

Dato: 31. august 2011

Byrådssak 227/11

Byrådet

Høring - Samhandlingsreformen - forslag til nye forskrifter og endringer i eksisterende forskrifter

NSNY SARK-03-201100086-67

Hva saken gjelder:

Saken gjelder oppfølging av Stortingsmelding 47(2008-2009) Samhandlingsreformen, som ble vedtatt i Stortinget i juni 2010 og som trer i kraft i januar 2012. Bergen kommunes høringsuttalelse til lovverket ble behandlet i Komite for helse og sosial 14. januar 2011 (byrådssak 640/10).

Helse- og omsorgsdepartementet ber i brev av 4. juli 2011 om høringsuttalelse på nye forskrifter som følge av at Stortinget 17. juni 2011 vedtok de nye lovene. Departementet foreslår i denne omgang nye forskrifter og endringer i eksisterende forskrifter som må være på plass før den nye lovgivningen settes i kraft.

Høringsfristen er satt til 6. oktober 2011. Høringsuttalelsen vil bli sluttbehandlet i Komite for helse og sosial 28. september 2011.

Bergen kommune er i det vesentligste enig med forslagene, men har merknader til de punkter som har særskilt betydning for kommunen.

Begrunnelse for fremleggelse for bystyret:

Byrådets fullmakter § 5 Høringsuttalelse i prinsipielle saker som samtidig innebærer politiske avveininger, skal avgis av Bystyret.

Byrådet innstiller til bystyret å fatte følgende vedtak:

Bergen kommune avgir høringsuttalelse i samsvar med saksutredningen.

Monica Mæland
Byrådsleder

Hilde Onarheim
byråd for helse og inkludering

Saksutredning:

Bergen kommune er i det vesentligste enig med forslagene, men har merknader til noen punkter. Disse blir presentert nedenfor i den rekkefølge de er presentert i forslaget. Forslag som kommunen ikke har merknader til, vil ikke bli presentert i saksfremstillingen.

Forslag til forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter

Fastsatt ved kongelig resolusjon XX. desember 2011 med hjemmel i lov 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. § 11-4 tredje ledd.

§ 3 Spesialisthelsetjenestens ansvar for vurdering og varsling

Når en pasient legges inn i spesialisthelsetjenesten, skal det gjøres en vurdering av om pasienten kan ha behov for hjelp fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten etter utskrivning fra spesialisthelsetjenesten.

Dersom det antas at det er behov for hjelp fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten, skal følgende prosedyrer følges:

a) Innen 24 timer etter innleggelse skal det gjøres en vurdering av hvor lenge innleggelsen antas å vare, og om pasienten enten må skrives ut til helse- og omsorgstjenester i hjemmet eller til en kommunal institusjon i helse- og omsorgstjenesten.

b) Innen 24 timer etter innleggelse skal kommunen varsles om innleggelsen, pasientens status, antatt forløp og forventet utskrivningstidspunkt.

Dersom det antas å være behov for omfattende eller langvarig behandling i spesialisthelsetjenesten, og det ikke er mulig å foreta vurderingene etter andre ledd innen 24 timer, skal vurderingene foretas og kommunene varsles så snart det lar seg gjøre.

§ 4 Vilkår for at en pasient skal anses som utskrivningsklar

En pasient er utskrivningsklar når lege i spesialisthelsetjenesten vurderer at det ikke er behov for ytterligere behandling i spesialisthelsetjenesten. Avgjørelsen skal være basert på en individuell medisinsk faglig vurdering.

Når en pasient er definert utskrivningsklar, skal spesialisthelsetjenesten umiddelbart varsle kommunen. Dette gjelder ikke utskrivningsklare pasienter som ikke har behov for et kommunalt tilbud.

Spesialisthelsetjenesten kan ikke sende en utskrivningsklar pasient tilbake til kommunen før kommunen har gitt beskjed om at det foreligger et kommunalt tilbud til vedkommende pasient, jf. § 5 andre ledd.

§ 5 Kommunens ansvar

Kommunen skal iverksette nødvendige tiltak for å kunne ta imot pasienten fra den datoen det er varslet om utskrivning, jf. § 3.

Kommunen skal etter å ha mottatt melding fra spesialisthelsetjenesten om en utskrivningsklar pasient, jf. § 4 tredje ledd, gi beskjed om kommunen kan ta imot pasienten og fra hvilket tidspunkt. Kommunen skal avgi svar straks. Dette gjelder ikke dersom det foreligger omstendigheter utenfor kommunens kontroll som ikke gjør det mulig å avgi svar.

§ 6 Tidspunkt for betaling og krav til rapportering

Betalingsplikten inntreffer fra den dagen pasienten blir erklært utskrivningsklar og de øvrige vilkårene i §§ 3 og 4 er oppfylt, og kommunen har gitt beskjed om de ikke kan motta pasienten, jf. § 5 andre ledd.

Spesialisthelsetjenesten skal rapportere at pasienten er utskrivningsklar til Norsk pasientregister når vilkårene i første ledd er oppfylt.

§ 7 Krav på redegjørelse

Kommunen kan kreve å få en redegjørelse for de vurderinger spesialisthelsetjenesten har foretatt etter §§ 3 og 4.

