



Saksframlegg

Arkivsaknr./arkivkode: 10/02027-1/

Saksbehandler: Sigrid J. Askum

Dato: 25.11.2010

Sak nr.	Behandles av:	Møtedato:
	Hovedstyret	03.12.2010

SAMHANDLINGSREFORMEN – HØRINGSdokumenter

Forslag til vedtak

KS foreløpige posisjoner og fakta om lovforslaget om samhandlingsreformen sendes til orientering til kommunene som en del av høringsarbeidet i kommunene og KS.

KS anbefaler at kommunene i sitt høringsarbeid vektlegger følgende element i forhold til det utsendte lovforslaget fra departementet:

- Støtte vektleggingen av kommunal organisasjonsfrihet i høringsutkastet.
- Understreke behovet for klarere avgrensing av statlig styringsrett i det endelige lovforslaget.
- Forutsette at en kommunal medfinansieringsmodell kombineres med mekanismer for å begrense enkeltkommuners finansielle risiko.
- At de økonomiske konsekvensene for kommunene må kartlegges bedre, og at økte kostnader forutsettes fullfinansiert.

Hovedstyret vil sluttbehandle høringsuttalelsen fra KS etter å ha mottatt innspillene fra KS' nasjonale høringskonferanse 10.01.2011.

Notatets fakta

Helse og omsorgsdepartementet fremla den 18. oktober forslag til Ny Folkehelselov og ny Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (tidligere Lov om sosiale tjenester, Lov om kommunehelsetjenester og Lov om folkehelse). I tillegg er grunnlaget for ny Nasjonal helse- og omsorgsplan lagt ut på nett, <https://fremtidenshelsetjeneste.regjeringen.no/>. Høringsfristen er 18. januar 2010.

Hovedintensjonen med samhandlingsreformen fra statens side er å sikre et bedre koordinert tilbud til pasienter med behov for sammensatte tjenester over flere nivåer. Demografisk og teknologisk utvikling, lokale forutsetninger og tilgang til kompetanse tilsier at arbeidsdelingen mellom nivåene vil måtte endres over tid.

Målene med samhandlingsreformen lagt frem av departementet er blant annet:

- Økt livskvalitet og redusert press på helsevesenet gjennom satsing på helsefremmede og forebyggende arbeid
- Dempet vekst i bruk av sykehustjenester ved at en større del av helsetjenestene ytes av kommunehelsetjenesten – forutsatt like god eller bedre kvalitet, samt kostnadseffektivitet
- Mer helhetlige og koordinerte tjenester til pasienter og brukere gjennom forpliktende samarbeidsavtaler og avtalte behandlingsforløp

Dette posisjonsnotatet er en fremstilling av noen sentrale hovedpunkter i høringsdokumentene, der tema er valgt ut på bakgrunn av hva KS særlig ønsker å vektlegge i forbindelse med høringsarbeidet.

Notatet er konsentrert rundt følgende hovedpunkter:

1. Hvilken myndighet er foreslått gitt til kommunene?
2. Hvordan er ansvarsfordeling med hensyn til oppgaveløsning og beslutningskompetanse?
3. Hvordan er bruken av avtaler mellom kommuner og foretak?
4. Hvilke nye oppgaver og plikter er foreslått for kommunene?
5. Hvilke plikter gis kommunen i forhold til folkehelse?
6. Hvordan er nye oppgaver og plikter foreslått finansiert?
7. Hvilke utfordringer medfører forslagene innen kompetanse, forskning og IKT?
8. Hvordan kan samhandlingsreformen gjennomføres?

KS mener at Samhandlingsreformen krever en politikk som i praksis demonstrerer at det neste tiåret tilhører kommunehelsetjenesten - på samme måte som det første tiåret i dette århundre så definitivt har vært spesialisthelsetjenestens og sykehusenes tiår. Nye plikter, større ansvar og flere oppgaver til kommunene må følges av ressurser, myndighet og tillit.

Del 1

1. Hvilken myndighet er foreslått gitt til kommunene?

KS er positiv til lovforslagene som vil underbygge og forsterke kommunens myndighet, og at Regjeringen fremhever viktigheten av lokal handlefrihet som et av verdigrunnlagene bak loven.

KS er skeptisk til de lovforslag som ytterligere vil svekke kommunesektorens stilling vis a vis staten og som ytterligere undergraver balansen mellom stat og kommune.

KS mener det er behov for sterkere kommunal styring av *legetjenesten*, og *det endelige lovforslaget må avspeile det*.

KS mener at høringsnotatene omgår ressursproblematikken, også knyttet til legetjenesten i kommunene.

KS mener at å bruke forskrift på områder som i dag er avtaleregulert, krever en særlig begrunnelse.

KS støtter at kommunens overordnede ansvar for fastlegeordningen nedfelles i forskrift. KS støtter ikke forslag til større kommunalt finansieringsansvar for fastlegeordningen.

2. Hvordan er ansvarsfordeling med hensyn til oppgaveløsning og beslutningskompetanse?

KS vil ha en tydeligere ansvarsfordeling mellom spesialisthelsetjenestens og kommunehelsetjenesten. KS ønsker at ansvarsfordelingen angis nærmere i forarbeidene til loven, og om mulig også klarere i selve lovteksten. Hvor det oppstår uenighet om ansvarsfordelingen, ønsker KS at uenigheten avgjøres av et uavhengig tvisteløsningsorgan, jf nedenfor under punkt 3.

KS vil gå i mot at HOD ensidig kan fastsette ansvarsfordelingen mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

KS er kritisk til om det er behov for å gi Helse og omsorgsdepartementet hjemmel til å pålegge kommunene å samarbeide. Kommunene vil for eksempel i forhold til folkehelse selv være i stand til å etablere fornuftige løsninger, og gjerne i samarbeid med fylkeskommunene. Dette samarbeidet kan skje igjennom eksempelvis inngåelse av avtaler, og basert på kommunens behov for oversikt over egen befolkning.

3. Hvordan er bruken av avtaler mellom kommuner og foretak?

KS mener det bør etableres nasjonale tvisteløsningsorganer, hvor modellen som er brukt innen barnevern kan danne utgangspunkt for tilsvarende modell innen helse- og omsorgssektoren. Dette organet må blant annet kunne treffe beslutninger om ansvarsfordelingen mellom stat og kommune, hvordan inngåtte avtaler mellom foretak og kommuner skal tolkes, tvister om utskrivningsklare pasienter, mv.

KS mener at det i høringsnotatet ikke er tilstrekkelig utredet hvor rettslig bindende avtaler mellom kommuner og foretak skal være. KS ser det som viktig at det spørsmålet også nærmere utredes av arbeidsgruppen mellom HOD og KS som nedsettes.

KS ønsker at avtalene mellom kommuner og foretak i størst mulig grad skal være rettslig bindende, men at partene kan avtale tvisteløsningsordninger fremfor å bringe tvister inn for de alminnelige domstoler.

KS er positiv til kvalitetsmålinger, men mener at kost/nyttebetraktninger alltid må legges til grunn når nye systemer vurderes innført. KS savner et tydeligere kommunalt perspektiv på behovet for kvalitetsindikatorer og styringsinformasjon.

4. Hvilke nye oppgaver og plikter er foreslått for kommunene?

KS mener at for å sikre en god oppgavefordeling bør de største pasientforløpene mellom kommunen og helseforetaket gjennomgås, blant annet for å kartlegge hvilke forutsetninger som må på plass for en vellykket overføring av pasientforløp fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten. Dette gjelder særlig psykiatri, rus og rehabilitering.

KS mener kommunehelsetjenesten bør organisere et øyeblikkelig hjelp døgntilbud til pasienter som midlertidig trenger økt behandling, pleie og omsorg i hjemmet eller i sykehjem. Kommunene må selv bestemme hvordan dette tilbudet skal organiseres.

KS mener det bør gjennomføres en gradvis innfasing og følgeforskning-/ evaluering ved overføring av oppgaver og plikter til kommunen.

5. Hvilke plikter gis kommunen i forhold til folkehelse?

KS mener at det er positivt med en utvikling hvor folkehelse vektlegges i lovs form, men stiller spørsmål ved den underliggende premissen om at den foreslåtte nye folkehelseloven vil frembringe bedre folkehelse, uten at dette skal ha betydelige økonomiske eller administrative konsekvenser for kommunene.

KS mener at både krav til samarbeid, helseovervåkning og statistikk i lovforslaget vil ha betydelig økonomiske og administrative kostnader det ikke er tatt høyde for i høringsnotatet. KS mener de økte kravene som stilles på folkehelseområdet medfører merkostnader for kommunene både ressurs- og kompetansemessig.

KS ser det prinsipielt problematisk at det innføres bestemmelser i ny folkehelselov som undergraver grunnsprippet i plan- og bygningsloven (PBL) om at kommunene selv definerer innholdet i hvilke samfunnsmessige hensyn som det er behov for å utrede i planstrategiene. Med en så omfattende definisjon som legges til grunn for folkehelsearbeid anses denne delen av forslaget som en inngripen i viktige lokaldemokratiske prinsipper.

