunner. For det første vil en pålitelig estimering av et eventuelt merforbruk som resultat av ny finansieringsordning forutsette helt andre metodiske tilnærminger enn det som har vært mulig innenfor rammene av dette prosjektet.

For det andre kan det være grunn til å anta at de tjenester det dreier seg om primært tildeles ut fra en *helsefaglig vurdering*, og at forbruket derfor ikke vil øke om vi får en større grad av tredjepartsfinansiering. I alle fall kan dette virke rimelig når det gjelder legemidler, sykepleieartikler, allmenn- og spesialistlegetjenester, samt slikt forbruk som utløser grunnstønning. For fysioterapi kunne dette imidlertid tenkes å forholde seg annerledes. Vår erfaring er at omfanget av slik behandling i alders- og sykehjem ligger klart under ønsket nivå. I tillegg er det i ferd med å oppstå et overskudd på fysioterapeuter.² Men som vi kommer tilbake til i neste kapittel, er det heller ikke for fysioterapi grunn til å anta at en ny finansieringsordning vil påvirke omfanget i særlig grad.

Et systemskifte kan virke utgiftsdrivende av andre årsaker enn at tjenestevolumet for beboerne øker. Ved dagens ordning har institusjonene en felles beholdning av legemidler og sykepleieartikler. Dersom disse produktene skal kjøpes inn av (for) den enkelte beboer, vil i alle fall legemidler måtte kasseres ved endret medisinerings og dødsfall.³ Vi kan heller ikke se bort fra at det i mindre grad vil bli økonomisert med artikler når disse blir betalt av en tredjepart, dvs. av Folketrygden. Et tredje forhold er at individuelle innkjøp kan fjerne muligheter til rabatter som store kommunale innkjøp gir.

Framgangsmåten

¹ Dette dreier seg slike tekniske hjelpemidler som hjelpemiddelsentralene i dag *ikke* låner ut til beboer i institusjon (jf. punkt 9 side 7).

² Se for eksempel *LO-blikk på arbeidsmarkedet*, 9/1999.

³ En del sykepleieartikler kan kanskje omsettes internt.

I møte med representanter fra daværende Sosial- og helsedepartementet 25.5.2001 ble den praktiske gjennomføringen av prosjektet drøftet. Vi ble enige om at hovedmetoden skulle være å kartlegge forbruket av stønadsberettigede tjenester for et utvalg alders- og sykehjemsbeboere. Størrelsen på utvalget ble satt til 350 – 400 beboere fordelt på 30 - 40 institusjoner. Vi antok at forbruket av legemidler og sykepleieartikler vanskelig kunne kartlegges på denne måten. Omfanget av dette ville vi derimot kunne hente ut direkte fra institusjonenes regnskap.

I noen grad kan det være arbeidsdeling mellom institusjonene i en kommune. I de kommunene som fortsatt har aldershjem vil det i prinsippet være slik, men også andre former for spesialisering kan forekomme. Vi fant det derfor nødvendig å ta med *samtlig*e alders- og sykehjem når det først er flere institusjoner i samme kommune. Vi startet derfor med å gjøre et utvalg av kommuner. To kriterier ble lagt til grunn. For det første ble kommunene valgt blant de som deltar i Kostra.¹ Dette ble gjort fordi Kostra-databasen gir oss tilgang til mye relevant informasjon.² For det andre ble kommunene, med noen få unntak, trukket fra Østlandsområdet innenfor en avstand på ca 3 timers reise fra Oslo. Dette ble gjort av tids- og ressurshensyn. Opprinnelig var seks kommuner utenfor denne regionen tatt med. Bare tre av disse ble med i nettoutvalget.

Avgrensingen til Østlandet er ikke uproblematisk. For eksempel varierer tilgangen på leger og fysioterapeuter geografisk. Dette kan igjen påvirke omfanget av lege- og fysioterapi-tjenester i institusjonene. Et annet forhold som kan spille inn er at avstanden til spesialisthelsetjenester normalt vil være kortere på Østlandet enn i andre landsdeler. På den annen side, om kommunene skulle vært trukket fra hele landet, ville det innefor de avtalte rammer vært nødvendig å redusere antall enheter betraktelig.

Vi antok at helsestand og behov i eldre år ville variere lite mellom geografiske områder i landet. Likevel måtte vi gå ut fra at variasjon i dekningsgraden ville påvirke sammensetningen av de problemer og behov vi ville møte i institusjonene. Dekningsgraden, målt som antall plasser per innbygger over 80 år, varierer betydelig mellom kommunene. Derfor ble utvalget av kommuner stratifisert på dekningsgrad for å få et mest mulig representativt utvalg med hensyn på dette parameteret.

¹ Kommunestatrappotereringen i regi av Statistisk Sentralbyrå. Av landets 434 kommuner deltok 217 i Kostra i 2000.

² Med flere kilder til data om de samme forhold, ble det også mulig å kontrollere kvaliteten både på våre egne og på Kostras data.

I juni 2001 henvendte vi oss skriftlig til et bruttoutvalg på 36 kommuner (se vedlegg 1). Tre kommuner kunne av kapasitetshensyn ikke delta. To kommuner ble senere utelatt av oss på grunn av lang reiseavstand. Nettoutvalget ble da på 31 kommuner.

I løpet av sommeren og høsten 2001 ble 45 alders- og sykehjem i disse kommunen besøkt.¹ Totalt ble årsforbruket av helsetjenester kartlagt for 442 beboere.² I tillegg til individdataene ble også avdelingenes beholdning av tekniske hjelpemidler som senger med heveanordninger, personløftere, dusjstoler mm registrert. Dette er hjelpemidler som per i dag er et kommunalt ansvar i institusjon, og som hjelpemiddelsentralene derfor ikke låner ut til alders- og sykehjembeboere.

På de første institusjonen spurte vi også om pasientenes beholdning av *hjelpemidler til forflytning og kommunikasjon*, dvs rullestoler, rullatorer og hjelpemidler ved nedsatt syns-, hørsels- eller taleevne. Disse hjelpemidlene har beboere i institusjon den samme adgang til å låne som hjemmeboende har. Av den grunn valgte vi etter hvert å utelate denne registrering til fordel for en kartlegging, ikke bare av *beholdningen*, men også av det *udekkede* behovet for hjelpemidler som i dag ikke kan lånes fra hjelpemiddelsentralene.

Tabell 3.1. Besøkte institusjoner etter type.

	Antall
Sykehjem	34
Aldershjem	9
Kombinerte alders- og sykehjem	2
Totalt	45

Under arbeidet med datainnsamlingen oppdaget vi at det var mulig å hente mer informasjon fra institusjonenes regnskap enn det vi opprinnelig hadde antatt. Dette dreide seg om utgifter til legevakt, egenandeler ved bruk spesialisthelsetjenester, og egenandeler ved reise til spesialisthelsetjenester. Disse postene har ikke egne kontoer i regnskapet, men kan beregnes med assistanse fra personalet.

¹ Det er betydelig variasjon i størrelsen på institusjonene, i vårt materiale fra 9 til 216 plasser. For øvrig kan inndelingen i institusjonsenheter være mindre relevant i kommuner med integrering av institusjonsbasert og hjemmebasert omsorg, og inndeling i soner.

² Etter å ha nådd et høyt antall beboere, ble en del besøk gjennomført uten innsamling av denne type data til fordel for større vekt på å kartlegge hjelpemiddelbehovet.

I løpet av oktober og november tok vi telefonisk kontakt med institusjoner som tidligere hadde blitt besøkt, med forespørsel om regnskapsdata. Noen institusjoner som var blitt utelatt fra det opprinnelige utvalget, ble også kontaktet på denne måten. Dette innebar en endring i designet og tidsplanen, men ga oss en mulighet til å benytte to *uavhengige* datakilder til estimering av flere av de relevante størrelsene.

Totalt har vi detaljerte data fra institusjonsdriften i 31 kommuner. Alders- og sykehjemmene i disse kommunene huser til sammen 3 454 beboere, dvs 8 prosent av den totale alders- og sykehjemsbefolkningen i landet. Disse dataene, samt andre informasjonen som er innhentet, kan grupperes i følgende kategorier:

1. Individdata

Dette dreier seg om opplysninger om hva beboerne har benyttet av spesialisthelsetjenester,¹ transport til spesialisthelsetjenester, legevakt, fysioterapi og tannlege. Kartleggingen er gjort for et utvalg på 442 alders- og sykehjemsbeboere, og gjelder forbruket for hele året 2000. Belegget ved årets slutt ble lagt til grunn. Når disse beboerne ikke hadde et fullt års opphold bak seg, er forbruket ”framskrevet” for et helt år.² Opplysningene er innhentet gjennom intervju med avdelingssykepleierne, noen ganger i samråd med annet personale. Informantene har dels basert seg på hukommelse, dels på kardeks og journal (jf. vedlegg 2).

Denne datainnsamlingen inkluderte også spørsmål om eventuelt forbruk som kan gi rett til *grunnstønad*. For en del beboere har vi i tillegg opplysninger om bruk av *ortopediske* hjelpemidler og tekniske hjelpemidler til forflytning og kommunikasjon (jf. vedlegg 3).

Tabell 3.2 på neste side viser aldersfordelingen i utvalget sammenlignet med aldersfordelingen i kommunale institusjoner totalt.

¹ Spesialisthelsetjenester omfatter i denne sammenheng private legespesialister, poliklinikk, røntgen og laboratorier.

² Dette ble gjort på en måte som korrigerer for at forbruket av helsetjenester normalt vil være høyest umiddelbart etter innflytting.

Tabell 3.2. Aldersfordelingen i vårt utvalg, og i institusjoner for eldre og funksjonshemmede totalt i 2000. Prosent.

	Utvalget			Institusjoner totalt ^{a)}
	Kvinner	Menn	I alt	
Under 67 år	1,6	7,0	3,2	3,8
67 - 74 år	7,7	12,4	9,1	7,6
75 - 79 år	11,2	17,1	12,9	14,0
80 år og over	79,6	63,6	74,9	74,6
80 - 84 år	22,4	27,1	23,8	23,7
85 - 89 år	27,2	20,2	25,1	27,2
90 år og over	30,0	16,3	26,0	23,7
(N)	(313)	(129)	(442)	(42 236)
	100	100	100	100

^{a)} Kilde: Statistisk Sentralbyrå.

Utvalgsskjevheten med hensyn på aldersfordeling er korrigert ved vekting av enhetene. I utvalget av beboere som ligger til grunn for individdataene er 71 prosent kvinner, mens det tilsvarende tallet for populasjonen i kommunale institusjoner for eldre og funksjonshemmede ikke foreligger. Manglende verdier er erstattet av estimater på grunnlag av regresjonsmodeller med kjønn, alder og institusjonstype (dvs aldershjem eller sykehjem), og interaksjonen mellom disse, som prediktorer.

2. Institusjonsdata

Dette er opplysninger om avdelingenes eller institusjonenes beholdning av hjelpemidler som senger, trykkavlastningsmadrasser, personløftere, takheiser, dusjstoler mm. For 24 institusjoner har vi kartlagt det udekte behovet for denne type hjelpemidler, med hovedvekt på senger og personløftere. Disse informasjonene er også innhentet ved avdelingsledernes hjelp (jf. vedlegg 4).

3. Regnskapsdata

Dette er opplysninger hentet fra den enkelte institusjon eller kommunes regnskap, og dreier seg om utgifter til legemidler, sykepleieartikler, legevakt, spesialisthelsetjenester og reise til spesialisthelsetjenester. I tillegg kommer data om institusjonenes tilsynslegeavtale. Det er regnskapene for år 2000 som er benyttet (jf. vedlegg 5).

4. Data fra offentlig statistikk

I noen tilfeller bygger våre beregninger på data fra offentlig statistikk. Dette gjelder for institusjonenes utgifter til legemidler og sykepleieartikler, og for antall lege- og fysioterapiårsverk. Utgiftene til legemidler og sykepleieartikler inngår i Kostra.¹ For 2000 innebærer det data fra 188 av landets kommuner. Vi har benyttet dette materiale korrigert for en del åpenbare feil. Mer om dette i neste kapittel (se avsnittene 4.1 og 4.2).