Redegjørelsen skal inneholde tilstrekkelig og nødvendig informasjon slik at kommunen kan etterprøve at vurderingene foretatt av spesialisthelsetjenesten er i tråd med bestemmelsene i forskriften her.

Bergen kommunes kommentar:

Ad §§ 3 og 4:

Vurderingen av hva som er utskrivningsklar pasient kan bidra til å forskyve grensen mellom primærhelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste mot mer spesialiserte, kostbare tjenester også i kommunene.

Bergen kommune er bekymret for at denne grensen defineres uten en overordnet likverdig dialog mellom stat og kommune. Dette kan bli resultatet dersom summen av individuelle medisinsk faglige vurderinger i enkeltsaker gjort av leger i spesialisthelsetjenesten får definere denne grensen.

I så fall overlates beslutninger med betydelige konsekvenser for kommunens økonomi til enkelt leger i spesialisthelsetjenesten. Kommunens selvbestemmelse må ivaretas i denne sammenheng.

Vurderingen av om pasient er utskrivningsklar bør skje på et bredere grunnlag enn en enkelt spesialist. Forsvarlighetskravet skal gjelde både for kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten ved utskrivning av pasienter

Følgende forhold må også vurderes ved utskriving:

Er overflyttingen forsvarlig og kan pasienten mottas i kommunen? Sykehuset må forsikre seg om dette.

Er det nødvendig kompetanse, resurser og utstyr på plass for å kontinuere påbegynt behandling?

Følgende elementer i forbindelse med sykehusoppholdet må være avklart på utskrivningstidspunktet:

Utredning, diagnostikk og vurdering/begrunnelse dersom man velger å avstå fra utredning, behandling og plan for videre oppfølging.

Forsvarlighetskravet må medføre at ingen pasient kan erklæres utskrivningsklar før nødvendig vurdering av pleie og omsorgsbehov og medisinsk informasjon om pasienten foreligger hos behandlingsansvarlig personell i kommunen – dette gjelder særlig informasjon om legemiddelbruk, diagnose og eventuelle kritiske forhold som må observeres.

Ad §§5,6 og 7:

Varsling fra spesialisthelsetjenesten til kommunen bør foregå i to trinn: Først forhåndsvarsel (orientering), så melding med en klar avtale om utskriving.

Forhåndsvarsel:

Sykehuset varslar (orienterer) kommunen om at pasienten snart vil være klar til utskriving.

Melding om utskrivningsklar pasient:

Tidligst 2 virkedager etter varslingen kan pasienten meldes som utskrivningsklar.

Hvis pasienten meldes utskrivingsklar før kl 12:00, starter DAG 1 (1.betalingsdag) påfølgende virkedag, men hvis pasienten utskrives den dagen blir det ingen betaling til sykehuset
Hvis pasienten meldes utskrivingsklar etter kl 12:00, starter DAG 1 (1.betalingsdag) to virkedager etter meldingen.

Bergen kommune har ikke innsigelser til systemet for betalingsordning som sådan; dvs. beregningsgrunnlag, betaling med mer.

Når det gjelder betalingsordningen er kommunen opptatt av følgende forhold:

- Ordningen må være forutsigbar, herunder at tidspunkt for beregning og frister for betaling er fastsatt. Disse tidspunktene for beregning og frister for betaling bør fastsettes i forskriften.
- Kontrollbehovet, herunder med nødvendig dokumentasjon må ivaretas.

Høringsnotatet sier lite om disse forholdene, og en nærmere konkretisering burde vært gjort som en del av høringsnotatet. Kommunen har eksempler fra fakturaer/krav om refusjon vi får fra HELFO og som gir kommunen liten kontrollmulighet. Herunder er kommunen opptatt av

- Kommunen må ha elektronisk tilgang til data.
- Data må kunne kontrolleres på individnivå, herunder med koding.
- Dersom det legges opp til en rutine ift. akontoutbetaling, må avregningen skje tidsnok til at den kommer med i regnskapsåret for kommunen.

Vi mener at den videre oppfølging her må diskuteres med kommunesektoren / KS på forhånd, før det fastsettes endelig.

Forslag til forskrift om kommunal medfinansiering

Fastsatt ved kongelig resolusjon XX. desember 2011 med hjemmel i lov 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. § 11-3.

§ 1 Virkeområde

Forskriften regulerer kommunens medfinansieringsansvar for egne innbyggers behandling i spesialisthelsetjenesten.

Forskriften gjelder innleggelse i spesialisthelsetjenesten, og poliklinisk utredning og behandling.

Forskriften gjelder ikke privatpraktiserende avtalespesialister, psykisk helsevern, tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengige og opphold i private opptreningsinstitusjoner.

§ 2 Medfinansieringsplikt

Kommunen skal finansiere deler av egne innbyggers forbruk av spesialisthelsetjenester innen somatikk etter den medfinansieringsprosent som til enhver tid gjelder, jf. § 3.

Kommunal medfinansiering gjelder ikke for kirurgi, fødsler, nyfødte barn og behandling med nærmere bestemte kostbare legemidler. Departementet fastsetter nærmere avgrensning av somatiske pasientgrupper som omfattes av kommunal medfinansiering i henhold til regelverket for Innsatsstyrt finansiering.