KS anbefaler at Fylkesmannen blir regional tilsynsmyndighet.

6. Hvordan er nye oppgaver og plikter foreslått finansiert?

KS mener at de to kommunale medfinansieringsordningene bør drøftes for å avklare hvilken modell som bør velges, og hvordan kommunene skal kompenseres.

- En avgrenset kommunal medfinansieringsmodell vil kunne bidra til raskere etablering av nye tilbud i kommunene
- En medfinansiering av medisinske innleggelser synes å være med i samsvar med overordnede mål for reformen
- En ordning som kombineres med tak for å begrense finansiell risiko for enkeltkommuner.
- KS forutsetter at en kompensasjonsmetode (over frie inntekter) utformes i samarbeid med kommunesektoren.

Medfinansieringsmidler vil ikke være tilstrekkelig til å finansiere alternative rehabiliteringstilbud i kommunene. Dersom spesialisthelsetjenesten skal gjøre mindre og kommunene mer på rehabiliteringsfeltet må innsparinger på spesialisthelsetjenesten og merkostnader for kommunene beregnes med sikte på å flytte ressurser fra spesialisthelsetjenesten til kommunene.

KS mener at de økonomiske virkningene ved et øyeblikkelig hjelp døgntilbud må beregnes med sikte på fullfinansiering. Ansvarsdelingen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene bør samtidig klargjøres. Innenfor psykiatri og rus ligger ikke forholdene til rette for at det kan innføres en betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter fra 2012.

KS mener at de økonomiske og administrative konsekvenser er vanskelig å overskue, men mener de vil bli betydelige og langt høyere enn antydnet i høringsnotatet. Dette gjelder også legetjenesten.

7. Hvilke utfordringer medfører forslagene innen kompetanse, forskning og IKT?

KS mener behovet for arbeidskraft nødvendiggjør flere tiltak. Det må utdannes tilstrekkelig helsepersonell med relevant kompetanse. Kommunene må fortsette arbeidet med å utvikle gode og interessante arbeidsplasser, der medarbeideren blir værende og sikres kompetanseutvikling. En fortsatt innsats rettet mot flere i større og hele stillinger samt reduksjon av sykefravær vil gi bedre utnyttelse av dagens ansatte. Samarbeidet mellom KS og staten knyttet opp til kvalitetsavtalen/nasjonal rammeavtale må videreføres også med tanke på personell.

KS mener at utdanningsinstitusjonene i for stor grad er rettet inn mot arbeid i spesialisthelsetjenesten, og at det i større grad må legges vekt på å utdanne personell som er tilpasset fremtidige kommunale oppgaver. Rekrutterings- og kompetansehevingstiltak for å imøtekomme reformens intensjoner vil måtte kreve økonomiske ressurser for kommunene, og trolig vil ha tariffmessige konsekvenser.

KS mener at kommunen bør få et ansvar for forskning og undervisning på lik linje med spesialisthelsetjenesten, og at det må arbeides for å etablere et formalisert samarbeid mellom forskningsinstitusjoner og kommuner.

KS mener at kommunene bør ha tilsvarende oppgaver som spesialisthelsetjenesten:

- Pasientbehandling
- Utdanning av helsepersonell
- Forskning
- Pasientopplæring

KS mener at det er nødvendig med et krav til elektronisk dokumentasjon og forsendelse av helseopplysninger for å få alle aktørene opp på et nødvendig teknologisk minimumsnivå.

8. Hvordan kan samhandlingsreformen gjennomføres?

KS mener at samhandlingsreformen, med ny folkehelselov og lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, kan iverksettes fra 1.1.2012, med de forandringer og presiseringer som er referert til i punkt 1-7 overfor. Reformen må implementeres gradvis og etter en plan. Det må også fastsettes "milepæler" hvor resultatene av samhandlingsreformen på gitte tidspunkter etter nærmere kriterier skal vurderes.

Mange av de nye oppgavene for kommunene vil være mer ressurskrevende enn hva mange kommuner har mulighet til å stille til rådighet. Selv om enkelte av oppgavene tilsynelatende kan løses gjennom administrativt samarbeid, tilsier summen av oppgaver og oppgavenes karakter et behov for at samarbeidet blir styrt av et folkevalgt organ.

Del 2

Forslag fra departementene/regjeringen og administrasjonens vurdering

1 Hvilken myndighet er foreslått gitt til kommunene?

1.1 Forsterkning av kommunens myndighet

Forslag fra departementene/regjeringen

Det er flere forslag i høringsnotatet som vil underbygge og forsterke kommunens myndighet med hensyn til å organisere tjenestene, og i forhold til beslutningskompetanse vis a vis innbyggere og helseprofesjonene. Det er flere forslag i høringsnotatet som vil svekke kommunesektorens stilling vis a vis staten, slik at balanseforholdet mellom stat og kommunen blir ytterligere i ubalanse. De forslag som svekke kommunens posisjon vis a vis staten er behandlet i punkt 2 og 3 nedenfor.

KS vil blant annet fremheve følgende som positivt i høringsnotatet:

- *Verdigrunnlaget*; Det er i høringsnotatet, som et av flere verdigrunnlag, fremhevet viktigheten av lokal handlefrihet, blant annet i forhold til å organisere tjenestene, men også i forhold til spørsmålet om rettighetsfesting av ytelser til innbyggerne. Høringsnotatet er således mer positivt enn det som fremkom i Bernt utvalget i sin tid.

- *Organisere tjenestene*; Høringsbrevet med forslag til ny lovtekst er også klarere på at "sørge for" ansvaret også innebærer rett til å organisere, tilrettelegge, og slik utøve myndighet. Det fremheves for eksempel at kommunen kan opprette tildelingskontor som for eksempel tildeler fysioterapeut tjenester, slik at pasienter som skrives ut fra sykehus etter beslutninger fra kommunen kan gi et helhetlig tilbud om tjenester i kommunen.

- *Pliktlov og ikke rettighetslov*; Lovene skal være pliktlover, og ikke rettighetslover. Det gir større fleksibilitet ved at kommunene kan bruke større grad av skjønn ved organisering av tjenestene. BPA og omsorgslønn er for eksempel ikke foreslått som en rettighet. Mens Bernt utvalget fremhevet at det skulle legges "stor vekt" på bruker, fremgår det av høringsnotatet at det skal legges vekt på brukers ønsker ved tildeling av tjenester. Det er presisert at den foreslåtte verdighetsgarantien ikke innebærer mer enn at de kommunale tjenester skal være forsvarlige.

- *Avtalesystemet*; Kommunen er pålagt å inngå avtaler og lovforslaget stiller visse minimumskrav til innholdet i avtalen. Dersom kommunene og foretaket ikke oppnår enighet, er det foreslått at direktoratet kun skal ha en meklingsfunksjon, men verken direktoratet eller departementet er gitt en påleggfunksjon og det er ikke en statlig godkjenningfunksjon for avtalene. Den enkelte kommune har slik veto rett for det nærmere innholdet i avtalen.

- *Klage*; Lov om kommunale helse og omsorgstjenester er en sammenslåing at to tidligere lover henholdsvis kommunehelsetjenesteloven og lov om sosial omsorg, hvor fylkesmannen var gitt ulike kompetanse som klageorgan. Det foreslås nå felles klageregler, hvoretter fylkesmannen/helsetilsynet i utgangspunktet har full overprøvingsrett, men hvor "Helsetilsynet i fylket/fylkesmannen skal ved prøving av vedtak fra kommunen legge stor vekt på hensynt til det kommunale selvstyre ved

prøving av det frie skjønn, herunder ved kommunens skjønnsmessige vurdering av innretning og nivå på tjenestene utover lovens krav". Det foreslås også at helsetilsynet/fylkesmannen ikke skal kunne treffe nytt vedtak, men kun kan oppheve vedtaket og sende det tilbake til kommunen for å treffe nytt vedtak.

Dette er nytt i forhold til i dag. Regelen innebærer at statlig klageorgan nok gis en noe videre kompetanse til å prøve kommunens vedtak enn etter dagens lov om sosiale tjenester, men samtidig begrenses klageorganets kompetanse ved vedtak om helsetjenester. Det forholdet at klageinstansen ikke kan treffe nytt vedtak, er en praktisk viktig endring, og det antas at forslaget vil møte kraftig motbør blant annet fra brukerorganisasjoner. Forslaget til ny rettslige standarder vil imidlertid kunne intensivere prøvingen av kommunens rettsanvendelse både i forhold til tilsyn og klage.

- *Veiledere, uttalelser*, mv fra Helsedirektoratet, mv; Det er i høringsnotatet (s. 254) uttalt at nasjonale faglige retningslinjer og veiledere juridisk sett kun er veiledende, og slik ikke binder kommunen. Det uttales at dersom kommunen velger en annen praksis enn den som foreslått i veileder eller retningslinjer, bør den være basert på en konkret og begrunnet vurdering. Staten har slik ikke instruksrett over kommunene.