Opplysninger om antall beboere i kommunale institusjoner, og antall lege- og fysioterapiårsverk er hentet fra Statistisk Sentralbyrås landsdekkende statistikk.

5. Annen informasjon

Vi har hatt samtaler med 15 hjelpemiddelsentraler om kvalitet og levetid på senger og personløftere. To fylkestrygdekontor og 13 trygdekontorer med regionalt ansvar for grunnstønad er kontaktet med spørsmål om relevansen av grunnstønad for den eldre del av befolkningen. Samtlige av landets 19 fylkeslegekontorer er kontaktet for å kartlegge omfang og mønster i tildeling av fastlønnstilskudd til kommunalt ansatte fysioterapeuter. Vi har vært i kontakt med 27 private eller privat drevne sykehjem med spørsmål om hvordan fysioterapi er organisert og finansiert i disse institusjonene.

Figur 3.1 viser hvilke datakilder som har vært de sentrale for den enkelte tjeneste. Oversikten inneholder bare de helsetjenester og hjelpemidler som vil utløse merutgifter for Folketrygden ved en ny finansieringsordning. Som det framgår over er det også samlet inn data om tjenester der vi ikke vil få slike konsekvenser, som tannlege, ortopediske hjelpemidler og tekniske hjelpemidler til forflytning og kommunikasjon.

Figur 3.1. Skjematisk oversikt over informasjonskilder for de forskjellige helsetjenestene og tekniske hjelpemidler.

Datakilder	Legemidler	Sykepleieartikler	Tilsynslege	Fysioterapi	Legevakt	Spesialisthelsetjenester	Reise spes. h.tj.	Grunnstønad	Tekniske hjelpemidler ^{a)}	
									Beholdning	Udekket behov
Intervju med ansatte i institusjonene				x	x	x	x	x	x	
Lokalt regnskap	x	x	x		x	x	x			
Offentlig statistikk	x	x	x	x						
Forskjellige offentlige etater				x				x	x	

^{a)} Tekniske hjelpemidler som per i dag ikke lånes ut til institusjon.

¹ I Kostra benyttes betegnelsene *medikamenter* og *medisinsk forbruksmateriell* om henholdsvis legemidler og sykepleieartikler.

4. Nye utgifter til helsetjenester ved innføring av ny finansieringsordning

Som omtalt i forrige kapittel er det sannsynlig at konsekvensene for Folketrygden av en ny finansieringsordning vil arte seg forskjellig for helsetjenester og tekniske hjelpemidler. I dette kapitlet vil vi estimere merutgiftene på *helsetjenesteområdet* dersom de stønader som gjelder utenfor institusjonen blir gjort gjeldende for beboere i alders- og sykehjem. Det vil også kort bli redegjort for nye utgifter som vil bli belastet beboerne.

4.1. Legemidler

Utenfor institusjonen yter Folketrygden stønad til legemidler enten pliktmessig etter folketrygdlovens § 5-14 (blå resept) eller i form av *bidrag til spesielle formål* etter lovens § 5-22. Egenandelen i blåreseptordningen faller bort for legemidler og sykepleieartikler (jf. avsnitt 4.2) for alders- og uførepensjonister fra 1.10.2002. For bidrag er *hovedregelen* fra 1.1.2002 at 90 prosent av kostnadene ut over 1 200 kroner dekkes.¹ Ved kreftsykdom (og immunsvikt) innebærer bidrag *full* dekning. Medisiner mot alzheimer demens er per i dag bidragsberettiget, men disse legemidlene er i forslag til revidert nasjonalbudsjett foreslått tatt inn i blåreseptordningen fra 1.7.2002.² For en del legemidler ytes det ingen form for stønad. Dette gjelder blant annet for vanedannende medisiner av beroligende og søvnfremkallende art, med unntak for langtkommen, uhelbredelig sykdom.

Når vi fordeler legemiddelutgiftene ved institusjonene i vårt utvalg på antall beboere, kommer vi fram til en årlig kostnad per beboer på 8 280 kroner. Den tilsvarende størrelsen beregnet på grunnlag av kommunenes rapportering til Kostra er 8 400.³

At disse to tallene er såpass like, er bare i begrenset grad egnet til å styrke *påliteligheten*. På den annen side styrker det tiltroen til vårt utvalgs *representativitet*. Begge bygger på institusjonenes/kommunenes regnskapsførte utgifter på kontoen Medikamenter, og represen-

¹ Kravet om at "utgifter til det enkelte bidragsformål må overstige 1200 i kalenderåret" er definert slik at "utgifter til bandasje- og forbruksmateriell og legemidler, anses som utgifter til ett og samme formål" (Rundskriv fra Rikstrygdeverket av 01.05.1997 til folketrygdlovens § 5-22).

² Dette gjelder Aricept, Exelon og Reminyl.

³ Åpenbart feilaktige tall i Kostra-statistikken er i den grad det har latt seg gjøre korrigert. Ved manglende data har vi supplert med opplysninger fra vår egen undersøkelse når det har vært mulig.

ter i prinsippet samme kilde til informasjon. Det første tallet bygger på materiale fra de 31 kommunene i vårt utvalg, det andre på rapporterte utgifter for 201 av de 217 kommuner som deltok i Kostra i 2000.

I og med at ikke alle legemiddelutgifter refunderes, vil utgiftene for Folketrygden under en eventuell ny finansieringsordning bli mindre enn institusjonenes totale kostnader. Farmasøyter ved Ullevål og Strømsø apotek, apotek som leverer legemidler til alders- og sykehjem i henholdsvis Oslo og Drammen, har vært behjelpelige med å beregne en fordelingsnøkkel (jf. vedlegg 6). Ifølge disse er i underkant av 70 prosent av leveransene legemidler som normalt ville blitt skrevet ut på blå resept, eller fått *full* bidragsdekning. Den siste gruppen legemidler utgjør en liten andel på rundt tre prosent.

Beregningene fra Strømsø apotek viser at bare omtrent to prosent av leveransene består av legemidler som gir rett til bidrag etter hovedregelen, og dette reduseres ytterligere hvis medisiner mot Alzheimer demens innlemmes i blåreseptordningen.¹

For en del legemidlers vedkommende vil *diagnosen* være avgjørende for hvorvidt medikamentet kommer inn under refusjonsordningene. Dermed er det ikke mulig for apotekene å plassere alle legemidler i forhold til stønadsordningene.

Forutsatt at medisiner mot Alzheimer demens blir tatt inn i ordningen med blå resept, vil 70 prosent av utgiftene til legemidler bli refundert. Det aller meste pliktmessig etter folketrygdlovens § 5-14. Om vi legger gjennomsnittet av tallene over til grunn, vil dette gi 5 840 kroner i økte utgifter for Folketrygden per beboer per år (8 340 kroner * 0,7). I løpet av 2000 falt prisindeksen for legemidler på blå resept med 6 prosent for så å holde et stabilt nivå. Nye produkter kompliserer bildet. Korrigert for en prisnedgang på 2 prosent ender vi på 5 720 kroner.

4.2. Sykepleieartikler (medisinsk forbruksmateriell)

På samme måte som for legemidler yter Folketrygden utenfor institusjonen stønad til sykepleieartikler enten pliktmessig etter folketrygdlovens § 5-14 eller som bidrag etter § 5-22.

¹ Sjøl om vi sannsynligvis har et stort innslag av Alzheimer demens blant beboere i sykehjem, har vi i dag et lavt forbruk av medisiner mot denne lidelsen i institusjonene. Dette skyldes dels den oppfatning at medisiner ikke har effekt når sykdommen er langt utviklet, dels at beboerne ikke er utredet. Det siste ble også nylig påpekt i en rapport fra Helsetilsynet (Aftenposten 8.3.2002).

Ved å fordele utgiftene til *medisinsk forbruksmateriell* for institusjonene i vårt utvalg på antall pasienter, kommer vi fram til en årlig kostnad per beboer på 7 510 kroner. Det tilvarende tallet beregnet på grunnlag av innrapportering til Kostra er 7 070 kroner. Her er det en viss uoverensstemmelse mellom tallene. Dette kan skyldes utvalgskjevhet. I begge tilfeller dreier det seg om *utvalg*, på henholdsvis 31 og 199 kommuner.

En annen feilkilde kan ligge i rapportering til Kostra. Flere kommuner fører utgiftene til inkontinensartikler på egen konto. Dette kan ha medført at disse utgiftene, som utgjør omtrent halvparten av denne type kostnader, ikke alltid har kommet med i rapporteringen av medisinsk forbruksmateriell.

For en del kommuner er det grunn til å anta at utgiftene til legemidler feilaktig har blitt inkludert i posten for medisinsk forbruksmateriell. Der dette er åpenbart har vi splittet opp beløpet ved at gjennomsnittsfordelingen mellom de to utgiftspostene er blitt lagt til grunn. I tvilstilfeller er kommuner blitt utelatt.

Om forskjellen mellom beløpene skyldes utvalgsfeil, er det grunn til å anta at tallet for de 31 kommunene i vårt utvalg er minst pålitelig. Om årsaken primært ligger i feil registrering og/eller rapportering, er tallene fra SSB's Kostra-statistikk minst pålitelige. Legger vi oss i midten, får vi 7 290 kroner per beboer per år.

Det må tilføyes at det ikke er sjølsagt hva som skal regnes som *medisinsk forbruksmateriell*. I fordelingsprinsippene for Kostra blir kontoen presisert slik: "Mindre medisinsk utstyr, rekvisita. Laboratorierekvisita. Medisinsk forbruksmateriell. Kjemikalier til medisinsk bruk. Røntgenrekvisita. Surstoff, lystgass, inkontinensartikler m.v."¹ Dette vil nødvendigvis være et område med uklare grenser, og det er grunn til å tro at det vil variere noe mellom institusjonene hva som blir ført på kontoen.

Som for legemidler, vil ikke alle utgifter til sykepleieartikler bli refundert. En rekke produkter kommer imidlertid inn under ordningen med blå resept. Inkontinensartikler, katetre, stomi- og diabetesutstyr utgjør de største gruppene. Andre sykepleieartikler kan gi rett til bidrag. Dette vil først og fremst være bandasjer og annet materiell til sårbehandling.

En del medisinske forbruksvarer er kommunens økonomiske ansvar også i hjemmesykepleien. Det er derfor naturlig at dette *forblir* et kommunalt ansvar i alders- og sykehjem etter en reform. Det dreier seg om utstyr til prøvetaking og bearbeiding av prøver, utstyr til injeksjoner, engangshansker og forkle til personalet, pussbekken, medisinsbeger mm. I tillegg

¹ SSB: *Veileder for rapportering om ressursbruk i kommuner og fylkeskommuner*.

kommer forbruksvarer som beboerne under en ny finansieringsordning vil måtte betale av egen lomme, for eksempel hudkremer og såper.

Til å anslå sammensetningen av sykepleieartikler med hensyn på finansieringsansvaret har vi benyttet et materiale fra Medicus Engros as. Firmaet har all leveranse av sykepleieartikler til samtlige kommuner i Grenlandsregionen i Telemark, og har utarbeidet en oversikt over leveransene til blant annet alders- og sykehjemmene for de siste tre årene. En gjennomgang av denne statistikken tilsier at 48 prosent av institusjonenes utgifter til sykepleieartikler går til produkter som utenfor institusjon skrives ut på blå resept, og 10 prosent til produkter som dekkes av bidragsordningen etter hovedregelen. Rundt 28 prosent av utgiftene går til utstyr som vil være et kommunalt ansvar også etter en eventuell omlegging, og 14 prosent til forbruksvarer som beboerne sjøl vil måtte betale.¹

Om vi legger denne fordelingen til grunn, vil Folketrygden måtte refundere 3 540 kroner per beboer per år pliktmessig (blå resept). Beløpet er beregnet med utgangspunkt i 7 290 kroner i samlede utgifter til sykepleieartikler per beboer, og korrigert for prisstigning.²

Når det gjelder materiell som berettiger til bidrag, velger vi å legge til grunn at det meste (75 prosent) blir benyttet av et mindretall (15 prosent) av beboerne. Disse siste vil da i gjennomsnitt ha utgifter på 3 645 kroner til bidragsberettigede sykepleieartikler. Fratrasket 1200 kroner i egenandel og 10 prosent av det overskytende, vil Folketrygden måtte refundere 2 200 kroner *per bidragsmottaker*.³

I tillegg til slike sykepleieartikler som ikke kommer inn under noen av stønadsordningene, vil flertallet av beboeren ha utgifter til bidragsberettiget materiell, men uten at dette vil overstige 1 200 per år.

