

Saksfremstilling

SAKSBEHANDLER: Norman Udland	SAKSMAPPE: 2009/1952	ARKIV: G9
UTVALG: Bystyret	UTVALGSSAKSNR:	MØTEDATO:

HØRING - NY LOV OM KOMMUNALE HELSE- OG OMSORGSTJENESTER OG NY FOLKEHELSELOV

Forslag til vedtak:

Mandal bystyre er grunnleggende positiv til intensjonene i samhandlingsreformen og som nå er fulgt opp i forslag til Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, samt Folkehelselov. For å lykkes med en slik ambisiøs samfunnsreform er det viktig at rammebetingelsene er i tråd med målsettingene. Mandal bystyre vil peke på følgende områder som må innarbeides i den endelige lovteksten og i implementering av nytt lovverk:

Tilstrekkelig og forutsigbare økonomiske virkemidler

Det forutsettes en gradvis og planmessig implementering av nytt lovverk og samhandlingsreformen i sin helhet. Oppgaver må ikke overføres til kommunene før en har fått tilstrekkelig med tid og ressurser til å bygge opp tilbudet, samt sikre organisering og drift. Særlig må det tas høyde for at det vil være behov for å få dekket pukkelkostnader ved å bygge opp nye tiltak ved overtakelse av oppgaver fra spesialisthelsetjenesten.

Mandal kommune mener det er på høy tid at det foretas en gjennomgripende revisjon av egenbetalingsordningene med sikte på å forenkle reglene og harmonisere egenbetaling mellom hjemmetjenester og institusjonsbetaling.

Interkommunalt samarbeid

For at kommunene skal kunne løse nye store oppgaver i forbindelse med samhandlingsreformen er det en forutsetning at det etableres gode formelle samarbeidsformer mellom kommuner. I forbindelse med lovforslaget må det reises en bred debatt med mål å etablere en hensiktsmessig kommunestruktur i møte med nye helseoppgaver.

Samarbeide med helseforetak

Mandal kommune mener det bør etableres nasjonale tvisteløsningsorganer. Dette organet må kunne treffe beslutninger om ansvarsfordelingen mellom stat og kommune, hvordan inngåtte avtaler mellom foretak og kommuner skal tolkes, tvister om utskrivningsklare pasienter, med mer.

Fastlege ordningen

Mandal kommune mener at legetjenesten må integreres bedre i den kommunale helse- og omsorgstjeneste. I dag har kommunen svært liten styring på legenes virksomhet. Forholdet mellom kommune og fastlege må reguleres strammere gjennom endringer i fastlegeforskriften. Forskriften må også tydeliggjøre kvalitets- og funksjonskrav til legetjenesten.

Med økte oppgaver vil det være behov for flere legehjemler i kommunene. De fleste fastlegene har ønsket seg kortere lister for å kunne konsentrere seg mer om økende krav om oppfølging av pasientene i samarbeid med andre etater. Fastlegene strever allerede i dag med for lange lister med økende krav i forhold til tverrfaglig samarbeid som krever tid og innsats, samtidig som det gir gevinst.

Vedlegg:

- Høringsbrev – forslag til ny kommunal helse- og omsorgslov, Helse- og omsorgsdepartementet (HOD), 18.10.2010
- Høringsbrev – forslag til ny folkehelselov, Helse- og omsorgsdepartementet (HOD), 18.10.2010
- Notat med kommentarer til lovforslag fra kommuneoverlegen og enhetsledere i pleie- og omsorg i Mandal kommune.

Utrykte vedlegg:

- Forslag til ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester - <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/hoeringer/hoeringsdok/2010/horing2.html?id=621189>
- Forslag til ny folkehelselov - <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/hoeringer/hoeringsdok/2010/horing1.html?id=621026>

BAKGRUNN:

Det vises til vedlagte høringsbrev fra Helse- og omsorgsdepartementet av 18.10.2010 vedr. ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, samt ny folkehelselov. Høring til begge lovene er innarbeidet i én felles uttalelse fra Mandal kommune.

Det har vært ressurskrevende å utarbeide høringsuttalelse til disse lovene. Selve høringsnotatene fra departementet er svært omfattende med et totalt sideantall på ca. 700. Høringsperioden har også falt sammen med avslutning av økonomiplanarbeidet med budsjettvedtak i desember. Som de fleste kommuner har heller ikke Mandal satt opp bystyremøter i januar måned. KS har ved flere anledninger anmodet departementet om utsatt høringsfrist, men dette er blitt avvist. På denne bakgrunn inviteres styret til å fatte vedtak i denne saken på ekstraordinært møte 13.januar 2011. Dette er eneste mulighet til å kunne avgi uttalelse innen fristen 18.januar.

