

Postmottak HOD

Vår ref.  
11/35-23-G01

Saksbehandler/enhet  
SHE/RÅD

Deres ref.

Dato  
05.10.2011

**Svar - Høring - Samhandlingsreformen - forslag til forskriftsendringer**

Viser til høringsbrev – samhandlingsreformen – forslag til forskriftsendringer og nye forskrifter som følge av Prop. 91 L (2010-2011) Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, datert 04.07.11, med svarfrist 06.10.11.

Kommunene i Trondheimsområdet, bestående av Malvik, Melhus, Midtre Gauldal, Trondheim og Klæbu legger fram felles høringssvar. Saken er/blir politisk behandlet i den enkelte kommune.

I Klæbu har formannskap og kommunestyre sine første ordinære møter etter valget hhv 20. og 27. oktober, og høringssvaret blir behandlet i disse møtene.

Vedlagt følger derfor administrasjonens forslag til høringssvar. Event. endringer etter politisk behandling, blir ettersendt.

Med hilsen



Olaf Løberg  
rådmann

Vedlegg:  
Saksframlegg – høringssvar

# SAKSFRAMLEGG

Saksbehandler: Solveig Dahle Hermanstad  
Arkivsaksnr-dok.nr: 11/35-22

Arkiv: G01

---

## Høringssvar - samhandlingsreformen-forslag til forskriftsendringer og nye forskrifter som følge av Prop.91 L

### Rådmannens innstilling

Kommunene i Trondheimsområdet legger fram felles høringssvar. Formannskapet slutter seg til rådmannens forslag til høringssvar.

## SAKSUTREDNING

### Saksopplysninger

#### Bakgrunn

Helse- og omsorgsdepartementet har sendt på høring forslag til endringer i eksisterende forskrifter og forslag til nye forskrifter som følge av at Stortinget 17. juni 2011 vedtok ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, samt endringer i en rekke andre lover, jf. vedlagt høringsnotat.

Frist for høringsuttalelse er torsdag 6. oktober 2011.

Departementet foreslår i denne omgang hovedsakelig nye forskrifter og endringer i eksisterende forskrifter som må være på plass før den nye lovgivningen trer i kraft 1.1.2012. Øvrige forskrifter vil ved behov bli gjennomgått senere. Parallelt med høringen vil departementet vurdere om flere av disse kan samles i fellesforskrifter.

#### Fakta

I høringsnotatet foreslår departementet blant annet:

- Ny forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter
- Ny forskrift om kommunal medfinansiering
- Endringer i Norsk Pasientregisterforskrift
- Endringer i forskrifter knyttet til fordeling av kostnader mellom kommuner, vederlag og institusjoners disposisjonsrett over kontantytelser fra folketrygden
- Ny forskrift om hva som skal anses for institusjon i den kommunale helse- og omsorgstjenesten
- Ny forskrift om helsepersonellovens anvendelse for personell som yter tjenester omfattet av helse- og omsorgstjenesteloven
- Ny forskrift om rett til helse- og omsorgstjenester til personer som oppholder seg i riket
- Endringer i forskrift om individuell plan, herunder bestemmelser om koordinator, og forskrift om habilitering og rehabilitering
- Forskrift om oppjustering av driftsavtalehjemler for fysioterapeuter

Til grunn for Stortingets lovvedtak ligger Prop. 91 L (2010-2011) Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (helse- og omsorgstjenesteloven) og Innst. 424 L (2010-2011). Forskriftsendringene, som til en viss grad også omfatter spesialisthelsetjenesten, må også ses i sammenheng med Meld. St. 16 (2010-2011) Nasjonal helse- og omsorgsplan og Innst, 422 S (2010-2011).

Høringssvaret omtaler ikke tema som vi er enige i,- bare områder som vi ikke kan støtte uten justeringer.

### **Generelle kommentarer**

Forskriftsendringer og nye forskrifter synes å legge opp til at mye skal avtales mellom partene (kommunene og helseforetakene). Kommunene skulle ønske at noe mer var sentralt besluttet og avklart og ikke lagt ut til forhandlinger mellom parter som historisk sett ikke er oppfattet som likeverdige.

