

**SAKSFRAMLEGG**

Saksnr. 2011/960	Løpenr. 7307/2011	Klassering G00
Sakshandsamar:	Ottar Grimstad, Område for helse	

Utvalsaksnr	Utval	Møtedato
33/11	LEVEKÅRSUTVALET	23.08.2011
95/11	FORMANNSKAPET	25.08.2011

HØYRING - FORSKRIFTER TIL DE NYE HELSELOVENE

/ 2011/960

Tilråding frå rådmannen:

Hareid kommune er positivt innstilt til samhandlingsreforma og er innstilt på å styrke førebyggjande arbeid og tenestetilbod i samsvar med intensjonane. Vi kan ikkje akseptere at det økonomiske opplegget synes å svekke mulighetene våre for å gjennomføre dette, i staden for å styrke dei.

Dei økonomiske konsekvensane av kommunal medfinansiering må vurderast grundigare, særleg gjeld dette konsekvensane av at våre distrikt har så dårleg dekning av privatpraktiserande spesialistar at nesten alle ambulante spesialisthelsetenester må dekkast av sjukehusa med kommunal medfinansiering. Vi kan ikkje akseptere at kommunal medfinansiering omfattar ambulante tenester, før dette er nærare utgreidd.

Dei økonomiske konsekvensane er så store for kommunen, at ein må få mulighet for å kunne kontrollere avrekningane frå helsedirektoratet. Dette krev tilgang til pasientidentifiserbare opplysingar. Vi ser at dette er lite ønskeleg ut frå personvernomsyn.

Alt dette tyder på at kommunal medfinansiering bør utsettast og utgreiast nærare.

Hareid kommune er positiv til å betale for utskrivingsklare pasientar frå første dag, og er innstilt på å ta pasientane raskt tilbake frå sjukehus. Det er likevel behov for å sikre at overgangen er fagleg forsvarleg. Det er ikkje akseptabelt at vedtak om utskrivingsklar pasient kan bli fatta når som helst på døgnet, og umiddelbart utløyse betalingsplikt. Kommunen må få 24 timar til å klarlegge om ein har forsvarlege ressursar til å ta imot pasienten, før betalingsplikta tar til å gjelde.

Ein viser elles til merknadane i vedlagte notat frå kommuneoverlegen.

Vedlegg:

Nr.	Namn	Dato
1.	Notat – forslag til forskrifter som følgje av dei nye helselovene	10/8 2011

Uprenta saksvedlegg:

Høyringsnotatet frå departementet fins på internett: <http://bit.ly/pj1cd8>

Samandrag av saka:

Dei nye lovene som Stortinget vedtok før ferien blir no følgt opp av ein del forskriftsendringar. Høyringsfristen er 1. oktober. Dei viktigaste forskriftene er Forskrift om betaling for utskrivingsklare pasientar, Forskrift om kommunal medfinansiering og Norsk pasientregisterforskrift. Den siste forskrifta er viktig fordi det er data derifrå som skal ligge til grunn for dei rekningane helseforetaka kan sende til kommunane. Kommuneoverlegen har laga eit notat med samandrag av forslaga og vurderingar. Notatet ligg ved saka.

Vurdering og konklusjon:

Rådmannen ser positivt på intensjonane i samhandlingsreforma. Hareid kommune er innstilt på å betre tenestetilbodet sitt både når det gjeld førebygging og utbygging av tenester som kan overta oppgåver frå helseforetaka. Det er da svært beklageleg at foreløpige berekningar frå Kommunal Rapport viser at Hareid kommune vil tape meir enn ein halv million på dei økonomiske konsekvensane av reforma. Hareid kommune er frå før i ein svært vanskeleg økonomisk situasjon med sterkt behov for reduksjon i driftsnivå. Det er vanskeleg å akseptere ei endring i finansieringa som ytterlegare vil forverre denne situasjonen, og gjere det umogleg å ivareta dei forventningane reforma skaper.

Ein vil særleg peike på at betaling for konsultasjonar for privatpraktiserande spesialistar er halde utanfor reforma. Slike spesialisttenester er så dårleg utbygd i vår del av landet, at vi må få nesten alle våre ambulante spesialisttenester frå helseforetaka – der vi må medfinansiere tenestene. Vi må krevje at staten greier ut konsekvensane av desse forskjellane, og at ambulante tenester må haldast utanfor kommunal medfinansiering inntil dette er klarlagt.

For Hareid sitt vedkomande vil reforma føre til at nesten 5 millionar kroner skal gå via Hareid kommune til helseforetaket. Dette er så store beløp at kommunen må kunne ha muligheit for å kunne etterprøve at rekningsgrunnlaget er korrekt. Sjølv om det kan vere betenkeleg ut frå personvernomsyn, vil det krevje at Hareid kommune har tilgang til pasientidentifiserbare opplysingar. Dette er det ikkje lagt opp til. Det er lagt opp til at avrekning skal skje i Helsedirektoratet etter anonymiserte data frå Norsk pasientregister. Det er ikkje tilfredsstillande. Balansen mellom personvernomsyn og kommunane sin rett til å etterprøve økonomiske krav, er ikkje godt nok utgreidd. Dette bør føre til at heile medfinansieringsdelen av reforma vert utsett.