4.3. Tilsynslege

Utenfor institusjon yter Folketrygden stønad til undersøkelse og behandling hos lege etter folketrygdlovens § 5-4. I følge *sykehjemsforskriften* skal sykehjem alltid ha knyttet til seg en lege som har ansvaret for den medisinske behandling. Dette organiseres normalt gjennom avtaler med privatpraktiserende leger om et visst antall timer tilsyn per uke. Som en del av

¹ En takk til sykepleier Astrid Lillevik for hjelp til å "sortere" det medisinske forbruksmaterialet.

² Prisstigningen på de prisforhandlede produktene er lav, fra 2000 til 2001 på ca én prosent.

³ Dette er hva Folketrygden vil måtte refundere per "storforbruker". Disse antar vi, som nevnt, å utgjøre 15 prosent av beboerne. Folketrygdens bidragsrefusjon *per beboer* i alders- og sykehjem blir derfor langt mindre, jf. tabell 4.2.

fastlegeordningen, er legene som inngår slik avtale forpliktet til å ta del i de kommunale legeoppgavene, inkludert tilsynslegevirksomheten.¹ Stadig færre leger er kommunalt ansatte, og vi vil i det følgende legge til grunn at legetjenestene i alders- og sykehjem blir ytt av privatpraktiserende leger.

Under dagens ordning finansierer kommunene helt og fullt allmennlegetjenesten i sine institusjoner. En ny finansieringsordning, med stønad fra Folketrygden, kan tenkes organisert på i alle fall to måter:

1. Beboere på alders- og sykehjem benytter sin fastlege på linje med alle andre. Legen får refusjon fra trygden etter takstforskriften, og pasienten betaler egenandel. Dette vil gi full arenavhengighet.
2. Tilsynslegeordningen opprettholdes, og arbeidsgiver mottar en *fellesrefusjon* fra Folketrygden.² Institusjonen tar inn pasientens egenandel på vegne av trygden.

I det følgende legges alternativ 2 til grunn. Med dette alternativet er det også realistisk å forutsette at omfanget og de totale kostnadene ikke blir særlig forskjellig fra det vi har under dagens finansieringsordning.³ Alternativ 1 vil sannsynligvis gi større utgifter i form av betydelige transaksjonskostnader.

En tilsynslegeordning med fellesrefusjon vil ikke gi samme ordning som utenfor institusjon, men på dette punktet kan det være grunn til å fravike prinsippet. Hensikten med den type boforhold som det her handler om, er å samle mennesker med sterkt svekket helse på ett sted. Det kan da synes lite hensiktsmessig å organisere deres legetilsyn som om de bor hver for seg. Sjøl om en innføring av tjenestebasert brukerbetaling vil bety at alders- og sykehjem opphører som institusjoner slik vi kjenner dem i dag, legger vi til grunn at vi fortsatt skal ha et særskilt botilbud for den mest pleietrengende del av befolkningen.

Folketrygdens merutgifter ved en nyordning estimerer vi ved å beregne kostnadene ved dagens tilsynslegeordning. Dette kan vi gjøre både ved hjelp av våre data fra institusjonene, og ved hjelp av Statistisk sentralbyrås tall over årsverk i kommunehelsetjenesten.

Når vi fordeler de *avtalte* tilsynslegetimene ved institusjonene i vårt utvalg på antall beboere, får vi 9,9 timer per beboer per år. Om vi går ut fra at tilsynslege koster kommunene

¹ Jf. Forskrift av 14.04.2000 om fastlegeordning i kommunene, § 12 b.

² I tillegg vil legene motta per-capitatilskuddet i fastlegeordningen.

³ I NOU 1997:17 *Finansiering og brukerbetaling for pleie- og omsorgstjenester* drøftes fellesrefusjon som en mulig ordning for alle typer helsetjenester samlet.

640 000 kroner per årsverk, vil kostnaden per beboer bli på 3 590 kroner. Vi har da lagt til grunn en årslønn på 350 000 kroner samt praksiskompensasjon og sosiale utgifter.¹

$$(640\,000 \text{ kroner} / 1762,5 \text{ timer}) * 9,9 \text{ timer per beboer} = 3\,590 \text{ kroner}$$

SSB registrerte for året 2000 230 legeårsverk i institusjon for eldre og funksjonshemmede. Med de samme forutsetninger om lønnskostnader gir dette tilsynslegeutgifter på 3 485 kroner.

$$230 \text{ årsverk} * 640\,000 \text{ kroner} / 42\,236 \text{ beboere} = 3\,485 \text{ kroner}$$

Om vi tar gjennomsnittet av disse to beregningene, får vi tilsynslegeutgifter på 3 540 kroner per beboer per år.

Legeutgiftene vil imidlertid ikke bli refundert i sin helhet av Folketrygden. Egenandelen vil komme i fradrag. I vårt totale regnestykke for helsetjenestedelen legger vi imidlertid til grunn at samtlige beboere vil betale egenandeler opp til taket i frikortordningen. Dette beløpet, 1350 kroner i 2002, trekker vi fra når den samlede refusjon per beboer skal beregnes (jf. avsnitt 4.13 under). Vi kan derfor anlegge en *betraktningssmåte* der alle frikorttjenestene (ftrl. § 5-3) under en ny finansieringsordning i sin helhet belastes Folketrygden.

4.4. Fysioterapi

Omfanget av fysioterapi i alders- og sykehjem er mer komplisert å anslå enn omfanget av andre helsetjenester. For det første manglet våre informanter ofte eksakt kunnskap om hva beboerne hadde mottatt av fysioterapi. For det andre, i og med at fysioterapeutene normalt er kommunalt ansatte med arbeidsoppgaver også overfor andre grupper, vises ikke kostnadene for institusjonsdelen i regnskapene.

SSB registrerte for år 2000 354,6 årsverk fysioterapi i institusjoner for eldre og uføre. Dette tallet er også beheftet med betydelig usikkerhet. Nettopp fordi det normalt ikke er fastsatt hvor stor del av de kommunalt ansatte fysioterapeutenes arbeidstid som skal benyttes i institusjonene, er grunnlaget for rapporteringen dårlig.

¹ *Praksiskompensasjon* er et tillegg legene får som kompensasjon for avbruddet i sin legepraksis. Sosiale utgifter er beregnet som 25 prosent av lønn. Lønna tilsvarer omtrent lønnstrinn 53 i stat og kommune fra 1.5.2001.

Disse forholdene har imidlertid liten eller ingen betydning når vi skal beregne konsekvensene for Folketrygden av en ny finansieringsordning. Dette skyldes måten stønadene til fysioterapi er organisert på.

Folketrygden yter ordinær individuell stønad til undersøkelse og behandling hos privatpraktiserende fysioterapeut etter folketrygdlovens § 5-8. I tillegg ytes *fastlønnstilskudd* til dekning av kommunens utgifter til kommunalt ansatte fysioterapeut etter lovens § 5-21.¹ Det meste av behandlingen i alders- og sykehjem utføres av kommunalt ansatte fysioterapeuter. I tråd med det generelle prinsipp for finansiering av helsetjenester etter kommunehelsetjenesteloven, gir arbeid i institusjon isolert sett ikke rett til fastlønnstilskudd. Betingelsene for å få tilskudd er imidlertid formulert romslige. Fastlønnstilskudd gis hvis "stillingen utgjør mer enn 1/3 av full stilling og *er tillagt kurative oppgaver utenfor institusjon*".² Dette betyr at kommunene lett kan organisere fysioterapivirksomheten i alders- og sykehjem på en slik måte at de får fullt tilskudd fra Folketrygden for alle sine fastlønnede fysioterapeuter, inkludert de som har deler av sitt arbeid lagt til institusjon. Fastlønnstilskuddet utgjør mer enn 1/3 av de samlede lønnskostnadene. Kommunene vil derfor ha et sterkt incitament til å tilpasse seg et krav som også er lett å innfri.

Det foreligger ingen landsdekkende oversikt som kan fortelle om kommunene *faktisk* har ordnet seg slik. Men etter å ha kontaktet samtlige av landets Fylkesleger, som fram til 1. juni 2001 var tildelingsinstans, kan vi fastslå at det er tilnærmet sammenfall mellom antall fastlønnstillinger i kommunehelsetjenesten og antall fastlønnstilskudd.³ I de tilfellene der en kommune har stillinger som ikke utløser tilskudd, skyldes dette mest sannsynlig andre forhold enn at fysioterapeuten arbeider utelukkende i alders- eller sykehjem. Hvis administrative gjøremål utgjør mer enn halve stillingen, vil det ikke kunne ytes tilskudd. En fysioterapeut i deltidsstilling som samtidig har privatpraksis og avtale med kommunen om driftstilskudd, vil heller ikke gi rett til fastlønnstilskudd fra Folketrygden.

Konklusjonen blir at *en ny finansieringsordning der Folketrygdens stønader blir gjort gjeldene fullt ut også for alders- og sykehjemmene i praksis ikke vil utløse nye fastlønnstilskudd for kommunale fysioterapistillinger*. Dette betyr at en endret finansieringsordning heller ikke vil gi kommunene incitament til å opprette *flere* stillinger. Fysioterapitilbudet i institusjon kan også i dag utvides med fullt tilskudd fra Folketrygden. Lav behovsdekning i mange

¹ En tilsvarende todelt ordning gjaldt for legene før fastlegeordningen ble innført.

² Forskrift av 25.05.2001 om fastlønnstilskudd til delvis dekning av kommunenes utgifter til fysioterapitjenesten, § 2 (Min kursivering, L.S.)

³ Etter 1.6.2001 er det trygdekontorene som behandler søknader om fastlønnstilskudd.

alders- og sykehjem må derfor forklares enten med at kommunene ikke har økonomi til å dekke sin del av lønnskostnadene (omtrent 2/3), eller at det er mangel på fysioterapeuter.

Et usikkerhetsmoment er imidlertid knyttet til fysioterapi i private sykehjem. Når private konsern, etter anbud, driver større sykehjem, blir tjenesten normalt ivaretatt av ansatte fysioterapeuter. Disse har ikke den samme mulighet som kommunalt ansatte til å kombinere arbeid i og utenfor institusjon. Folketrygdlovens bestemmelser om fastlønnstilskudd er da også rettet mot *kommunale* stillinger.¹

Når det gjelder de tradisjonelle private institusjonene, drevet av familier eller ideelle organisasjoner, er bildet mer sammensatt. Noen har avtale om å benytte fysioterapitjenesten til den kommunen som kjøper plassene. Dette vil, som vist foran, normalt være stillinger som har fastlønnstilskudd fra Folketrygden. Andre ganger benyttes privatpraktiserende fysioterapeuter. I så fall vil det under dagens ordning ikke bli ytt stønad. For det tredje vil også tradisjonelle private institusjoner ofte ha *ansatte* fysioterapeuter. Da varierer praksisen. I noen tilfeller vil kommunen som kjøper plassene, rapportere og motta fastlønnstilskudd for stillingene.² Kravet om "kurative oppgaver utenfor institusjon" ivaretas ved at det for eksempel ytes fysioterapi til dagsenterbrukere. I andre tilfeller blir disse stillingen *ikke* tatt med i kommunen/bydelens søknad om tilskudd.

Dette har betydning for våre anslag. I og med at det i en del private sykehjem gis fysioterapi som per i dag ikke har stønad fra Folketrygden, vil dette nødvendigvis bety merutgifter for trygden hvis en konsekvent gjør gjeldende at trygdens stønader til helsetjenester skal ytes likt uansett boform.³ Det har ikke vært mulig for oss å skaffe nøyaktig oversikt over omfanget av fysioterapi *uten tilskudd* i privat drevne institusjoner. Dersom vi antar at fysioterapitilbudet er av samme omfang i private som kommunale institusjoner, og tar i betraktning at noe av den fysioterapi som ytes i disse institusjonene allerede utløser tilskudd, kan vi anslå at vi har omkring 25 fysioterapiårsverk *uten* tilskudd i private alders- og sykehjem. Fastlønnstilskuddet for 2001 er 123 500 kroner for en full stilling.⁴ Tilskudd til 25 nye stillinger vil bety en årlig samlet utgift på 3 millioner kroner for Folketrygden.