Kommunene opplever at flere av de utsendte høringsdokumentene bærer preg av at det fortsatt er helseforetakene som skal ha definisjonsmakten. Dette kommer særlig fram i forskriften om utskrivingsklare pasienter. Det blir en stor utfordring å etablere reell likeverdighet i praktisk samhandling.

Kommunene er enige i at samhandlingsreformen er en nødvendig samfunnsreform, men er usikker på om de utsendte høringsdokumentene er til god nok hjelp i kommende implementeringsfase. Usikkerheten er knyttet til finansieringsmodellene som skisseres, og om kommunene er i stand til å bygge opp kompetanse og beredskap til å møte endringene. Kommunene forventer at helseforetakene er villige til å bistå konstruktivt med å bygge kompetanse og beredskap i kommunene. Videre forventer kommunene at HOD straks bidrar til evaluering og endringer av forskrifter og rammer for å unngå utilsiktede vridninger. Kommunene beklager at ny fastlegeforskrift ikke fremmes samtidig med de andre forskriftene, da legenes rolle og funksjon vil ha stor betydning for realitetene i reformarbeidet og effekten for innbyggerne samt kommunene.

### **Om ny forskrift om kommunal betaling for utskrivingsklare (kap. 3)**

Nederst på s.16 i høringsnotatet sies det at kriteriene i gjeldende forskrift må endres, men at departementet legger til grunn at det benyttes *en felles, nasjonal definisjon* av hva som er en utskrivingsklar pasient. På tross av dette mangler en slik definisjon i forslaget til ny forskrift. Vi er enige om at leger i spesialisthelsetjenesten har ansvar for å vurdere om en pasient er *ferdigbehandlet* i spesialisthelsetjenesten ut fra en medisinsk vurdering, men begrepet *utskrivingsklar* betrakter vi som mer omfattende og vidt. For at vurderingen av hvorvidt en pasient er utskrivingsklar skal kunne kvalitetssikres og påklages, må det foreligge krav til vurderingens innhold. Vurderingens innhold skal være slik at kommunene sikres nødvendige opplysninger for å kunne ta ansvar for videre oppfølging, og kommunene må også ha mottatt nødvendig informasjon før man kan si at pasienten er utskrivingsklar. I tillegg skal nødvendig kompetanseoverføring sikres.

Kommunen i Trondheimsområdet ber om at tidligere kriterier videreføres, fortrinnsvis utbedres, jf. gjeldende forskrift:

*"En pasient er utskrivingsklar når følgende punkter er vurdert og konklusjonene dokumentert i pasientjournalen:*

- 1. problemstillingen(e) ved innleggelsen slik disse var formulert av innleggende lege skal være avklart,*
- 2. øvrige problemstillinger som har fremkommet skal som hovedregel være avklart,*

3. *dersom man avstår fra endelig å avklare enkelte spørsmål skal dette redegjøres for,*
4. *det skal foreligge et klart standpunkt til diagnose(r), samt videre plan for oppfølging av pasienten,*
5. *pasientens samlede funksjonsnivå, endring fra forut for innleggelse, og forventet fremtidig utvikling skal være vurdert,*
6. *dersom pasienten har behov for spesialisthelsetjenester som er utenfor den aktuelle avdelingens ansvarsområde, skal det sørges for at relevant kontakt etableres, og plan for denne oppfølgingen beskrives.”*

Vårt forslag er at kriteriene legges inn som merknader i forskriften. Et alternativ er at det vises til egne retningslinjer.

Skillet mellom ansvarsområdet for spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten går først og fremst innen faglig kompetanse for medisinsk utredning og behandling, men handler også om utstyrsnivå, personellressurser og behov for kompetanse, herunder behov for råd og veiledning for å kunne ta over videre oppfølging for å sikre forsvarlighet på utskrivningstidspunktet. Et ensidig medisinsk kriterium er derfor ikke holdbart som beslutningsgrunnlag for utskrivning.

