

Sør-Gardermoen 21 januar 2011

Helse og omsorgsdepartementet  
Postboks 8011 Dep  
0030 Oslo

## **Høringsuttalelse vedrørende forslag til ny kommunal helse- og omsorgslov - ny folkehelselov**

Styret i Øvre Romerike Utvikling (ØRU) tilslutter seg intensjonene i KS sin høringsuttalelse. I tillegg fremheves følgende områder med relevans for en regional oppfølging av samhandlingsreformen:

- Rammebetingelsene og finansieringsmodellen må avklares bedre
- En sterkere kommunal styring av fastlegene må sikres
- Det forebyggende arbeidet må styrkes både lokalt, regionalt og nasjonalt
- Behovet for forskning, fag- og kompetanseutvikling i kommunene må sikres bedre
- Staten må ta det finansielle ansvaret for en nasjonal infrastruktur for elektronisk samhandling og velferdsteknologi

### **Begrunnelse:**

#### Rammebetingelser i samarbeidsprosjekter

ØRU ser at nytt lovverk vil medføre økt behov for interkommunale løsninger for å imøtekomme kravene til "ny kommunerolle" både for å sikre innbyggergrunnlag, tilstrekkelig kompetanse og et bedre økonomisk grunnlag. ØRU ser behov for en klarere kartlegging av de økonomiske rammebetingelser for et slikt utvidet samarbeid slik at alle deltagende kommuner uavhengig av størrelse og økonomisk situasjon kan delta med begrenset finansiell risiko. Finansieringen må ta høyde for økte administrative kostnader ved etablering av tiltak som skal driftes og styres på tvers av kommuner og i en samhandling med ulike helseforetak. Etablering av nye interkommunale tiltak vil ta noe tid. Statlige myndigheter må derfor påse at helseforetakene ikke nedbygger helsetjenestetilbudene før kommunen har bygd opp et likeverdig tilbud.

#### Behov for sterkere kommunal styring av legetjenester/fastlegeordningen

Nye oppgaver vil utløse behov for mer tilgjengelige legetjenester lokalt og regionalt innenfor både forebyggende og behandlende arbeid. Økningen i kurativt arbeid knyttet til den kommende økning i antall eldre alene, gjør at dagens dimensjonering av fastlegeordningen ikke er bærekraftig. Det savnes en konkret drøfting av personell- og finansieringsbehov. Det



Samarbeidsorganet for  
kommunene på Øvre Romerike

er behov for en sterkere lokal styring av Allmennlegetjenesten, noe som innebærer at kommunene innenfor nødvendige justeringer av sine rammebetingelser utvikler sin medisinske fagledelse slik at den fremstår som relevant og med tilstrekkelig autoritet for både tjenesteytere og innbyggere. Dette må avspeiles i det endelige lovforslaget med sterkere virkemidler enn kommunal medfinansiering.

#### Styrket folkehelsearbeid – lokalt og regionalt

ØRU ser positivt på at folkehelse vektlegges i lovs form, men ser samtidig at en utvidet satsing på folkehelsearbeid vil medføre betydelige økonomiske og administrative kostnader. Kommunene må enkeltvis eller regionalt inneha kartleggings-/utrednings-/analysekompetanse for å ivareta kravene til oversikt over folkehelsesituasjonen og de lokale/regionale utfordringene. Dette er både kapasitets- og kompetansekreven. Det forutsettes at ny praksis i folkehelse-arbeidet utvikles. ØRU ser dette som en ny oppgave som må gis nødvendig økonomisk kompensasjon for å sikre at folkehelsearbeidet blir en ønsket del av lokal- og regional planstrategi.

