



ÅLESUND KOMMUNE

rådmannen

Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep

0030 OSLO

Sakshandsamar
Håvard Overå
Tlf 70 16 28 40

Dykkar ref.
201101755-/KJJ

Vår ref.
HO/10/2126-10/ F00

Dato:
06.10.2011

**MERKNAD TIL HØYRINGSNOTAT OM FORSLAG TIL FORSKRIFTSENDRINGAR
OG NYE FORSKRIFTER SOM FØLGJE AV PROP. 91 L (2010-2011) LOV OM
KOMMUNALE HELSE- OG OMSORGSTJENESTER.**

Viser til Helse- og omsorgsdepartementet sitt brev datert 4.7.2011 der ein inviterar til å kome med merknadar til departementet sine forslag til nye og justerte forskrifter.

Ålesund Formannskap behandla sak om dette i møte 26.9.2011.

./ Vedlagt fylgjer Formannskapet sin uttale.

Med helsing

Olaug Flø Brekke
rådmann

Liv Stette
kommunalsjef

Kopi til:

KS	Postboks 1378 Vika	0114	OSLO
KS - Møre og Romsdal	Fylkeshuset	6404	MOLDE

Postadresse:	Sentralbord	Besøksadresse:			
«Soa_Adr»	Tlf 70 16 20 00	«Soa_Adr2»	Tlf	«Soa_Tlf»	Bankgiro: 6550.05.05200
«Soa_Postnr»	Faks 70 16 20 01		Faks	«Soa_Fax»	Å.K.org.: 942.953.119
«Soa_Poststed»					
postmottak@alesund.kommune.no		www.alesund.kommune.no			

MERKNADAR TIL HØYRINGSNOTAT OM NYE/JUSTERTE FORSKRIFTER TIL NY HELSE- OG OMSORGSLOV.

Ålesund formannskap har i F-sak 88/11 den 26.9.2011 vedteke fylgjande uttale til forslaget til nye/justerte forskrifter som fylgje av ny Lov om kommunale helse- og omsorgstenester:

Forskrift om betaling for utskrivingsklare pasientar

Den nye forskrifta slår fast at Helseføretaket innan 24 timar etter innlegging må ta stilling til om ein forventar at pasienten har behov for kommunale tenester etter utskrivning. I så fall skal kommunen varslast om kor lenge ein trur innlegginga vil vare og om sjukehuset vurderer at pasienten kan skrivast ut til heimen eller til kommunal institusjon. Sjukehuset skal varsle kommunen innan 24 timar etter innlegging. Dersom dette varselet ikkje er gitt, fell retten til å krevje betaling for utskrivingsklare pasientar bort.

Når kommunen får slikt varsel, skal ein sette i verk nødvendige tiltak for å kunne ta imot pasienten frå varsla utskrivingsdato.

Ein pasient er utskrivingsklar når sjukehuslege har vurdert at det ikkje trengs ytterlegare behandling i spesialisthelsetenesta. Då skal sjukehuset umiddelbart varsle kommunen som straks skal svare om ein kan ta imot pasienten. Frå og med den varsla utskrivingsdagen må kommunen betale ein pris (kr. 4000,-) per døgn viss kommunen ikkje umiddelbart tek imot pasienten. Det gjeld også om kommunen fyrst får beskjed om at pasienten er utskrivingsklar etter ordinær arbeidstid. Dette siste er grunnlagt med at kommunen er forplikta til å ha eit døgnkontinuerleg tilbod.

Vurdering:

Det er bra at sjukehuset raskt må gi beskjed til kommunen om pasientar som kan kome til å trengje kommunale tenester, slik at kommunen kan førebu seg. Etter 24 timar vil sjukehuset likevel ikkje ha full oversikt over situasjonen for mange pasientar. Det kan vere at sjukehusopphaldet tek kortare eller lengre tid, eller at sjukehuset treng lenger tid for å avklare kva tilbod kommunen må stille opp med (til dømes kompetanse, medikament, hjelpemidlar), enten brukaren skal til institusjon eller heim. **Her må det inn eit krav om at Helseføretaket kontinuerleg må halde kommunen orientert om endringar undervegs.**