Ang. §6: Betalingsplikten inntreer fra den dagen pasienten blir erklært utskrivingsklar og de øvrige pliktene i §§ 3 og 4 er oppfylt.

Ette vår oppfatning må tidspunktet for betalingsplikt ses i sammenheng med tidspunktet for kommunens mottak av varsel om utskrivingsklar pasient og muligheter for å etablere et tilbud. Dersom plikt til betaling skal inntre allerede den dagen pasienten blir erklært for utskrivingsklar, må kommunen betale uavhengig av når på døgnet pasienten rapporteres som utskrivingsklar i Norsk pasientregister, for eksempel kl. 23.00 på lørdag kvelden. Dermed kan foretakenes praksis påvirke kommunenes økonomi på en utilsiktet god måte. Ideelt bør betalingsplikten inntre først på første virkedag etter, eller tidligst påfølgende dag etter at pasienten er erklært utskrivingsklar. Kommunene ønsker en tydeligere avklaring på dette punktet.

Dagens praktiske ordning for *fakturering av utskrivningsklare* må videreføres. KS og regionale helseforetak er enige om dette, og har tidligere sendt innspill og drøftet dette med sentrale myndigheter med positiv respons. Kommunene i Trondheimsområdet stiller seg derfor spørrende til hvorfor Helsedirektoratets opprinnelige forslag opprettholdes i forskriften og begrunnelsen for det, da det blir langt mer byråkratisk og tungvint.

#### **Om kommunal medfinansiering (kap.4)**

Kommunen ønsker at 2012 skal være et pilotår for den nye ordningen og at det foretas følgeevaluering fra dag 1.

Det bør i tillegg foretas en spesifisering av *hvem som bærer risikoansvaret om det viser seg at finansieringsmodellene er basert på for upresist grunnlag, får utilsiktede vridninger eller ikke har den tilsiktede effekt.*

Kommunene er usikker på grunnlaget for at betalingsplikten er satt til 20 % av enhetsprisen for et DRG poeng. Det er et ønske om at 20 % - regelen burde vært mer differensiert i forhold til type diagnoser betalingsplikten skal omfatte. Potensialet til å bygge ut alternative kommunale tiltak vil variere mellom de ulike diagnosegruppene og tiltakene, og kunnskapene er pr i dag begrenset mht hva som gir best effekt.

Det er et ønske om at HOD legger opp til at kommunene og helseforetakene får se på finansieringsmodellen på nytt.

Kommunene er svært forskjellige hva gjelder lokal kompetanse, kapasitet og spesielle utfordringer i befolkningen. Det oppleves usikkert hvorvidt dette ivaretas av forskriftens bestemmelser.

Betalingsplikten er avhengig av at kommunene har en reell påvirkningsmulighet i hva kommunene skal medfinansiere. Slik forskriften framstår, skal kommunene betale ut fra et beregningsgrunnlag som påvirkes og håndteres av spesialisthelsetjenestens diagnosesystem. Foruten kommunenes uforutsigbare situasjon i forhold til antall innbyggere som legges inn i sykehus, blir også beregningsgrunnlaget svært uforutsigbart i og med at spesialisthelsetjenesten sitter med definisjonsmakta. Ei reell problemstilling er for eksempel at sykehusene iverksetter tiltak som kan medføre flere innleggelser, mens kommunene jobber for å redusere innleggelser – å påvirke oppgavefordelingen er for kommunene avgjørende for i større grad å kontrollere medfinansieringen. § 1 bør ta høyde for denne utfordringen.

Kommunal medfinansiering ut fra DRG systemet tar ikke høyde de økonomiske konsekvensene samhandling mellom systemene medfører i og med at kostnader knyttet til økt samhandling ikke er en del av kostnadsvektene i DRG systemet, jfr. forskriften om individuell plan og koordinator etter helse- og omsorgslovgivningen.

Medfinansieringsforskriften burde vært utsatt litt inntil kommunene har bygd opp realistiske, alternative tilbud. Dette henger også sammen med kommunenes tilgang på styringsdata, og at behovet for styringsdata i kommunen er annerledes enn i spesialisthelsetjenesten.