Hareid kommune er svært innstilt på å ta imot utskrivingsklare pasientar raskt. Ein må likevel sikre seg at ein kan gi pasientane eit forsvarleg tilbod. Forskrifta legg opp til at kommunen må gi umiddelbar tilbagemelding om pasientar kan takast imot, uansett når på døgnet sjukehuset sitt vedtak om utskrivingsklar pasient er fatta. Dette er vanskeleg å akseptere. Kommunen må få ein frist på 24 timar frå melding om utskrivingsklar pasient er sendt, til ein tar imot pasienten. Først da bør betaling for utskrivingsklare pasientar ta til å gjelde.

Miljøkonsekvensar: Ingen

Økonomiske konsekvensar: Utforming av desse forskriftene kan ha økonomiske konsekvensar for Hareid kommune på mange hundrede tusen, men det er vanskeleg å talfeste no.

Beredskapsmessige konsekvensar: Raske vedtak om å ta imot utskrivingsklare pasientar kan få konsekvensar for ansvarstilhøve, bemanning og beredskap utanfor normal arbeidstid.

Hareid, 12.08.2011

Bent Arild Grytten
rådmann

Ottar Grimstad
områdeleiar helse

Levekårsutvalet si handsaming:

Områdeleiar for helse Ottar Grimstad orienterte i saka.

Røysting:

Samrøystes.

Levekårsutvalet si tilråding:

Hareid kommune er positivt innstilt til samhandlingsreforma og er innstilt på å styrke førebyggjande arbeid og tenestetilbod i samsvar med intensjonane. Vi kan ikkje akseptere at det økonomiske opplegget synes å svekke mulighetene våre for å gjennomføre dette, i staden for å styrke dei.

Dei økonomiske konsekvensane av kommunal medfinansiering må vurderast grundigare, særleg gjeld dette konsekvensane av at våre distrikt har så dårleg dekning av privatpraktiserande spesialistar at nesten alle ambulante spesialisthelsetenester må dekkast av sjukehusa med kommunal medfinansiering. Vi kan ikkje akseptere at kommunal medfinansiering omfattar ambulante tenester, før dette er nærare utgreidd.

Dei økonomiske konsekvensane er så store for kommunen, at ein må få mulighet for å kunne kontrollere avrekningane frå helsedirektoratet. Dette krev tilgang til pasientidentifiserbare opplysingar. Vi ser at dette er lite ønskeleg ut frå personvernomsyn.

Alt dette tyder på at kommunal medfinansiering bør utsettast og utgreiast nærare.

Hareid kommune er positiv til å betale for utskrivingsklare pasientar frå første dag, og er innstilt på å ta pasientane raskt tilbake frå sjukehus. Det er likevel behov for å sikre at

overgangen er fagleg forsvarleg. Det er ikkje akseptabelt at vedtak om utskrivingsklar pasient kan bli fatta når som helst på døgnet, og umiddelbart utløyse betalingsplikt. Kommunen må få 24 timar til å klarlegge om ein har forsvarlege ressursar til å ta imot pasienten, før betalingsplikta tar til å gjelde.

Ein viser elles til merknadane i vedlagte notat frå kommuneoverlegen.

Formannskapet si handsaming:

Røysting:

Samrøystes

Formannskapet sitt vedtak:

Hareid kommune er positivt innstilt til samhandlingsreforma og er innstilt på å styrke førebyggjande arbeid og tenestetilbod i samsvar med intensjonane. Vi kan ikkje akseptere at det økonomiske opplegget synes å svekke mulighetene våre for å gjennomføre dette, i staden for å styrke dei.

Dei økonomiske konsekvensane av kommunal medfinansiering må vurderast grundigare, særleg gjeld dette konsekvensane av at våre distrikt har så dårleg dekning av privatpraktiserande spesialistar at nesten alle ambulante spesialisthelsetenester må dekkast av sjukehusa med kommunal medfinansiering. Vi kan ikkje akseptere at kommunal medfinansiering omfattar ambulante tenester, før dette er nærare utgreidd.

Dei økonomiske konsekvensane er så store for kommunen, at ein må få mulighet for å kunne kontrollere avrekningane frå helsedirektoratet. Dette krev tilgang til pasientidentifiserbare opplysingar. Vi ser at dette er lite ønskeleg ut frå personvernomsyn.

Alt dette tyder på at kommunal medfinansiering bør utsettast og utgreiast nærare.