VURDERING:

Samhandlingsreformen med hovedmålene:

- Økt livskvalitet og mestring for den enkelte
- Dempet vekst i bruk av sykehustjenester
- Mer helhetlige og koordinerte tjenester

er sagt å være det største samfunnsprosjekt i Norges historie med stor betydning også for kommunesektoren. Det er sagt at det neste 10-året vil bli kommunehelsetjenestens 10-år på samme måte som perioden fra 2000-10 var helseforetakenes 10-år. I dette ligger store muligheter til å løfte betydningen og status til denne viktige delen av kommunens tjenester. Risikoen blir dermed like stor

for å mislykkes dersom gode intensjoner ikke følges opp med tilstrekkelige rammebetingelser. På denne bakgrunn er det beklagelig at høring i en så viktig sak ikke gis tilstrekkelige tidsrammer for å kunne kjøre en bred og grundig prosess i kommunene

Administrativt har en gruppe bestående av kommuneoverlegen og enhetslederne innen pleie- og omsorg arbeidet med lovteksten og laget et notat med kommentarer til de enkelte kapitler. Notatet følger som vedlegg til saken. Kommunalsjef Norman Udland har deltatt i en arbeidsgruppe i regi av KS-Agder som har kommet med innspill til KS sin sentrale høringsuttalelse.

Administrasjonen har i sin uttalelse ikke funnet å kunne gå inn på alle sider ved lovforslagene, men konsentrert seg om fire hovedutfordringer som vi mener er avgjørende viktige sett fra kommunenes side og som vi finner ufullstendig belyst:

- Tilstrekkelig og forutsigbare økonomiske virkemidler
- Interkommunalt samarbeid
- Samarbeide med helseforetak
- Fastlege ordningen

Generelt

En felles moderne lov som regulerer helse- og omsorgstjenestene samlet vil bidra til å gjøre det lettere å gi et sammenhengende tjenestetilbud og fremme helhetstankegang. Det er også positivt at det nå settes et tydelig fokus på folkehelse og viktigheten av forebyggende arbeid og at dette reguleres i en egen folkehelselov.

Nye oppgaver og plikter for kommunene etter ny helse- og omsorgslov

I forslag til ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, 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. 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.

Nye 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.
- Kommunene kan til en viss grad påvirke behovet for behandling av psykiske lidelser og rusmiddelavhengighet i spesialisthelsetjenesten.
- Kommunen skal ha økt ansvar for rehabilitering
- 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.

Nye oppgaver og plikter for kommunene etter ny folkehelselov

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 at dette ikke innebærer økte kostnader for kommunene, og at man samfunnsøkonomisk vil spare mye på å gjøre dette.

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

Lovforslaget inneholder bestemmelser om at drøfting av helseutfordringer skal inngå i kommunal planstrategi 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.

Tilstrekkelig og forutsigbare økonomiske virkemidler

Høringsnotatene omgår konsekvent ressursproblematikken knyttet til nye plikter og oppgaver.

Under en rekke områder i lovforslagene presiseres det at kommunens ansvar videreføres på samme nivå eller at forslaget ikke innebærer noen endringer fra dagens praksis «... *følgelig mener departementet at det ikke vil medføre økonomiske og administrative konsekvenser*». Dette gjelder blant annet følgende:

- Helseovervåkning av befolkningen og miljøfaktorer
- Koordinatorstilling for folkehelsearbeidet
- Øyeblikkelig hjelp ansvaret
- Større ansvar for rehabiliteringsområdet
- Krav til mer spesialisert kompetanse
- Endring i krav knyttet til arbeid med kvalitet, pasientsikkerhet og brukarmedvirkning
- Store krav til avtaleportefølje med spesialisthelsetjenesten
- Mer omfattende koordineringsoppgaver på individnivå

Det er vanskelig å se hvordan kommunene vil makte å løse disse oppgavene på en tilfredsstillende måte uten å bli tilført så vel helsefaglige som administrative ressurser. I forarbeidene til samhandlingsreformen ble det vist til at økonomien i helseforetakene hadde blitt doblet i 7-års perioden fra 2002 til 2009. Det ble da foreslått at sykehusøkonomien måtte reduseres og at fremtidig vekst måtte komme i kommunehelsetjenesten. Det fremheves nå fra foretakenes side at det er ingen penger å hente hos dem for å overføre til kommunene, og at de vil trenge økte ressurser fremover men at økningen kan bli «litt mindre mer» enn tidligere. De siste årene har det skjedd en gradvis oppgaveforskyvning fra spesialisthelsetjenesten til primærhelsetjenesten uten at dette har gjenspeilet seg i rammeoverføringene fra staten. Mandal kommune er positiv til en omfordeling av oppgaver såfremt det følger med nødvendige økonomiske rammer.