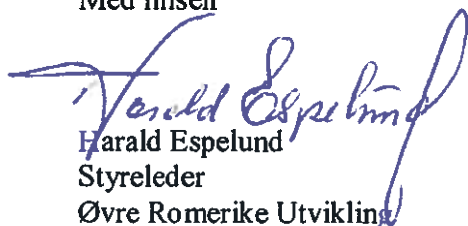
#### Behov for økt kompetanse – samarbeid om forskning og undervisning

ØRU ser at samhandlingsreformen vil medføre en stor kompetanseutfordring for regionen og mener at staten må sikre utdanningspolitiske grep hva gjelder kapasitet og innhold i relevante profesjonsutdanninger med innretning mot en framtidig kommunal helsetjeneste. Likeledes må staten sikre et kompetanseløft som tar høyde for de bemannings- og kompetanseutfordringer som kommunene står overfor både blant egne ansatte og ut mot befolkningen med forventet fokus på læring og mestring av egen helsesituasjon. Et utvidet fokus på forskning, utvikling og undervisning i kommunene, slik spesialisthelsetjenesten har i dag, kan løses gjennom regional samhandling knyttet til relevante forsknings- og utdanningsinstitusjoner der praksisnær forskning og kunnskapsbasert praksisutvikling går sammen. Det forutsettes at dette nye ansvaret for forskning og undervisning kompenseres fullt ut fra statens side.

#### Elektronisk samhandling og ny velferdsteknologi

Reformen utløser et behov for en nasjonal IKT-infrastruktur. ØRU mener at dette fordrer en nasjonal finansiering for å sikre at hele helse-Norge kan hente ut det potensialet som ligger i elektronisk samhandling. En felles IKT-infrastrukturen muliggjør også at kommunen i større grad kan ta i bruk eksisterende og framtidige velferdsteknologiske løsninger.

Med hilsen

  
Harald Espelund  
Styreleder  
Øvre Romerike Utvikling

Helse- og omsorgsdepartementet  
Postboks 8011 Dep  
0030 OSLO

(Referanse må oppgis)  
Vår referanse: 11/00152-1  
Arkivkode:  
Saksbehandler: Sigrid J. Askum  
Deres referanse:  
Dato: 18.1.2011

## Høringsuttalelse på forslag til ny kommunal helse- og omsorgslov og forslag til ny folkehelselov

KS mottok 18.oktober 2010 forslag til ny kommunal helse- og omsorgslov og forslag til ny folkehelselov på høring.

Vedlagt oversendes høringsuttalelsen fra KS, som er administrasjonens innstilling til Hovedstyret. Det tas forbehold om behandling i KS Hovedstyre 26. januar 2011.

Med vennlig hilsen

  
Sigrun Vågåeng  
Administrerende direktør





## Saksframlegg

Arkivsaknr./arkivkode: 10/02027-9/

Saksbehandler: Sigrid J. Askum

Dato: 18.1.2011

|         |               |            |
|---------|---------------|------------|
| Sak nr. | Behandles av: | Møtedato:  |
|         | Hovedstyret   | 26.01.2011 |

### **HØRINGSUTTALELSE – FORSLAG TIL NY KOMMUNAL HELSE- OG OMSORGSLOV OG NY FOLKEHELSELOV; SAMHANDLINGSREFORMEN**

#### Forslag til vedtak

KS støtter hovedintensjonen og målene med samhandlingsreformen. Det er viktig å sikre et bedre koordinert tilbud til pasienter med behov for sammensatte tjenester. Demografisk og teknologisk utvikling, lokale forutsetninger og tilgang til kompetanse tilsier at arbeidsdelingen mellom nivåene vil måtte endres over tid.

KS ønsker en samhandlingsreform som bygger på; brukerens behov og medvirkning, kommunehelsetjenesten som grunnmuren i helsetjenesten og et likeverdig samarbeid mellom kommunene og helseforetakene.