KS vurdering

Samlet innebærer disse forslagene en forsterkning av kommunens myndighet i forhold til helsearbeidere og innbyggere. Hvilken myndighet som kommunen gis, må imidlertid også vurderes i forhold til den foreslåtte ansvarsfordelingen mellom kommune og staten. Forslag til ny lov vil samlet trolig innebære en maktforskyvning til fordel for staten, og det er derfor en fare at forslag samlet kan medføre en svekkelse av kommunen som myndighet, som ytterligere vil undergrave balansen mellom stat og kommune ut over dagens rettstilstand. Det er derfor en fare for at forslaget samlet sett kan medføre en svekkelse av kommunen som myndighet.

1.2 Kommunesamarbeid

Forslag fra departementene/regjeringen

Departementet legger til grunn at det vil oppstå et behov for omfattende interkommunalt samarbeid for å oppnå tilstrekkelig innbyggergrunnlag, tilstrekkelig kompetanse og nødvendig økonomisk styrke. Departementet vurderer det slik at samkommunemodellen eller vertskommunemodellen i mange tilfeller vil kunne være de mest hensiktsmessige måtene å møte nye fremtidige utfordringer og oppgaver innen helse- og omsorgssektoren, især for de minste kommunene. Samkommunemodellen og vertskommunemodellen er tiltenkt å kunne løse større og mer omfattende oppgaver som krever særlig fagkompetanse. Av den grunn vil departementet oppfordre kommunene til å vurdere disse modellene for samarbeid. Departementet understreker at det er kun disse modellene som er aktuelle når det er snakk om *offentlig myndighetsutøvelse*. Med utøvelse av offentlig myndighet siktes det til myndighetsutøvelse i betydningen; vedtak av offentligrettslig art. Bestemmelsen sikter derfor til forbud, pålegg, fullmakt, dispensasjon og andre avgjørelser på det offentligrettslige området. Men offentlig myndighet kan også omfatte mer enn det å kunne gjøre enkeltvedtak og gi forskrifter, for eksempel også kontroll- og planleggingsmyndighet. (Ot. prp. nr 95 (2005-2006) Om lov om endringer i lov 25. september 1992 nr. 107 om kommuner og fylkeskommuner (interkommunalt samarbeid))

KS vurdering

KS er kjent med at kommuner drøfter selskapsorganisering (IKS og AS) som organisasjonsform i oppfølging av samhandlingsreformen. Lov om Interkommunalt

samarbeid (IKS) er utformet med tanke på virksomheter som har egne inntekter og som har større eller mindre preg av næringsvirksomhet. Modellen er ikke tiltenkt regulering av kommunale kjerneoppgaver hvor det utøves forvaltningsmyndighet. Loven har som formål å fungere som "kommunenes aksjelov" for forretningsmessig virksomhet.

Med mindre det er omtalt i særlovgivning kan selskaper ikke ha vedtaksmyndighet innenfor kommunale kjerneområder. IKS er et eget rettssubjekt og den politiske styringen skjer indirekte gjennom budsjettvedtak, oppnevning av selskapets representantskap og ev instruksjon. Et IKS kan på den annen side ivareta driftsfunksjoner på kommunale kjerneområder, men myndighetsutøvelse kan ikke legges til styret. Et lokalmedisinsk senter kan være organisert som et IKS som en ren driftsinstans, men det er f.eks. ikke anledning til å delegere forvaltningsmyndighet knyttet til for eksempel typiske kommuneoverlegefunksjoner til et selskap. Den enkelte kommune må selv vurdere valg av samarbeidsløsninger innenfor lovens rammer. Ny lov legger ikke om til en endring av hvilke samarbeidsløsninger som er lovlige.

1.3 Legetjenesten i kommunene

Forslag fra departementene/regjeringen

I nye forslag til lov om helse- og omsorgstjenester i kommunene, og ny lov om folkehelse, er det primært drøftet og foreslått endringer knyttet til *ansvar og plikter* for fastlegene og kommunene. I tillegg er kommuneoverlegens formelle oppgaver og tilknytning til kommunene drøftet.

Regjeringen foreslår ikke en endring av dagens hovedmodell med fastlegeordningen, herunder et listepasientsystem og at fastlegene som hovedmodell er selvstendig næringsdrivene. Imidlertid vil kommunene fortsatt ha anledning til å ansette allmennleger i fastlønnede stillinger (kommunalt ansatt), for ivaretagelse av fastlegeoppgaver eller andre allmennlegeoppgaver i kommunene. I hovedsak foreslås endringer *innenfor rammen* av dagens fastlegeordning, og målene for dette er formulert slik av regjeringen:

Rammevilkårene for allmennlegetjenesten skal utvikles i en retning som sikrer stat og kommune gode styringsmuligheter, og som fremmer god kvalitet og mer innsats for å begrense og forebygge sykdom der dette er effektivt. Herunder kommer fastlegenes aktive oppfølging av kronikere og andre med særskilt risiko for sykdom og behandlingsbehov i spesialisthelsetjenesten. Utvikling av ordningen skal sikre tilstrekkelig oppfølging av sårbare grupper som ofte ikke selv oppsøker lege og tettere samhandling med andre kommunale helse- og omsorgstjenester. Endringene må støtte god geografisk legefördeling, god rekruttering til allmennlegetjenesten og bidra til å sikre større stabilitet i legedekningen i distriktskommunene.

Regjeringen har ikke fulgt opp tidligere signaler om en vekst i antall allmennleger, men viser til at de vil vurdere ressursbehovet i fastlegeordningen i forbindelse med utforming av fastlegeforskriften, etter gjennomgang av legevaktsordningen og når det er klart hvilke oppgaver fastlegene skal ivareta fremover. Følgende tiltaksområder er drøftet:

1. **Tydeliggjøre kommunens overordnede ansvar for fastlegeordningen**
2. **Utvikle kvalitetssystemer – faglig støtte og tilbakemeldinger på praksis.**
Departementet skal vurdere ulike tilnærminger og ordninger som vil kunne inngå i et helhetlig nasjonalt system for kvalitetsutvikling i de kommunale helse- og omsorgstjenestene.
3. **Innføring av nasjonale kvalitets- og funksjonskrav med tilhørende rapportering.**
4. **Forslag til endringer i fastlegeforskriften.** Ved siden av å presisere kommunenes overordnede ansvar for fastlegetjenesten i kommunene, og forplikte fastlegene til å følge nasjonale kvalitets- og funksjonskrav, foreslår departementet at listeansvaret til fastlegene dekker alle allmennlegeoppgaver for pasienter på listen dersom ikke annet er spesifisert i regelverket, herunder individrettet forebyggende arbeid. Fastlegene vil ha et ansvar for å identifisere risikopersoner, sørge for individrettet veiledning og oppfølging, samt

koordinere oppfølgingen av pasientene. I tillegg ønsker departementet å regulere nåværende avtalehjemlet tilplikting av fastlegene til å arbeide inntil 7,5 timer/uke til *andre allmennmedinske oppgaver* i forskriften. Det foreslås ingen økning av timetallet i denne omgang. Imidlertid ønsker departementet å la det være opp til den enkelte kommune å bestemme hvilke oppgaver den ønsker å organisere utenfor fastlegenes ordinære praksis og inn under 7,5 timer/uke.

5. **Forslag om endringer i finansieringsmodell.** Departementet foreslår ikke konkret en endring av dagens finansieringsmodell, men vil allikevel innhente synspunkter på om finansieringen skal dreies fra 75 % refusjon og 25 % per capitatilskudd, til 50 % refusjon og 50 % per capitatilskudd.
6. **Styrking av Legevakt.** Departementet gir ingen konkrete forslag, men sier den vil komme tilbake til behandlingen av rapporten om styrking av legevakt.
7. **Fastlegenes innflytelse på inntak i kommunale helse- og omsorgsinstitusjoner.** Departementet ønsker *ikke* å gi fastlegene rett til å skrive pasienter inn på sykehjem på nåværende tidspunkt.
8. **Legefordeling til kommunehelsetjenesten.** Departementet ønsker å videreføre dagens ordning med Nasjonalt råd for legefordeling.

Departementet har en relativt grundig drøfting av om kommunelegens rolle (medisinsk faglig rådgiver) i kommunene. Departementet anfører mange argumenter *for* å fjerne lovfestingen av kommunelegens rolle, og mange argumenter *for å beholde dagens lovfesting* av kravet til medisinsk faglig rådgiver. Departementet lander til slutt på at dagens lovfesting av kommunenes plikt til å ha ansatt medisinskfaglig rådgiver bør opprettholdes.

