

Helse- og omsorgsdepartementet

Postboks 8011 Dep
0030 Oslo

Vår ref.:
2010/482 - 182/2011

Deres ref.:

Saksbehandler:
Hans K. Stenby, 51 96 38 17

Dato:
13.01.2011

Høring - forslag til ny kommunal helse- og omsorgslov

Det vises til høringsnotat fra Helse- og omsorgsdepartementet av 18.10.10.

Helse Vest RHF behandlet saken i styremøte 12. jan. 2011, jf styresak 9/11. Helse Vest RHF hadde forut for dette drøftet forslagene i høringsnotatet med helseforetakene og bedt om innspill fra helseforetakene.

Styret i Helse Vest RHF vedtok følgende forslag til uttalelse:

Innledning

Helse Vest RHF støtter forslaget om en felles kommunal helse- og omsorgslov. Lovforslaget er et viktig grunnlag for oppfølging av samhandlingsreformen.

Helse Vest støtter de mer lovtekniske endringene som harmoniserer ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester med spesialisthelsetjenesteloven, med et "sørge for" ansvar med fokus på tjenestene og pliktene mens rettighetene samles i pasientrettighetsloven.

Et sentralt tiltak i samhandlingsreformen er å redusere bruk av helsetjenester gjennom målrettet forebyggende og helsefremmende arbeid. Lovforslaget gir sammen med forslag til ny folkehelselov kommunene et helhetlig ansvar for helsefremmende og forebyggende arbeid, ikke bare knyttet til helsetjenesten, men til kommunens samlede ansvarsområde og virkemidler.

Et annet sentralt tiltak i samhandlingsreformen er å gi tilbud i kommunene til pasienter som i dag behandles i spesialisthelsetjenesten, til en lavere kostnad og med minst samme kvalitet

Det kan gjelde pasienter som kan få hele eller deler av sin behandling i kommunene, eventuelt i samarbeid med spesialisthelsetjenesten, og pasienter som har fått behandling i spesialisthelsetjenesten og er definert som utskrivningsklare.

Gjennom disse tiltakene skal det legges grunnlag for en mer bærekraftig helsetjeneste og at pasientene får tjenester på et mer riktig nivå (BEON – beste effektive omsorgsnivå).

Døgntilbud for øyeblikkelig hjelp i kommunene

Kommunen har en plikt til å yte øyeblikkelig hjelp. Det ivaretas i dag i hovedsak av fastlegene og gjennom legevaktordningen.

I høringsutkastet reises det spørsmål ved om kommunene for å ivareta denne plikten også bør ha et alternativ til sykehusinnleggelse, dvs et døgntilbud for pasienter som trenger øyeblikkelig hjelp i form av innleggelse, men ikke på sykehusnivå.

Helse Vest ser at dette kan være problematisk for mindre kommuner. Et slikt tiltak vil imidlertid styrke den samlede kommunale beredskap for å ivareta pasienter som ikke trenger sykehusinnleggelse men som ellers ville blitt lagt inn i sykehus fordi kommunene ikke har døgntilbud som kan motta pasienter.

Helse Vest anbefaler at kommunene pålegges en slik plikt. For mindre kommuner er kommunalt samarbeid en løsning. Det vil også være aktuelt for kommunene å inngå samarbeid med spesialisthelsetjenesten om løsninger.

Samarbeidsavtaler

Det vil være krevende å rettslig regulere ansvaret mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten fullt ut. Det vil være overganger og "gråsoner" som partene i fellesskap må bidra til å ivareta slik at pasientene sikres et helhetlig og sammenhengende behandlingstilbud.

Det foreslås et forpliktende/lovpålagt avtalesystem for å ramme inn et slikt nødvendig samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene.

Et slikt avtalesystem må bl.a. bidra til hindre unødige innleggelser, lette utskrivning og sikre helhet i pasientbehandlingen.

Det er allerede inngått avtaler og etablert samarbeidsarenaer mellom helseforetakene og kommunene i opptaksområdet. Slik kan en lovfesting synes unødvendig. På den andre siden vil en lovfesting understreke at samarbeid er en absolutt forutsetning for at mange pasienter skal få et godt tjenestetilbud og regulere partenes gjensidige ansvar for å få dette til.