#### **Hovedkonklusjoner**

- Lovforslagene og reformen bør konsentreres om områder og pasientgrupper der samhandling har særlig store konsekvenser for sykdomsforløpet og tjenestetilbudet til pasienten. Lovforslagene og reformen må gi større ansvar, flere oppgaver til kommunene og mulighet til videreutvikling av oppgaver kommunene allerede har.
- KS mener at kommunehelsetjenesten bør organisere et "øyeblikkelig hjelp" døgntilbud til pasienter som midlertidig trenger økt behandling, pleie og omsorg i hjemmet eller i institusjon. Det bør lovfestes en plikt for kommunen til å etablere et slikt tilbud.
- Likeverdighet mellom helseforetak og kommuner kan ikke være basert på velvilje fra staten. Det må legges inn juridiske mekanismer, eksempelvis ved tvisteløsningsordning.
- Det er stor usikkerhet knyttet til hva fullfinansiering av reformen egentlig innebærer. Modellene med 20 prosent kommunal medfinansiering tar ikke høyde for de totale kostnadene. Disse må beregnes før iverksetting. Det må tas høyde for innføringskostnader til nybygg, utstyr, IKT-infrastruktur og kompetanseoppbygging. Ved implementering av reformen må det sikres mekanismer for etterkontrollering og etterberegning.
- Store krav til omstilling av tjenestene i kommunene forutsetter økt arbeidskraft og styrket kompetanse. Dette er nøkkelfaktorer for å lykkes med samhandlingsreformen.
- KS mener at kommunene selv må avgjøre hvordan de løser organisering av sin helsefaglige kompetanse. Profesjonsnøytralitet bør være et bærende prinsipp i forslag til ny kommunal helse- og omsorgslov og ny folkehelselov.
- KS mener at samhandlingsreformen krever handling, konkretisering av tiltak og økonomiske virkemidler. Det er en reform som stiller høye forventninger og krav til kommunene.
- Kommunene er positive til reformen, men avventende til hva den skal inneholde. KS mener at det må utarbeides en rekkefølgebestemmelse for implementering og en handlingsplan for å oppnå mål og visjoner.

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.

### **Utdypning av hovedkonklusjonene**

KS er positiv til departementets intensjon med å tydeliggjøre kommunens overordnede ansvar for helse- og omsorgstjenester ("sørge-for-ansvaret") uten at kommunene pålegges bestemte måter å organisere tjenestene på. KS er tilfreds med at det legges opp til større ansvar kombinert med større frihet til å organisere og tilpasse tilbudet og tjenestene i samsvar med lokale forhold og behov. KS er også enig med departementets beskrivelse av at detaljert statlig styring kan være et hinder for lokal utvikling og tilpasning, dvs reformens intensjon.

KS støtter vektleggingen av kommunal organisasjonsfrihet i høringsutkastet, og vil understreke behovet for klarere avgrensning av statlig styringsrett i det endelige lovforslaget.

KS forutsetter at en kommunal medfinansieringsmodell kombineres med mekanismer for å begrense enkeltkommuners finansielle risiko, og at de økonomiske konsekvensene for kommunene må kartlegges bedre. Økte kostnader forutsettes fullfinansiert.

KS vil fremheve forhold som er grunnleggende for at Samhandlingsreformen skal bli til innbyggernes beste. Høringsuttalelsen er konsentrert rundt følgende hovedpunkter:

1. Kommunenes myndighet
2. Ansvarsfordeling i oppgaveløsning og beslutningskompetanse
3. Avtaler og sentral tvisteløsningsordning
4. Nye oppgaver og plikter foreslått for kommunene
5. Folkehelse, plikter for kommunen/fylkeskommunen
6. Finansiering av nye og utvidede oppgaver
7. Utfordringer innen kompetanse, forskning og IKT
8. Gjennomføring av samhandlingsreformen

#### **1. Kommunenes myndighet**

KS mener at det er flere forslag i høringsdokumentene som vil underbygge og forsterke kommunens myndighet og fremheve lokal handlefrihet som et viktig verdigrunnlag bak loven. KS mener at det samtidig er flere forslag i høringsdokumentene som vil svekke kommunesektorens stilling vis á vis staten og som ytterligere undergraver balansen mellom stat og kommune. Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) er blant annet gitt vide forskriftshjemler og kompetanse til å ensidig bestemme ansvarsfordelingen mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, se punkt 2 og 3 nedenfor.