KS vurdering

KS hovedpremisser for forsterket legetjeneste i kommunene:

KS har i forberedelsene til Samhandlingsreformen fremhevet at en kvalitativt god allmennlegetjeneste er en hjørnestein i kommunenes helse- og omsorgstjeneste. Den skal sikre alle innbyggere tilgang på helsetjenester og være den grunnmuren som spesialisthelsetjenesten bygger på. Allmennlegetjenesten er en sentral samarbeidspartner for de øvrige kommunale helse- og omsorgstjenester og inngår i en helhetlig kommunal helse- og omsorgstjenesten. På et overordnet nivå har KS pekt på tre grunnleggende endringer for at samhandlingsreformen skal lykkes:

1. **Det må skje en vekst i antall allmennleger i kurativ praksis, samt en økt tilgang på medisinsk kompetanse i kommunenes administrative planarbeid.**
2. **Legetjenesten må integreres bedre i den kommunale helse- og omsorgstjeneste.**
3. **Det må sikres god tilgang på allmennleger i alle landets kommuner.**

Samhandlingsreformen krever en politikk og tiltak som i praksis demonstrerer at det neste tiåret tilhører kommunehelsetjenesten - på samme måte som det første tiåret i dette århundre så definitivt har vært spesialisthelsetjenestens og sykehusenes tiår. Nye plikter, større ansvar og flere oppgaver til kommunene må følges av ressurser, myndighet og tillit.

En viktig premiss i samhandlingsreformen er at fastlegene skal styrke sin innsats til prioriterte grupper. Dette forutsetter flere fastleger. Hvis ikke, blir resultatet dårligere tilgjengelighet til fastlegen for "folk flest".

KS mener at en forsterket legetjeneste i kommunene ikke alene kan oppnås gjennom presisering i lov og avtaleverk, men primært må skje gjennom andre konkrete tiltak. KS mener derfor at det bør utvikles tiltak:

- for rekruttering av flere allmennleger/fastleger og oppretting av utdanningsstillinger/fastlønnsstillinger,
- som vektlegger psykisk helse, rusmedisin, eldremedisin i legenes grunnutdanning og spesialistutdanning,
- som stimulerer til etablering av døgntilbud, rehabilitering, palliativ behandling, oppsøkende virksomhet overfor skrøpelige eldre
- som avklarer hva en ny legerolle innebærer, hva de nye legene skal gjøre for å realisere ambisjonene bla om mer forebygging
- som evner å håndheve legefordelingssystemet og å begrense veksten i nye legestillinger til sykehusene (slik man lyktes med ved innføring av fastlegeordningen).

KS mener at det vil bli viktig å få definert noen klare avgrensninger av helsetjenesten dersom en skal få en bærekraftig utvikling fremover. Å tenke helse i alt, utgreie risikofaktorer på lang sikt; risikoen for at noe muligens kan hende individer i morgen pga manglende tenkning og tiltak i dag, kan gi feilaktive prioriteringer av helsetjenestens ressurser og muligheter.

KS mener at det å nå fram til utsatte grupper (skrøpelige eldre, rusmisbrukere, mennesker med psykiske lidelser) og det å få pasienter tidligere utskrevet fra sykehus, til videre behandling, oppfølging og kontroller i kommunehelsetjenesten, bør ha prioritet. Dette fremfor etablering av sykehuslignende institusjoner som vil kreve svært store ressurser i lab/rtg, leger og sykepleiere. Da kan ikke kommunene nøye seg med å ha 1/5 av antall leger og 1/20 av antall sykepleiere som de har i spesialisthelsetjenesten. Da må helsepersonell i spesialisthelsetjenesten "overføres" sammen med oppgavene.

KS er enig i at fastlegeordningen med listeansvar har ført til større tilgjengelighet til legetjenesten. Fastlegene har et eierforhold til egen praksis og listepasientene sine. Dette individperspektivet er verdifullt. Men systemet sikrer ikke godt nok alvorlige psykisk syke, rus og aldersrelaterte utfordringer, dette er pasienter som krever en mer proaktiv tjeneste.

KS vil peke på at styrking av legetjenesten i kommunen kan skje på flere måter:

- Privatpraktiserende fastleger
- Fastlønnte fastleger
- Fastlønnte hel-/deltidsstillinger for å utføre allmennlegetjenester som ikke er en del av takstsystemet
- Fastlønnte kommuneleger som har en koordineringsfunksjon og utfører samfunnsmedisinske oppgaver

Det må være fleksibilitet i systemet slik at det er mulig å finne lokale løsninger ut fra lokale behov. Kommunene må også ha mulighet til å tilby forskjellige typer legearbeid ut fra interessene til den enkelte lege. Dette vil bidra til å rekruttere nyutdannede leger som ønsker å prøve seg i allmennlegetjenesten uten å måtte investere store beløp i en egen privat praksis.

Forskriftsfesting versus avtaleregulering

- Forslaget til utvidet forskrift reiser noen prinsipielle spørsmål om hvor mye staten skal gripe inn i og styre noe som partene (kommunene og fastlegene) normalt bør kunne finne fram til gjennom forhandlinger og avtaler. På den andre side kan det å løfte noe fra avtale og inn i forskrift, åpne opp for at andre forhold kan komme inn i avtaleverket, se avsnitt nedenfor om funksjons- og kvalitetskrav. KS mener at å bruke

forskrift på områder som i dag er avtaleregulert, krever en særlig begrunnelse – dvs at de forholdene som løftes inn i forskrift, må anses som en forutsetning for at pliktsubjektene, fastlegene og kommunene, kan løse de lovpålagte oppgaver og ansvar. Det er vanskelig å vurdere forslaget om mer omfattende forskriftsfesting før endelig forslag til formulering foreligger. En utvidet forskriftsfesting betyr at staten bestemmer ensidig, istedenfor avtalepartene (KS og Legeforeningen) som forhandler seg fram til en løsning. Det som sannsynligvis *bør ligge i en forskrift* er en presisering av hva som er fastlegenes oppgaver. Dette bør ikke være opp til den enkelte fastlege å definere, og for den enkelte kommune å måtte forhandle om. *KS vil påpeke* at det regjeringen kaller en *presisering* av listeansvaret er en reell utvidelse i forhold til dagens fastlegeordning. En slik utvidelse av fastlegenes oppgave må derfor utlignes gjennom økt antall fastleger og sikres fullfinansiering.

Funksjons- og kvalitetskrav til fastlegeordningen

KS er positiv til kvalitetsmålinger, men mener at kost/nyttebetraktninger alltid må legges til grunn når nye systemer vurderes innført. KS er enig i nødvendigheten av gode kvalitetsindikatorer og styringsinformasjon. KS vil bidra til at disse systemene får et kommunalt perspektiv også for bruk som styringsinformasjon for folkevalgte organer.

Endringer i finansieringsordning?

Det er tvilsomt om kommunene får mer styring med hva legene gjør ved å øke finansieringsansvaret, (50/50 fordeling av basistilskudd/takster). Finansieringsmodellen omfatter dessuten bare kurative oppgaver. Det er større behov for å styre offentlig allmennmedisinsk arbeid, og dette utføres ved at kommunen ansetter leger i hel- eller deltidsstillinger. Det er viktig å opprettholde høy produktivitet og god tilgjengelighet til fastlegen for folk flest.

Det medfører store metodiske og praktiske utfordringer å gradere per capita-tilskuddet.

Forslag om dette ble forkastet i forbindelse med innføringen av fastlegeordningen. (Ot.prp. nr. 99 (1998-99))

Kommunelegen – medisinsk-faglig rådgivning

Reformen vil medføre at kommunene må bruke mer ressurser på styrking av kommuneoverlegefunksjonen og det må rekrutteres leger med samfunnsmedisinsk kompetanse.. Kommunelegene blir et viktig bindeledd mellom kommunenes øverste ledelse og fastlegetjenesten og en viktig støttespiller i forhandlinger samhandlingsavtaler med spesialisthelsetjenesten. Hvordan kommunene løser oppgavene knyttet til avtaler, planarbeid og samfunnsmedisinske spørsmål, må kommunene selv kunne avgjøre.

