

Helse- og omsorgsdepartementet

PB 8011 Dep
0030 OSLO

Oslo, 18.01.2011

Vår ref.
33338/HS32

Deres ref.
200903950-/ATG

Høring - forslag til ny kommunal helse- og omsorgslov

Vi viser til høringsbrev fra Helse- og omsorgsdepartementet datert 18.10.2010 med forslag til ny lov om kommunale helse og omsorgstjenester. Arbeidsgiverforeningen Spekter organiserer 190 virksomheter med ca 180 000 ansatte. De største sektorene er helse, transport/logistikk og kultur. Alle helseforetak og regionale helseforetak er medlemmer av Spekter. I tillegg har vi flere sentrale private virksomheter innen helsesektoren som medlemmer.

RHFene leverer egne svar til høringen. Vårt høringssvar må sees i sammenheng med våre høringsinnspill til netthøringen om Nasjonal helse- og omsorgsplan. Flere av temaene vi kommenterer er nærmere berørt der.

Generelt

Som det framgår av grunnlaget for samhandlingsreformen har helsetjenestene til nå i utpreget grad vært søyleorganisert med parallell, vertikal organisering. De drives og ledes i stor grad med sikte på at de selv skal yte gode tjenester isolert sett. Lovgivningen er også i stor grad utformet ulikt for det enkelte tjenesteområdet, noe som kan bidra til å gjøre samarbeid mellom tjenestenivåene vanskeligere å gjennomføre. Arbeidet med lovharmonisering er derfor viktig. Videre er det positivt at det foreslås lovregulert at kommuner og spesialisthelsetjeneste skal legge til rette for samhandling, og den enkelte pasient gis et helhetlig og integrert helse- og omsorgstilbud.

Det fremgår av høringsnotatet at loven har to formål. Dels er det en harmonisering av kommunal helse- og sosiallovgivning gjennom en felles lov til erstatning for dagens kommunehelsetjenestelov og sosialtjenestelov. Dels er det en oppfølging og konkretisering av forslag knyttet til samhandlingsreformen. Spekters kommentarer vil i hovedsak være til det siste. Spekter støtter forslaget om å harmonisere lovverket gjennom en felles lov. Dette ble foreslått av Berntutvalget (2004) og vi kan slutte oss til hovedformålene med en felles lov slik det er beskrevet av utvalget, dvs:

- å etablere et regelverk som er oversiktlig og lett å bruke og forstå både for tjenestemottakere og tjenesteytere.

- hindre ulikheter i regelverket eller i praktiseringen av dette som skaper vansker for samordning av og samhandling mellom de ulike tjenestene.

Vi støtter også forslaget om å tydeliggjøre kommunens overordnede ansvar for kommunehelsetjenesten. Kommunene får med dette et "sørge-for" ansvar på lik linje med spesialisthelsetjenesten.

Spekter er også enig i at det er hensiktsmessig med en mer profesjonsnøytral angivelse av kommunens plikter. Dette vil motvirke at enkelte profesjoner settes i en særstilling. I tillegg vil det kunne understøtte samarbeid på tvers av profesjongrensene.

Nærmere om forslag i høringsnotatet som skal understøtte samhandlingsreformen

Fastlegenes rolle

Spekter deler departementets vurdering om at manglende muligheter for kommunene til å styre fastlegene, kan være et hinder for god samhandling og samordning både innad i kommunenes helhetlige helse- og omsorgstilbud og mellom kommuner og helseforetak.

Vi støtter derfor forslaget om sterkere styring av fastlegene gjennom endringer i fastlegeforskriften. Innføring av nasjonale kvalitets- og funksjonskrav for fastlegenes virksomhet er viktig både med tanke på kvalitetsheving og mulighet for styring.

Et av hovedmålene i samhandlingsreformen er å dempe presset på spesialisthelsetjenesten. Fastlegene styrer mye av etterspørselen etter spesialisthelsetjenester. Den forespeilede gjennomgangen av styringen og finansieringen av fastlegene er også viktig i denne sammenheng.

Samarbeidsavtaler

Avtaler om tjenestetilbudet

Det er foreslått en lovfesting av et avtalesystem mellom kommunen og regionale helseforetak/foretak som skal etablere en felles forståelse av fordelingen av oppgaver mellom tjenestenivåene.