Men det er ikkje muleg for kommunane å ha eit apparat som heile døgnet rundt og i helgane skal ta stilling til helseføretaket sitt vedtak om at ein person er utskrivingsklar. Vi vil tru at dette heller ikkje vil bli praksis for legane i helseføretaket. Det skal vere ei vurdering i kommunen om ein kan ta imot brukaren, eller om ein må "kjøpe" teneste gjennom vidare opphald i sjukehuset. Kommunen må ha eit apparat/vedtaksinstans for dette og nødvendig tid til å gjere slik vurdering. Ein må difor kunne gjere slikt arbeid i ordinær dagararbeidstid. I motsett fall vil dette kunne gå ut over pasienttryggleik og forsvarleg tilrettelegging av nødvendig behandling i kommunen, samt dårleg ressurs-/kapasitetsutnytting i kommunen.

Den dagen helseføretaket gir melding om at personen er utskrivingsklar må difor vere "dag null", og det må vere ein yrkedag frå melding er sendt til kommunen skal gi svar.

Vår kommune har også ein heil del erfaring med at utskrivingsklare som er tildelt teneste likevel ikkje er utskrivingsklare når ein kjem til avtalt dag. Likevel kjem det krav om betaling. Dette vert ikkje enklare når kommunane skal ha betalingsansvar frå dag ein - 1 -, i motsetning til ordninga i dag der kommunen har 10 dagar før betalingsplikta slår inn. **Vi vil difor peike på at det er eit behov for ein forskriftsmessig regulert lokal partssamansett instans for å rydde opp i spørsmål knytt til om ein person er utskrivingsklar.**

Det må også innarbeidast eigne reglar for handtering av brukarar som, før utskriving frå sjukehuset, krev særleg store tilpassingar i det kommunale tilbodet. Dette gjeld til dømes når sjukdomsutviklinga hjå ein person fører til at han skal bu heime med respirator. Operasjon og tilpassing/-venjing til respirator skjer på sjukehus, og pasienten kan erklærast utskrivingsklar i løpet av nokre få veker. På den kommunale sida er dette ein langt meir tidkrevjande prosess. Ofte inneber dette ei større oppjustering av bemanninga kring brukaren, og ein må rekruttere nytt personell. Vidare må personellet få opplæring i arbeid med respirator/-brukar. Slik opplæring må skje i sjukehuset og i rimeleg tid før utflytting til heimen, viss tiltaket skal vere vellukka og ein skal unngå re-innlegging. I overgangsfasa mellom sjukehus og heim er det også vanleg at sjukehuspersonalet rettleiar det nye personalet og pårørande i heimesituasjonen. Slik forslag til forskrift no ligg føre, risikerar kommunen å måtte betale kr. 4.000,- per døgn til helseføretaket, samstundes som vi har store utgifter knytt til å legge til rette for at brukaren skal kunne flytte heim.

Forskrift om kommunal medfinansiering

I medhald av den nye helse- og omsorgslova § 11-3 er departementet gitt mynde til å fastsette forskrift om nærare reglar om kommunane sitt ansvar for medfinansiering av pasientbehandlinga i spesialisthelsetenesta, medrekna å fastsette kriteria for kva pasientgrupper eller behandlingsformer som skal vere omfatta av ordninga.

I forslaget til forskrift er det lagt til grunn at ordninga skal gjelde både innlegging og poliklinisk behandling og utgreiing. Kirurgi og fødselar skal ikkje inkluderast i den kommunale medfinansieringa. Nyfødde born og behandling med særleg kostbare biologiske legemiddel er også unnatekne. Privatpraktiserande avtalespesialistar, psykisk helsevern (= "psykiatrisk behandling"), tverrfagleg rusbehandling og opphald i private opptreningsinstitusjonar er også unnateke. Ein legg vidare opp til eit økonomisk tak på særleg ressurskrevjande einsildopphald tilsvarande om lag kr. 30.000,-.