Helse Vest støtter forslaget. Helse Vest vil i tillegg peke på at en mest mulig tydelig ansvarsdeling er et godt utgangspunkt for gode samarbeidsavtaler. Det er videre viktig at maler for slike avtaler blir mest mulig standardiserte og klartest mulige med tanke på å unngå gråsoner og uklart ansvar, men med mulighet for lokale tilpasninger. I en slik avtalestruktur bør det legges til rette for overordnede avtaler mellom partene som fylles ut av mer detaljerte avtaler på mer underordnet nivå. Det er foreslått i loven at Helsedirektoratet skal være meklingsinstans. Det kan være mer hensiktsmessig med en lokal meklingsinstans ved uenighet mellom partene fremfor at denne oppgaven legges til Helsedirektoratet.

Avtalene bør være gjenstand for jevnlig revisjon.

Hvilke pasientgrupper?

Hvilke grupper av pasienter er det i spesialisthelsetjenesten som alternativt kan få et kommunalt tilbud til minst samme kvalitet og lavere kostnad? Hvem er samhandlingspasientene?

Det fremgår av høringsnotatet at Helsedirektoratet har vurdert at kommunene ved opprettelse av alternative tilbud i kommunehelsetjenesten kan overta anslagsvis 10 % av liggedøgnene og 10 % av de polikliniske konsultasjonene i spesialisthelsetjenesten. Potensialet vurderes å være enda større, mellom 20 og 30 % av liggedøgn og polikliniske konsultasjoner.

De polikliniske konsultasjonene omfatter pasienter med kroniske lidelser, bl.a. hjertesykdommer, diabetes, luftveislidelser (KOLS og astma), muskel- og skjelettlidelser. Liggedøgnene er også knyttet til pasienter med kroniske lidelser som bl.a. diabetes, lungesykdommer, hjerte- og karsykdommer og muskel- og skjelettlidelser.

Det vil således først fremst være pasienter med medisinske sykdommer og i mindre grad pasienter som trenger kirurgiske inngrep som kan få et alternativt tilbud i kommunene. I forbindelse med kommunal medfinansiering (se nedenfor) er det vurdert to modeller som begge omfatter medisinske pasienter (uten kirurgiske DRGer) uten at det er tatt endelig stilling:

- Aldersbasert modell for somatiske pasienter over 80 år.
- Medisinsk innleggelser/behandlinger

I tillegg er de utskrivningsklare pasientene en klar målgruppe.

Helse Vest vil tilrå at medisinske pasienter velges som målgruppe. Det begrunnes med at pasienter som alternativt kan få et tilbud i kommunene er i alle aldre og at det vil være uheldig å nytte en aldersgruppering. Å knytte medfinansieringen til alle medisinske pasienter vil også gi et større volum og slik gi mer tyngde til etablering av alternative tilbud i kommunene, jf nedenfor.

Det er også viktig at kommunene etablerer tilbud til utskrivningsklare pasienter.

Helse Vest mener det tilsvarende må vurderes hvilke pasienter/pasientgrupper innen psykisk helsevern, rus, private rehabiliteringsinstitusjoner og hos avtalespesialistene som kan gis alternativt tilbud i kommunene.

Kommunal medfinansiering

For å stimulere kommunene til å gi flere pasienter tilbud i kommunene foreslås det kommunal medfinansiering av behandling i spesialisthelsetjenesten. Det foreslås i første omgang inntatt en forskriftsbestemmelse om dette i loven, dvs at departementet gis hjemmel for i forskrift å gi nærmere bestemmelser om kommunenes medfinansieringsansvar.

Det foreslås direkte i loven en bestemmelse om kommunal betalingsplikt for pasienter som er ferdigbehandlet og venter på et kommunalt helse- og omsorgstilbud.

En kommunal medfinansiering kan omfatte alle diagnoser, avgrenses til bestemte diagnoser og eventuelt alder. Ordningen må være et insitament for kommunene, samtidig må ikke risikoen bli for stor og det må ha god effekt for pasientene, jf avsnitt over om hvem samhandlingspasientene er.

Før endelig løsning velges vil det blir gjennomført ny høringsrunde.

I samhandlingsreformen er det foreslått at kommunenes betalingsplikt settes til 20 % av beregnet kostnad. Det er i høringsnotatet vist hvilken størrelsesorden medfinansiering vil ha for ulike pasientgrupper.

En aldersbasert modell for somatiske pasienter 80 år og over er anslått å utgjøre 1,5 mrd kr. En modell basert på alle medisinske pasienter er beregnet til ca 3,6 mrd kr. Dersom ordningen utvides til å omfatte psykisk helsevern og rus er disse foreløpig beregnet å utgjøre henholdsvis 2 mrd kr og 0,3 mrd. kr. For opphold i private rehabiliteringsinstitusjoner vil kommunal medfinansiering utgjøre 0,2 mrd kr.