Spekter støtter etableringen av et avtalesystem mellom tjenestenivåene. I lovutkastet er det relativt generelt formulert hvilke områder som bør avtalereguleres, men det er i stor grad opp til partene å bestemme det konkrete innholdet. Vi er enig i at loven ikke skal detaljregulere alle forhold som skal inn i avtalene. Det er nødvendig med handlefrihet i avtaleutformingen for å ivareta lokale behov. Vi tror likevel det er behov for visse nasjonale føringer på avtaleinnholdet, blant annet for å unngå for store ulikheter i tilbudet. Dette kan ivaretas gjennom standardiserte avtalemaler.

Samtidig vil det vil være vanskelig å regulere ansvaret mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten fullt ut. Det vil være grenseoverganger og "gråsoner" mellom de enkelte ledd i behandlingsskjedene som partene må ivareta i fellesskap. Spørsmålet er hva som skal inn i de formelle avtaler og hva som skal ivaretas gjennom det mer løpende samarbeidet.

En utfordring når det gjelder samarbeidsavtaler er ubalansen mellom antall kommuner (430) og antall regionale helseforetak (4). Kommunene har sitt selvstendige politiske beslutningssystem og sine lokale behov. Uten visse nasjonale føringer på innholdet gjennom maler mv tror vi som nevnt konsekvensen kan være ulikhet i tilbudet, men det vil også kunne ha administrative konsekvenser.

Nærmere om bruken av personalressurser

Det som foreslås avtaleregulert berører tjenestetilbud og oppgavefordeling, dvs hvordan tjenestene skal produseres og hvem som skal ha ansvaret. Et område som ikke er berørt er hvordan dette skal bemannes og organiseres. Rammebetingelser for bruk av kompetanse og personell kan ikke alene reguleres gjennom samarbeidsavtaler mellom tjenestenivåene. Her kreves det en gjennomgang av regelverk og tariffavtaler for at intensjonen i reformen skal oppfylles.

Forutsetningene om et sterkere samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten; herunder ambisjonen om økende behandling nær pasienten og god tilgjengelighet til helsetjenester, kan bli utfordret av det som er bestemt i lov- og avtaleverk, samt i individuelle arbeidsavtaler. Det er avgjørende med en grundig gjennomgang av dette rammeverket for å sikre mulighet for nå målene i høringsdokument. Denne problemstillingen er nærmere omtalt i vårt høringsinnspill til grunnlaget for Nasjonal helse- og omsorgsplan.

Døgntilbud/øyeblikkelig hjelp

I høringsnotatet omtales behovet for kommunale tilbud om døgnopphold for pasienter med behov for øyeblikkelig hjelp. Etter Spekters vurdering vil etablering av kommunale døgntilbud for øyeblikkelig hjelp være viktig for å redusere behovet for innleggelser ved sykehusene. Det etterspørres synspunkter på om dette bør lovfestes. En eventuell lovfesting må vurderes i forhold til mulighetene kommunene har til å bygge opp et slikt tilbud. Det må derfor avklares hvordan det skal finansieres og hvordan mindre kommuner kan ivareta en slik plikt. Det er vanskelig å se for seg at en slik plikt kan pålegges kommunene uten at det på forhånd er gjort endringer i nåværende kommunestruktur.

Utdanning/kompetanse

Kommunene har i dag plikt til å medvirke til undervisning og opplæring av helse- og omsorgspersonell. Tilsvarende bestemmelser er tatt inn i den nye loven. I spesialisthelsetjenesteloven er dette nedfelt som en tydelig plikt for spesialisthelsetjenesten, formulert som et "sørge-for" ansvar. Spekter mener ordlyden i det som pålegges kommunene kunne vært mer i tråd med plikten til spesialisthelsetjenesten.

Vi vil understreke betydningen av kompetanseoppbygging i kommunehelsetjenesten som en forutsetning for en vellykket gjennomføring av samhandlingsreformen. Dette er også nærmere berørt i vårt innspill til grunnlaget for Nasjonal helse- og omsorgsplan.