Finansieringa av spesialisthelsetenesta er slik at dei regionale helseføretaka får 60 % av sine driftsmiddel tilført som basistilskot og 40 % tilført på basis av behandlingsproduksjonen gjennom året (InnsatsStyrt Finansiering). Behandlingsproduksjonen vert målt gjennom DRG (= DiagnoseRelaterte Grupper) som igjen vert omrekna til økonomisk tilskot (ISF) i det einingsprisen for eitt DRG-poeng vert fastsett i statsbudsjettet. I forslaget til forskrift er det lagt til grunn at kommunen skal finansiere 50 % av den innsatsstyrte finansieringa for dei behandlingane ordninga omfattar. Det vil seie at kommunane skal dekke 20 % av helseføretaket sin kostnad til desse pasientgruppene/ behandlingane. Pengestraumen mellom stat – kommune – helseføretak skal styrast gjennom dei data som vert lagt inn i Norsk pasientregister (jfr. omtalen av den forskriftsendringa nedanfor).

Vurdering:

Det er viktig å gjere best muleg utval av kva for nokre DRG som skal inkluderast i medfinansieringa, sett opp mot dei langsiktige måla med samhandlingsreforma. Dei innsatsstyrte-finansierte prosedyrane som ein vel ut for kommunal medfinansiering må vere slik at det på relativ kort sikt (1 år og oppover) er muleg å etablere kommunale

førebyggjande tiltak på område som er målbare og best mulig egna for evaluering. Det er også viktig at ein fokuserar på DRG –koder for medisinske diagnosar og prosedyrar der ein finn dokumenterte tiltak som faktisk kan gi ein reduksjon av behovet spesialisthelsetenester over tid.

Ein bør unngå kommunal medfinansiering av diagnosar/prosedyrar knytte til spesialisert helseteneste innan område der det er vanskeleg å dokumentere langtidseffekt av kommunal førebyggjande behandling.

Det same gjeld diagnosar/prosedyrar som i hovudsak blir bestilt ut i frå spesialisthelsetenesta sine egne vurderingar og premisser. Slike prosedyrar er det naturleg at spesialisthelsetenesta sjølv forvaltar all økonomi på og prioriterar/nedprioriterar i eiga drift.

Vidare må kommunane sine muligheter for å påverke forbruk av DRG-finansierte tenester avklarast. Det er ein rekke instansar som jobbar både med og utan kommunale avtalar. Kommunen har enten for avgrensa eller manglar heilt muligheter for å påverke forbruket av spesialisttenester frå desse.

- Avtalelegane er vesentlege med tanke på medverknad til kommunens førebyggjande tiltak og regulære sparetiltak med tanke på reduksjon av forbruk av spesialisthelsetenestene. Kommunen har i standardavtalene i dag for små mulegheiter for styring av allmennlegane sine tenester og forbruksprofil. Dette må forberast i avtaleverket dersom kommunane skal ha mulegheiter for å levere tenester på lågaste kostnadsnivå og føre kontroll med forbruk og økonomi. Kommunen må kunne stille betre standardkrav til allmennpraksisar og rutinane overfor kommunale instansar og spesialisttenester.
- Avtalelaus (heilprivate) legar, både legespesialistar og allmennlegar, har også rekvisisjonsrett og tilvisningsrett til spesialisthelsetenesta. Her har kommunen i dag ingen mulegheiter for påverking av forbruket av undersøkingar og tilvisningar. Denne forma for rekvirering kan falle ujamt ut mellom kommunane fordi avtalelaus praksis i hovudsak er eit by-fenomen. Kommunen kan ikkje ha medfinansieringsansvar for denne gruppa sine rekvireringar.
- Sjømannslegar også ein kategori som driv heilprivat, men med forbruk av m.a. røntgenundersøkingar, og kanskje også laboratorieundersøkingar ved sjukehusa. Kommunen kan heller ikkje ha medfinansieringsansvar her.
- Bedriftshelsetenestene. I dette systemet blir det også rekvirert spesialisthelsetenester. Kommunane kan heller ikkje ha medfinansieringsansvar for slike tenester.
- Kiropraktorar og andre har rekvisisjonsrett for røntgenbilde. Kommunen kan ikkje ha medfinansieringsansvar for dette.
- Andre faktorar som kan føre til skeivforbruk av ressursar frå spesialisthelsetenesten er asylmottak, busetting av flyktingar. Stor arbeidsinnvandring kanalisert gjennom firma lokalisert i byen og som forsyner nærliggande område, vil få et større forbruk av røntgenundersøkingar, IGRA-testar og lunge-/infeksjonsmedisinske tilvisningar.