§ 3 Medfinansieringsandel

Betalingsplikten etter § 2 første ledd er 20 prosent av enhetsprisen for ett DRG-poeng.

Medfinansieringsansvaret etter første ledd er avgrenset til 20 prosent av inntil 4 DRG-poeng for en enkeltbehandling.

§ 4 Generelle beregningsregler

Kommunal medfinansiering beregnes med grunnlag i DRG-poeng i henhold til regelverket for Innsatsstyrt finansiering.

Enhetsprisen for ett DRG-poeng⁹ fastsettes i statsbudsjettet.

Bergen kommunes kommentar:

Bergen kommune har ikke innsigelser til systemet for betalingsordning som sådan; dvs. grunnlaget for det økonomiske oppgjøret der kommunal medfinansiering beregnes med grunnlag i DRG-poeng ihht. regelverket for Innsatsstyrt finansiering.

Når det gjelder betalingsordningen er kommunen opptatt av følgende forhold:

- Ordningen må være forutsigbar, herunder at tidspunkt for beregning og frister for betaling er fastsatt. Disse tidspunktene for beregning og frister for betaling bør fastsettes i forskriften.
- Kontrollbehovet, herunder med nødvendig dokumentasjon må ivaretas.

Høringsnotatet sier lite om disse forholdene, og en nærmere konkretisering burde vært gjort som en del av høringsnotatet. Kommunen har eksempler fra fakturaer/krav om refusjon vi får fra HELFO og som gir kommunen liten kontrollmulighet. Herunder er kommunen opptatt av

- Kommunen må ha elektronisk tilgang til data.
- Det må være mulighet for å kunne kontrollere data på individnivå, herunder med koding.
- Dersom det legges opp til en rutine ift. akoutbetaling basert på foreløpig vektning av DRG kodene, må avregningen skje tidsnok til at den kommer med i regnskapsåret for kommunen.

Vi mener at den videre oppfølging her må diskuteres med kommunesektoren / KS på forhånd, før det fastsettes endelig.

En ikke uvesentlig del av innleggelsene i sykehus skjer fra spesialistpoliklinikkene. Det er viktig at disse innleggelsene sees i sammenheng med den polikliniske konsultasjonen som gikk forut for innleggelsen, og kan regnes under ett som enkeltbehandling med samlet medfinansieringsansvar avgrenset til 20 % av 4 DRG poeng.

Multisyke eldre vil være en økende pasientgruppe. Det er viktig at disse pasientene får en helhetlig vurdering hvor alle diagnosene kan sees under ett uten at dette vurderes som mange enkeltbehandlinger.

Dersom avgrensningen av medfinansieringsansvaret kun vil gjelde inntil 20 % av 4 DRG poeng for hver enkeltbehandling kan kostnadene bli høye for pasienter med mange sykdommer og mange enkeltbehandlinger. Dette kan bidra til stigmatisering av eldre, multisyke pasienter.

Medfinansieringsansvaret er avhengig av fastlegens og legevaktens henvisningshyppighet, og kvaliteten på disse tjenestene. Kommunen har liten innvirkning på fastlegers kvalitet. Medfinansieringsansvaret bør sees i sammenheng med kommende fastlegeforskrift.

Forslag til forskrift om kommunens dekning av utgifter til helse- og omsorgstjenester

Fastsatt av Helse- og omsorgsdepartementet XX desember 2011 med hjemmel i lov 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. § 11-1 andre ledd.

§ 1 Hovedregel

Kommunen skal dekke kostnadene ved de helse- og omsorgstjenestene som den har ansvar for å yte eller sette i verk etter helse- og omsorgstjenesteloven.

§ 2 Refusjon

For den som oppholder seg i institusjon kan kommunen kreve refusjon av den kommunen som var oppholdskommune forut for inntak i institusjonen for utgifter til personlig assistanse, herunder praktisk bistand og opplæring og støttekontakt, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 6 bokstav b.

Kommunen kan kreve refusjon av den kommunen som var oppholdskommune forut for inntak i institusjonen for utgifter til plass i aldershjem, barneboliger og bolig med heldøgns helse- og omsorgstjenester for rusmiddelavhengige, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd bokstav c.

For tjenester i forbindelse med utskriving og etablering fra institusjon, i den grad behovet for disse tjenestene oppstår før utskrivingen, kan kommunen kreve refusjon for utgifter til følgende tjenester av den kommunen som var oppholdskommune forut for inntak i institusjon:

- a) personlig assistanse, herunder praktisk bistand og opplæring og støttekontakt, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 6 bokstav b,
- b) avlastningstiltak, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 6 bokstav d
- c) omsorgslønn, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-6
- d) brukerstyrt personlig assistanse, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-8

(Etter utskrivingen fra institusjon kan den kommunen der vedkommende tar opphold kreve refusjon for utgifter til tjenester som nevnt i andre ledd av den kommunen som var oppholdskommune forut for inntak i institusjon.)

Krav om refusjon etter bestemmelsene her kan bare fremmes i den grad det er oppnådd enighet med den kommunen som var oppholdskommune forut for inntak i institusjonen.
§ 3 Vederlag 119 .

Kommunen kan også kreve vederlag fra den som mottar tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven når dette følger av lov eller forskrift.