¹ "Trygden yter fastlønnstilskott som delvis skal dekke kommunens utgifter til fast ansatte fysioterapeuter" (ftrl. § 5-21).

² Ofte vil det dreie seg om *bydeler* i og med at en stor del av disse sykehjemmene selger sine plasser til Oslo eller Bergen.

³ Et helt annet spørsmål er hvordan de private driverene skal kunne tilpasse seg en overgang til tjenestebasert brukerbetaling. Både den tradisjonelle formen med å selge plasser til kommunene, og den nye med å delta i anbudskonkurranser, har den helhetlige institusjonsløsningen som forutsetning.

⁴ Fastlønnstilskudd utbetales på etterskudd. Størrelsen på tilskuddet 2002 vil først være klart i juli.

Prinsippet om at Folketrygden ikke yter stønad til førstelinjetjenester i alders- og sykehjem har altså praktiske konsekvenser for finansiering av fysioterapi i noen *private* virksomheter, men som vi har sett, ikke i de kommunale.

En ny finansieringsordning vil også medføre at noe av kommunenes kostnader med fysioterapi kan bli ført over på beboerne. Om dagens særordninger for institusjon avvikles, vil det kunne tas egenandel fra brukere i alders- og sykehjem. Og denne egenandelen inngår ikke i frikortordningen på linje med egenandelene for de øvrige helsetjenestene som omtales her. Men det må legges til at kommunene i dag sjelden benytter denne retten overfor *hjemmeboende* som mottar behandling av kommunalt ansatte fysioterapeuter. Hvis denne praksisen opprettholdes vil en ny finansieringsordning ikke medføre overføring av kostnader fra kommunen til beboerne.

Når kommunene sjelden har benyttet sin rett til å ta egenandel for fysioterapi, kan dette skyldes at det totalt vil dreie seg om lite penger. Røa bydel i Oslo har i en periode krevd egenandel fra brukere som mottar behandling i bydelens regi. Det dreier seg her om brukere med en helsetilstand som gjør at de ikke sjøl kan oppsøke et fysikalsk institutt, dvs brukere som vi antar har mye til felles med institusjonsbeboere. Bydelens erfaring er at bare 10 prosent av behandlingene er av en type som gir anledning til å ta egenandel. Resten er behandling som dekkes *fullt ut* av Folketrygden.¹ Det skulle indikere at heller ikke mer enn 10 prosent av behandlingene i alders- og sykehjem vil utløse egenandel.²

Våre individdata viser at beboere i alders- og sykehjem i gjennomsnitt mottar 8 behandlinger per år. Om vi legger til grunn ordinære behandlinger av 30 minutters varighet, blir gjennomsnittlig egenandelen per behandling 68 kroner. Med forutsetningen om at 90 prosent av behandlingene dekkes i sin helhet, vil egenandelutgiftene per beboer per år komme på i underkant av 60 kroner (8 behandlinger/10 * 68 kroner).

Det må legges til at denne tjenesten i større grad enn andre benyttes ulikt. Utgiftene til egenandeler for det mindretall som mottar fysioterapi, vil derfor bli betydelig høyere. Men dette altså under forutsetning av at kommunene begynner å kreve inn slike egenandeler, noe de færreste gjør i dag.

¹ Jf. Forskrift av 21.06.2001 om stønad til dekning av utgifter til fysioterapi, § 4.

² Fysioterapeuter med god kunnskap om arbeidsområdet finner dette rimelig.

4.5. Legevakt

Ved akutte behov vil institusjonene ofte måtte benytte legevakt. Ved hjelp av våre individdata kan vi anslå bruken av legevakt til noe under én gang (0,74) i året per person. For beboere i alders- og sykehjem kan vi forutsette at bruk av legevakt konsekvent innebærer at det er legen som kommer til pasienten. Rikstrygdeverkets registrering av sykebesøk hos pasienter 80 år og eldre for to måneder høsten 2000 viser en gjennomsnittskostnad per sykebesøk på 460 kroner. Beløpet inkluderer takst for sykebesøk, reisetillegg og skyssgodtgjørelse. Ved å legge til grunn den typiske legeregningen for en gruppe utenfor institusjon som vil være nokså lik institusjonsbefolkningen, vil de årlige legevaktutgiftene i den siste gruppen kunne anslås til 340 kroner per beboer per år (460 kroner * 0,74).

Våre regnskapsdata, dvs institusjonenes legevaktutgifter fordelt på antall beboere, gir samme kostnad; 343 kroner. Korrigert for takstøkning kan vi sette utgiftene for Folketrygden til 380 kroner per beboer per år.¹

4.6. Egenandeler ved bruk av privat spesialistlege, offentlig poliklinikk og røntgeninstitut

Spesialisthelsetjenester er et ansvar under de regionale helseforetakene, ikke et kommunalt ansvar slik allmennlegetjenesten er. Derfor er disse tjenestene *ikke* omfattet av vederlaget.² Dette medfører at Folketrygden yter stønad til spesialisthelsetjenester til beboere i alders- og sykehjem på samme måte som til hjemmeboende. Her har vi arenaavhengighet.

En ny finansieringsordning vil likevel få konsekvenser for Folketrygden. Dette skyldes at det i dag er institusjonene som betaler egenandelene, og institusjonene kan ikke benytte frikortordningen. Under en ny finansieringsordning vil disse egenandelene, med våre forutsetninger, bli refundert av Folketrygden.

Ved hjelp av våre individdata anslår vi bruken av privat spesialistlege og offentlig poliklinikk til omtrent én gang (0,93) per beboer per år. Egenandel ved vanlig konsultasjon hos spesialist var i år 2000 160 kroner fram til 10. juli, og 185 kroner etter denne dato. Dette gir

¹ Her, og i rapporten for øvrig, er de takster som gjelder per april 2002 lagt til grunn. Jf. *Forskrift av 22.05.2001 om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos lege og private medisinske laboratorie- og røntgenvirksomheter.*

² Jf. *Forskrift av 26.04.1995 om vederlag for opphold i institusjon mv.* § 7.

en gjennomsnittlige egenandel på 172,50 kroner. Folketrygdens utgift til refusjon ville dermed blitt 160 kroner per beboer i år 2000 ($172,50 * 0,93$).

Ved hjelp av samme type data kan vi anslå bruken av røntgen til omtrent én gang hvert tredje år per person (0,36 ganger per år). Egenandelen var 110 kroner fram til 10. juli og 120 kroner etter denne dato. Dette ville gitt Folketrygden en utgift på 40 kroner per beboer ($115 \text{ kroner} * 0,36$). Samlet ville spesialisttjenestene gitt trygden en årlig merutgift til refusjon av egenandeler på 200 kroner per beboer.

Våre regnskapsdata viser omtrent det samme. I gjennomsnitt betalte institusjonene i 2000 220 kroner per beboer i egenandeler for spesialisthelsetjenester. Om vi legger oss midt i mellom de to anslagene, og korrigerer for takstøkning, kommer vi fram til 230 kroner.

Analyse av laboratorieprøver finansieres dels av Folketrygden, dels av de nye helseforetakene. Det er ingen egenandel for sjølve analysen, bare for å ta prøven.¹ I alders- og sykehjem blir dette normalt gjort av ansatt personale. Dermed vil en ny finansieringsordning, forutsatt at den ikke motiverer til endret praksis, ikke utløse nye refusjoner fra Folketrygden på området laboratorietjeneste.

Et helt annet forhold er at mange alders- og sykehjem feilaktig betaler laboratoriene for prøveanalysene. Det råder stor usikkerhet om betalingsansvaret når institusjonene benytter laboratorietjenester. For øvrig viser våre intervjudata at det i gjennomsnitt blir tatt 3,4 prøver per beboer per år. Hvor mange analyser som blir gjort per prøvetaking varierer.

4.7. Egenandeler ved reise til undersøkelse eller behandling

Utenfor institusjon yter Folketrygden stønad til reise til undersøkelse og behandling etter folketrygdlovens § 5–16. Dette gjelder også for beboere i alders- og sykehjem så lenge det dreier seg om reise til spesialisthelsetjenester. Men også her vil en ny finansieringsordning få konsekvenser for Folketrygden ved at egenandelen, som i dag betales av institusjonen, vil bli belastet beboeren, og så bli refundert av Folketrygden (tilsvarende som i avsnitt 4.6).

Når det gjelder transport i forbindelse med allmennlegetjenester, er dette i dag kommunens økonomiske ansvar i alders- og sykehjem. Under en ny finansieringsordning vil det bli overført til Folketrygden, men i og med at det alltid vil være legen (tilsynslege eller legevakt) som oppsøker institusjonen, er refusjon for transport utgifter tatt med her.

¹ Fra 1.6.2001 35 kroner per taking.

Ved bruk av spesialisthelsetjenester derimot, vil det ganske konsekvent være pasienten som reiser. Slik transport vil normalt foregå med drosje, i praksis med følge. Ved noen anledninger blir det av helsemessige grunner benyttet ambulanse. I de tilfeller betaler institusjonen ingenting.

Våre individdata viser at beboerne i gjennomsnitt har 0,8 reiser per år av den kategori som utløser stønad fra Folketrygden. Egenandelen var i 2000 oppad begrenset til 160 kroner per tur-retur. Når vi legger til grunn maksimal egenandel, ville Folketrygdens utgifter per beboer bli 128 kroner (160 kroner * 0,8).

Om vi i stedet tar utgangspunkt i våre regnskapsdata får vi et betydelig høyere tall; 260 kroner per beboer. Det hefter usikkerhet ved dette beløpet. For en del institusjoner og kommuner lot det seg ikke gjøre å skille denne type transportutgifter fra annen transport. Datagrunnlaget for beregningen er derfor noe tynt. På den annen side er det mulig at vi i våre intervju har fått registrert for lavt antall reiser. Omfanget av spesialisttjenester kan tyde på det.¹ Om vi i stedet for 0,8 setter én reise per år, får vi et beløp på 160 kroner per beboer i egenandeler som Folketrygden hadde måttet refundere under en alternativ finansieringsordning. Korrigert for økning i satsene blir beløpet 180 kroner.²

4.8. Grunnstønad

Formålet med grunnstønad er å gi økonomisk kompensasjon for visse ekstrautgifter på grunn av varig sykdom, skade eller lyte. Etter den nye folketrygdloven (ftrl. § 6-3) kan grunnstønad bare ytes

- a) til drift av tekniske hjelpemidler
- b) til transport, herunder drift av medlemmets bil
- c) til hold av førerhund
- d) til teksttelefon og i særlige tilfeller til vanlig telefon
- e) ved bruk av proteser, støttebandasje o.l.
- f) på grunn av fordyret kosthold ved diett
- g) som følge av slitasje på klær og sengetøy

¹ Som nevnt vil dette dreie seg om reiser til polikliniske spesialisttjenester. Antall reiser blir noe lavere enn antall tjenester i og med at en del turer vil omfatte både behandling og røntgen.

² Fra 1.1.2002 er maksimal egenandel 180 kroner per tur-retur.

De årlige ekstrautgiftene må minst tilsvare laveste sats for å gi rett til grunnstønad. Når det forligger utgifter under flere av punktene, kan disse summeres. Fra 1.1.2002 er laveste sats 6396 kroner.

Hovedregelen er at retten til grunnstønad faller bort ved opphold i institusjon (ftrl. § 6-8). Våre erfaringer fra alders- og sykehjemmene tyder på at det bare i svært få tilfeller vil være aktuelt med grunnstønad sjøl om et nytt system for finansiering ble innført. Punktene *a*, *b*, og *c* er lite relevante for de det her gjelder. Slike utgifter forutsetter i praksis et høyere funksjonsnivå enn det vi i de fleste tilfeller finner hos beboere i institusjon for eldre. For yngre funksjonshemmede beboere stiller dette seg annerledes. Disse kan for eksempel ha ekstraordinære transportutgifter. Men som nevnt i kapittel 2, yngre mennesker utgjør en liten, og synkende, andel av alders- og sykehjemsbefolkningen.