”Nyfødde barn” er ikkje ein veldefinert kategori. Det må definerast nærare, til dømes som ”Spedbarn inntil 7 dagar gamle”. Premature barn må ikkje omfattast av kommunal medfinansiering før etter tilsvarende definerte tal dagar etter normert termin.

Det er også naturleg at polikliniske spesialistkontrollar i svangerskapet ikkje vert rekna med, og difor må desse ha eigen DRG-kode.

Kommunane må få enkel tilgang som gir kontroll av medfinansieringsordninga ut i frå behovet for budsjettmessig styring og fakturakontroll, og den administrative børa må søkjast minimert.

Forskrifta legg opp til kommunal medfinansiering av behandling hjå sjukehuspoliklinikkar, men ikkje hjå privatpraktiserande avtalespesialistar. Der er svært store skilnader på tettheita av avtalespesialistar i Midt-Norge. Møre og Romsdal har berre ein brøkdel av dekning

samanlikna med Trøndelagsfylka. Dette skriv seg tilbake til bevisst politikk frå fylkeskommunen si tid, og det regionale helseføretaket har ikkje hatt vilje til å rette opp denne skeivheita. I finansieringssystemet inneber dette at vi må vere medbetalarar for nesten all ambulant spesialistbehandling for våre pasientar, mens kommunar med større dekning av private avtalespesialistar slepp unna ein stor del av dette. Sjølv om kostnaden ved det einskilde besøk er mindre for ambulant behandling, så har ambulant behandling nesten 4/5 av tenestevolumet. **Vi krev at dette spørsmålet blir nærare analysert av departementet før ein tek ambulant behandling inn i den kommunale medfinansieringa.**

Ålesund kommune ser med stor uro på den økonomiske konsekvensen av dei endringane som kjem. I denne høyringsrunda er det særleg dei to forskriftene om Utskrivingsklare pasientar og Medfinansiering av sjukehusdrifta som uroar.

Det er vanskeleg å akseptere at Samhandlingsreforma, og særleg forslaget om kommunal medfinansiering, skal gi kommunane dårlegare økonomisk grunnlag for å drive helse- og omsorgstenester i ein situasjon der staten medverkar til sterk auke av innbyggerane si forventning om stadig betre tenester. Vi vil også understreke behovet for midlar til omstilling, kompetanseheving m.m.

Når ein ser på historikken på sjukehusbruk på desse to områda, og held det opp i mot dei utrekningane som KS har gjort om varsla økonomisk kompensasjon til kommunane for denne omlegginga, viser tala at nesten alle kommunar på Sunnmøre kjem dårlegare ut enn før reforma. For Ålesund kommune er differansen på 4,4 millionar kr. Viss dette blir den reelle økonomiske situasjonen vert kommunen i dårlegare stand til å yte tenester til innbyggerane enn før omlegginga. **Vi krev at Statsbudsjettet for 2012 aukar kompensasjonen ut over dei førebelse signala og at det også vidare skjer ei reell opptrapping av kommunen sine økonomiske vilkår framover, minimum i takt med auken i oppgåver som fylgjer av reforma.**

Forslag til endringar i Norsk pasientregisterforskrift

Det er lagt opp til at både betaling for utskrivingsklare pasientar og kommunal medfinansiering skal skje på bakgrunn av data i Norsk pasientregister, og at Helsedirektoratet skal utarbeide avrekningane. Det blir her foreslått å gi nødvendig juridisk heimel for dette. Av personvernomsyn kan det ikkje utleverast direkte personidentifiserande kjenneteikn.

Vurdering:

Dette vil skape ein uholdbar situasjon for kommunane når det gjeld å kontrollere at rekningane er rette.