Medfinansiering for sykehusopphold

Forslag om kommunal medfinansiering innebærer at kommunene får et økonomisk medansvar for behandlingen i spesialisthelsetjenesten. Dette skal gi incentiver for kommunen til å vurdere hvordan egen innretning av kommunale tjenester kan påvirke forbruket av spesialisthelsetjenester og påvirke sykehus og kommune til å samarbeide. Arbeidet med å utrede kommunal medfinansiering var ikke ferdig når høringsnotatet ble sendt ut. For at man skal være i stand til å innføre kommunal

medfinansiering i 2012 foreslår departementet en lovhjemmel til å gi forskrift om kommunalt medfinansieringsansvar for pasientbehandling i spesialisthelsetjenesten, herunder kriterier for hvilke pasientgrupper eller behandlingsformer som skal være omfattet av medfinansieringsansvaret. I tillegg til dette tydeliggjøres kommunalt finansieringsansvar for utskrivningsklare pasienter. Det vil si at kommunen får en betalingsplikt for pasienter som er definert utskrivningsklare. Definisjon av hva en utskrivningsklar pasient innebærer skal konkretiseres i form av forskrift.

Samhandlingsreformens opprinnelige ide om kommunal medfinansiering av sykehusopphold synes forlatt som generell ordning. Dette var et av de tidligere foreslåtte økonomiske hovedgrepene for å sette kommunene i stand til å finansiere styrket folkehelsearbeid og bedret behandling, rehabilitering og tidlig intervensjon. Hovedfokus legges nå på en avgrenset kommunal medfinansiering og følgende avgrensede modeller foreslås:

- Aldersbasert modell for somatiske pasienter over 80 år
- Medisinske innleggelser/behandling (aldersuavhengig)

For begge modellene er det lagt til grunn 20 % kommunal medfinansiering. Omfanget av kommunal medfinansiering er anslått 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. Rehabilitering på sykehus er inkludert i modellene for kommunal medfinansiering innenfor somatikk. I tillegg til dette vil departementet i det videre arbeidet vurdere å innføre kommunal medfinansiering av psykisk helsevern og rusbehandling basert på kurdøgn og opphold i private rehabiliteringsinstitusjoner. Det er enda svært mange uavklarte forhold knyttet til dette og departementet vil i ettertid konkretisere og utarbeide forskrifter innenfor disse områdene. Det er vanskelig å gi konkrete innspill før aktuelle modeller foreligger og en kan vurdere reelle konsekvenser. Mandal kommune vil nøye seg med å påpeke at det i forskrift må tydeliggjøres hva utskrivningsklar pasient innebærer. Dette for å hindre unødvendig gråsoneproblematikk. Videre vil vi fraråde at det etableres en medfinansieringsordning basert på en aldersbestemt modell. En slik modell vil kunne gi en vridning slik at pasienter over 80 år ikke får nødvendig diagnostisering på spesialistnivå før behandling iverksettes.

Egenbetaling

Egenandelene er en viktig finansieringskilde for kommunene. Vederlag for institusjonsopphold utgjør for kommunesektoren en inntekt på i underkant av 5 milliarder kroner, og er således en viktig finansieringskilde for disse tjenestene. Samtidig kan egenandelene utgjøre et betydelig inngrep i den enkelte brukers inntekt. Det er derfor en utfordring å utforme et system knyttet til egenandeler som både sikrer kommunene et nødvendig finansieringsgrunnlag og som samtidig ivaretar hensynet til en sosial profil.

Dagens forskrift knyttet til vederlag for opphold i institusjon har vært utsatt for kritikk. Det anføres at regelverket er lite tilgjengelig for brukerne og at det er vanskelig å praktisere for kommunene. En annen innvending mot forskriften er at adgangen for kommunen til å foreta etteroppgjør på basis av skatteoppgjøret ofte medfører at beboeren eller dennes pårørende kan få et etterbetalingskrav relativt lang tid etter oppholdet det søkes betaling for. Departementet vil ikke i tilknytning til dette høringsnotatet legge frem forslag til nye egenbetalingsregler.

Mandal kommune mener det er på høy tid at det foretas en gjennomgripende revisjon av egenbetalingsordningene med sikte på å forenkle reglene og harmonisere egenbetaling mellom hjemmetjenester og institusjonsbetaling.

Interkommunalt samarbeid

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.

Regjeringen vil med andre ord gi kommunene nye, store oppgaver i forbindelse med samhandlingsreformen, uten å røre kommunestrukturen.