KS foreslår at slik kommunal myndighet til å organisere tjenester mv fremheves tydeligere i selve lovteksten. Det kan for eksempel fremgå av formålsbestemmelsen i utkastet § 1-1 at det er selvstendig formål ved loven å fremheve kommunens myndighet og at kommunene har handlefrihet til organisere tjenester mv med de begrensninger som følger av lov eller ulovfestet rett.

KS støtter forslaget om at statlig klageorgan ikke kan treffe nytt vedtak ved klagebehandling, men sende saken tilbake til kommunen for ny behandling.

Kvalitet må vurderes i forhold til de enhver tid tilgjengelige ressurser. KS foreslår derfor å begrense statlige klageorganers myndighet både i tilsyn og klage for å sikre at den reelle skjønnsutøvelsen ligger hos kommunene.

KS mener at den enkelte kommune selv må vurdere valg av samarbeidsløsninger innenfor lovens rammer. Ny lov legger ikke opp til en endring av hvilke samarbeidsløsninger som er lovlige.

#### *Legetjenesten*

En sterkere integrering av allmennlegetjenesten i kommunen vil kreve flere virkemidler. Kommunene må ha kompetanse og ressurser, men også styringsredskaper. Kvalitets- og funksjonskrav i lov/forskrift kommer til å bli viktig, men også arenaer for utvikling av dialog og gjensidig tillit må til for å lykkes. KS vil dessuten fremholde at en styrking av legetjenesten i kommunene må føre til økte økonomiske rammer.

KS mener at fire grunnleggende forutsetninger må på plass:

- Bedre integrering av legetjenesten i den kommunale helse- og omsorgstjenesten
- En vekst i antall allmennleger i kurativ praksis og i offentlige allmennmedisinske oppgaver
- En økt tilgang på samfunnsmedisinsk kompetanse i kommunenes administrative planarbeid
- God tilgang og fordeling av allmennleger i alle landets kommuner

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

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

KS støtter ikke forslag om å øke kommunenes finansieringsansvar fra 30/70 til 50/50, fordeling av basistilskudd/takster. En slik endring i finansieringen vil ha konsekvenser som går på tvers av samhandlingsformens målsettinger. Høyt basistilskudd vil gjøre det attraktivt å ha mange på listen, pasienter som ikke krever så mye. KS støtter heller ikke en gradering av basistilskuddet ut fra sammensetning av pasientpopulasjon, antall innbyggere på lista eller andre kriterier, da dette vil kunne føre til utilsiktede vridninger og konsekvensene ikke er godt nok utredet.

Det viktigste styringsvirkemiddelet for å sikre en godt integrert allmennlegetjeneste er å ha en gjensidig dialog mellom legen og kommuneadministrasjonen. I det daglige arbeidet skjer dette gjerne gjennom partssammensatte utvalg (lokale samarbeidsutvalg). Fastlegene er også forpliktet til å følge den individuelle avtalen som er inngått med kommunen.

En innføring av "prestasjonsavhengig finansiering" vil kunne gi kommunen sterkere mulighet til å sikre at kvalitets- og funksjonskrav blir fulgt opp, og bidra til at det som avtales mellom kommunene og fastlegene også følges opp i praksis. Dette vil imidlertid være et helt nytt virkemiddel, med risiko for å vri fokuset over fra dialog til økonomisk straff og belønning. For å få legitimitet må et slikt virkemiddel *formaliseres i avtaleverk eller liknende*. Det må etableres prosedyrer, forhandlingsrett og klagerett. Forholdet til forvaltningsloven må avklares.

