



Grane kommune

Rådmann

Tlf.: 75 18 22 20

Fax.: 75 18 12 63

Deres ref.:

Vår ref.:

Saksbehandler:

Arkiv:

Dato:

11/134

Lars-Erik Kapskarmo, 75182222

FE-

12.01.2011

Helse og omsorgsdepartementet

Postboks 8011, Dep
0030 OSLO

Høringsuttalelse - forslag til ny kommunal og omsorgslov

Oversender uttalelse fra Grane kommune.

Med hilsen

J. Brennhaug
Lars-Erik Kapskarmo
Rådmann

Forslag til uttalelse

Grane kommune vil avgi følgende uttalelse til ny Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester.

Det er behov for en tydeligere ansvarsdeling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Ansvarsfordelingen bør angis nærmere i forarbeidene til loven, og om mulig også klarere i selve lovteksten. Hvor det oppstår uenighet om ansvarsfordelingen, bør uenigheten avgjøres av et uavhengig tvisteløsningsorgan.

Grane kommune går imot at Helse- og omsorgsdepartementet ensidig kan fastsette ansvarsfordelingen mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

Grane kommune kan ikke se at det er behov for å gi departementet hjemmel for å pålegge kommunene å samarbeide. Kommunene vil i forhold til folkehelse selv være i stand til å etablere fornuftige løsninger, i samarbeid med fylkeskommunen. Dette samarbeidet kan skje gjennom inngåelse av avtaler, og basert på kommunens behov for oversikt over egen befolkning.

For å sikre en god oppgavefordeling bør de største pasientforløpene mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten gjennomgås, 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.

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. Det bør lovfestes en plikt for kommunene til å etablere et slikt tilbud. Det bør gjennomføres en gradvis innføring og evaluering ved overføring av oppgaver og plikter til kommunen.

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 innleggelses synes å være mer i samsvar med overordnede mål for reformen.
- En ordning som kombineres med tak for å begrense finansiell risiko for enkeltkommuner
- Grane kommune forutsetter at en kompensasjonsmetode utformes i samarbeid med kommunesektoren v' KS

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.

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 betalingsplikt for utskrivingsklare pasienter fra 2012.

De økonomiske og administrative konsekvensene er vanskelig å overskue, men Vefsn kommune mener de vil bli betydelige og langt høyere enn antydning i høringsnotatet.

Samhandlingsreformen, med ny folkehelselov og lov om kommunale helse- og omsorgstjenester må implementeres gradvis og etter en plan. Det må også fastsettes "milepæler" hvor resultatene av samhandlingsreformen på gitte tidspunkter skal vurderes.

De nye oppgavene og det utvidede ansvaret 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 viktigheten av at samarbeidet blir styrt av et folkevalgt organ.

Bakgrunn.

Helse- og omsorgsdepartementet har sendt på høring forslag til ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. Forslagene i høringsnotatet skal erstatte og harmonisere dagens kommunehelsetjenestelov og sosialtjenestelov. Dagens lovmessige skille mellom helsetjenester etter kommunehelsetjenesteloven og omsorgstjenester etter sosialtjenesteloven vil dermed bli opphevet. Den nye loven vil medføre en felles tjeneste med felles regelverk. I tillegg foreslås det endringer i andre lover, bl.a. i pasientrettighetsloven og spesialisthelsetjenesteloven. Det er også sendt ut høringsnotat med forslag til ny folkehelselov som skal erstatte lov om fylkeskommuners oppgaver i folkehelsearbeidet og enkelte bestemmelser i kommunehelsetjenesteloven (se egen sak).

Høringsforslaget er en oppfølging av St.meld. nr. 47 (2008-209) Samhandlingsreformen og Inst. 212 S (2009-2010) Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om samhandlingsreformen og om en ny velferdsreform. I tillegg følger høringsnotatet opp NOU 2004:18 Helhet og plan i sosial- og helsetjenestene og NOU 2005:3 Fra stykkevis til helt – En sammenhengende helsetjeneste.

Samhandlingsreformen bygger bl.a. på en overordnet målsetting om å redusere sosiale helseforskjeller, og at alle skal ha et likeverdig tilbud om helsetjenester uavhengig av diagnose, bosted, personlig økonomi, kjønn, etnisk bakgrunn og den enkeltes livssituasjon. Når sykdom rammer, er det viktig at folk skal oppleve at de får tilbud om behandling og pleie med kort ventetid og med størst mulig nærhet til brukeren. Målene med samhandlingsreformen er blant annet:

- Økt livskvalitet og redusert press på helsevesenet gjennom satsing på helsefremmende og forebyggende arbeid
- Dempet vekst i bruk av sykehus tjenester 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.