Punkt *d* er langt på vei falt bort etter gjentatte innskjerpinger av kriteriene. Punkt *e* kan ha en viss relevans. Det dreier seg imidlertid ikke om *anskaffelse* av proteser og støttebandasjer, men om utgifter knytta til vedlikeholdet. Disse utgiftene er normalt små.¹

På forhånd antok vi at punkt *f* (fordyret kosthold ved diett) var det mest aktuelle for beboere i alders- og sykehjem. Våre intervju ga imidlertid *ingen* eksempler på at beboere hadde en slik diett på grunn av matallergi eller matintoleranse.²

På sykehjem vil høy frekvens av inkontinens medføre endel ekstra vask av klær og sengetøy. Men denne type utgifter (punkt *g*) utløser per i dag sjelden grunnstønad hos hjemmeboende. Liten bevegelsesevne hos et flertall av pasientene medfører økt slitasje på klær, og proteser og høye støttebandasjer gir automatisk laveste sats til dekning av ekstra klesslitasje. Utgifter til klær må imidlertid dekkes av egen lomme også for beboere på alders- og sykehjem. Ekstrautgifter til klær berettiger derfor til grunnstønad for disse allerede under dagens finansieringsordning. Grunnstønad kan ytes under oppholdet i institusjon "dersom medlemmet har spesielle personlige ekstrautgifter som faller utenfor forpliktelsene til den som er ansvarlig for driften av institusjon ..." (ftrl. § 6-8).³ Her foreligger med andre ord arenaavhengighet, og en ny finansieringsordning skal i prinsippet ikke gi nye utbetalinger av grunnstønad til dette formål. Det måtte i så fall være som et resultat av at en eventuell reform skapte større oppmerksom om slike rettigheter blant pleiepersonalet.

¹ Utgifter til anskaffelse av proteser og støttebandasjer dekkes etter folketrygdlovens § 5-15 *Ortopediske hjelpemidler mm*, jf. avsnitt 4.10 under.

² Sondemat dekkes av blåreseptordningen. Ernæringsstilskudd som ofte blir brukt ved cancer, dekkes i de tilfellene av bidragsordningen.

³ Jf. også Rundskriv fra Rikstrygdeverket av 01.05.1997, punkt 3.3.2.1.4

Konklusjonen blir at vi blant beboerne i alders- og sykehjem i liten grad finner slike ekstrautgifter som det i dag ikke kan søkes grunnstønad for, men som vil berettige til slik stønad under en ny finansieringsordning. På den annen side mottok per 30.9.2001 4,3 prosent av befolkningen over 80 år slik stønad.¹ Med få unntak dreier det seg om minstesats.

Om vi antar at to prosent av institusjonsbeboerne vil få grunnstønad etter minstesatsen under en ny finansieringsordning (i tillegg til de som måtte ha stønad fra før), vil dette totalt utgjøre 5,5 millioner kroner per år, og omtrent 130 kroner per beboer. Antagelsen om to prosent er nokså vilkårlig. På den annen side, om vi satte denne til *fire* prosent ville de økonomiske konsekvensene for Folketrygden fortsatt være små.

4.9. Hjelpstønad

Hjelpstønad etter folketrygdlovens § 6–4 ytes når varig sykdom, skade eller lyte medfører behov for særskilt tilsyn og pleie. Opphold i dagens alders- og sykehjem, med heldøgns pleie- og omsorg, gir ikke under noen omstendighet rett til hjelpstønad. Under en ordning med tjenestebasert brukerbetaling vil dette i prinsippet stille seg annerledes, men i praksis vil vi anta at hjelpstønad fortsatt vil være lite aktuelt i alders- og sykehjem etter en reform. I disse boformene vil det være naturlig at den kommunale pleie- og omsorgstjenesten dekker de behov hjelpstønaden er ment å i vareta.

4.10. Ortopediske hjelpemidler og proteser

Folketrygdens stønader til ortopediske hjelpemidler og proteser etter folketrygdloven § 5-15 ytes også til medlemmer som oppholder seg i institusjon.² (Dette punktet er senere flyttet til folketrygdloven § 10-7, bokstav i). Hjelpemidler som *bare* brukes i forbindelse med behandling, er unntatt fra dette. Disse utgjør imidlertid en minimal del av de ortopediske hjelpemidlene som blir benyttet i alders- eller sykehjem. På dette området har vi allerede arenauavhengig finansiering.

¹ I og med at de fleste fratas evt grunnstønad ved innflytting i institusjon, vil andelen stønadmottakere være litt høyere enn 4,3 prosent blant de hjemmeboende. De fleste av disse har fått stønaden tildelt på et tidligere tidspunkt i livet. Svært få blir tildelt grunnstønad etter fylte 70 år.

² Jf. rundskriv fra Rikstrygdeverket av 01.05.1997.

4.11. Tannhelsetjenester

Eldre, langtidssyke og uføre i institusjon (og hjemmesykepleie) har rett til vederlagsfrie tannhelsetjenester.¹ For øvrig viser våre individdata at beboere i alders- og sykehjem benytter tannlege til egne tenner eller protese i gjennomsnitt én gang hvert andre år.

4.12. Egenandeler og frikort

Gitt at tilsynslegeordningen blir beholdt (jf. alternativ 2 i avsnitt 4.3), vil prinsippet om arena-uavhengighet være fravekket. Men dermed åpnes det for en løsning på hvordan egenandelsbetaling og frikort skal kunne tilpasses denne gruppen. En mulighet vil være følgende todelte ordning:

- A. Beboere som har flyttet inn i løpet av året, benytter egenandelskort/frikort på samme måte som utenfor institusjon. Så lenge egenandelstaket ikke er nådd, vil beboeren måtte betale egenandel for tilsynslegekonsultasjonen. I og med at legen, slik vi foreslår, vil ha en fastlønn primært finansiert gjennom fellesrefusjon, går egenandelen til Folkestrygden.

- B. Beboere på langtidsplass som bor i sykehjemmet ved årets start, kjøper sitt frikort på forskudd (i januar).² Dette kan anses som en "inngangsbillett" til tilsynslegeordningen. Det er da lagt til grunn at beboerne i løpet av året vil ha et forbruk av frikorttjenester tilstrekkelig til at summen av egenandelene vil nå taket. Vi antar at dette vil gjelde for de aller fleste også etter at egenandel for legemidler og sykepleieartikler faller bort for alders- og uførepensjonister fra 1.10.2002.

En helt annen løsning på egenandelsproblematikken vil være å fjerne alle egenandeler som inngår i frikortordningen for alders- og uførepensjonister. Dette vil bidra til at en ny finansieringsordning kan innføres uten en sterk økning i administrativt arbeid. Forøvrig vil en avvik-

¹ Forskrift av 24.05.1984 om vederlag for tannhelsetjenester i den offentlige tannhelsetjenesten.

² Dette er allerede prøvd som forsøksordning for andre grupper. Frikortet har blitt *betalt* først ved årets slutt.

ling av egenandelen for *alle* frikorttjenester gi en bedre sosial effekt enn det som ble oppnådd da egenandelen ble fjernet kun for legemidler og sykepleieartikler.¹

4.13. Helsetjenestene samlet

Tabell 4.1 gir en samlet oversikt over antatte merutgifter til stønad til helsetjenester. Estimatorene er gjort på grunnlag av de takster, lønnsavtaler, og så langt det har latt seg gjøre, priser som gjelder per mars 2002. Vi legger til grunn at vi i dag har 43 000 beboere i alders- eller sykehjem.² Vi minner om at beregningene er gjort under forutsetning av at en omlegging til tjenestebasert brukerbetaling og ny finansieringsordning *ikke* vil utløse større forbruk av de aktuelle helsetjenestene. Vi har også lagt til grunn at en reform ikke vil medføre tap av stor-driftsfordeler, eller føre til mindre kostnadsbevissthet.

Tabell 4.1. Merutgifter for Folketrygden ved innføring av tjenestebasert brukerbetaling i alders- og sykehjem. Per beboer per år, og totalt for 43 000 beboere. 2002-priser.

Type helsetjeneste	Per beboer (kroner)	Totalt (mill. kroner)
Refusjon av utgifter til legemidler på blå resept eller full bidragsdekning	5 720	246
Refusjon av utgifter til sykepleieartikler på blå resept	3 540	152
Refusjon av utgifter til sykepleieartikler etter bidragsordningen	340	15
Refusjon til tilsynslege	3 540	152
Fastlønnstilskudd til fysioterapeuter	70	3
Refusjon til legevakt	380	16
Refusjon av <i>egenandeler</i> ved spesialisthelsetjenester	230	10
Refusjon av <i>egenandeler</i> ved reise til spesialisthelsetjenester	180	8
Grunnstønad	130	6
Egenandelen i frikortordningen (trekkes fra)	-1 350	- 58
Til sammen	12 780	550

¹ Det vedtatte fritaket for egenandeler på medisiner mm på blå resept fra 1.10.2002 har ingen betydning for de pensjonister som bruker mest helsetjenester. Disse vil likevel måtte betale opp til egenandelstaket i form av egenandeler ved bruk av lege og transport til lege.

² Jf. tabell 2.1. Tall på plasser i alders- og sykehjem per 31.12.2001 vil foreligge i løpet av juni 2002.

Tabell 4.2 viser nye utgifter for *beboerne* ved en ny finansieringsordning. Dette må sees i sammenheng med at *vederlaget*, i alle fall i sin nåværende form, vil falle bort ved innføring av tjenestebasert brukerbetaling. Anslagene for legemidler og sykepleieartikler som bygger på data fra 2000, er skjønnsmessig korrigert for 1½ års prisstigning.

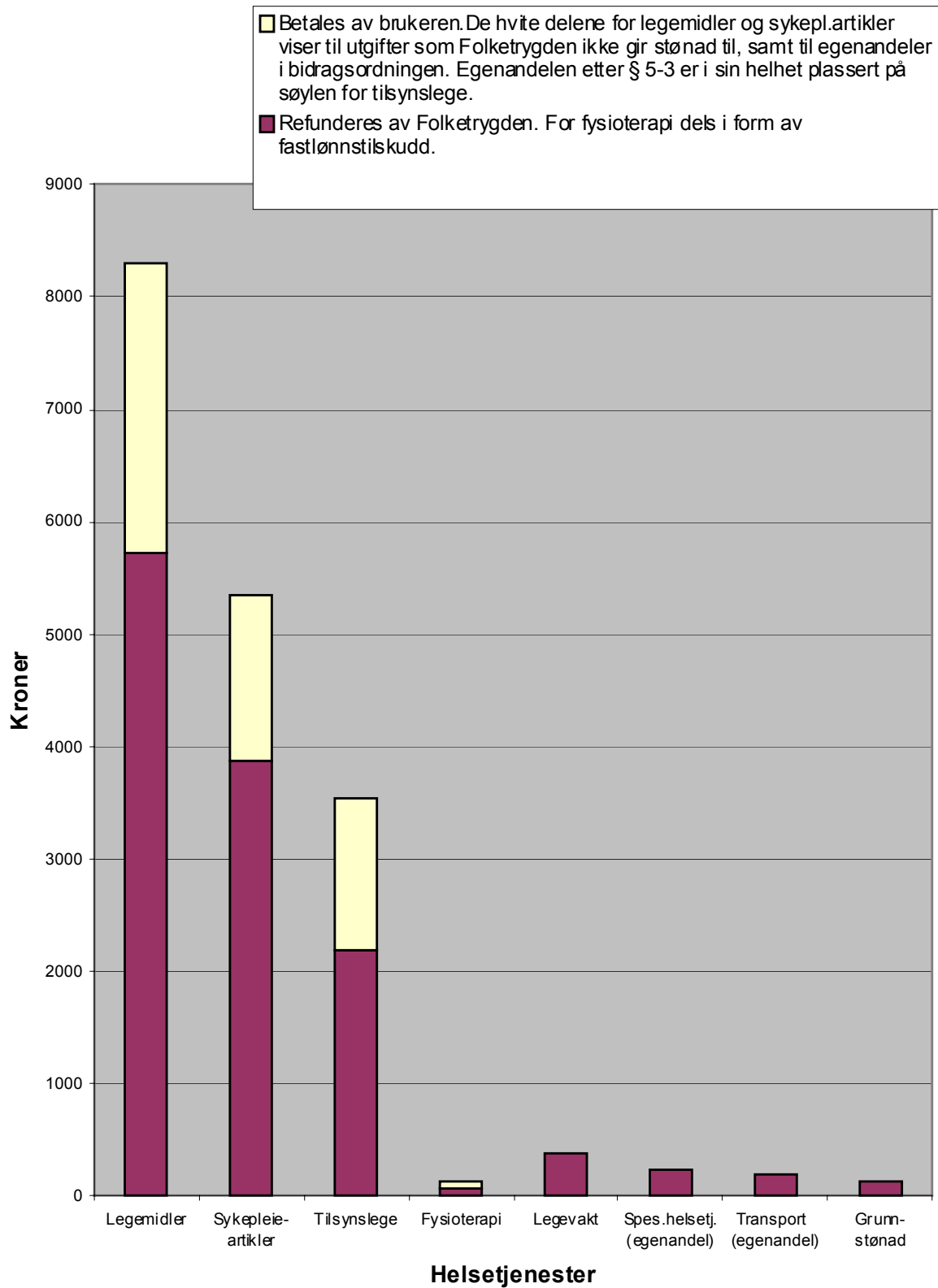
Tabell 4.2. Nye utgifter for beboerne ved innføring av tjenestebasert brukerbetaling i alders- og sykehjem. Per beboer per år. 2002-priser.