2. Hvordan er ansvarsfordeling med hensyn til oppgaveløsning og beslutningskompetanse?

Forslag fra departementene/regjeringen

Det er i lovtekst eller i kommentarene til høringsnotatet ikke angitt og heller ikke forsøkt å angi hvor grensene går mellom kommunehelsetjenesteloven og spesialisthelsetjenestelovens ansvarsområder. Kommunens ansvarsområder vil som i dag forbli negativt avgrenset – dvs. at kommunen har ansvaret for all nødvendig helsehjelp som ikke dekkes av spesialisthelsetjenestene eller fylkeskommunens ansvarsområder. Det fremheves at det har skjedd en glidende overgang av tjenester fra spesialisthelsetjenesten og til

kommunehelsetjenesten. Det gjøres likevel ikke opp en status vedrørende oppgavefordeling etter loven per i dag. Det er i høringsnotatet uttalt at det verken er ønskelig eller mulig å fastsette den nærmere ansvarsfordelingen mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

Etter forslag til lov om kommunale helse- og omsorgstjenester § 1-2, 2. ledd er det lagt til *"departementet ved forskrift eller i det enkelte tilfelle"* å kunne foreslå hva som er helse- og omsorgstjenester etter loven. Tilsvarende er det etter lov om spesialisthelsetjenesteloven § 1-2, 2. ledd HOD som ved forskrift eller enkeltbeslutning kan fastsette hva som ligger til spesialisthelsetjenesten. Det er derfor HOD som etter lovens ordning bindende kan fastsette hvorvidt ansvaret ligger til kommunen eller til spesialisthelsetjenesten. Det er heller ikke foreslått å stille nærmere formelle krav til beslutningen eller at kommuner skal høres, slik som for eksempel kravet vil være til en fastsettelse av forskrift. Det fremgår ikke hvorvidt HOD ved beslutningen er bundet av tolkningen av det gjeldende regelverket, eller hvorvidt HOD ut fra mer hensiktsmessighetsbetraktninger kan fastsette grenseområdene. Det er ikke stilt andre krav enn at departementet må treffe avgjørelsen, slik at det er de interne delegasjonsreglene i departementet som fastsetter hvem som treffer beslutningen. HOD vil derfor – med grunnlag i loven – kunne treffe slik avgjørelse uavhengig av hva kommunene og foretakene har avtalt, og også uavhengig av hva et eventuelt avtalt tvisteløsningsorgan måtte ha fastsatt. Det er i forslag til lov lagt opp til utstrakt bruk av forskriftshjemler, hvor HOD i forhold til viktige regler for kommunen gjennom forskrift både skal fastsette nærmere regler vedrørende medfinansieringsordning og kommunens ansvar for utskrivningsklare pasienter. Det vises også til at HOD gjennom forskrift kan fastsette kvalitets- og funksjonskrav både til fastlegenes virksomhet og kommunens øvrige tjenester. Regelen om at HOD kan påby samarbeid mellom kommuner hvor det er påkrevd for en forsvarlig løsning videreføres, og forsterkes ved at slik påbudshjemmel også gjelder i forhold til sosiale saker.

KS vurdering

Det er flere forslag i ny lov som vil styrke statens stilling vis a vis kommunesektoren, slik at ubalansen mellom stat og kommune blir tilsvarende større.

KS har etterlyst en klar (ere) ansvarsfordeling mellom statens og kommunens oppgaver. Dette etterkommes ikke i forslaget. Det innebærer at den "stille reformen" fortsetter, hvoretter stadig flere oppgaver overføres til kommunen uten at dette kompenserer økonomisk. Kommunens myndighet og ansvar vil da heller ikke bli synliggjort. Det er HOD som ensidig vil kunne fastsette ansvarsfordelingen mellom stat og kommune, noe som undergraver hensynet til balanse mellom staten og kommunesektoren.

Med grunnlag i lovtekst eller forarbeider vil det være vanskelig, eller nærmest ikke mulig, å trekke den nærmere grensedragningen mellom kommunens og spesialisthelsetjenestens ansvarsområder for så vidt gjelder gråsonerområder. Det vil slik også være uklart hvem av henholdsvis foretak eller kommunene som har ansvaret for tjenestene hvor det opprettes samarbeidsløsninger som intermediære avdelinger, distriktsmedisinske senter, mv. Gråsonene i forhold til rus, psykiatri forblir tilsvarende uklar. Det er i høringsnotatet uttrykkelig uttalt at partene ikke kan *"avtale seg bort fra det ansvaret som er pålagt dem i loven"*. Kommunen og foretakene kan slik ikke gjennom bindende avtale avklare hvem som har ansvaret for konkrete oppgaver. Det er av departementet lagt opp til at partene i avtaler kan innta bestemmelser om hvordan partene selv oppfatter ansvarsforholdene, og at det i praksis vil avbøte problemer med gråsonerområder gjennom at partene frivillig vil etterleve avtalen.

KS bemerker at departementet innenfor barnevern, hvor det er tvist mellom statlig og kommunal barnevernsmyndighet, ikke er gitt en tilsvarende hjemmel til å ensidig fastsette

ansvarsområdene som her forslås både på helse- og sosial området. Regelen er en videreføring av dagens regel i spesialisthelsetjenesten hvor regelen ble inntatt da fylkeskommunen i sin tid var eier av sykehusene. Staten kunne da ved enkeltvedtak eller forskrift avgjøre tvister mellom kommuner og fylkeskommuner. Hvor staten nå er eier av sykehuset, er det etter KS sin oppfatning ikke naturlig at en slik regel videreføres. Staten vil da hvor en tvist oppstår mellom et foretak og en kommune både bli part og dommer i samme sak. KS kan derfor ikke støtte forslaget om at HOD ensidig skal kunne fastsette grensene mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Under enhver omstendighet må slik grensedragning skjer i forskriftsform. Det vil gi en mer forsvarlig høringsrunde og også mulighet for kostnadsberegne overføring av nye oppgaver til kommunen.

KS ønsker i stedet for en slik ensidig hjemmel for HOD til å fastsette grensene mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten, en nærmere grensetrekning av ansvaret – i alle fall av prinsippene - i lov og forarbeider. Dette bør kombineres med et tvisteløsningsorgan for å avgjøre eventuelle tvister. KS ønsker også at det fastsettes nærmere regler for uavhengig megling mellom partene.

Det er i høringsnotatet ikke redegjort nærmere for HOD sin posisjon til å definere grensene mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten, noe som medfører at spørsmålet nok i liten grad vil bli kommentert i høringsrunden.

Det er i loven fastsatt en rekke rettslige standarder. Det stilles krav til kvalitet, forsvarlighet, verdighet og det skal utarbeides kvalitetsevalueringssystemer. Det er KS sin oppfatning en fare for at disse skjønsmessige standardene over tid gjennom tilsyn og klagebehandling vil medføre at det legges større forpliktelser på kommunen også utover det som følger av dagens regler. Dette gjør at utviklingen om at stadig flere oppgaver og forpliktelser pålegges kommunen vil kunne fortsette også i økende omfang som følge av disse standardene uten at de kompenseres økonomisk.

3. Hvordan er bruken av avtaler mellom kommuner og foretak?

Forslag fra departementene/regjeringen

Kommuner og foretak har som nevnt plikt til å inngå avtaler, hvor loven stiller visse minimumskrav til rammene for en avtale. Det er åpnet for at partene også kan avtale uavhengige tvisteløsningsordninger, hvor det blir tvist om tolkning av avtalen. Det er for øvrig ikke stilt nærmere krav til innholdet i avtalen.

Det er i høringsbrevet åpent for at partene kan avtale vidtgående oppgaveroverføringer fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten. Det uttales for eksempel at kommunene og foretakene kan avtale at kommunene skal gjøre oppgaver som er foretakets lovpålagte ansvar, for eksempel kirurgiske eller radiologiske tjenester. Imidlertid uttaler også høringsnotatet at det ikke vil være *”rom for at partene avtaler seg bort fra det overordnede ansvaret for oppgaver som spesialisthelsetjenesten legger til foretakene”*

Det er av departementet – siden partene ikke kan overføre ansvaret - lagt opp til at partene i avtaler kan innta bestemmelser om hvordan partene selv *oppfatter* ansvarsforholdene, og at det i praksis vil avbøte problemer med gråsonerområder gjennom at partene frivillig vil etterleve avtalen.

KS vurdering

Det er etter KS sin oppfatning uklart hvor rettslig bindende avtalen mellom partene er ment å være, og det er nødvendig at det utredes nærmere Generelt bærer høringsnotatet preg av at

man på den ene side ønsker at avtaler skal være bindende, men på den andre siden ønsker man at det allikevel ikke i forhold til oppgaveløsning og ansvar. Dette kan illustreres i forhold til følgende spørsmål;

- Er avtalene mellom kommunen og foretakene rettslig bindende slik at tvist om tolkning av avtalen også kan prøves for de alminnelige domstoler?
- Hvor en kommune har påtatt seg oppgaver som ligger til spesialisthelsetjenesten, og hvor foretakene ikke oppfyller sin del av avtalen og det påfører kommunen et økonomisk tap, kan da kommunen kreve erstatning av sitt tap for domstolene?
- Dersom kommunen har overtatt en oppgave som ligger til spesialisthelsetjenesten. Er det da avtalens ordlyd som er avgjørende for hvordan partene skal opptre, eller det foretaket som har det overordnede ansvar som kan diktere hvordan saken skal håndteres?
- Hva betyr det konkret at foretakene "ikke kan avtale seg bort fra det overordnede ansvaret som ligger til spesialisthelsetjenesten" – hvor langt legger det begrensninger i forhold til å inngå bindende avtaler?
- Er departementet på noen måte forpliktet av de inngått avtale, eller kan departementet fritt bruke den hjemmel til å fastsette ansvars grensene som foreslås i loven uavhengig av inngåtte avtaler?

Når det er uklart hvor langt partene kan inngå bindende avtaler, blir det tilsvarende uklart hvilket mandat og rolle et tvisteløsningsorgan etter avtalen kan gis.