Bergen kommunes kommentar:

Bergen kommune har som det er nevnt i høringsnotatet, gitt uttrykk for at denne ordningen har utspilt sin rolle. Vi står ved uttalelsen vår om at refusjonsregelen ikke bør videreføres og de begrunnelser vi har gitt.

Når det nå likevel er avgjort at ordningen skal videreføres har vi følgende kommentarer:

Det bør klart fremheves at gjeldende rett videreføres (evt. inntil videre). Dersom forskriftene tar sikte på å videreføre gjeldende rettstilstand, må man ta høyde for den praksisen som knytter seg til sosialtjenestelovens § 10-1, annet ledd. Det har være ført en utstrakt korrespondanse mellom stat og kommune for å presisere rekkevidden av reglene. Det må komme klart fram i forskriften at det er snakk en unntaksbestemmelse som må tolkes snevert. Uttalelse fra Sosial- og helsedepartementet om dette er gjengitt i Sivilombudsmannens uttalelse Somb-1999-55 (1999 s 197) Videre vil institusjonskommunen ikke ha krav på refusjon der brukeren har flyttet til kommunen av en annen grunn enn inststusjonsoppholdet. Denne problemstillingen har vært et vanlig grunnlag for tvist og er blant annet nærmere

behandlet i et brev fra Sosial- og helsedepartementet av første april 1997 til Fylkeslegen i Nord- Trøndelag.

Bergen Kommune vil i den forbindelse gjenta vår bekymring for at regelen genererer unødig administrativt arbeid i kommunene. Et høyt presisjonsnivå i forskrifteksten kan bidra til å unngå uberettigede krav og unødvendige tvister.

Forskriftens forslag til § 2 bør endres jf. kommentarene nedenfor; Når en oppholdskommune gis denne refusjonsretten må det materielle vilkåret for når denne retten inntreffer, fremheves. Videre bør det tas inn at refusjon ikke kan overstige oppholdskommunens egne utgifter til tjenesten/tiltaket (altså selvkost begrensnig). Dernest at det er en ivaretagelse av prosessvilkår (ivareta nødvendig kontakt med tidligere oppholdskommune). For øvrig bør det ikke oppstilles ytterligere vilkår som benevnelse av spesifikke tjenester med mer. Dette fordi det vil ha formodningen mot seg at en oppholdskommune vil behandle slike saker annerledes enn det som ellers er tilfelle mht oppholdskommunens tjenester overfor "egne" brukere. En må altså akseptere at det kommunale selvstyret gjelder fullt ut i oppholdskommunen, men selvsagt at kommunen må overholde forsvarlighetsnormen etter helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1. Som følge av overnevnte er vi også uenig i at det foreslås en bestemmelse om at det skal være oppnådd enighet mellom ny og gammel oppholdskommune. Realitetsinnholdet i en slik bestemmelse kan oppfattes uklart og danne grunnlag for tvister. Da er det mer tjenlig at det foreligger en form for automatikk, gitt at det materielle vilkåret om rett til refusjon foreligger.

Departementet drøfter muligheten for et skjæringspunkt mht at institusjonskommunen (den nye oppholdskommunen?) skal kunne overta finansieringsansvaret. Vi antar at dette da skal knyttes til at forskriften på et seinere tidspunkt kan bli endret gjennom at aktuelle refusjonsbestemmelser bortfaller. I så fall bør dette utformes så klart at det ikke hersker tvil om når et slikt skjæringspunkt inntreffer.

Når det gjelder tilfeller med spesialiserte tjenester der en kommune kjøper tjenester fra en annen kommune, vil dette typisk kunne være avtalebaset, herunder ved bruk av vertskommunemodellen.

Forslag til om disponering av kontantytelser fra folketrygden under opphold i institusjon som nevnt i helse- og omsorgstjenesteloven og felles trivselsordning

Departementet foreslår **primært** å oppheve forskriftene om institusjonenes disposisjonsrett. **Subsidiært**, - dersom høringsuttalelsene viser fortsatt behov for slik forskrift, foreslår departementet forskriftsbestemmelsene i §§ 1 til 9, samt § 14, i forslaget nedenfor. Forskriftsbestemmelsene om trivselsordning i §§ 10 til 14 foreslås uansett videreført, men med tekniske endringer.

Forskrift om disponering av kontantytelser fra folketrygden under opphold i institusjon som nevnt i helse- og omsorgstjenesteloven og felles trivselsordning

Fastsatt av Helse- og omsorgsdepartementet XX desember 2011 med hjemmel i folketrygdloven §§ 22-4 og 22-5.

§ 1 *Virkeområde*

Denne forskrift gjelder disponering av kontantytelser fra folketrygden til beboere i institusjon som nevnt i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 6 bokstav c som ikke er i stand til å disponere ytelsen selv.

Likeledes gjelder forskriften for kontantytelser fra tjenstepensjonsordning eller personskadetrygd som omfattes av lov om samordning av pensjons- og trygdeytelser og som utbetales under ett gjennom Arbeids- og velferdsetaten til beboere som nevnt.