Effekten av ordningen vil være avhengig av hvor mange pasienter kommunene faktisk gir et alternativt tilbud. Dersom kommunene reduserer bruken av spesialisthelsetjenester med 10 % for medisinske pasienter vil det utgjøre 360 mill. kr for de regionale helseforetakene samlet.

Det er ikke et stort beløp. Det vil likevel være risiko knyttet til mulighetene for å tilpasse virksomheten i spesialisthelsetjenesten til de valg som kommunene gjør. Spesielt for de minste sykehusene kan dette være krevende.

Finansiering av spesialisthelsetjenesten vil på denne bakgrunn se slik ut:

- basisramme – foreslås i samhandlingsreformen økt fra 60 til 70 %
- kommunal medfinansiering - 20 % (hvilke pasientgrupper må nærmere avklares)
- 10 % eller 30 % ISF-finansiering (avhengig av om pasientene er omfattet av ISF-ordningen og kommunal medfinansiering)

Oppgjørsordningen vil være sentral og foreslås lagt til Helsedirektoratet.

Kommunal medfinansiering på ISF-finansierte områder vil ikke gi omfordelingseffekter mellom RHFene.

Økt basisramme og redusert ISF-andel kan gi omfordelingseffekter. Det samme gjelder en utvidelse av ordningen til å omfatte rammefinansiert virksomhet.

Helse Vest støtter at det gis en forskriftshjemmel for kommunal medfinansiering.

Helse Vest støtter at det i første omgang vurderes kommunal medfinansieringsplikt for alle medisinske pasienter (uten kirurgikode), men at tilsvarende ordning utredes for psykisk helsevern, rus, opphold i private rehabiliteringsinstitusjoner og avtalespesialistene.

Det er viktig at det vinnes erfaring med kommunal medfinansiering og at innfasing skjer over tid.

Utskrivningsklare pasienter

Det foreslås også kommunal finansieringsplikt for utskrivningsklare pasienter som et insitament for kommunene til å gi tilbud til utskrivningsklare pasienter i kommunene. Det foreslås lovfestet betalingsplikt for kommunene fra 1. dag. Det foreslås at nærmere regulering skjer gjennom egen forskrift.

Kommunene vil med en slik ordning få overført midler fra de regionale helseforetakene. Størrelsen vil bli bestemt ut fra anslag over liggedøgn for utskrivningsklare pasienter og anslått kostnad pr liggedøgn. Det er i høringsnotatet anslått en døgnkostnad på 3 til 5 000 kr. Her er det imidlertid usikkerhet knyttet til beregningsgrunnlaget.

I høringsnotatet er det anslått at utskrivningsklare pasienter innen somatikk vil utgjøre 0,5 mrd basert på døgnkostnad på kr 3 000 og 0,8 mrd ved en døgnpris på kr 5 000.

Dersom samme døgnkostnad legges til grunn for antatt utskrivningsklare innen psykisk helsevern vil dette utgjøre i størrelsesorden 1,4 til 2,3 mrd. kr. Det tilsvarer 1,8 til 3,0 % av basisbevilgningen til de regionale helseforetakene.

Det er ikke ønskelig at pasienter som ikke lenger har behov for sykehusbehandling og er utskrivningsklare blir liggende på sykehus.

Helse Vest støtter prinsippet om kommunal betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter fra 1. dag. Kostnaden pr døgn bør settes til et nivå som gjør at kommuner ved å ta imot utskrivningsklare pasienter kommer minst like godt ut økonomisk som de vil gjøre ved å betale for fortsatt opphold i sykehus. I arbeidet med egen forskrift må det gjøres nærmere vurderinger av kostnader, grunnlag for uttrekk, fordeling av midler og tidspunkt for innfasing av ulike pasientgrupper.

Det er her særlig viktig å minimere omfordelingseffekter og risiko. Grunnlaget for overføring av midler fra helseforetakene til kommunene må gjennomgås grundig i samarbeid med helseforetakene.

Samarbeidstiltak

Lovforslaget skal understøtte samhandlingsreformen og kommunenes evne til å gi lokale tilbud.

Som det fremgår ovenfor vil det være vanskelig fullt ut å regulere ansvarsforholdene mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene. Det vil være gråsoner som krever samarbeid dersom pasientene skal få et sammenhengende og helhetlig tilbud.