KS vil ellers understreke at å bruke forskrift på områder som i dag er avtaleregulert mellom partene krever en særlig begrunnelse som dokumenterer at dette gir bedre måloppnåelse. Dette vil gjelde bestemmelser som bør gjelde generelt, eksempelvis tydeliggjøring av fastlegenes ansvar, institusjonalisert praksis, eksempelvis adgang til å pålegge fastlegene allmennmedisinske oppgaver, eller viktige virkemidler for styring, eksempelvis funksjons- og kvalitetskrav. KS vil imidlertid påpeke at det ligger et uutnyttet potensial i avtaleverket til å nå målene i samhandlingsreformen. En prosess basert på avtaler mellom partene vil fremstå med høy legitimitet og være ubyråkratisk. Avtaleinstituttet må derfor ikke undergraves av en for stor grad av forskriftsfesting.

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. Det bør derfor utvikles tiltak for rekruttering av flere allmennleger/fastleger og oppretting av rekrutteringstillinger på fastlønn. Tilsvarende viktig er å få en legetilstand som:

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

KS ser at det vil være behov for å styrke den samfunnsmedisinske og medisinskfaglige kompetansen, som er en viktig faglig ressurs inn i plan og beslutningsprosesser i kommunene. Bedre integrering av fastlegetjenesten, økt faglig kompetanse til å vurdere utvikling og utbygging av kommunale helsetjenester og økte krav til samarbeid med spesialisthelsetjenesten vil gjøre det viktig for kommunene å ha tilgang på nødvendig medisinskfaglig kompetanse.

#### *Nasjonale funksjons- og kvalitetskrav*

KS er enig i nødvendigheten av gode kvalitetsindikatorer og styringsinformasjon. KS vil bidra til at systemene får et kommunalt perspektiv. Kvalitets- og funksjonskravene må oppfattes som nyttige, at de bidrar til kvalitetsutvikling i tjenesten og at de egner seg som styringsinformasjon for folkevalgte organer.

## **2. Ansvarsfordeling og beslutningskompetanse i oppgaveløsning**

KS mener at det er behov for en tydeligere oppgaveoverføring og ansvarsfordeling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Dette bør angis i forarbeidene til loven, og om mulig også klareres i selve lovteksten. Eksempler på ansvarsområder som Stortinget kan legge til kommunen i loven, er lindrende behandling og rus.

KS går i mot at HOD ensidig kan fastsette ansvarsfordelingen mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten ved å kunne foreslå hva som er helse- og omsorgstjenester etter loven. Under enhver omstendighet må slik grensedragnings skje i forskriftsform. Det vil gi en mer forsvarlig høringsrunde og også mulighet for å kostnadsberegne overføring av nye oppgaver til kommunen. KS kan ikke akseptere en fortsettelse av den "stille reformen" der stadig flere oppgaver legges til kommunen uten at dette kompenseres økonomisk.

Det er foreslått i loven en rekke rettslige standarder. Det stilles krav til kvalitet, forsvarlighet, verdighet og det skal utarbeides kvalitetsevalueringssystemer. Det er en fare for at disse

skjønnmessige standardene over tid gjennom tilsyn og klagebehandling vil medføre at det legges større forpliktelser på kommunen også utover det som følger av dagens regler. KS ønsker å bidra til et tydeligere kommunalt perspektiv på behovet for kvalitetsindikatorer og styringsinformasjon. Kvalitetsmålinger er verdifullt for kontinuerlig forbedringsarbeid, men kost/nyttebetraktninger må alltid legges til grunn når nye systemer vurderes innført.

### **3. Avtaler og sentral tvisteløsningsordning**

Avtaler mellom likeverdige parter er selve grunnlaget for samhandlingsreformen. KS ønsker å bidra til å klargjøre forhold som vil gi større grad av likeverdighet mellom partene. KS støtter at partene lokalt kan avtale løsninger for megling og avgjørelse, men mener det vil bli behov for en sentral tvisteløsningsordning. Dette for å sikre tilstrekkelig kompetanse i tvisteløsningsordningen, og at avgjørelsene faktisk etterleves. Avgjørelser fra et nasjonalt tvisteløsningsorgan vil kunne gi bedre presedensvirkninger der det er behov for mer generell avklaring av rettsspørsmål. KS vil peke på modellen som er brukt innen barnevern, som et utgangspunkt for tilsvarende modell innen helse- og omsorgsektoren.