Type helsetjeneste	Kroner
Legemidler som ikke kommer inn under blå resept eller full bidragsdekning	2 580
Sykepleieartikler som ikke kommer inn under blå resept eller bidragsordningen	1 050
Egenandeler når sykepleieartikler dekkes av bidragsordningen (ftrl. § 5-22) ^{a)}	410
Egenandelen i frikortordningen (ftrl. § 5-3)	1 350
Egenandel ved bruk av fysioterapi	60
Til sammen	5 450

^{a)} Dette inkluderer også utgifter til bidragsberettigede sykepleieartikler for beboere som ikke vil ha store nok utgifter til å kunne søke om bidrag.

Figur 4.1 på neste side viser både de antatte merutgiftene for Folketrygden ved en ny finansieringsordning (jf. tabell 4.1), og de nye utgiftene som vil belastes beboerne (jf. tabell 4.2).

Figur 4.1. Nye utgifter til helsetjenester for Folketrygden og beboerne ved tjenestebasert brukerbetaling i alders- og sykehjem. Per beboer per år.



5. Økte utgifter til tekniske hjelpemidler ved innføring av ny finansieringsordning

Beboere i alders- og sykehjem har de samme rettigheter overfor Folketrygden som hjemmeboende når det gjelder tekniske hjelpemidler *for forflytning og kommunikasjon*. Dette dreier seg om rullestoler, rullatorer og hjelpemidler ved nedsatt syns-, hørsels- eller taleevne.¹ Her har vi allerede arenauavhengig finansiering. Innen denne kategorien er det for øvrig tre typer hjelpemidler som dominerer i institusjonene; rullestol, rullator og høreapparat. Andre tekniske hjelpemidler ved sansetap enn høreapparat er sjelden i bruk.² Til gjengjeld benytter flertallet rullestol og/eller rullator.

Hjemmeboende kan i tillegg låne en del andre tekniske hjelpemidler som ikke lånes ut til beboere i alders- og sykehjem. Dette gjelder blant annet senger med motoriserte heiseanordninger, trykkavlastende madrasser, lenestoler med hevemekanisme, dusjstoler, mobile personløftere, takheiser og mindre hjelpemidler til praktisk hjelp. En likebehandling av brukere uavhengig av boform forutsetter at også disse hjelpemidlene blir gjort tilgjengelige for beboere i alders- og sykehjem.

For flere av hjelpemidlene kan det imidlertid reises innvendinger mot å tillempe den samme ordning som utenfor institusjon. Det kan virke upraktisk om for eksempel senger skal lånes inn etter en individuell vurdering av hver enkelt beboers behov, og så leveres tilbake til hjelpemiddelsentralen etter dødsfall eller utflytting. Dette vil gi ekstra slitasje og transport som kan unngås om boenhetene, slik som i dag, har en fast beholdning av senger. For et annet aktuelt hjelpemiddel som personløfter, virker en ordning med individuelle lån *svært* lite hensiktsmessig. Løfterne benyttes bare i kortere tidsrom for den enkelte bruker. Når mange hjelpetrengende er samlet på ett sted vil samme løfter kunne benyttes av flere. Et høyt antall personløftere vil kun oppta plass.

Dette er hensyn som taler for at *boenheten* står som låner av slikt utstyr, ikke den enkelte beboer. Finansieringen, og eiendomsretten, vil likevel kunne overføres til Folketrygden ved hjelpemiddelsentralene. En slik ordning vil imidlertid innebære at det benyttes helt andre prinsipper for tildeling av hjelpemidler enn dagens *individuelle* vurderinger.

¹ I kommentarene til den gamle folketrygdloven av 17.02.1966 er det redegjort for hvilke typer tekniske hjelpemidler som kan lånes ut til beboer i institusjon. Se vedlegg 7.

² For institusjonsbeboere, som for andre personer over 18 år, er briller et privat ansvar.

Vi vil legge til grunn at de større tekniske hjelpemidlene som i dag ikke lånes ut til beboere i alders- eller sykehjem, under en ny ordning lånes ut til boenheten, ikke til den enkelte beboer.

Uansett hvordan dette løses, vil et annet problem reise seg. Institusjonene eier per i dag en stor beholdning av senger, personløftere mm som det ikke er ønske om å skifte ut. En mulig løsning er at dette utstyret forblir alders- og sykehjemmenes eiendom, og at det gradvis erstattes av utstyr fra hjelpemiddelsentralene etter hvert som det slites ut. For en overgangsperiode vil det bety at hjelpemidler av en og samme type dels vil være eid av kommunen, dels av Folketrygden. Det vil i alle fall gi en uryddig situasjon med tanke på reparasjon og vedlikehold.

En annen løsning kan være å la Folketrygden overta institusjonenes beholdning av tekniske hjelpemidler som ikke ønskes utskiftet. Det er stor variasjon i standarden mellom institusjonene. Noen institusjoner har for eksempel nye flermotors senger til samtlige beboere, mens andre har overvekt av senger som de ønsker byttet ut. Disse forskjellene vil sannsynligvis gjøre det nødvendig å gi de tidligere eierne vederlag ved en eventuell overdragelse. Ikke minst det forhold at en del alders- og sykehjem har private eiere, vil tale for en løsning der Folketrygden yter økonomisk kompensasjon.

Disse avveiningen reiser spørsmålet om hensiktmessigheten i å flytte ansvaret for denne type hjelpemidler over til Folketrygden. I botilbud for eldre pleietrengende har de fleste bruk for motorisert seng, og svært mange har bruk for utstyr som dusjstol og personløfter. I private hjem kan slikt sjølsagt ikke være standardutstyr, og heller ikke i dagens omsorgsboliger. Her vil det være naturlig å låne hjelpemidlene når, eller om, behovet oppstår. I bosted for de mest pleietrengende derimot, vil et høyt behov for hjelpemidler være normalen.

Vi vil likevel legge til grunn at Folketrygdens tekniske hjelpemidler skal være tilgjengelig for alle med nedsatt funksjonsevne uavhengig av boform, men der boenheten, ikke brukeren, står som låner.

5.1. Behov for nye tekniske hjelpemidler

Våre erfaringer tilsier at etterspørselen først og fremst vil rette seg mot nye senger. Her er standarden i institusjonene ofte lav. Senger trengs nødvendigvis i et høyere antall enn hjelpemidler som kan betjene mange. Motoriserte senger har også en relativt høy pris per enhet.

Vi ba våre informanter om å anslå hvor mange nye senger de trengte for å få en tilfredsstillende situasjon for beboere og ansatte. De ble stilt overfor en tenkt situasjon der det finnes penger til nytt utstyr, samtidig som ønskene måtte kunne begrunnes. Svarene tilsier at det er et behov for å skifte ut i underkant av halvparten av sengene som er i bruk i dag, omkring 21 000 senger. Om vi tar utgangspunkt i en seng med tre motorer og firedelt liggeflate, koster denne 15 000 kroner. Dette er senger som i tillegg til å ha motor for heving opp og ned, også kan reguleres ved hjelp av motor i hode- og fotende. De fleste prisforhandlede sengene er tremotors. Det er lite å spare ved å la en del av beholdning bestå av tomotors senger. Prisforskjellen mellom de forskjellige merkene er liten. Med sengehester og skumplastmadrass med overtrekk blir prisen omkring 17 000 kroner per seng. Noen av leverandøren gir i dag 5 prosent rabatt ved større kvanta. Om vi legger inn en kvantumsrabatt på 5 – 6 prosent, vil prisen per seng med det nevnte tilleggsutstyr komme på 16 000 kroner. Totalt vil det for 21 000 senger dreie seg om en investering på 336 millioner kroner. Samtaler med ansatte på hjelpemiddelsentralene tyder på at slike senger har lang levetid. Med litt reparasjon og utskifting av deler, har de en levetid på i alle fall ti år.

På et sykehjem er trykkavlastende madrasser ofte nødvendig for å unngå liggesår. Et alternativ er å benytte trykkavlastende madrasser i stedet for vanlige madrasser. En annen mulighet er trykkavlastende overmadrasser som legges oppå de ordinære. Vår erfaring er at personalet foretrekker denne siste løsningen. En trykkavlastende overmadrass av hyppig benyttet type koster 3 700 kroner per stk.¹ Vi har registrert et behov for nye overmadrasser som tilsier at det er nødvendig med omtrent 10 000 flere enn det alders- og sykehjemmene har i dag.

Så vel i hjemmene som i institusjon, benyttes tre typer personløftere. Mest brukt er mobile personløftere som løfter hele kroppen, såkalt *passive* løftere. Disse kan benyttes til forflytning for eksempel fra seng til stol, og i forbindelse med dusjing og toalettbesøk. En annen type mobile personløftere forutsetter at den som skal hjelpes kan bruke beina. Disse

¹ Trykkavlastningsmadrassene bør være av en type som lett lar seg rense.

omtales også som *aktive* løftere eller *ståheiser*. I tillegg finner vi på noen institusjoner stasjonære løftere som går i skinner festet i taket.

Det er stor prisforskjell mellom de prisforhandlede *passive* personløfterne. De billigste løfterene koster omkring 12 000 kroner, de dyreste i overkant av 20 000. Blant personalet på hjelpemiddelsentralene er det delte meninger om hvorvidt prisforskjellen kan forklares med forskjell i kvalitet. De dyreste løfterne har sannsynligvis noen fortrinn. Vi velger å legge til grunn en gjennomsnittspris, for eksempel ved at halvparten av løfterne er av den billigere typen, og halvparten av den dyrere. Priser blir da 16 000 kroner per løfter.

Passivløfterne må være utstyrt med seil.¹ Disse finnes i forskjellige typer, blant annet avhengig av størrelsen på den som skal løftes, og hvilken aktivitet som skal gjennomføres. Seil som skal benyttes ved dusjing og toalettbesøk bør være individuelle. Om vi regner seks seil per løfter, og en gjennomsnittspris på 2000 kroner per seil, vil vi få en samlet kostnad per løfter på 28 000 kroner.

Når det gjelder de prisforhandlede *aktive* løfterne, er variasjonen i pris langt mindre. Det er også færre merker å velge i. Vi legger til grunn 23 000 kroner per løfter inkludert to *seler*. Levetiden for mobile personløftere, passive og aktive, er minst seks år.

Det er delte meninger blant personalet om takmonterte personløftere. På en del institusjoner var det ønske om slike løftere. Disse kan leveres med elektrisk motor også for den *horisontale* forflytningen, og det er slike løftere vi har lagt til grunn her. De takmonterte løfterne krever samme type seil som mobile passivløftere. Prisen på takheiser varierer lite mellom de forskjellige merkene. Med skinner og traverskinne² og to seil vil en slik heis komme på omtrent 34 000 kroner.

Våre intervju med personalet tilsier at det foreligger et udekket behov for én ekstra personløftere per 20 beboere, dvs omtrent én per avdeling. Fordelingen mellom de forskjellige typene løftere er som vist i tabell 5.1.