Når det gjeld betaling for utskrivingsklare pasientar, skal det vere eit krav at sjukehuset har vurdert og gitt beskjed til kommunen innan 24 timar om pasienten vil trenge kommunalt tilbod etter utskriving. Kommunane må kunne vere i stand til å kontrollere om desse vilkåra er oppfylt for dei brukarane dei får rekning for. Dersom ei kommune klager på vedtak om utskrivingsklar pasient til fylkesmannen og får medhald, må kommunen kunne kontrollere at det er teke omsyn til dette i helsedirektoratet si avrekning.

Når det gjeld utskrivingsklare pasientar, er det ikkje store personvernproblem med å gi kommunane personidentifiserbar informasjon. Desse pasientane skal ein likevel ha melding om, og treng helseinformasjon om, for å gi dei rett tilbod.

For pasientar som ikkje treng kommunale tenester, er det svært uheldig av personvernomsyn å gi kommunane tilgang til personidentifiserbar informasjon. Dette er eit moment ved heile den kommunale medfinansieringa som ikkje er blitt vurdert i dei utgreiingane som har ført fram til lovvedtaket.

Forskrift om kommunal dekning av utgifter til helse- og omsorgstenester

Forskrifta har som hovudregel at kommunane skal dekke ansvaret for dei helse- og omsorgstenestene dei er pålagt å yte, og det gjeld tenester til alle som oppheld seg i kommunane. Forslaget inneber likevel ei vidareføring av gjeldande reglar om at opphaldskommunen kan krevje dekning for sine utgifter til sosiale tenester for brukarar innlagt i institusjon og brukarar som vel å busette seg i institusjonskommunen ved utskrivning, frå den kommunen brukaren oppheldt seg i før institusjonsopphaldet.

Vurdering:

Den opphavlege bakgrunnen for ordninga med økonomiske oppgjer mellom kommunar for slike brukarar, har endra seg ved innføring av ordninga med statleg refusjon for særskilte omfattande tenester til einskildbrukarar. I dag utgjer dette oppgjeret mellom kommunar berre ein liten økonomisk verdi, men kan ofte medføre ein god del administrativt arbeid for dei involverte kommunane. Slike saker endar også ofte opp til Fylkesmannen som klagesak. Det har ved fleire høve vore signalisert at ordninga bør gå ut. Vi tilrår difor at dette ordninga vert oppheva.

Disponering av kontantytningar

Departementet ønskjer primært å oppheve dei forskriftene som i dag gjeld for institusjonen sin disponering av kontantytninga frå folketrygda for pasientar som ikkje er i stand til å disponere dette sjølv. Dei ønskjer at verjemållova sine generelle reglar skal gjelde, at ytingane blir disponert av nære pårørande eller hjelpeverje, eventuelt av institusjonen etter særskilt avtale.

Subsidiert foreslår dei ei revidering og harmonisering av gjeldande forskrifter tilpassa den nye helse- og omsorgslova.

Det er i dag heimel for å opprette trivselsordning ved institusjonane der det kan trekkast inn ein viss del av trygdeytningane. Departementet foreslår å oppheve denne heimelen men spør høyringsinstansane om dei ser behov for å oppretthalde dette.

Vurdering:

Det er til dels store vanskar å få tak i personar som vil ta på seg oppgåva som hjelpeverje. Det er også fleire døme på at pårørande som skal disponere kontantytninga til brukarar i institusjon ikkje disponerer den til det beste for brukaren. Ein del av brukarane har heller ikkje pårørande som kan eller ynskjer å ta på seg oppgåva med disponering av kontantytninga.

Det er difor heilt nødvendig å oppretthalde denne forskrifta som ein sikring for at kontantytninga vert disponert rett.

Vi støttar forslaget om å oppheve heimelen for å opprette trivselsordning sidan mange av brukarane ikkje er i stand til å delta i styringa av slike midlar.

Forskrift om vederlag for kommunale helse- og omsorgstenester utanfor institusjon

Dette er ei teknisk samordning av reglar etter sosiallovgevinga og gjeldande vederlagsforskrift som er meint å gjere reglane lettare å forstå, men ikkje endre rettsgrunnlaget.

Forskrift om vederlag for kommunal legehjelp og fysioterapi

Berre språklege endringar. Gir kommunen rett til å krevje inn mellomlegg etter gjeldande tariff for legar og fysioterapeutar tilsett i kommunen.