Det er i samarbeid mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten utviklet mange gode samarbeidstiltak og samhandlingsarenaer som det må stimuleres til videreutvikling av. Det gjelder lokalmedisinske sentre, distriktsmedisinske sentre, 1 1/2 linje tjenester, drift av felles døgntilbud, helsetorgmodell, felles akuttmottak, ambulerende tjenester osv

Utvikling av denne type tiltak vil bidra til et mer differensiert tjenestetilbud og dermed til at pasientene gis et tilbud på "riktig nivå" (beste effektive omsorgsnivå).

Kommunene bør i utgangspunktet ha et basisansvar for de fleste slike samarbeidstiltak med avtalte tjenester fra spesialisthelsetjenesten og medfinansiering fra spesialisthelsetjenesten

Gjennom denne type tiltak og samarbeid vil det også være mulig å skape større forutsigbarhet for kommunene og spesialisthelsetjenesten om tilbudet og de tilpasninger som kreves knyttet til de andre virkemidlene som kommunal medfinansiering og betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter.

I små kommuner vil det likevel være krevende å etablere alternative tilbud til pasienter som ellers får tilbud i spesialisthelsetjenesten uten interkommunalt samarbeid.

Det bør her vurderes om spesialisthelsetjenesten skal ha en mer sentral rolle i utvikling av alternative tilbud.

Annet

Helse Vest vil ellers fremheve og støtte følgende forslag/endringer:

- at arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet gis en klar forankring i loven
- at kommunen får hovedansvar for utarbeidelse av individuell plan
- at ordningen med pasientansvarlig lege oppheves og erstattes av en mer profesjonsnøytral ordning
- at elektronisk kommunikasjon skal være hovedregelen for utveksling av pasientinformasjon
- at meldeplikten etter spesialisthelsetjenestelovens § 3-3 gjøres til et rent læringssystem og at Nasjonalt kunnskapssenter er mottaker

Det er viktig at et slikt nasjonalt læringssystem blir samordnet med de lokale systemene som er utviklet. Det tilrås ikke at systemet åpner for anonyme melding.

Det er reist spørsmål om fylkesmannen eller helsetilsynet bør være klageinstans og tilsynsmyndighet. Helse Vest vurderer det som mest hensiktsmessig at helsetilsynet er klage og tilsynsmyndighet. Uansett valg må den kompetanse som er bygget opp i tilsynene ivaretas.

Tvangsbestemmelsene i sosialtjenesteloven er videreført i den nye loven. Helse Vest er enig i at det i neste omgang er behov for en egen gjennomgang av disse bestemmelsene.

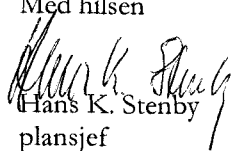
Det reises i høringsnotatet spørsmål ved om dagens 30 dagers frist (virkedager) for vurdering av henvisninger er for lang og bør endres. Dersom et sykehus innretter sin virksomhet med utgangspunkt i 30 dagers regelen alene vil det være en for lang vurderingstid for mange pasienter. En generell frist på 10 dager vil motsatt være kort og i mange tilfeller ikke gi tilstrekkelig rom for å gjøre en tilfredsstillende vurdering. Det vil være avhengig av henvisningens kvalitet og behovet for å innhente supplerende informasjon og kunnskap.

Lengden av vurderingsperioden bør sees i lys av hva som forventes utført. Hvis det forventes at det skal skje en betydelig diagnostisk avklaring i perioden slik at det vanligvis er klart ved periodens slutt hva behandlingen skal være for den enkelte pasient, er 30 virkedager relativt kort. Hvis man derimot vil videreføre dagens praksis, der det store flertall av elektive pasienter ikke avklares diagnostisk i vurderingsperioden, og dermed må rettighetsvurderes kun basert på henvisninger og innhentede supplerende opplysninger, er 30 dager for lenge. Med en slik forståelse av hva som skal være gjort i vurderingsperioden, vil en reduksjon til 15 virkedager være medisinsk sett ønskelig og praktisk gjennomførbart.

Det er derfor ønskelig at vurderingsperiodens maksimale lengde og krav til hva som skal fullføres i perioden vurderes samlet.

Det er viktig at spesialisthelsetjenesten innretter virksomheten slik at henvisninger fortløpende vurderes og følges opp i tråd med god medisinsk praksis og krav til forsvarlighet. En frist vil slik sett fungere mer som en sikring enn en rettesnor.

Med hilsen


Hans K. Stenby
plansjef