KS ønsker derfor en nærmere utredning hvor rettslig bindende de foreslåtte avtaler er ment å være og at dette må redegjøres nærmere for det videre lovarbeidet.

Det er etter KS sin vurdering grunn til å vurdere andre og nasjonale tvisteløsningsordninger.

Uavhengige tvisteløsningsordninger må ikke gå utover den enkelte pasient, slik at det først og fremst vil være det økonomiske ansvaret tvisteløsningsorganet vil ta stilling til.

KS ønsker at et slik tvisteløsningsorgan også kunne avgjøre økonomiske tvister i tilknytning til utskrivningsklare pasienter. Tvisteløsningsorganets avgjørelse vil da også danne presedens for løsning av senere saker. I en slik nemnd/tvisteløsningsorgan kan representanter fra staten, sykehus, kommunene og bruker/partsrepresentanter og det medisinske fagmiljø sitte, som vil kunne gi grunnlag for god kvalitet på avgjørelsene som partene også vil etterleve.

4. Hvilke nye oppgaver og plikter er foreslått for kommunene?

Forslag fra departementene/regjeringen

I forslag til ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester om Samhandlingsreformen, legges opp til **økt aktivitet i kommunene**. Overføring av aktivitet fra spesialisthelsetjenesten handler om deler av pasientforløp som er aktuelle for "overføring" til den kommunale helse- og omsorgstjenesten, ikke konkrete eller avgrensede oppgaver. Det legges opp til en gradvis oppbygging av kompetanse for å øke aktivitet og kvalitet i kommunene. Det må være en gjensidighet mellom kommuner og helseforetak når kommunene overtar aktiviteter.

Lovpålagte avtaler vil være rammen for en slik gjensidig tilpasning.

Pasientrettede oppgaver:

- Kommunen skal ha økt ansvar for forebygging, tidlig intervensjon og tiltak mot unødvendig innleggelse av pasienter i sykehus, herunder også systemarbeid i forhold til oppfølging av disse plikter.
- Kommunene kan få et ansvar for å opprette et øyeblikkelig hjelp tilbud. Oppgaven vil kun gjelde for pasientgrupper som kommunen selv har mulighet til å utrede, behandle eller yte omsorg for i stedet for innleggelse på sykehus

Administrative oppgaver:

- Kommunen skal styrke samarbeidet og samordning med andre kommuner, fylkeskommuner og helseforetak, herunder plikt til å inngå avtaler med helseforetak.
- Kommunen skal etablere en egen pasient koordinator til mennesker med behov for langvarige og sammensatte tjenester.
- Kommunens ansvar for å følge opp allmennlegetjenesten, herunder i forhold til kvalitet, presiseres.
- Kommunen skal vurdere samarbeidsløsninger med helseforetak og andre kommuner, slik som oppbygging av lokal medisinske sentra.
- Alle tjenester og organisering skal vurderes i forhold til en foreslått forsvarlighetsstandard.

KS vurdering

KS mener at reformen må gi større ansvar, flere oppgaver til kommunene og mulighet til videreutvikling av oppgaver kommunene allerede har. Reformen bør konsentreres om områder og pasientgrupper der samhandling har særlig store konsekvenser for sykdomsforløpet og tjenestetilbudet til pasienten.

Selv om intensjonen er at det skal skje en økt aktivitet i kommunen er kommunen i liten grad pålagt nye oppgaver. Det uttales at forslag til lov i det all vesentlig er en "presisering" av de oppgaver, plikter og handlingsrom som kommunen også i dag har. Det er KS sin vurdering av forslag til nye lover, særlig sett i forhold til intensjonen med samhandlingsreformen, samlet vil påføre kommunen vesentlig nye plikter.

Det er dokumentert at samhandling særlig rundt kronisk syke og eldre pasienter er det området i helsetjenesten hvor det er mulig å skape bedre pasientforløp.

Overordnet er det tre grupper av pasienter, hvor kommunen kan påta seg større oppgaver, ut fra effektivitets- og kvalitetshensyn:

- Kronisk syke og eldre som får en akutt sykdom og forverring (som blærekatarr, influensa etc i tillegg til hoveddiagnosen) og dermed trenger observasjon og tett oppfølging i en tidsavgrenset periode. Et forsterket døgntilbud (øyeblikkelig hjelp) i kommunen kan være et alternativt til innleggelse i sykehus. Dette kan også gjelde et forsterket tilbud ved tidligere utskrivning fra sykehus.
- Kronisk syke og eldre hjemmeboende som gradvis mister funksjonsevne (frail patients) kan ha nytte av systematisk oppfølging og rehabilitering, dvs. forebygge behov for innleggelser i sykehus og behov for økt kommunalt tilbud. Ved utskrivning fra sykehus til hjemmet kan systematiske forebyggende hjemmebesøk/program bidra til å opprettholde funksjonsevnen og redusere behov for sykehjem.
- Pasienter med alvorlig sykdom som skal ha lindrende behandling.

Kommunehelsetjenesten bør *organisere et hastetilbud* til pasienter som midlertidig trenger økt behandling, pleie og omsorg i hjemmet eller i sykehjem. Tilbudet må være like enkelt tilgjengelig som innleggelse for øyeblikkelig hjelp i sykehus og kunne rekvireres av legevakt eller fastlege. Bedre koordinering rundt disse pasientene er det området i helsetjenesten som har størst potensial til forbedring. Det er godt dokumentert at dette hindrer innleggelse på sykehus og er et bedre tilbud til pasientene.

KS ønsker at det gjennomføres en prosess med deltakere fra kommunene, de private/ideelle rehabiliteringsinstitusjonene og spesialisthelsetjenesten med mandat å definere det faglige innholdet i rehabiliteringstilbudet i kommunehelsetjenesten versus spesialisthelsetjenesten.

5. Hvilke plikter gis kommunen i forhold til folkehelse?

Forslag fra departementene/regjeringen

Lovforslaget nevner følgende punkter: Folkehelselovens formål er å fremme folkehelse og bidra til å motvirke sosiale helseforskjeller, loven skal sikre samarbeid mellom kommuner, fylkeskommuner og statlige helsemyndigheter.

Kommunen skal til enhver tid ha oversikt over helsetilstanden i befolkningen og de positive og negative faktorer som kan virke inn på denne. Dette gjelder også miljørettet helsevern, biologiske, kjemiske, fysiske og sosiale miljøfaktorer.

Kommunene pålegges å lage strategier, mål og tiltak for å løse helseutfordringene. I forslag til lov fremgår det for at dette ikke innebærer økte kostnader for kommunene, og at man samfunnsøkonomisk vil spare mye på å gjøre dette.

Departementet kan i forskrift eller enkeltvedtak pålegge samarbeid mellom kommuner når det ansees påkrevet for en forsvarlig løsning av folkehelsearbeidet, herunder gi bestemmelser om hvilke oppgaver det skal samarbeides om og fordeling av utgifter.

Lovforslaget stiller økte krav når det gjelder systematikk, kunnskapsbaserte tiltak, prioritering og integrering av folkehelsehensyn inn i kommunens øvrige aktiviteter.

Fylkeskommunene skal i følge lovforslaget bistå kommunen i å foreta kommunale analyser og tolkninger av data, jf. mulige forklaring av årsakssammenhenger, styrker og svakheter i de statistiske dataene som samles inn.

Lovforslaget inneholder bestemmelser om at drøfting av helseutfordringer skal inngå i kommunal planstrategi (§4) og regional planstrategi (§21), med henvisning til Plan og bygningsloven.

Lovforslaget inneholder en bestemmelse om at kommunen skal fastsette mål og tiltak i folkehelsearbeidet som skal gjelde for all aktuell kommunal virksomhet, herunder lokal samfunnsutvikling, planlegging, forvaltning og tjenesteyting.

Departementet ber om høringsinstansenes syn på om Fylkesmannen eller Helsetilsynet i fylket bør være regional tilsynsmyndighet.

KS vurdering

Lovens formål bygger både på generelle helsefremmende tiltak for befolkningen som helhet og har også som mål å redusere sosiale helseforskjeller. Det siste berører grupper av befolkningen som har sosiale, helsemessige og økonomiske utfordringer som for eksempel fattigdom. Dette er en utfordring ved lovforslaget. Å redusere sosial ulikhet i helse er et uttalt helsepolitisk mål som også er nevnt i selve lovteksten. Det synes vanskelig å oppnå dette med det foreliggende lovforslaget, fordi det forutsetter en mer målrettet innsats mot enkelte grupper. Blir den friskeste delen av befolkningen friskere så vil det øke den sosiale ulikheten i helse heller enn å redusere den.

Forslaget til ny folkehelselov stiller indirekte krav om at det opprettes koordinatorstillinger for folkehelsearbeidet. Dette finnes i varierende grad i kommunene i dag. En tydelig ansvars plassering er viktig, uten at kommunen samtidig pålegges bestemte måter å organisere tjenestene på eller pålegges bruk av nærmere bestemte profesjonsgrupper. Kommunen må gis frihet til selv å velge hvordan ansvaret oppfylles.