§ 2 *Utbetaling av kontantytelser*

Kontantytelser fra folketrygden til beboer som omfattes av denne forskriften skal fra og med den annen måned etter at vedtak etter § 3 er fattet innbetales av Arbeids- og velferdsetaten til bank eller postsparebank etter institusjonens nærmere anvisning. Beboeren avgjør hvilken bank som bør benyttes. Midlene skal anbringes på rentebærende konto for hver enkelt beboer. Institusjonen kan bestemme at også trygdeytelser som beboeren er berettiget til i tiden før den annen kalendermåned etter vedtaket, skal innbetales på bankkonto som nevnt i første ledd.

§ 3 *Ledelsens disposisjonsrett*

Ledelsen for institusjonen skal disponere kontantytelse som nevnt i § 1 for de beboere som ikke selv er i stand til å disponere midler. Det er ikke anledning til å ta beslutning i henhold til første punktum for pasienter som er mentalt friske, men som av fysiske årsaker er ute av stand til å disponere over sine midler. 120.

Dersom beboeren ikke har verge eller hjelpeverge, skal institusjonen melde fra til fylkesmannen dersom det anses for å være behov for umyndiggjørelse eller hjelpeverge, jf. umyndiggjørelsesloven av 28. november 1898 § 3 andre ledd andre punktum.

Vedtak om slik disposisjonsrett som nevnt i første ledd skal fattes av institusjonens lege eller kommunelegen. Dersom beboeren har verge eller hjelpeverge som har i oppdrag å ivareta beboerens økonomiske interesser, kan vedtaket bare fattes dersom vergen eller hjelpevergen har samtykket i en ordning som nevnt. Beslutningen skal fattes i samråd med nærmeste pårørende og den som har det daglige ansvaret for beboeren. Vedtaket kan gjøres tidsavgrenset. Spørsmålet om fortsatt disposisjonsrett skal i så fall tas opp til ny vurdering minst tre måneder før perioden utløper.

Når beboeren ikke har verge eller hjelpeverge skal det alltid foreligge uttalelse fra lege som omhandler vedkommendes evne til å disponere egne midler.

§ 4 *Om vedtaket*

Vedtaket etter § 3 tredje ledd skal være skriftlig og det skal føres inn i beboerens journal. Beboeren, dennes verge eller hjelpeverge, nærmeste pårørende, kommunens helse- og omsorgstjeneste og fylkesmannen skal ha kopi av vedtaket.

§ 5 *Fullmakt*

I tilfelle som nevnt i § 3 bestemmer ledelsen for institusjonen eller boligen, i samråd med verge, hjelpeverge eller pårørende, hvem som skal ha fullmakt til å utta midler på beboerens konto og om kontroll med bruk av midlene.

Institusjonens ledelse gir skriftlig fullmakt til den som kan ta ut midler fra beboerens bankkonto, og fører kontroll med bruken av midlene.

§ 6 *Om disposisjonene*

Midlene skal disponeres slik at de kommer beboeren til gode med sikte på å dekke vedkommendes personlige behov, interesser og ønsker. Midlene kan ikke nyttes til dekning av driftsutgifter.

Så fremt beboeren har pårørende, verge eller hjelpeverge som har god personlig kontakt med beboeren, skal vedkommende tas med på råd når det dreier seg om større disposisjoner. Det skal avtales hvilket beløp som skal regnes som en større disposisjon.

§ 7 *Beløpsgrenser*

Den myndighet ledelsen for boformen har etter bestemmelsene i § 3 og § 6 til å disponere midler på beboerens konto gjelder ikke eventuelt oppsparte midler som overstiger 3/4 av folketrygdens grunnbeløp, jf. folketrygdloven § 22-4. Dersom midler som overstiger denne ramme, ikke kan overføres til overformynderiet, skal de settes inn på særskilt konto, som bare ved spesielle behov for beboeren kan disponeres av helseinstitusjonen. Også disse midler innsatt på spesiell konto skal være undergitt vanlig revisjon (institusjonens revisjon). Den særskilte konto for overskytende midler kan disponeres av institusjonen hvis beboeren har behov for utbetalinger som ikke kan dekkes over vedkommendes ordinære konto. Ved slike behov kan institusjonen tilbakeføre midler fra den spesielle konto til beboerens ordinære konto. 121.

§ 8 *Avvikling*

Ved beboerens død skal det i meldingen til lensmann eller skifterett gis opplysninger om avdødes formuesstilling, herunder om størrelsen av midler i bank som disponeres av ledelsen eller midler som er overført til overformynderiet. Bankens navn og kontonummer skal oppgis. Etter anmodning skal bankbøker og andre midler overlates til lensmannen, tingretten eller til personer som kan legge frem skifteattest og eventuelt skriftlig fullmakt fra øvrige arvinger.

§ 9 *Regnskap*

Ledelsen for boformen skal føre regnskap for bruken av de midler som tas ut av de enkelte beboerkonti, for beboere som ikke selv er i stand til å disponere midlene. Det skal føres særskilt regnskap for hver enkelt beboer. Regnskapet skal undergis revisjon av kommunerevisor. Utskrift av revidert regnskap og bankkonto for beboer skal sendes nærmeste pårørende eller verge en gang årlig.

§ 10 *Trivselsråd*

Hvor felles trivselsordning er opprettet, eller ønskes opprettet, i medhold av folketrygdloven § 22-5 forvaltes denne av institusjonen med bistand av et trivselsråd.