Utviklingen av spesialisthelsetjenesten vil innebære en stadig utvikling i retning av et høyteknologisk miljø, samtidig som arbeidsoppgavene vil bli stadig mer spesialisert. Dette stiller krav til kompetansen, ikke minst stiller det krav til evnen til å samhandle med andre spesialiteter, generalister og på tvers av profesjoner og organisatoriske skillelinjer i en sammenheng hvor det helhetlige pasientforløpet blir sentralt. Det vil sannsynligvis også bli slik at det kommer inn nye grupper personell, eller at eksisterende personellgrupper får en endret eller utvidet rolle i sykehusene, for eksempel teknologer.

Da vil det bli viktig å identifisere de felles kompetansekravene og at grunnutdanningene bidrar til en helhetsforståelse. Den kommende stortingsmeldingen om "utdanning for velferdstjenestene" vil bli svært viktig for en videreutvikling av utdanningene slik at intensjonen i reformen kan innfris.

Det er særlige problemstillinger knyttet til rekrutteringen av helsefagarbeidere, en gruppe som SSBs fremskrivninger (Helsemod) identifiserer som den det vil bli størst mangel på i fremtiden. Rekrutteringen til dette yrket må fortsatt vies stor oppmerksomhet. Helseforetakene er en viktig læringsarena for fremtidige helsefagarbeidere uavhengig av om helsefagarbeidernes senere arbeidsplass vil være i spesialisthelsetjenesten eller i kommunehelsetjenesten. Kommunenes evne til å yte god omsorgstjeneste er av stor betydning også for helseforetakenes drift. Dersom ikke kommunene har en tilfredsstillende omsorgstjeneste vil helseforetakene kunne bli nødt til å behandle pasientgrupper som kommunene burde tatt hånd om.

Det kan være flere tiltak og ordninger som vil bidra positivt til rekrutteringen av helsefagarbeidere. For eksempel kan det utvikles mer fleksible modeller og rettigheter som ikke fører til at man "låses inne" i et bestemt utdanningsløp, det kan i større grad enn i dag stimuleres til fleksible ordninger der lærlinger kan veksle mellom spesialist- og primærhelsetjenesten, det kan satses enda mer på å kvalifisere voksne ufaglærte til yrket, og videreutdanningstilbudet gjennom fagkolene kan synliggjøre og forbedres for denne yrkesgruppen.

Utviklingen i spesialisthelsetjenesten med kontinuerlig reduksjon av sengeposter/døgnsenger som en følge av utviklingen i behandlingstilbudet, og en sterk reduksjon i antall liggedøgn de seneste årene, innebærer en utfordring for behovet for praksisplasser i utdanningen av flere profesjonsgrupper.

For å opprettholde dagens omfang av praksis, må det derfor finnes nye og mer fleksible løsninger for praksisdelen av utdanningen. Et alternativ kan være å forskyve noe av praksisen nærmere primærhelsetjenesten, spesielt i sykepleierutdanningen som i volum er mest krevende. Dette ville også være ønskelig ut i fra intensjonene i samhandlingsreformen, og organisering og gjennomføring av praksis bør kanskje i større grad være rettet mot aktuelle pasientforløp.

Spekter mener:

- Omfang og organisering av praksis bør gjennomgås ved at det vurderes flere sentrale forhold omkring omfang av praksis, praksisarenaer, og hva som skal til for å utvikle praksis slik at den bidrar til kvalitet og relevans i utdanningen. En tydeligere lovfesting av utdanningsoppgavene i kommunene slik som ved helseforetak ville tydeliggjort utdanningsansvaret i forhold til hele pasientforløpet.

Finansiering

Generelt om kommunal medfinansiering

Det foreslås i loven en hjemmel for i forskrift å kunne gi nærmere bestemmelser om kommunenes medfinansieringsansvar. Spekter har ikke innvendinger mot at dette tas inn i loven, men vi mener det må arbeides videre med konkretisering av finansieringsforslagene før det kan tas stilling til om det er et egnet virkemiddel. Dette er nærmere berørt i vårt innspill til grunnlaget for Nasjonal helse- og omsorgsplan.

Vi ser at kommunal medfinansiering kan gi kommunene insentiver til etablere kommunale lavterskeltilbud og økt fokus på forebygging. Samtidig innebærer forslaget en kostnadmessig risiko og uforutsigbarhet både for spesialisthelsetjenesten og for kommunene.