Et sentralt tvisteløsningsorgan må kunne treffe beslutninger om ansvarsfordelingen mellom helseforetak og kommune, hvordan inngåtte avtaler mellom helseforetak og kommuner skal tolkes, tvister om utskrivningsklare pasienter, mv. Staten og kommunesektoren bør oppnevne like mange representanter til et slikt tvisteløsningsorgan.

Det er i høringsnotatet ikke tilstrekkelig utredet hvor rettslig bindende avtaler mellom kommuner og helseforetak skal være. KS mener at avtalene mellom kommuner og helseforetak i størst mulig grad bør være rettslig bindende, men ser det som nødvendig at dette spørsmålet utredes av arbeidsgruppen som skal nedsettes av HOD og KS.

KS vil fremheve at den nye og reviderte Nasjonal rammeavtale for samhandling på helse- og omsorgsområdet mellom HOD og KS bør bli et sentralt rammeverk for oppfølging av samhandlingsreformen, med oppfølging blant annet i de faste møtene mellom staten og KS.

### **4. Nye oppgaver og plikter foreslått for kommunene**

KS mener at for å sikre en god oppgavefordeling bør de største pasientforløpene mellom kommunen og helseforetaket gjennomgås. Det er viktig å klargjøre hvilke forutsetninger som må på plass for en vellykket overføring av deler av pasientforløp fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten. Dette gjelder særlig psykisk helse, rus og rehabilitering.

KS mener at kommunehelsetjenesten bør organisere et "øyeblikkelig hjelp" døgntilbud til pasienter som midlertidig trenger økt behandling, pleie og omsorg i hjemmet eller i institusjon. Tilbudet må være like enkelt tilgjengelig som innleggelse for øyeblikkelig hjelp i sykehus og kunne rekvireres av legevakt eller fastlege der begrunnelsen er medisinske forhold. Det bør lovfestes en plikt for kommunen til å etablere et slikt tilbud. Dette vil være en reell oppgaveoverføring til kommunen. Grensesnittet mot innhold lokalsykehusfunksjonens øyeblikkelig hjelp må beskrives. Ingen pasienter skal diskrimineres med hensyn til alder, kjønn, bosted osv. Kvalitet i kommunene skal være like god eller bedre enn sykehus, og effektiv.

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

Det bør også gjennomføres en tilsvarende prosess for helsetjenestetilbudet innen psykisk helse og rus.

## **5. Folkehelse, plikter for kommunen/fylkeskommunen**

KS mener at det er positivt med en utvikling der folkehelse vektlegges i lovs form for både kommune og fylkeskommune.

KS ser behovet for at det utarbeides bedre oversikt over helsetilstanden i befolkningen til bruk i det lokale arbeidet. Analyser, strategier og systematiske tiltak vil imidlertid kreve en styrking av plan- og analyse delen i kommunene. KS mener at målene i folkehelseloven ikke kan nås uten betydelig økning i økonomiske og administrative ressurser til kommunene/fylkeskommunene.

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 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.

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 vil ha betydelige økonomiske konsekvenser for kommunene.

Lovforslaget slik det foreligger, tar i liten grad opp problemstillinger av nasjonal karakter. På makronivå vil faktorer knyttet til eksempelvis avgiftspolitikken på frukt, grønt og sukker, reklame rettet mot barn osv, være av stor betydning for å oppnå de forebyggende gevinstene for befolkning som er lovforslagets ambisjon.

KS er i mot at det innføres bestemmelser i ny folkehelselov som undergraver grunnsprinsippet i plan- og bygningsloven (PBL). Kommunene må fortsatt selv definere de samfunnsmessige hensyn som det er behov for å utrede i planstrategiene. Foreliggende forslag er en inngripen i viktige lokaldemokratiske prinsipper.