Dersom overføringene til kommunene ikke gir rom for å bygge opp alternative kommunale løsninger, vil medfinansieringsmodellen virke i strid med intensjonen fordi kommunen bindes til å prioritere sykehusregninger framfor utvikling av kommunale tiltak. Det er derfor en reell risiko for at modellen kan ha motsatt effekt enn det den er ment å ha både når det gjelder forebygging og redusert vekst i helsesektoren.

#### **Om endringer i Norsk pasientregister (kap.5)**

Kommunene er forespeilet tilgang på de data de trenger for å planlegge tjenestene. Det er her viktig å være oppmerksom på at kommunene og sykehusene har ulikt behov for styringsdata siden oppgavene er forskjellige, og fordi intensjonen med å overføre mer ansvar til kommunene er å bygge opp alternative tiltak "før, etter eller istedenfor". For at kommunene skal kunne utvikle tjenester som både høyner kvalitet og reduserer veksten, må det utvikles ny kunnskap og nye styringsdata. De data kommunene er forespeilet så langt dekker ikke behovet. En oversikt over diagnosegrupper alene er ikke tilstrekkelig styringsdata for kommunene. Det er viktig at kommunene selv er med på å definere hva som er nødvendig.

Følgforskning på effektene av Samhandlingsreformen må prioriteres fra dag 1. - Det er viktig at det blir foretatt en grundig gjennomgang av kostnadene ved reformen.

#### **Om fordeling av kostnader mellom kommuner, vederlag og disponering av kontantytelser (kap.6)**

##### *Om deling av kostnader - refusjonsordninger:*

I ny lov er ansvaret for å sørge for tjenester lagt til oppholdskommunen etter § 3-1, og det er ikke gitt hjemmel for unntak av dette. Det er kun betalingsansvaret som reguleres (s.44), og



forslaget er at dette skal gjelde tjenester som kommunene er blitt enige om. Dette støtter vi, men forskriften må omformuleres slik at den tar høyde for *nye modeller for interkommunale samarbeid* for forebygging, behandling og rehabilitering, både i og utenfor institusjon. Bestemmelsen om unntak av oppholdsprinsippet som i dag er knyttet til LOST § 10-1 er ikke videreført i den nye loven, men departementet kan altså i forskrift gi nærmere bestemmelser om utgiftsdeling. Forslaget om å videreføre refusjonsbestemmelsene bør i hovedsak videreføres inntil videre støttes.

#### **Om forskrift om institusjon i den kommunale helse- og omsorgstjenesten (kap.7)**

Definisjon av begrepet institusjon er, som påpekt i høringsnotatet, uklart, og begrepet er viktig å avklare blant annet av finansieringsgrunner. Det bør foretas en grundigere gjennomgang og harmonisering av dette området siden det har så stor betydning for finansiering og betalingsordninger.

#### **Om helsepersonellovens anvendelse (kap.8)**

Kommunene i Trondheimsområdet er enig i at det bør utarbeides særskilte regler som eksemplifiserer og tydeliggjør hva som er relevant å dokumentere i disse tilfellene.

#### **Om individuell plan, koordinerende enhet og oppnevning av koordinator (kap.10)**

Forskriften bør tydeliggjøre funksjonen til koordinator i forskriften, for eksempel en presisering av at dette ikke er en rolle/funksjon på systemnivå, men brukerens nærmeste kontaktperson.

Det må tas høyde for at det i en del tilfeller er spesialisthelsetjenesten og videregående skoler som samarbeider om tilbudet til en ungdom. Det er viktig *at kommunenes rolle som hovedansvarlig for IP ikke gjelder i situasjoner der kommunene ikke har delansvar for tjenester*. Her bør fylkeskommunen ha et ansvar på lik linje med spesialisthelsetjenesten og kommune.

#### **Om profesjonsnøytralitet**

Kommunene i Trondheimsområdet støtter prinsippet om profesjonsnøytralitet, *forutsatt* at det utarbeides nasjonale standarder og kvalitetsindikatorer for å sikre forsvarligheten i helse- og omsorgstjenestene.