Et av hovedmålene med Samhandlingsreformen er å dempe veksten i de totale helseutgiftene, noe vi naturligvis støtter. Samtidig mener vi en del av forslagene i realiteten kan føre til økte kostnader:

- Satsingen på forebygging vil ha en kostnad på kort sikt, men eventuell effekt av forebyggingstiltak vil være langsiktige. Det betyr at det en periode vil bli økte kostnader på helsebudsjettene, ikke reduserte.
- Uklar oppgavefordeling mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten kan gi økte kostnader. Det er så langt ikke klart om spesialisthelsetjenesten skal skalere ned sitt tilbud eller om det skal opprettholdes parallelt med at kommunene bygger opp et lavterskeltilbud. I en overgangsperiode vil derfor kostnadene sannsynligvis øke.

Spekter vil understreke at det må arbeides videre med finansieringsmodeller som gir forutsigbare fremtidige økonomiske rammer både for spesialisthelsetjenesten og for kommunene. Det er viktig for forutsigbarheten at det utarbeides klare samarbeidsavtaler mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten.

Kommunal medfinansiering, de to alternative modellene

Det er i høringsgrunnlaget beskrevet to alternative modeller for kommunal medfinansiering basert på a) alder (alle over 80) eller b) diagnose (alle medisinske pasienter).

Etter det vi forstår er målet med kommunal medfinansiering dels å bevisstgjøre kommunene om kostnadene ved spesialisthelsetjenesten, dels å gi insentiver til å bygge opp et kommunalt tilbud.

Modell b) innebærer større kostnader og vil derfor kunne gi sterkest insentiver for å nå de overordnede målene. Det kan også reises spørsmål ved modell a) ut fra et pasientrettighetsperspektiv. Spekter mener derfor at modell b) (basert på diagnose) er best egnet av de to alternativene.

Et annet spørsmål er om finansieringsandelen på 20% uansett er for lav til å ha en insentiveffekt. Det er vanskelig å se for seg at kommunene vil få mulighet for bygge opp egne tilbud når de bare får dekket 20 % av kostnadene. Spekter er derfor usikker på om de finansieringsmodellene som er beskrevet vil ha den forventede effekt.

Finansiering av utskrivningsklare pasienter

Spekter støtter forslaget om kommunalt ansvar for finansiering av utskrivningsklare pasienter. Mange pasienter vil kunne få et bedre tilbud i kommunal regi både før og etter sykehusoppholdet. Samtidig vil vi advare mot å tro at det å fjerne et visst antall utskrivningsklare pasienter fra sykehusene gir kostnadsreduksjoner. I vurderingen av mulige kostnadsreduksjoner er det viktig å ta hensyn til at sykehusene har faste kostnader som til en viss grad vil være uavhengig av volumendringer.

Om helsepersonell og ansvar

Når flere forvaltningsnivåer skal samarbeide om delvis spesialiserte helsetjenester, må det avklares hvordan bestemmelser tas i situasjoner der likeverdige kompetansegrupper har ulike oppfatninger om kvalitet, forsvarlighet etc. Vi kan ikke se at dette er løst i forslaget til ny lov.

Endret kommunestruktur, en forutsetning for gjennomføring av samhandlingsreformen

Samhandlingsreformen innebærer å legge flere tjenester til kommunene for å bidra til større grad av nærhet til tjenestene og for å løse helsetjenester på et nivå som er mindre ressurskrevende og kostnadskrevende enn spesialisthelsetjenesten. Denne ambisjonen støttes.

Det er imidlertid et faktum at flere av de argumenter som i dag er akseptert når man diskuterer sykehusstrukturen, og spesielt de som vedrører at for små enheter vil ha problemer med å rekruttere og således vil ha en sårbar forutsigbarhet, vil måtte gjelde for et hvilket som helst forvaltningsnivå som skal yte slike tjenester.

Derfor kan man etter Spekter sin mening ikke unngå å se på dagens kommunestruktur og om den er innrettet på en god nok måte i forhold til de nye tjenestene. Det bør iverksettes et arbeid som kan lede til at det er oppgavene som kommunene har som skal danne premisen for kommunestørrelsen. Vi mener at realisering av en rekke mål i både Samhandlingsreformen og forslaget til ny helselovgivning vil kreve betydelig større enheter enn det mange kommuner utgjør i dag. Å tro at dette kan kompenseres for gjennom interkommunale samarbeid mener vi ikke er realistisk.

Med vennlig hilsen
Arbeidsgiverforeningen Spekter



Lars Haukaas
Administrerende direktør