KS er uenig i forslaget om å gi HOD hjemmel til å pålegge kommunene å samarbeide for en forsvarlig løsning av folkehelsearbeidet. Kommunene vil selv være i stand til å etablere fornuftige løsninger i samarbeid med fylkeskommunene, herunder hvilke oppgaver det skal samarbeides om og fordeling av utgifter.

KS kan ikke se at departementet gir tilstrekkelig god begrunnelse for å endre dagens regel i kommunehelsetjenesteloven som gir kommunen mulighet til å delegerer myndighet på det miljørettede helsevern til interkommunale selskaper. KS foreslår at dagens delegasjonsadgang videreføres.

## **6. Finansiering av nye og utvidede oppgaver**

KS forutsetter at alle kostnader ved gjennomføringen av samhandlingsreformen beregnes og at reformen fullfinansieres. Fullfinansiering setter krav til etterberegning, kontroll og en løpende evaluering. KS forutsetter at kostnadsberegningene behandles i de faste møtene mellom staten og KS.

- For å sikre en god oppgavefordeling bør de største pasientforløpene mellom kommunen og helseforetaket gjennomgås med hensyn til finansiering. Dette gjelder særlig psykisk helse, rus og rehabilitering.

- De økonomiske virkningene ved et øyeblikkelig hjelp døgntilbud må beregnes med sikte på fullfinansiering. Ansvarsdelingen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene bør samtidig klargjøres.
- Innenfor psykisk helse og rus ligger ikke forholdene til rette for at det kan innføres en betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter fra 2012.
- De økonomiske og administrative konsekvenser er vanskelig å overskue, men KS mener at de vil bli betydelige og langt høyere enn antydning i høringsdokumentene. Det gjelder ikke minst nye krav til plan- og strategiarbeid, og oppfølgingen av nasjonale funksjons og kvalitetskrav.
- Det må tas høyde for innføringskostnader til nybygg, utstyr, IKT-infrastruktur og kompetanseoppbygging.
- Den nasjonale IKT-infrastrukturen bør finansieres av staten. Forskriftsfesting av standarder, funksjonskrav og sertifiseringer må kostnadsberegnes.
- Samhandlingsreformen stiller store krav til omstilling og implementering. Det vil ta tid før en kan ta ut økonomiske effekter av forebyggende arbeid og folkehelsearbeid. Dette må det tas ressursmessig høyde for.

KS mener at de to skisserte ordningene for avgrenset kommunal medfinansiering over tid kan gi et redusert utbyggingsbehov innenfor spesialisthelsetjenesten. Videre har KS følgende kommentarer til utforming av medfinansieringsordningen.

- En medfinansiering av medisinske innleggelser synes å være mest i samsvar med overordnede mål for reformen. Modellen gir incentiver til styrket kommunal innsats, knyttet til pasientens tilstand, uavhengig av alder.
- Det må innføres mekanismer som begrenser kommunenes økonomiske risiko, bl.a. gjennom et fastsatt maksimumsbeløp for kommunenes betaling pr innleggelse.
- Når det gjelder rus og psykisk helse bør det være en gjennomgang av ansvarsdelingen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene før det eventuelt senere innføres en kommunal medfinansiering for tilbud innenfor spesialisthelsetjenestene.
- Den detaljerte utformingen av ordningen – herunder også finansieringen av kommunenes kostnader - bør skje i samarbeid med kommunesektoren og KS. Dette kommer i tillegg til den allerede avtalte involveringen av KS i kostnadsberegning av medfinansieringsordningen.

En forutsetning for en god økonomisk gjennomføring av samhandlingsreformen er at ikke helseforetakene i forkant av reformen og lørevet fra politiske beslutninger, reduserer sin innsats på tjenestetilbud som grenser mot kommunale ansvarsområder. Departementet må sikre at dette ikke skjer.