Trivselsrådet skal ikke ha mer enn 5 medlemmer. I rådet bør beboeren, foreldre/pårørende og institusjonen være representert. Vedtektene for trivselsordningen bør angi nærmere hvordan rådet skal oppnevnes og sammensettes.

Rådet skal fremme forslag til konkrete trivselstiltak og på andre måter arbeide for å fremme trivselsordningens formål.

Departementet kan godkjenne avvik fra bestemmelsene om trivselsråd når særlige grunner foreligger.

§ 11 *Bruk av midlene*

Midlene skal nyttes til trivselstiltak som kan komme flest mulig av beboerne til gode, eventuelt vekslende grupper over lengre tidsrom. Det bør legges opp til varierte tiltak der det så vidt mulig tas hensyn til individuelle behov og interesser. Det bør være et siktemål at beboerne så langt mulig gjøres delaktige i samfunnets generelle fritids- og kulturtilbud.

Trivselsmidlene kan ikke nyttes til dekning av driftsutgifter, og heller ikke til tiltak som vil medføre driftsutgifter for institusjonen eller som kan påregnes å ville få budsjettmessige konsekvenser, med mindre saken på forhånd er godkjent av bevilgende myndigheter.

I saker som vedrører anskaffelse av varige trivselsgoder som f.eks. fast eiendom til feriested, bil eller annen formuesgjenstand av betydelig verdi, treffes avgjørelsen av styret.

Trivselsmidlene skal stå på særskilt bankkonto. Uttak av midler kan bare foretas av institusjonens ledelse eller den ledelsen gir fullmakt. Det skal føres regnskap for bruken av midlene, og ved utgangen av hvert kalenderår skal trivselsrådet tilstilles regnskapsutdrag. Regnskapet skal undergis vanlig revisjon. Departementet kan samtykke i at to eller flere institusjoner etablerer en felles trivselsordning. 122 .

§ 12 Vedtekter og opphør

Vedtektene skal godkjennes av departementet. Vedtektene for trivselsordningen skal alltid angi:

1. Formålet med trivselsordningen.
2. Den institusjon, avdeling eller beboergruppering som trivselsordningen omfatter.
3. Størrelsen av innskudd, som pr. år ikke må overstige 25 prosent av folketrygdens grunnbeløp.
4. Trivselsrådets størrelse og sammensetning, dets oppgaver og regler for dets virksomhet.
5. Regler i tilknytning til opphør av medlemskap i og om opphør av trivselsordningen.

Ved opphør av trivselsordning skal departementet treffe nærmere bestemmelser om hvordan det skal forholdes med trivselsordningens midler.

§ 13 Rapport til fylkesmannen

Institusjonens ledelse, eller den som er bemyndiget til det, skal hvert år innen utløpet av februar måned sende rapport til fylkesmannen om de trivselstiltak som er gjennomført i foregående kalenderår. Rapporten skal inneholde en kortfattet omtale av de viktigste konkrete tiltak som er gjennomført, og ellers gi opplysninger om eventuelle muligheter for en ytterligere bedring av beboerens aktivitets- og trivselsmuligheter. Utdrag av regnskapet for felleskontoen skal følge rapporten som vedlegg.

§ 14 Klage

Vedtak som treffes i medhold av denne forskriften, kan klages inn til fylkesmannen.

Bergen kommunes kommentar:

Til departementets *primære* forslag:

Vi er enig i forslaget om å oppheve institusjonenes disposisjonsrett. Vi forutsetter at beboere uten samtykkekompetanse vil kunne ivaretas gjennom vergemålsloven med tanke på at det kan bli aktuelt å delegerer disponering av midler til institusjon ved fullmakt og avtale.

Det vil være et reelt behov for å håndtere kontantytelser/midler hos pasienter, men det synes ikke være nødvendig at dette fortsatt er regulert ved forskrift. Erfaringsmessig vil institusjonen i ikke ubetydelig omfang måtte håndtere midler, men dette kan skje gjennom fullmakt og avtale. Kommunene kan ivareta dette behovet gjennom hensiktsmessige retningslinjer/rutiner, herunder basert på en risikovurdering og økonomisk internkontroll. Bergen kommune har som eksempel etablert retningslinjer for håndtering av midler for mennesker med utviklingshemming, uten at det er basert på eksplisitt lovgivning.

Til departementets *sekundære* forslag:

I det alt vesentlige er vi enig i departementets forslag til tilpasning av forskriftsverket. Vi har følgende endringsforslag:

§ 2 Utbetaling av kontantytelser

Som ellers i samfunnet er det så langt det er mulig, ønskelig å gå over til elektroniske løsninger mht håndtering av penger. Vi foreslår at setningen om at "beboeren avgjør hvilken bank som bør benyttes" tas ut, og følgelig at kommunen vil kunne ha muligheten til å velge bank. Eksempelvis vil da kommunen gjennom en konsernkontoavtale med tilknyttede tjenester, enklere kunne etablere tjenlige og rasjonelle løsninger.

Trivselsmidler:

Fra kommunens ståsted og praksis ser vi at institusjoner har nytte av felles trivselsordning og følgelig at dagens regulering av trivselsordning bør videreføres.