På overordnet nivå må kommunene inneha kartleggings-/utrednings-/analysekompetanse for å ivareta kravene til oversikt over folkehelsesituasjonen og utfordringer.

For å forankre folkehelsearbeid i planer og i tiltak i tjenestene, kreves kompetanseheving i de ulike kommunale virksomheter og tjenester. Det stiller bl.a. krav om økt tverrfaglig samarbeid i kommunen, og samhandling mellom kommune, fylkeskommune og andre. Dette er kapasitets- og kompetansekrevene.

Helseovervåking /statistikk et stort og uoversiktlig område – og vil kreve store ressurser både på fylkeskommunalt og kommunalt nivå. Det ligger ikke inne noen ressurser til dette arbeidet, samt at det er behov for kompetanse i kommunesektoren for å følge opp. Behovet for felles opplegg og standardisering er stort – og det bør avklares hva som skal gjøres og av hvem nasjonalt, regionalt og lokalt. Fylkeskommunene skal følge lovforslaget bistå kommunen i å foreta kommunale analyser og tolkninger av data, jf. mulige forklaring av årsakssammenhenger, styrker og svakheter i dataene. Imidlertid foreligger det allerede mye helsestatistikk, og det bør sees blant annet til effektiviseringsnettverkene og arbeidet som allerede pågår i KOSTRA for å unngå dobbeltrapportering.

I PBL § 7.1/§10.1 sies det generelt at ”planstrategien skal redegjøre for regionale (kommunale) utviklingstrekk og utfordringer, vurdere langsiktige utviklingsmuligheter og ta stilling til hvilke spørsmål som skal tas opp gjennom videre regional planlegging. Det betyr at det er opp til fylkeskommunen/kommunen selv å avgjøre hvilke utfordringer og spørsmål som skal tas opp i videre planlegging.

De nye bestemmelsene gir fylkeskommuner/kommuner pålegg om område (her: folkehelse) som skal være med i planstrategien, det betyr at man fraviker prinsippet om at kommunen og fylkeskommunen selv skal avgjøre hva som er viktig. Med en så omfattende definisjon som legges til grunn for folkehelsearbeid anses denne delen av forslaget som en inngripen i viktige lokaldemokratiske prinsipper..

KS mener det er rimelig at Fylkesmannen er tilsynsmyndighet fordi dette sikrer et helhetssyn med tanke på lokaldemokratisk forankring i Plan og bygningsloven.

6. Hvordan er nye oppgaver og plikter foreslått finansiert?

Forslag fra departementene/regjeringen

Det er forutsatt at det skal gis kompensasjon for økte kommunale kostnader knyttet til henholdsvis kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten og kommunal betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter fra første dag. For begge disse endringene er det forutsatt videre utredning av økonomiske virkninger og hvordan kompensasjon skal tilføres kommunene.

Det er to alternative modeller for medfinansiering som er aktuelle for det somatiske området: All behandling av personer over 80 år eller all medisinsk behandling (uavhengig av alder). For begge modellene er det lagt til grunn 20 pst kommunal medfinansiering. Omfanget av kommunal medfinansiering er anslått til å utgjøre henholdsvis 1,5 mrd. kroner ved den aldersbestemte modellen og 3,6 mrd. kroner ved en modell avgrenset til det medisinske området. Dette innebærer at den aldersbaserte modellen gir lavest finansiell risiko for kommunene.

Utbygging av et kommunalt døgnbehandlingstilbud ved øyeblikkelig hjelp er forutsatt finansiert ved at kommunen sparer medfinansieringskostnader og ved eventuelle bidrag fra helseforetakene.

KS vurdering

På en rekke områder legges det opp til endringer som skal gi brukerne et bedre tilbud, men som samtidig er forutsatt ikke skal medføre økonomiske virkninger av betydning for kommunene. Dette gjelder blant annet:

- Krav til at koordinerende enheter i kommunene får et systemansvar for arbeidet med individuell plan.
- Rett til et verdig tjenestetilbud (verdighetsgarantien)
- Krav til lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak

Kommunal medfinansiering

Begge de aktuelle modellene - avgrenset til pasienter over 80 år eller til det medisinske området - vil gi kommunene incentiver til å gi nye og bedre kommunale tilbud til eldre medisinske pasienter. Helseforskere har fremhevet at kommunene særlig gjennom et bedre tilbud til denne gruppen kan redusere behovet for spesialisthelsetjenester. Modellen avgrenset til det medisinske området gir bredere incentiver til styrket kommunal innsats på rehabiliteringsområdet – uavhengig av pasientenes alder. Den aldersbestemte modellen vil på sin side gi sterkere incentiver til fallforebygging for eldre over 80 år, ved at kommunene må medfinansiere kirurgiske inngrep for eldre.

Det er enkelte særlige utfordringer knyttet til en aldersbasert modell: Det kan skape mistanker om aldersdiskriminering, forstått som at eldre ikke får samme mulighet for behandling i spesialisthelsetjenesten som yngre. Dette er allerede fremholdt fra flere, også fra kommunehold. Det vil også være slik at mange av de tilbud kommunene målretter for eldre blant annet for å redusere egne medfinansieringsutgifter, også vil være gode tilbud for personer under 80 år. Det vil ikke være mulig eller ønskelig å nekte personer kommunale tjenestetilbud begrunnet med at de er under 80 år. Avgrensning til det medisinske området vil trolig være mindre kontroversielt, og tilbudene kommunene bygger ut for å redusere sine utgifter vil trolig i liten grad bli benyttet av personer som kommunene ikke har medfinansieringsansvar for.

Det er behov for en grundig kostnadsberegning av kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenestene, og saken er meldt opp som en felles kostnadsberegningssak i konsultasjonsordningen. Det er behov for en videre utredning også av andre forhold: som fastsettelse av et maksimalt beløp kommunene skal betale pr. innleggelse og hvordan kommunene skal kompenseres for det økte finansieringsansvaret. Det ligger et utfordrende økonomisk fremtidsbilde i forslaget til medfinansieringsordning, at kommunene eksempelvis vil få ekstra utgifter til medisiner, utstyr og hjelpemidler i takt med at beboere på sykehjem vil ha større og mer avansert behov for pleie. I dag dekker helseforetakene utgiftene hvis pasientene skal tilbake til eget hjem, mens sykehjemmene må dekke disse kostnadene hvis pasienten skal dit. Dette er ikke kostnader som er tatt med i de økonomiske beregningene rundt medfinansieringsordningen.

Rehabilitering. Når det gjelder rehabilitering (og private/idelle rehabiliteringsinstitusjoner) heter det følgende: *"Helsedirektoratet har anslått at 50 % av pasientene i disse institusjonene burde fått et tilbud i kommunehelsetjenesten. Rehabiliteringsfeltet er derfor et område der kommunene vil kunne påvirke forbruket av spesialisthelsetjenester i betydelig grad og hvor kommunal medfinansiering vil kunne være et viktig incentiv for å understøtte oppbygging av kommunale tilbud."*

Dersom spesialisthelsetjenesten skal gjøre mindre og kommunene mer på dette området må innsparinger på spesialisthelsetjenesten og merkostnader for kommunene beregnes med sikte på å flytte ressurser fra spesialisthelsetjenesten til kommunene. Statlige myndigheter må ikke tillate nedbygging av helsetjenestetilbud innen spesialisthelsetjenesten før kommunene har bygd opp et likeverdig tilbud.

Døgntilbud - utvidet kommunalt ansvar for øyeblikkelig hjelp. Det vises til at de viktigste virkemidlene for å få etablert behandling i kommunene er redusert betaling for medfinansiering eventuelt supplert med tilskudd fra helseforetakene. Det kan ikke forutsettes – slik det gjøres i høringsbrevet - at dette vil være tilstrekkelig til å etablere om døgnplasser til øyeblikkelig hjelp i kommunene.

Utvidet betalingsansvar for utskrivningsklare pasienter:

Det er tatt inn regneeksempler av hvor mye midler som skal overføres gitt omfang i pasientdøgn og ulike døgnsetser i høringsdokumentet. De beregningsmessige forutsetningene må gjennomgås og kvalitetssikres. Saken er meldt opp som en kostnadsberegningssak i konsultasjonsordningen.

Økonomiske og administrative konsekvenser

Det er vanskelig å overskue økonomiske og administrative konsekvenser da flere endringsforslag henvises til mer utredning. Og Samhandlingsreformen møtes med forventninger om innsats på mange plan. Høringsdokumentene viser til flere kostnadsdrivende elementer: Etablering av funksjons- og kvalitetskrav, mer kommunal styring av fastlegene, nye ressurser innenfor fastlegeordningen, overføring av aktivitet fra spesialisthelsetjenesten, etablering av tilbud i kommunene, styrking av legevakt, satsing på rehabilitering osv. Alt dette medfører at kommunene må øke sin kompetanse og legge mer ressurser inn i sine tjenester. Ikke minst vil nødvendig styrking og utvikling av kompetansen i kommunene, inkludert økning av legestillinger/- hjemler, innebære behov for økte ressurser.