Forskrift om kommunal helse- og omsorgsinstitusjon

Dette er ei kort forskrift som definerer at sjukeheim, aldersheim, bustadar med heildøgns helse- og omsorgstenester for barn under 18 år og bustadar med heildøgns helse- og omsorgstenester for rusavhengige reknast som institusjon etter lova. Aldersheimar og bustadar for rusavhengige er ikkje omfatta av pasientskadeordninga.

Tilhøve til helsepersonellova

Etter den nye helse- og omsorgslova, vil alle som yter tenester etter denne bli omfatta av helsepersonellova. Dette vil også omfatte personar som tidlegare har ytt tenester etter lov om sosial omsorg t.d. Departementet slår fast at omsorgsløn ikkje kjem inn under dette. Ein foreslår at dokumentasjonsplikta etter helsepersonellova inntil vidare berre skal gjelde helsehjelp, og vil utgreie nærare reglar om dokumentasjonsplikt for tenester som ikkje reknast som helsehjelp. Ein ber om innspel i samband med dette. Reglane om forbod mot å ta mot gåver og liknande blir gjort gjeldande for alle som yter tenester etter den nye lova.

Vurdering:

Det er bra med samordning av reglane om gåver.

Når det gjeld dokumentasjonsplikta må det framtidige regelverket tydeleg avklare kva som er helsehjelp (til dømes skilje mellom praktisk bistand og personlig bistand) og kva som ikkje er helsehjelp (handling, følge til lege, matombringning, opplæring). Dagens praksis i Ålesund kommune er at alt helsepersonell dokumenterer etter begge lovene. Også dei som ikkje er helsepersonell, men som utfører helsetenester, dokumenterer.

Det framtidige regelverket må tydeleg avklare kva som er formålet med endringane i dokumentasjonsplikta, og kva krav som skal settast til dokumentasjonen.

Dokumentasjonsplikta må på den andre sida ikkje bli meir omfattande enn det som er overkomeleg for å klare å utføre tenesta til den enkelte brukar, men samtidig må ein sikre brukarane ei forsvarlig teneste.

Retten til helse- og omsorgstenester til personar utan fast opphald i riket

Regelverket blir flytta frå prioriteringsforskrifta til ei eiga forskrift. Regelverket er ikkje vesentleg endra, bortsett frå at barn sin rett til helsehjelp og omsorg, utan omsyn til om dei har lovleg opphald, er styrka ut frå barnekonvensjonen.

Forskrift om individuell plan og koordinator etter helse- og omsorgslovgivinga

Alle pasientar og brukarar med behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstenester, har rett på individuell plan. Alle har rett på ein koordinator sjølv om dei ikkje ynsker individuell plan. Helsepersonell skal melde behov for koordinator og/eller individuell plan til koordinerande eining. Forskrift om pasientansvarleg lege ved sjukehusa blir oppheva og erstatta med ein rett for pasientar med behov for langvarige og koordinerte spesialisthelsetenester, til å få oppnemnt koordinator. Dette er ei styrking av pasient-/brukarrettane.

Koordinerande eining, habilitering og rehabilitering

Forskrift om habilitering og rehabilitering frå 2001, som også inneheld reglar for koordinerande eining, får noko språkleg justering og presisering i samsvar med

lovendringane. Der blir ei presisering av dei koordinerande einingane sitt overordna ansvar for individuell plan og opplæring av koordinatorar, men det er ikkje vesentleg endring i forhold til slik det no er.

Vurdering:

Det er bra at dette regelverket blir tydeleggjort.

Forskrift om oppjustering av driftsavtaleheimlar for fysioterapeutar

Ny forskrift for å gjere det mogleg å oppjustere deltidsheimlar utan ekstern utlysing. Dette er ei justering som forenkler arbeidet med utviding av deltidsheimlar og dermed styrker kommunen sin styringsrett.

Kvalitetsforbetring, pasient- og brukartryggleik og internkontroll

Det blir lovfesta plikt til slikt arbeid i den nye lova. Departementet vil arbeide vidare med ei stortingsmelding om dette og legge den fram våren 2012. Det er varsla ny forskrift om dette, men det kjem seinare.