Samtidig som forslag til ny kommunal helse- og omsorgslov ble sendt ut på høring, sendte departementet som nevnt forslag til ny folkehelselov på høring, samt gjennomfører en nettbasert høring om Nasjonal helse- og omsorgsplan. (Det foreligger en egen sak til behandling i formannskapet om uttalelse til forslag om ny folkehelselov).

Oppsummering av høringsnotatets forslag

Når det gjelder forslag til lovtekst vises det til vedlegg. Mer overordnet viser departementet til at forslag til ny kommunal helse- og omsorgslov tydeliggjør kommunens overordnede ansvar for helse- og omsorgstjenester ("sørge-for-ansvar"), uten at kommunene samtidig pålegges bestemte måter å organisere tjenestene på. Kommunens plikter skal videreføres, men pliktene foreslås utformet mer overordnet og profesjonsnøytralt. Dette vil gi kommunene et tydeligere og mer helhetlig ansvar, samt større frihet til å organisere og tilpasse tilbudet i samsvar med lokale behov. I forslaget oppheves skillet mellom helsetjenester og omsorgstjenester. I stedet foreslås en felles helse- og omsorgstjeneste med felles regelverk, herunder felles klage- og tilsynsinstans. Det foreslås at helsepersonelloven skal gjelde for alt personell som yter tjenester etter den nye loven.

Forslaget innebærer at pasient- og brukerrettigheter knyttet til kommunale helse- og omsorgstjenester videreføres, men at de samles i pasientrettighetsloven. Det vil medføre at rettighetene blir mer entydige og helhetlige for pasientene og brukerne, som ofte forholder seg til flere deltjenester i kommunen eller til deltjenester både i kommunen og i spesialisthelsetjenesten.

Samhandlingsreformen fremhever kommunens ansvar for helsefremmende og forebyggende arbeid. Kommunene har allerede i dag et slikt ansvar, men det foreslås at dette tydeliggjøres i loven. Dette må særlig ses i sammenheng med høringsnotatet om lov om folkehelsearbeid.

Lovforslaget skal sikre bedre samhandling innad i kommunen, men også mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Det foreslås lovregulert at kommuner og spesialisthelsetjeneste skal legge til rette for samhandling mellom ulike deltjenester og med andre tjenesteytere. Det foreslås også å innføre et nytt avtalesystem mellom tjenestenivåene. Et lovfestet avtalesystem vil kunne bidra til et mer likeverdig partsforhold i avtaler, og sikre en mer enhetlig praksis.

Etter at høringen er gjennomført tar departementet sikte på at lovforslaget fremmes for Stortinget i form av lovproposisjoner våren 2011.

Nærmere om enkelte element

Hvordan er ansvarsfordeling med hensyn til oppgaveløsning og beslutningskompetanse?

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 til kommunehelsetjenesten. Det gjøres likevel ikke opp en status vedrørende oppgavefordeling etter loven pr. 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 kommunal 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 spesialisthelsetjenester § 1-2, 2. ledd departementet (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 fastsettelse av forskrift. Det fremgår ikke hvorvidt HOD ved

beslutningen er bundet av tolkningen av det gjeldene 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. Departementet vil – 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 departementet i forhold til viktige regler for kommunen gjennom forskrift både skal fastsette nærmere regler vedrørende medfinansieringsordning og kommunens ansvar for utskrivingsklare pasienter. Det vises også til at departementet gjennom forskrift kan fastsette kvalitets- og funksjonskrav både til fastlegens 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.

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.

Mange kommuner og KS har etterlyst en klar 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 kompenseres økonomisk. Kommunens myndighet og ansvar vil da heller ikke bli synliggjort. Det er departementet som ensidig vil kunne fastsette ansvarsfordelingen mellom stat og kommune, noe som undergraver hensynet til balanse mellom staten og kommunesektoren.

Med grunnlag i lovttekst eller forarbeid vil det være vanskelig, eller nærmest ikke mulig, å trekke den nærmere grensedragningen mellom kommunens og spesialisthelsetjenestens ansvarsområder for så vidt gjelder gråsoner. Det vil slik være uklart hvem av henholdsvis foretak eller kommunene som har ansvaret for tjenestene hvor det opprettes samarbeidsløsninger som intermedieære avdelinger, distriktsmedisinske senter, mv. Gråsonene i forhold til rus, psykiatri forblir tilsvarende uklare. 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 bindene 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 gråsoner gjennom at partene frivillig vil etterleve avtalen.