Mandal kommune mener det er skuffende at det ikke settes sterkere søkelys på strukturutfordringene i samhandlingsreformen. Dette var et sentralt punkt i de første presentasjonene av reformen ved daværende helseminister Bjarne Håkon Hansen, da han lanserte «helsekommunen» som begrep.. Det er åpenbart at det er behov for større kommuneenheter for å kunne håndtere flere kompliserte oppgaver. Det er ikke naturlig å bygge inn kommunestruktur som premiss i helselovgivningen, men temaet burde vært gjenstand for bredere diskusjon i høringsnotatet. Tradisjonelt interkommunalt samarbeid kan ikke brukes til å løse lovpålagte oppgaver, som tjenestene i samhandlingsreformen vil være. Departementet peker kun på to mulige samarbeidsformer: samkommunemodellen og vertskommunemodellen. I dag er vertskommunemodellen, som ble innført i 2007, eneste lovfestede alternativ.

Samkommunemodellen foreslås lovfestet som samarbeidsform. I den senere politiske debatten er samkommunemodellen nærmest blitt avskrevet både av KS og flere politiske partier som gangbar modell.

Strukturspørsmål er alltid krevende og vekker mye følelser og motstand. Imidlertid er det avgjørende å finne gode løsninger på disse utfordringene for å kunne lykkes med samhandlingsreformen. Skal endringene skje i kraft fra 1.1.2012 så haster det med å komme opp med brukbare alternativer til dagens 430 kommuner.

Samarbeide med helseforetak

Samhandlingsreformen legger opp til økt aktivitet i kommunene. Forslag til ny helse- og omsorgslov angir rammene for det kommunale ansvaret for helse- omsorgstjenesten, uten i detalj å angi hvilke tjenester kommunen skal utføre. Kommunen vil med andre ord ha ansvar for å yte de helse- og omsorgstjenester som ikke saklig kan begrunnes/angis som spesialisthelsetjeneste eller tannhelsetjeneste. Departementet mener man må erkjenne at det eksisterer "gråsoner" mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, og at fordelingen av ansvar mellom de to nivåene ikke fullt ut kan løses gjennom lov eller forskriftsregulering. De eventuelle problemer som oppstår som følge av "gråsonene" forutsettes redusert gjennom lovpålagte avtaler mellom helseforetakene og kommunene.

Vurderinger gjort av Helsedirektoratet tilsier at kommunene kan overta anslagsvis 10 % av liggedøgnene og 10 % av de polikliniske konsultasjonene i spesialisthelsetjenesten ved å opprette alternative tilbud i kommunehelsetjenesten. Helsedirektoratet vurderer potensialet å være enda større; anslagsvis 20-30 % av døgn og polikliniske konsultasjoner kan like gjerne utføres i kommunal helse- og omsorgstjeneste.

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

Kommuner og foretak har 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. Mandal kommune mener det bør etableres nasjonale tvisteløsningsorganer. Dette organet må kunne treffe beslutninger om ansvarsfordelingen mellom stat og kommune, hvordan inngåtte avtaler mellom foretak og kommuner skal tolkes, tvister om utskrivningsklare pasienter, med mer.

Fastlege ordningen

I nye forslag til lov om helse- og omsorgstjenester i kommunene, og ny lov om folkehelse, slås det fast at fastlegene har en helt sentral rolle for å nå målsettingene for samhandlingsreformen. Det blir 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.

Mandal kommune mener at legetjenesten må integreres bedre i den kommunale helse- og omsorgstjeneste. I dag har kommunen svært liten styring på legenes virksomhet. Forholdet mellom kommune og fastlege må reguleres strammere gjennom endringer i fastlegeforskriften. Forskriften må også tydeliggjøre kvalitets- og funksjonskrav til legetjenesten.

Med økte oppgaver vil det være behov for flere legehjemler i kommunene. De fleste fastlegene har ønsket seg kortere lister for å kunne konsentrere seg mer om økende krav om oppfølging av pasientene i samarbeid med andre etater. Fastlegene strever allerede i dag med for lange lister med økende krav i forhold til tverrfaglig samarbeid som krever tid og innsats, samtidig som det gir gevinst.

KONKLUSJON:

Mandal kommune er overveiende positiv til intensjonene i samhandlingsreformen og i forslag til ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester og ny folkehelselov. Mandal kommune vil likevel påpeke at flere sentrale sider ved lovforslagene må utdypes nærmere og konkretiseres i den endelige lovteksten med tilhørende forskrifter.

Mandal, 11.1.2011

Knut Sæther
Rådmann