## **7. utfordringer innen kompetanse, forskning og IKT**

KS mener rekruttering og kompetanse vil være nøkkelfaktorer i reformen. Det må utdannes tilstrekkelig antall helsepersonell med relevant kompetanse i forhold til nye og økte kommunale oppgaver. Det må legges langt mer vekt på å utdanne/videreutdanne personell som er tilpasset fremtidige kommunale oppgaver og utfordringer. Rekrutterings- og kompetansehevingstiltak vil kreve økonomiske ressurser for kommunene, og ha tariffmessige konsekvenser. KS mener derfor det er viktig å videreføre/ styrke og utvikle nye tiltak i tilknytning til Kvalitetsavtalen mellom KS og regjeringen.

KS foreslår at det legges inn stimuleringsstiltak for å øke antall studenter/ elever i praksis i kommunene.

KS mener at kommunene selv må initiere bruk av velferdsteknologi. Det er imidlertid behov for nasjonal støtte til de kommuner og bedrifter som ønsker å gå foran. Dagens bruk og utvikling av velferdsteknologi er fragmentert, det er lite samlet kunnskap om hva som finnes

av tilgjengelig teknologi, hva som er i bruk og hva som evt. er årsaken til at det ikke har blitt tatt i bruk i det omfang man har ønsket.

KS mener at kommunene bør få lovfestet ansvar for forskning og undervisning på tilsvarende måte som i spesialisthelsetjenesten. Et kommunalt ansvar for forskning og undervisning kan løses gjennom regionale samarbeidsløsninger (herunder regionale forskningsråd).

KS mener at forskning med relevans for kommunehelsetjenesten må økes betydelig. Det er behov for mer praksisnær forskning, styrke forskningen innen allmennmedisin og områder som tjenesteutvikling, teknologi, organisasjon og ledelse.

KS mener at det er nødvendig med et krav om elektronisk dokumentasjon og utveksling av helseopplysninger for å få alle aktørene opp på et nødvendig teknologisk minimumsnivå. Det må tas høyde for samarbeid med private tjenesteytere i utveksling av helseopplysninger. KS ber om at departementet gjør nødvendige endringer som kan åpne for dette slik at kommunene kan bevare ordninger som brukervalg.

KS mener at det bør stilles krav til mer standardiserte IKT-løsninger og plattformer som blant annet gjør det mulig å kommunisere bedre elektronisk mellom helseforetakene, fastlegene og den kommunale helse- og omsorgssektoren. Det er svært viktig at kommunesektoren er sikret innflytelse i standardiseringsarbeidet. KS mener at man bør innføre krav til sertifisering på vitale deler av elektroniske pasientjournalssystem for å sikre at blant annet elektroniske meldinger blir korrekt kommunisert.

#### **8. Gjennomføring av samhandlingsreformen**

KS mener at Samhandlingsreformen, med ny folkehelselov og lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, kan iverksettes fra 1.1.2012, med de konkretiseringer og forutsetninger som er referert til i punkt 1-7 overfor. Reformen må implementeres gradvis og etter en plan. Det blir viktig å klargjøre hvilke områder som egner seg best for oppstart av reformen. Det må også fastsettes milepæler hvor resultatene av samhandlingsreformen på gitte tidspunkter etter nærmere kriterier skal vurderes.

KS mener det bør gjennomføres en gradvis innfasing, en rekkefølgebestemmelse og følgeforskning/evaluering ved overføring av oppgaver og plikter til kommunen. Dette for å kunne fastslå om endringen fører til konkrete forbedringer.

KS forutsetter at samarbeidet mellom KS og staten knyttet opp til kvalitetsavtalen og nasjonal rammeavtale om samhandling innen helse- og omsorgsområdet videreføres.

De nye oppgavene og det utvidede ansvaret for kommunene vil være politisk og administrativt krevende. Dette understreker viktigheten av folkevalgt styring i de ulike samarbeidsløsningene.



Sigrun Vågeng  
administrerende direktør



Victor Ebbesvik  
områdedirektør