Imidlertid bør en reflektere over/ evt. gjøre følgende endringer:

§ 12 Vedtekter og opphør og § 13 Rapport til fylkesmannen

Det kan synes å være i overkant at vedtekter for den enkelte ordning skal godkjennes av departementet og at det årlig skal sendes rapport til fylkesmannen. Vi er usikker på hva som er begrunnelsen, men dersom det er et tilsyns- eller kontrollaspekt, er det kanskje like nærliggende at dette ivaretas gjennom det ordinære statlige tilsynet. Dersom det er hensiktsmessig at godkjenning av vedtekter skal være underlagt en viss formalisering i kommunen, kunne ordlyden vært at vedtektene skal godkjennes av kommunestyret selv og tilsvarende at årlige rapporter behandles av kommunestyret selv.

Forslag til forskrift om vederlag for kommunale helse- og omsorgstjenester utenfor institusjon

Fastsatt av Helse- og omsorgsdepartementet XX desember 2011 med hjemmel i lov 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. § 11-2

(Merket med kursiv er materielle endringer sammenlignet med forskrift til sosialtjenesteloven §§ 8-1 andre ledd og 8-3 – 8-5.)

§ 1 Kommunens adgang til å fastsette betalingssatser mv. for praktisk bistand og opplæring

Kommunen kan selv fastsette regler for betaling av vederlag og betalingssatser for praktisk bistand og opplæring etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 6 bokstav b som ikke er personlig stell og egenomsorg, herunder for brukerstyrt personlig assistanse.

Vederlag kan bare kreves av den som mottar tjenesten. Dersom det ytes tjenester i hjemmet på grunn av et mindreårig barns hjelpebehov, anses hjelpen ytt til foreldrene.

Vederlaget må likevel ikke overstige kommunens egne utgifter til angjeldende tjeneste (selvkost). Betales tjenestene etter en abonnementsordning kan vederlaget ikke overstige kommunens samlede selvkost for tjenestene til den enkelte i den måneden abonnementet omfatter. 123 .

Selvkost beregnes til en gjennomsnittlig timelønn for den tjenesten som utføres, tillagt sosiale utgifter samt administrasjonsutgifter som skal utgjøre 10 prosent av timelønnen og sosiale utgifter. Tidsforbruket rundes av til nærmeste halvtime.

Vederlaget kan ikke settes høyere enn at vedkommende beholder tilstrekkelig til å dekke personlige behov og bære sitt ansvar som forsørger.

Det kan ikke kreves dekning i vedkommendes formue.

§ 2 Samlet inntektsgradert utgiftstak for praktisk bistand og opplæring

Når kommunen bestemmer det maksimale vederlag en person skal betale pr. år for tjenester som nevnt i § 1 skal betalingen beregnes på grunnlag av husstandens samlede skattbare nettoinntekt før særfradrag. Siste tilgjengelige skatteligging pr. 1. januar i det aktuelle året legges til grunn med mindre inntekten er vesentlig endret. Til inntekten legges også hjelpestønad fra folketrygden til hjelp i huset, mens omsorgslønn etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-6 skal trekkes fra inntektsgrunnlaget.

Dersom husstandens samlede skattbare nettoinntekt før særfradrag er under 2 G, skal samlet vederlag for tjenester som nevnt i § 1 ikke overstige et utgiftstak på kroner 165 pr. måned. Til husstanden regnes bare ektefeller eller samboere og i tillegg barn under 18 år, dersom hjelpen ytes på grunnlag av barnets omsorgs- eller pleiebehov.

Hvis et av husstandens medlemmer betaler vederlag for langtidsopphold etter forskrift XX.YY.ZZZZ om vederlag for opphold i institusjon eller mottar avkortede trygdeytelser på grunn av opphold utenfor hjemmet, regnes vedkommende ikke som medlem av husstanden etter bestemmelsen i andre ledd.

Departementet gir veiledende retningslinjer for beregningen av vederlag for tjenester som nevnt i § 1.

§ 3 Klage

Vedtak om betaling etter denne forskrift kan påklages til Fylkesmannen. Fylkesmannen kan prøve alle sider av vedtaket. Når det gjelder prøving av det frie skjønn, skal Fylkesmannen legge stor vekt på hensynet til det kommunale selvstyret ved prøving av vedtak om betaling for tjenester som nevnt i § 2.

Bergen kommunes kommentar:

Bergen kommune er enig i måten forskriften nå er foreslått regulert på.

Derimot savner vi i kommentardelen en del sentrale føringer fra "Rundskriv I-6/2006 - presisering av regelverk for egenandelsbetaling for sosiale tjenester", for å kunne øke rettskildeverdien. Dette rundskrivet dreier seg særlig om når hjelpebehov dekkes som tildeling av trygghetsalarm og/eller matombringning, og når tildeling av disse tjenestene er utenfor virkeområdet til forskriften.

Vi antar at de presiseringene som fremkommer av dette rundskrivet skal videreføres, og vi savner i så måte en henvisning til disse presiseringene.

Forslag til forskrift om kommunal helse- og omsorgsinstitusjon

Fastsatt ved kongelig resolusjon XX desember 2011 med hjemmel i lov 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. § 3-2 andre ledd og lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell mv. § 3 fjerde ledd. Fremmet av Helse- og omsorgsdepartementet.