7. Hvilke utfordringer medfører lovforslagene innen kompetanse, forskning og IKT?

7.1 Kompetanse

Forslag fra departementene/regjeringen

Forslagene til ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, ny folkehelselov og ny nasjonal helse- og omsorgsplan, reiser to sentrale problemstillinger som i varierende grad besvares av regjeringen. 1) Hvordan skal kommunene styrke kompetansen og beholde de som allerede er sysselsatt i sektoren? 2) hvordan skal det sikres at kommunene har tilstrekkelig tilgang på kvalifisert personell?

I forslaget til ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester er de fremtidige kommunale oppgavene delvis utydelig spesifisert, og dette gjør det utfordrende å vurdere kompetansebehovene som vil oppstå.

KS vurdering

Utdanningspolitiske grep er ikke omtalt i lovforslagene, men det vises til den nye stortingsmeldingen om velferdsutdanningene som er under arbeid. Stortingsmeldingen legges fram noen måneder før samhandlingsreformen trer i kraft. Fordi utdanningspolitikk ”virker

langsomt”, er det stor usikkerhet knyttet til dimensjonering, organisering og innhold i helse- og sosialfaglig utdanning som skal dekke framtidige behov i kommunesektoren.

Det er fornuftig at man ser kompetanseutvikling og kompetanseoverføring i sammenheng med de lovpålagte samarbeidsavtalene fordi avtalene da vil knyttes opp mot konkrete mål, oppgaver og ansvarsområder. Dette legger grunnlag for strategisk kompetansestyring i kommunene, og planer for kompetanseutvikling for hhv kommune og foretak.

En sentral utfordring i forbindelse med de lovpålagte samarbeidsavtalene er å sikre likeverdighet mellom kommunene og helseforetakene. Dersom likeverdigheten ikke er på plass kan det oppstå samarbeidsutfordringer knyttet til finansiering, forskning, rekruttering av arbeidskraft og kompetanseheving av ansatte. Det blir viktig å sikre at samarbeidsavtalene tydeliggjør arbeidsgiveransvar, og sørger for at det ikke oppstår utfordringer knyttet til f.eks. ulike lønns- og arbeidsvilkår.

Mulighetene som ligger i velferdsteknologi utover IKT er nær sagt fraværende i både forslag til nasjonal helse og omsorgsplan og i lovforslagene.

Samhandlingsreformen vil føre til at kapasiteten i den kommunale helse- og omsorgstjenesten må styrkes. Det er viktig at de myndighetsmessige rammebetingelsene understøtter at det utdannede helse- og sosialpersonell i større grad enn til nå blir kanalisert til den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Med unntak av det allerede iverksatte tiltaket “Omsorgsplan 2015” ser det ikke ut som om regjeringen tar tak i kapasitetsutfordringene som kommunesektoren står ovenfor på dette feltet. Kompetanseløftet tar dessuten ikke høyde for de bemannings- og kompetansemessige utfordringene som ligger i samhandlingsreformen.

7.2 Forskning

Forslag fra departementene/regjeringen

Det er ikke vanskelig å slutte seg til de mål og virkemidler som fremsettes i høringsgrunnlaget for Nasjonal helse- og omsorgsplan(2011-2015) om forskning og innovasjon, kvalitet og læringskultur, kunnskap i helsetjenesten. Det har de senere årene vært en langsiktig oppbygging av helse- og omsorgsforskning og en gradvis satsing på innovasjon. Det er særlig behov for å prioritere forskning og innovasjon om samhandling, og forskning innen den kommunale helse- og omsorgstjenesten. I tillegg er det en utfordring å sikre at forskningsresultater og nye innovative løsninger tas i bruk og slik danner grunnlaget for kunnskapsbaserte tjenester.

KS vurdering

Et kommunalt ansvar for forskning og undervisning kan løses gjennom regionale samarbeidsløsninger (herunder regionale forskningsutvalg). Finansiering kan skje gjennom økte rammer til kommunene og gjennom regionale forskningsråd.

I dag brukes det svært mye mer ressurser til forskning knyttet til spesialisthelsetjenesten i forhold til kommunehelsetjenesten. Resultater fra forskning i spesialisthelsetjenesten er ofte ikke relevante i kommunehelsetjenesten. Kunnskapsbehovet i den kommunale helse- og omsorgstjenesten kan derfor i liten grad ivaretas gjennom forskningen i spesialisthelsetjenesten.

Forskning med relevans for kommunehelsetjenesten må økes betydelig. Generelt er det behov for mer praksisnær forskning og spesielt vil vi fremheve behovet for å styrke forskningen innen allmennmedisin., men også på områder som tjenesteyting og -utvikling i kommunehelsetjenesten, teknologi og organisasjon og ledelse.

Forskningen i, om og for den kommunale helse- og omsorgssektoren skal ivaretas av eller i samarbeid med de forskningsinstitusjoner som er tillagt forskning som en hovedoppgave. Dette er i første rekke universitets- og høyskolesektoren, men også instituttsektoren og regionale helseforetak kan være aktuelle samarbeidspartnere. Det må arbeides for å etablere et formalisert samarbeid mellom forskningsinstitusjoner og kommuner.

Kommunene bør få ansvar for forskning og undervisning, på tilsvarende måte som spesialisthelsetjenesten. Et kommunalt ansvar for forskning og undervisning kan løses gjennom regionale samarbeidsløsninger (herunder regionale forskningsutvalg). Finansiering kan skje gjennom økte rammer til kommunene og gjennom regionale forskningsråd. *Et økt kommunalt ansvar for forskning og undervisning må kompenseres fullt ut fra statens side.*

I tillegg til virkemidlene som er foreslått, må også kommunenes mulighet til å påvirke og prioritere legges inn i den eksisterende organiseringen.

Hovedansvaret for å satse på forskning ligger hos politikere og helsemyndigheter. Det må være samsvar mellom Samhandlingsreformens løfter om satsing på kommunehelsetjenesten og dokumenterbar forebygging, og satsingen på forskning.

7.3 IKT og dokumentasjon

Forslag fra departementene/regjeringen

En forutsetning for at man skal nå mange av målene i Samhandlingsreformen, er at man tar i bruk informasjons- og kommunikasjonsteknologi (IKT) i hele helse- og omsorgssektoren. Elektronisk kommunikasjon skal i følge St.mld. 47 være den ”ordinære måten å kommunisere på”. Økt bruk av IKT er ikke noe mål i seg selv, men er et virkemiddel for å heve kvaliteten på tjenestene ved for eksempel å gi raskere og enklere tilgang til informasjon ved pasientbehandling (f.eks. Kjernejournal).

KS vurdering

Kostnadsvirkningene bør utredes nærmere med sikte på fullfinansiering. Dette gjelder både pukkelkostnader og eventuelle økte varige driftskostnader. I forhold til varig drift kan det være elementer som gir merkostnader og andre elementer som gir en mer effektiv tjenesteproduksjon. KS mener at den nasjonale IKT-infrastrukturen bør finansieres nasjonalt.

Mange kommuner har kommet langt i å utnytte de mulighetene IKT byr på og flere følger etter, men det er fortsatt noen som ikke har tatt i bruk elektronisk pasientjournal (EPJ) eller koblet seg til Norsk Helsenett (NHN). I årets eKommunekartlegging svarte 8 % av kommunene at de ikke har tatt i bruk EPJ innenfor pleie- og omsorgstjenesten mens 21 % svarte at de ikke var tilknyttet NHN.

KS har satt som mål i ”eKommune 2012 - lokal digital agenda” at all dokumentasjon i helse- og omsorgstjenesten skal skje i elektronisk journalsystem i løpet av 2009, et mål som nok var satt vel ambisiøst tatt i betraktning at kun 71 % av kommunene klarte dette.

I samme strategiplan er det også et mål om at alle kommuner skal være tilknyttet Norsk Helsenett i løpet av 2011, i eKommunekartleggingen svarte 76 % av kommunene at de var det.

Det er viktig at alle kommuner kommer seg opp på et teknologisk minimumsnivå for at man skal hente ut potensialet som ligger i elektronisk samhandling. Dersom alle er i stand til å sende og motta elektroniske meldinger, slipper man å opprettholde egne rutiner for å utveksle papirmeldinger med de aktørene som henger etter. Det vil også sikre at alle innbyggerne er sikret det samme tilbudet som f.eks. Nasjonal kjernejournal. Administrasjonen er av den oppfatning at et forskriftsfestet krav til elektronisk dokumentasjon og kommunikasjon av helseopplysninger, er den beste måten å sikre at et slik teknologisk minimumsnivå blir nådd for hele sektoren.

Sigrun Vågeng

Victor Ebbesvik