Alders- og sykehjemmenes udekkede behov for dusj/dostoler, og stoler med oppreisfunksjon, er også kartlagt. Når det gjelder stolene, ofte omtalt som "katapultstoler", hefter det spesielt stor usikkerhet omkring hvor pålitelig behovsregistreringen er.

Tabell 5.1 på neste side viser anslag på hva det totalt vil koste å dekke behovet for hjelpemidler slik dette kom til uttrykk gjennom intervjuene. Beregningen er gjort med utgangspunkt de i mest benyttete typene, og prisene som er framforhandlet mellom RTV og leverandørene.

¹ Seil er duker som festes til løfteren og omfavner den som skal løftes.

² Dvs en type takoppheng som gjør det mulig å løfte fra ethvert sted i rommet.

Tabell 5.1. Udekket behov for større tekniske hjelpemidler i alders- og sykehjem. Høsten 2001.

	Udekket behov	Pris per stk (kroner)	Investeringskostnader (kr)	Antatt levetid
Tremotors seng m/madrass	21 000 stk	16 000	336 mill	10 år
Overmadrass for trykkavlastning	10 000 stk	3 700	37 mill	
Mobil passiv personløfter med seks seil	1 100 stk	28 000	31 mill	6 år
Mobil personløfter med ståfunksjon og to seler	800 stk	23 000	18 mill	6 år
Takmontert personløfter med to seil og skinner, takfeste mm ^{a)}	650 stk	34 000	22 mill	10 år
Kombinert dusj/dostol	5 000 stk	7 300	37 mill	10 år
Stol med oppreisfunksjon	2 800 stk	20 000	56 mill	5 år
Sum			537 mill	

^{a)} Montering kommer i tillegg.

Intervjuene med personalet på institusjonene avdekket også et betydelig behov for nye nattbord med hjul og regulerbart brett. Vi vil anslå dette til omtrent 15 000 enheter. Med en pris per nattbord på omkring 3 000 kroner, vil dette representere en investering på 45 millioner kroner. Levetiden er minst 10 år. Nattbord er imidlertid ikke blant de produkter som hjelpemiddelsentralene per i dag tilbyr.

I private hjem bidrar hjelpemiddelsentralene med tilpasning av toalett mm. Slike hensyn vil (bør) være tatt i institusjonenes bygningsmessige utforming. Hjelpemiddelsentralene låner også ut en del tekniske hjelpemidler til praktiske oppgaver som matlaging og påkledning. Vår erfaring er at funksjonsnivået til det store flertall av alders- og sykehjemsbeboere er for lavt til å kunne nyttiggjøre seg slike hjelpemidler.

5.2. Overtakelse av tekniske hjelpemidler fra alders- og sykehjemmene

Hvis den løsning velges at Folketrygden overtar de tekniske hjelpemidlene som fortsatt skal benyttes, og betaler for disse, vil det bety ytterligere kostnader. Vi har gjort anslag for motoriserte senger, personløftere, dusj/dostoler og katapultstoler.

En del av institusjonssengene er ordinære senger. Disse finner vi først og fremst i skjermede avdelinger for demente, som i 2000 utgjorde 6 800 institusjonsplasser. Disse plassene er beregnet på beboere som har god bevegelighet, og motoriserte senger er for de fleste

ikke nødvendig. Vanlige senger kan ikke regnes som hjelpemidler, og vil heller ikke være naturlig å overføre til hjelpemiddelsentralene. Dersom vi antar at 5 500 av i alt 43 000 beboere ikke trenger spesialseng, og at 21 000 senger skiftes ut (jf. avsnitt 5.1), så står vi igjen med 16 500 motoriserte senger som må overføres fra dagens eiere til Folketrygden.

Vårt grunnlag for å sette en pris er svakt. Noen av disse sengene vil være omtrent nye og av høy standard, mens andre kan ha vært brukt i en del år. Om vi antyder 10 000 kroner per seng, vil det gi Folketrygden en samlet utgift på 165 millioner kroner.

Våre data tilsier videre at institusjonene til sammen har en beholdning på omkring 2500 passive løftere av rimelig god kvalitet, 1 300 løftere med ståfunksjon, og 700 takmonterte løftere. Om vi, også her på tynt grunnlag, setter overdragelsesprisen til 10 000 kroner per stk for begge typer mobile personløftere, og 15 000 for takmonterte løftere, vil samlet kostnad for Folketrygden ved å overta personløfterne bli i underkant av 50 millioner kroner.

Stoler til bruk på toalett og i dusj finnes i mange varianter. Om vi anslår den totale beholdning som kan overdras til 13 000 enheter, og legger til grunn en pris på 1 500 kroner per stk, vil disse hjelpemidlene representere en samlet utgift på ca 20 millioner kroner. I tillegg antar vi at alders- og sykehjem har rundt 400 katapultstoler som Folketrygden må overta. Vi setter prisen per stk til 8 000 kroner.

Tabell 5.2. Tekniske hjelpemidler som ved innføring av tjenestebasert brukerbetaling i alders- og sykehjem bør overføres til Folketrygden.

	Antall	Pris anslag per stk (kroner)	Totalt kostnad (kroner)
Motoriserte senger	16 500 stk	10 000	165 mill.
Mobil passive personløfter	2 500 stk	10 000	25 mill
Mobil personløfter med ståfunksjon	1 300 stk	10 000	13 mill
Takmontert personløfter med skinner	700 stk	15 000	11 mill
Dusj/dostol	13 000 stk	1 500	20 mill
Stol med oppreisfunksjon	400 stk	8 000	3 mill
Sum			237 mill.

I tillegg vil institusjonene normalt også eie annet utstyr som transportrullestoler, doforhøyere, prekestoler mm. Disse hjelpemidlene, som vi antar vil ha en relativt lav samlet verdi, har vi ikke gjort noen beregninger for.

Disse betraktningene reiser spørsmålet om hvem som skal ha ansvaret for *vanlige* senger. Prinsippet om at ordningene utenfor institusjon skal gjelde, tilsier at møblering av rommet/rommene blir beboernes ansvar, slik det er i omsorgsbolig. Dermed vil brukeren, så lenge det ikke forligger behov for spesialseng, benytte sin egen seng. For øvrig er det også i dag normalt beboerne som møblerer rommene i alders- og sykehjem, med unntak av senger. Det vil i tillegg være nødvendig å ha noen møblerte rom med tanke på korttidsopphold for rehabilitering og avlastning.

Avslutningsvis vil vi understreke at kostnadsanslagene når det gjelder tekniske hjelpemidler er betydelig mer usikre enn tilsvarende for helsetjenestene. Dette skyldes flere forhold. For det første antar vi for hjelpemidlenes vedkommende at endrede ansvarsforhold vil medføre en betydelig *økning* i etterspørselen. I dag avhenger tilgangen på de hjelpemidlene som er behandlet i dette kapitlet av den enkelte kommunes økonomi og prioriteringer. Om hjelpemiddelsentralenes kriterier i stedet hadde blitt lagt til grunn, ville de alle fleste alders- og sykehjem hatt både flere og bedre tekniske hjelpemidler. Denne forskjellen er imidlertid vanskelig å måle. Anslag av mer pålitelig karakter ville krevd en mer omfattende undersøkelse enn det vi har gjennomført for hjelpemiddelområdet.

For det andre ble kartleggingen av de aktuelle tekniske hjelpemidlene startet opp underveis i prosjektet, og gjennomført med mindre grundighet enn datainnsamlingen for helsetjenestedelen. For det tredje er verdifastsettelsen av institusjonenes nåværende beholdning av tekniske hjelpemidler foretatt uten noen form for kompetent vurdering.

En utvidelse av Folketrygdens forpliktelser overfor beboere i alders- og sykehjem vil også medføre en betydelig økning i aktiviteten ved hjelpemiddelsentralene. Dette vil etter all sannsynlighet bety økte kostnader for Folketrygden i form av flere stillinger. Disse virkningene er ikke utredet her.

6. Oppsummering

Innføring av tjenestebasert brukerbetaling for beboere i alders- og sykehjem vil ha konsekvenser på flere områder, ikke minst for kostnadsfordelingen mellom beboerne, kommunen og Folketrygden/staten. Denne rapporten har tatt opp konsekvensene for finansiering av helse-tjenester og tekniske hjelpemidler dersom de stønadsordninger som gjelder utenfor institusjon også blir gjort gjeldende for beboere i alders- og sykehjem.

For helsetjenestenes vedkommende har vi lagt til grunn at en ny finansieringsordning *ikke* vil påvirke tjenestevolumet. Først og fremst vil en endring ha som effekt at de utgifter kommunene i dag har til legemidler, sykepleieartikler og allmennlegetjenester blir Folketrygdens ansvar. En ny finansieringsordning vil i liten grad utløse mer stønad til fysioterapi, og antallet nye grunnstønadmottakere vil etter alt å dømme øke marginalt. Under forutsetning om konstant forbruk, som ikke er udiskutabelt, kommer vi fram til at en reform vil gi Folketrygden årlige merutgifter til stønad til helsetjenester på omkring 550 millioner kroner.

Når det gjelder tekniske hjelpemidler er det grunn til å tro at vi vil få en økt etterspørsel etter den type hjelpemidler som i dag ikke lånes ut til beboere i institusjon. Intervju med personalet avdekket et betydelig udekket behov for motoriserte senger, personløftere og spesialstoler. Anskaffelseskostnadene anslår vi til omkring 540 millioner kroner. Det meste av dette vil være investeringer i utstyr med lang levetid. Dersom Folketrygden skal overta institusjonenes beholdning av tilsvarende utstyr som er i god stand, kan vi i tillegg antyde en kostnad på rundt 240 millioner kroner.

Referanser

Basisrapport 2001. Mellomlangsigtig budsjettering og rapportering. 1/2001 Rikstrygdeverket. NOU 1997:17 Finansiering og brukerbetalning for pleie- og omsorgstjenester.

Stortingsmelding nr 50 (1996-97) *Handlingsplan for eldreomsorgen.*

Kvaase, Inger Elisabeth 1999: Sykehjemmenes rolle og funksjoner i fremtidens pleie- og omsorgstjenester, Rapport, Sosial- og helsedepartementet.

Aftenposten 8.3.2002.

LO-blikk på arbeidsmarkedet, nr. 9/1999 LO.

Lov av 28. februar 1997 om folketrygd (folketrygdloven).

Lov av 19. november 1982 om helsetjenesten i kommunene (kommunehelsetjenesteloven).

Lov av 13. desember 1991 om sosiale tjenester m.v. (sosialtjenesteloven).

Lov av 2. juli 1999 om spesialisthelsetjenesten m.m.

Lov av 3. juni 1983 om tannhelsetjenesten.

Forskrift av 18. april 1997 om bidrag til spesielle formål.

Forskrift av 18. april 1997 om egenandeler og egenandelstak.

Forskrift av 14. april 2000 om fastlegeordning i kommunene.

Forskrift av 25. mai 2001 om fastlønnstilskudd til delvis dekning av kommunenes utgifter til fysioterapitjenesten.

Forskrift av 21. juni 2001 om stønad til dekning av utgifter til fysioterapi.

Forskrift av 11. mars 1997 om stønad til dekning av utgifter ved reise for undersøkelse og behandling.

Forskrift av 17. juni 1999 om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos lege og private medisinske laboratorier og røntgeninstitutt.

Forskrift av 4. juli 2000 om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos lege og private medisinske laboratorier og røntgeninstitutt.

Forskrift av 22. mai 2001 om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos lege og private medisinske laboratorie- og røntgenvirksomheter.

Forskrift av 18. april 1997 om stønad til dekning av utgifter til viktige legemidler og spesielt medisinsk utstyr.

Forskrift av 14. november 1988 for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie (sykehjemsforskriften).

Forskrift av 26. april 1995 om vederlag for opphold i institusjon mv. (vederlagsforskriften).

Forskrift av 24. mai 1984 om vederlag for tannhelsetjenesten i den offentlige tannhelsetjenesten.

Innst. S. nr. 114 (1997-98). Innstilling fra sosialkomiteen om resultater og erfaringer fra Regjeringens handlingsplaner for funksjonshemmede og veien videre.