§ 1 Institusjon etter helse- og omsorgstjenesteloven

Som institusjon etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 6 bokstav c regnes:

- a) Sykehjem
- b) Aldershjem
- c) Bolig med heldøgns helse- og omsorgstjenester for barn og unge under 18 år som bor utenfor foreldrehjemmet som følge av behov for tjenester, herunder avlastningsboliger
- d) Bolig med heldøgns helse- og omsorgstjenester for rusmiddelavhengige

Fylkesmannen avgjør i tvilstilfeller hva som skal regnes som institusjon etter helse- og omsorgstjenesteloven.

§ 2 Institusjon under den kommunale helse- og omsorgstjenesten etter pasientskadeloven
Som institusjon etter pasientskadeloven § 1 første ledd bokstav a regnes institusjon etter § 1 i forskriften her, med unntak av institusjoner der formålet med oppholdet primært ikke er å motta helsehjelp, herunder aldershjem og bolig med heldøgns helse- og omsorgstjenester til rusmiddelavhengige.

§ 3 Helseinstitusjon under helse- og omsorgstjenesteloven etter helsepersonelloven § 3
Som helseinstitusjon under helse- og omsorgstjenesteloven etter helsepersonelloven § 3, regnes institusjon etter § 1 i forskriften her, med unntak av aldershjem og bolig med heldøgns helse- og omsorgstjenester til rusmiddelavhengige.

Bergen kommunes kommentar:

Departementet foreslår å definere sykehjem, aldershjem, bolig med heldøgns helse- og omsorgstjenester for barn og bolig for heldøgns helse- og omsorgstjenester for rusmiddelavhengige som institusjoner.

Det savnes definisjon av "Observasjonsplasser for akuttpasienter".
Pasienter vil her kunne innlegges for observasjon og enkel behandlingen.

Departementet foreslår at "Heldøgns helse- og omsorgstjenester for rusmiddelavhengige" i forhold til pasientskadelovens virkeområde ikke skal regnes som institusjon da "tjenesten til denne gruppen i all vesentlig grad vil omfatte praktisk bistand og opplæring i dagligdagse gjøremål og ikke helsetjenester".

Vi vil bemerke at rusmiddelavhengige er svært utsatt for alvorlige sykdommer som infeksjoner, skader, forgiftninger med fare for dødelig utgang. Opptil halvparten av rusmisbrukerne har også samtidig alvorlig psykiatrisk sykdom.
Det vil være naturlig at nevnte tiltak til rusmiddelavhengig kan regnes som "institusjon som omfattes av pasientskadelovens virkeområde".

Departementet peker på i sin begrunnelse for ikke å foreslå en videreføring av "boform for heldøgns omsorg og pleie" som institusjon, at denne boformen knapt brukes. Det kan opplyses om at Bergen kommune bruker denne formen knyttet til bosenter for mennesker med psykiske lidelser. For tiden har en 4 slike enheter i kommunen. Dersom det er meningen at gjeldende rett skal videreføres, må det være mulig å videreføre denne varianten som institusjon. Dersom forslaget til forskrift blir stående, vil eneste mulighet være å definere slike bosentra som sykehjem. Vi foreslår etter dette følgende:

Forslag til endring i § 1, første ledd a);
Sykehjem eller bosenter med heldøgns helse- og omsorgstjenester

Departementet foreslår at "Heldøgns helse- og omsorgstjenester for rusmiddelavhengige" i forhold til pasientskadelovens virkeområde ikke skal regnes som institusjon da "tjenesten til denne gruppen i all vesentlig grad vil omfatte praktisk bistand og opplæring i dagligdagse gjøremål og ikke helsetjenester".

Vi vil bemerke at rusmiddelavhengige er svært utsatt for alvorlige sykdommer som infeksjoner, skader, forgiftninger med fare for dødelig utgang. Opptil halvparten av rusmissbrukerne har også samtidig alvorlig psykiatrisk sykdom.

Forslag til endring;

Det vil være naturlig at nevnte tiltak til rusmiddelavhengig kan regnes som ”institusjon som omfattes av pasientskadelovens virkeområde”.

Forslag til forskrift om helsepersonellovens anvendelse

Fastsatt av Helse- og omsorgsdepartementet XX desember 2011 med hjemmel i lov 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. § 2-1 andre punktum.

§ 2 Dokumentasjonsplikt for personer som yter tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven som ikke er å anse for helsehjelp

Helsepersonelloven kapittel 8 kommer ikke til anvendelse for personer som yter tjenester etter lov om kommunale helse- og omsorgstjenester som ikke er å anse for helsehjelp, jf. helsepersonelloven § 3 tredje ledd.

Bergen kommunes kommentar:

Departementet foreslår at helsepersonelloven skal gjøres gjeldende for personell som yter tjenester etter den nye ”helse og omsorgsloven”. Imidlertid skal dokumentasjonsplikten ”ikke gjelde for tjenester som ikke er å anse som helsehjelp.”

Avgrensning av begrepet helsehjelp synes vanskelig. Dette vil særlig gjelde innen psykiatri og rusområdet.