Det må bemerkes 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 foreslås på helse- og sosialområdet. 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 administrasjonens 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. Kommunene bør derfor ikke støtte forslaget om at departementet ensidig skal kunne fastsette grensene mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Under enhver omstendighet må slik grensedragning skje i forskriftsform. Det vil gi en mer forsvarlig høringsrunde og også mulighet for å kostnadsberegne overføring av nye oppgaver til kommunen.

I stedet for en slik ensidig hjemmel for departementet 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. Der bør fastsettes nærmere regler for uavhengig megling mellom partene.

Det er i høringsnotatet ikke redegjort nærmere for departementets 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 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.

Hvilke nye oppgaver og plikter er foreslått for kommunene?

I forslag til ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester om Samhandlingsreformen, legges det 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 unødig innleggelse av pasienter i sykehus, herunder også systemarbeid i forhold til oppfølging av disse plikter
- Kommunene kan få 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.
- Kommunene kan til en viss grad påvirke behovet for behandling av psykiske lidelser og rusmiddelavhengighet i spesialisthelsetjenesten.
- Kommune skal ha økt ansvar for rehabilitering.

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 pasientkoordinator 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 lokalmedisinske sentra.
- Alle tjenester og organisering skal vurderes i forhold til en foreslått forsvarlighetsstandard.

Vurdering

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 vesentlige er en "presisering" av de oppgaver, plikt og handlingsrom som kommunen også i dag har. Forslag til nye lover, særlig sett i forhold til intensjonen med samhandlingsreformen, vil samlet 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 (for eksempel 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 alternativ til innleggelse i sykehus. Dette kan også gjelde et forsterket tilbud ved tidligere utskriving fra sykehus.
- Kronisk syke og eldre hjemmeboende som gradvis mister funksjonsevne kan ha nytte av systematisk oppfølging og rehabilitering, dvs. forebygge behov for innleggelser i sykehus og behov for økt kommunalt tilbud. Ved utskriving fra sykehus til hjemmet kan systematisk 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. Det å lovfeste en slik plikt vil kunne styrke kommunens posisjon, det vil innebære en reell oppgaveoverføring fra spesialisthelsetjenesten til kommunen, og Stortinget vil da også måtte fullfinansiere oppgaven. Det er sannsynlig at et slikt tilbud faktisk vil medføre redusert bruk av spesialisthelsetjenesten i tråd med samhandlingsreformens intensjon. Et lovforslag om å pålegge en slik forpliktelse vil imidlertid også binde kommunens handlefrihet, og kunne være problematisk å gjennomføre for mindre kommuner. Kommunen bør derfor særlig uttale seg til hvorvidt en slik plikt til kommunen bør lovfestes eller om dette kun skal være en frivillig oppgave for kommunene.

Det bør gjennomføres en prosess med deltakere fra kommunene, de private / ideelle rehabiliteringsinstitusjoner og spesialisthelsetjenesten med mandat å definere det faglige innholdet i rehabiliteringstilbudet i kommunehelsetjenesten versus spesialisthelsetjenesten.

Hvordan er nye oppgaver og plikter foreslått finansiert?

Det er forutsatt at det skal gis kompensasjon for økte kommunale kostnader knyttet til henholdsvis kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten og kommunal betalingsplikt for utskrivingsklare 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:

- 1) all behandling av personer over 80 år eller
- 2) all medisinsk behandling (uavhengig av alder).

For begge modellene er det lagt til grunn 20% 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.

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 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 insentiver til å gi nye og bedre kommunale tilbud til eldre medisinske pasienter. Helseforetakene 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 insentiver til styrket kommunal innsats på rehabiliteringsområdet – uavhengig av pasientens alder. Den aldersbestemte modellen vil på sin side gi sterkere insentiver 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. Det er behov for en videre utredning også av andre forhold, som for eksempel 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 forslagene til medfinansieringsordning, at kommunene eksempelvis vil få ekstra utgifter til medisiner, utstyr og hjelpemidler i takt med at beboerne på sykehjem vil

ha større og mer avansert behov for pleie. I dag dekker folketrygden 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/ideelle 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 insentiv 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 tilbud 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 endre døgnplasser til øyeblikkelig hjelp i kommunene.

Utvidet betalingsansvar for utskrivingsklare pasienter.

Det er tatt inn regneeksempler av hvor mye midler som skal overføres gitt omfang i pasientdøgn og ulike døgnseter i høringsdokumentet. De beregningsmessige forutsetningene må gjennomgås og kvalitetssikres.

Andre 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 innefor 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.