Rundskriv fra Rikstrygdeverket til folketrygdlovens § 5 – 15 av 01.05.97.

Rundskriv fra Rikstrygdeverket av 01.05.97.

Rundskriv I-63/90 fra Sosial- og helsedepartementet.

Omsorgsboliger – en veileder. Rundskriv I-29/97 H-24/97B, Sosial- og helsedepartementet og Kommunal- og arbeidsdepartementet.

SFS 2305 Sentral forbundsvis særavtale mellom Kommunenes Sentralforbund og Den norske lægeforening om vilkår for leger og turnusleger i kommunehelsetjenesten med arbeidsavtale, herunder leger i fastlegeordningen.

SSB: *Veileder for rapportering om ressursbruk i kommuner og fylkeskommuner.*

Hygienehjelpemidler. Produkt- og prisoversikt for perioden 01.04.2002 til 31.03.2003.

RTV mars 2002.

Løfte- og hvilestoler. Produkt- og prisoversikt for perioden 01.07.2001 til 30.06.2002.

RTV juni 2001.

Regulerbare senger. Produkt- og prisoversikt for perioden 01.12.2001 til 30.11.2002.

RTV desember 2001.

Sitteputer og madrasser. Produkt- og prisoversikt for perioden 01.07.2001 til 30.06.2002.

RTV juni 2001.

Personløftere. Produkt- og prisoversikt for perioden 01.11.2001 til 31.10.2002.

RTV november 2001.

Vedlegg 1

«Avdeling»
«Kommune» kommune
«Adresse1»
«Adresse2»
«Postnummer» «Poststed»

Vår dato:
Vår ref: 2000/13777

Vedr. undersøkelse av forbruksmønster i kommunale eldreomsorgsinstitusjoner

I forbindelse med behandlingen av Handlingsplan for eldreomsorgen (St. meld. nr. 50 1996-97) vedtok Stortinget følgende: ”Stortinget ber regjeringen utrede en likebehandling av betalingsordninger når det gjelder medisiner, hjelpemidler og bostøtte i omsorgsboliger og alders- og sykehjem.” Det foreligger med andre ord ikke noe konkret vedtak om en reform, men Stortinget ber om å få den utredet.

I dag finnes spesielle regler som gjør at en rekke ytelser fra Folketrygden ikke gjelder den delen av befolkningen som bor i kommunale institusjoner. Den ”likebehandling av betalingsordninger” som Stortinget viser til, vil kunne innebære at beboere på kommunale eldreomsorgsinstitusjoner (sykehjem og aldershjem) på en rekke områder kommer inn under Folketrygdens regelverk på samme måte som hjemmeboende gjør.

En eventuell omlegging til en finansieringsordning basert på likebehandling av personer i og utenfor institusjon vil få en rekke praktiske og økonomiske konsekvenser for Folketrygden og trygdeetaten, for kommunene og for den enkelte institusjon. Rikstrygdeverkets utredningsavdeling har av Sosial- og helsedepartementet fått i oppgave å vurdere konsekvensene av en finansieringsform bygget på en generell likebehandling innen de grenser som dagens kommunehelsetjenestelov setter. For å kunne løse denne oppgaven, trenger vi å samarbeide med noen utvalgte kommuner i løpet av de nærmeste par månedene. «Kommune» er én av de 35 kommunene som vi ønsker å besøke for å innhente opplysninger. Deltakelsen er selvsagt frivillig.

I praksis anmoder vi «Kommune» kommune om å formidle de nødvendige kontaktene slik at vi kan gjennomføre følgende:

1. For hver eldreomsorgsinstitusjon i kommunen trenger vi et 2-3 timers *møte med en kontaktperson* som kjenner beboerne godt nok til at vi i fellesskap kan kartlegge forbruk som kan utløse rettigheter i Folketrygden. Denne personen kan for eksempel være en avdelingsleder. Vi vil ta utgangspunkt i noen få beboere som vi trekker ut, men ingen personopplysninger vil bli tatt med ut av institusjonen. Vi ønsker også i løpet av dette møtet å få synspunkter på hva en slik endring kan komme til å bety for institusjonen.

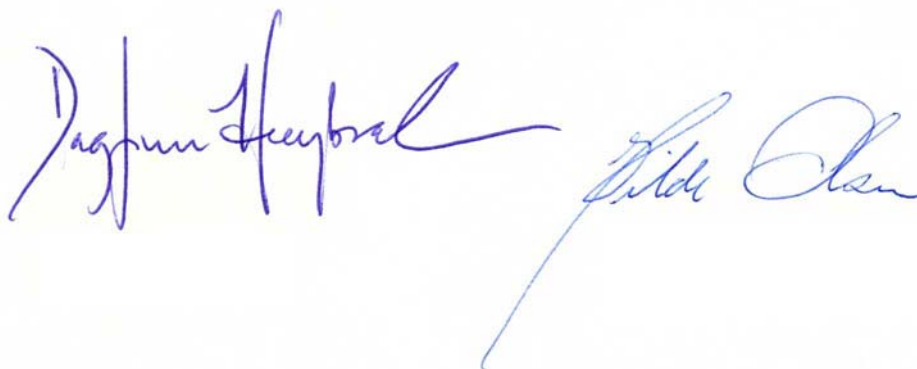
2. I tillegg ønsker vi så detaljerte *regnskapsopplysninger* som mulig. Det gjelder særlig utgifter til medisiner, sykepleieartikler og helsetjenester som ikke kommer inn under kommunehelsetjenesteloven. I dette arbeidet trenger vi å samarbeide med en person som har detaljert kunnskap om hvordan utgifter for den enkelte institusjon føres. I noen tilfeller vil dette være en medarbeider i administrasjonen, i andre tilfeller en medarbeider knyttet til den enkelte institusjon.

Det enkleste vil være at «Form1» tar en uformell kontakt med de institusjonene som finnes i «Kommune» for å få en tilbakemelding fra dem. I løpet av perioden 19.-29. juni tar vi telefonkontakt med «Form1» for å bli orientert om institusjonene kan tenke seg et besøk. Vi ønsker i så fall navn og telefonnummer til kontaktpersoner ved institusjonene og til den regnskapsansvarlige. Deretter følger vi opp med avtaler direkte med kontaktpersonene.

Kontaktpersoner hos oss er forsker Leif Sletvold, telefon 22927167 og rådgiver Arne Kolstad, telefon 22927290.

Vi ser frem til et interessant samarbeid.

Med hilsen
Rikstrygdeverket



Dagfinn Høybråten
Trygdedirektør

Hilde Olsen
Direktør, utredningsavdelingen

Vedlegg 2

..... alders/sykehjem Avdeling:

Folketrygdlovens kap. 5

	Kj.	Fød. år	Ant. mnd.	Spesialist- lege, poliklinikk	Radiologi	Lab. prøver	Legevakt	Tannlege (inkl. behandl. protese)	Fysioterapi	Reiseutg. (behand. eller undersøk.)	Ortopediske hj.midler, proteser
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											

Vedlegg 3

.....alders/sykehjem Avdeling:

			HJELPEMIDLER (Når ikke annet er bemerket er hjelpemidde- let utlånt fra hjelpemiddelsentralen)	Hørsel	Syn	Annet	GRUNNSTØNAD
M	K	Fød. år	Bevegelse R = rullator, Rs/m = rullestol/manuell, /el = elektrisk, /c= komfort, /f = forflytning				Drift tekniske hjelpemidler Transport, inkl. drift av bil Hold av førerhundhold Teksttelefon mm. Fordyret kosthold Slitasje klær/sengetøy
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							

Vedlegg 4

..... kommune

Antall institusjonsplasser:

Antall kommunale inst.plasser:

Antall sykehjemsplasser:

Kommunens dekningsgrad (inst.pl./over 80 år):

..... alders/sykehjem

Antall plasser totalt:

1. avd:

2. avd:

3. avd:

4. avd:

5. avd:

6. avd:

Antall beboer i gjennomsnitt i 2000:

Medikamenter (konto 1140):

Medisinsk forbruksmateriell (konto 1100):

Inkontinensartikler:

Grunnstønad:

- kosthold

- slitasje

Avtale med tilsynslege: timer/uke

Avtale med fysioterapeut: % stilling¹

¹ Normalt ikke fastsatt

..... alders/sykehjem Avd :.....

Beholdning større hjelpemidler

Har:

Skulle gjerne hatt:

- tremotors senger.....
- tomotors senger
- enmotors senger
- vanlige senger
- madrasser
- trykkavlastningsmadrasser
- prekestol
- katapultstol
- personløfter (passiv).....
- ståheiser (aktiv).....
- takheis.....
- båre for badekar.....
- badeheis (stol) for badekar.....
- do/dusjstoler
- annet.....
-
-

Andel rullestolbrukere:

Andel demente:

Andre opplysninger:

Vedlegg 5

Registreringskjema for regnskapsdata mm. (år 2000)

..... alders/sykehjem i kommune

Reelt antall pasienter/beboere i år 2000:

Medikamenter (1114):

Medisinsk forbruksmateriell (1110):

Inkontinensartikler:

Spesialisttjenester (egenandeler):

- privat legespesialist
- poliklinikk
- røntgen

Legevakt:

Transport (egenandeler):

Avtalt antall timer tilsynslege: timer/uke

Totale tilsynslegekostnader (inkl. sos.utg)..... NB, hvilket år?

Annet:

Vedlegg 6

Fordeling legemiddelutgifter levert fra apotek til alders- og sykehjem etter stønadsordning. Prosent.

	Fra Strømsø apotek til: Institusjon A: 1.1.2000 til 14.9.2001, 58 plasser Institusjon B: 1.1.2000 til 31.12.2000, 68 plasser	Fra Ullevål Apotek til: Fem institusjoner med til sammen 598 beboere fra 1.7.2001 til 31.12.2001
Blå resept	65,6	61 (66) ^{b)}
Full dekning ved bidrag (P(§)-resept)	2,9	
Bidrag etter hovedregelen	1,6	
R-resept (bla. alzheimermedisin) ^{a)}	0,7	2 (2)
Refusjon avhengig av diagnose		10 (-)
Hvit resept/ikke reseptpliktig	29,2	27 (32)
(Kroner)	100	100 (2 585 968)

a) Dette innebære en direkte oppgjørsordning, men forøvrig egenandeler etter hovedregelen.

b) Tallene i parentes viser fordelingen gitt at de legemidlene som refunderes for bestemte diagnoser fordeles 50/50 mellom blå og hvit resept.

Vedlegg 7

Kommentarene til den gamle folketrygdloven av 17.02.1966 § 5-8 (tilsvarende §§ 10-6 og 10-7 i den nye folketrygdloven av 26.02.1997), er ikke blitt erstattet i forbindelse med innføring av ny folketrygdlov. I kommentarene finner vi følgende om Folketrygdens utlån av tekniske hjelpemidler til helseinstitusjoner:

Institusjonene har ansvar for utgifter til bl.a.:

- hjelpemidler som anskaffes under opphold i godkjent helseinstitusjon eller kommunalt alderhjem, dersom de er et ledd i den behandling, trening og oppøving av funksjoner eller forpleining og service som slike helseinstitusjoner normalt yter. Slike hjelpemidler skal dekkes over institusjonens driftsbudsjett selv om de er individuelt tilpasset.
- rullestoler eller andre spesialstoler med samme funksjon som rullestol som skal brukes av flere pasienter eller ved kortvarig behov.
- omgivelseskontroll som skal brukes på institusjon .

Folketrygden har ansvar for utgifter til:

- individuelt tilpassede manuelle og elektriske rullestoler eller andre spesialstoler med samme funksjon som rullestol for et permanent behov og til personlig bruk. Herunder også nødvendig tilleggsutstyr på slike rullestoler/spesialstoler.
- gåstativ/gåstol/rollator som anskaffes for permanent behov og til personlig bruk.
- kommunikasjonshjelpemidler (hjelpemidler til å kunne samtale med andre), lesehjelpemidler og skrivehjelpemidler til personlig bruk
- hjelpemidler som er beregnet til bruk etter utskriving når tidspunktet for utskrivelsen er fastsatt, men hvor hjelpemidlene, må anskaffes under oppholdet i institusjon p.g.a. opplæring i bruken av hjelpemidlene.