Hareid kommune er positiv til å betale for utskrivingsklare pasientar frå første dag, og er innstilt på å ta pasientane raskt tilbake frå sjukehus. Det er likevel behov for å sikre at overgangen er fagleg forsvarleg. Det er ikkje akseptabelt at vedtak om utskrivingsklar pasient kan bli fatta når som helst på døgnet, og umiddelbart utløyse betalingsplikt. Kommunen må få 24 timar til å klarlegge om ein har forsvarlege ressursar til å ta imot pasienten, før betalingsplikta tar til å gjelde.

Ein viser elles til merknadane i vedlagte notat frå kommuneoverlegen.

Notat om forslaget til nye forskrifter som følge av dei nye helselovene.

Departementet legg no fram ei rekke forslag til forskriftsendringar på bakgrunn av dei nye helselovene og samhandlingsreformen. Dette notatet er ei kortfatta oversikt over framlegga med mi vurdering av dei viktigste punkta. Heile forslaga ligg på internett på helsedepartementet sine sider.

Forskrift om betaling for utskrivingsklare pasientar

Sjukehuset må innan 24 timar etter innlegging ta stilling til om her er forventa at det blir 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 dato.

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. Betalingsplikta inntreir frå denne dagen dersom kommunen ikkje umiddelbart tar imot pasienten. Det gjeld også om kommunen 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 trenge kommunale tenester, slik at kommunen kan forberede seg. Etter 24 timar vil sjukehuset likevel ikkje ha full oversikt over situasjonen for mange pasientar. Det kan vere at sjukehusopphaldet tar kortare eller lengre tid. Det kan trenge lenger tid å avklare kva tilbod kommunene må kunne stille opp med, kompetanse, medikament, institusjon eller heime. Sjukehuset må halde kommunen orientert om endringar underveis. Sjølv om slik informasjon blir gitt, så kan kommunene ikkje akseptere at ein må ta stilling til eit vedtak om ferdigbehandling umiddelbart, uansett kva tid det er på døgnet. Kommunen må få nødvendig tid til å vurdere om ein kan gi eit forsvarleg tilbod; om ein har tilgjengeleg dei medikament, det utstyr og den kompetansen og eventuell institusjonsplass, som vidare behandling av pasienten krev. Dette er vurderingar som ein normalt må ha høve til å kunne gjere på ordinær dagtid. Elles vil dette kunne gå ut over pasienttryggleik og forsvarleg tilrettelegging av nødvendig behandling i kommunen.

Kommunen må få 24 timars frist frå melding om utskrivingsklar pasient er gitt, før dagprisen tar til å løpe.

Forskrift om kommunal medfinansiering

Både Hareid og Ulstein kommunar har i tidlegare høyringar uttalt seg mot dette prinsippet.

Kommunal rapport har gjort berekningar av dei økonomiske konsekvensane:

Alle kommunar på Søre Sunnmøre taper på dette. Hareid kommune vil tape 566 000, Ulstein kommune vil tape 1 461 000, Herøy kommune vil tape 1 274 000, Sande kommune vil tape 564 000 kroner. Dette er kommunar som ligg i ein viss avstand til sjukehus, og som er van med at den lokale legetenesta yter omfattande tilbod til befolkinga utan unødvendig sjukehusbruk. Desse tala er såleis egna til undring.

Forskrifta legg opp til kommunal medfinansiering av behandling hos sjukehuspoliklinikkar men ikkje hos 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 helseforetaket har ikkje hatt vilje til å rette opp denne skeivheita. Innafor Møre og Romsdal er det ytterlegare skeivfordeling ved at ingen av avtalespesialistheimlane er lokalisert her på Søre Sunnmøre. 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. Kan dette vere bakgrunnen for at alle våre kommunar kjem dårleg ut av reforma? Vi må krevje at dette spørsmålet blir nærare analysert av departementet før ein lar ambulant behandling gå inn i den kommunale medfinansieringa.

I høyringsnotatet er det lova at kommunar som har høgare kostnader ved innføringstidspunktet enn det vi får i fordelingsnøkklane, skal i ei overgangsperiode få kompensasjon innafor veksten i dei frie inntektene. Kor mykje dette vil dreie seg om, vil vi få beskjed om i statsbudsjettet. Dei endelege økonomiske konsekvensane får vi først vite om i løpet av 2012 når utgiftene kjem sigande inn utan at kommunane er i posisjon til å påverke dei. Her synes uansett ikkje ligge utsikter til ein økonomi som vil gjere det mogleg å styrke tenestetilbodet vårt i samhandlingsreformen si ånd. Særleg i Hareid, men også i Ulstein synes det fortsatt å vere nedskjeringar i tenestetilbodet vi må bu oss på, ut frå kommunen sin økonomiske situasjon.

Det er ille at samhandlingsreformen, og særleg forslaget om kommunal medfinansiering, skal kunne bidra til dårlegare økonomisk grunnlag for å drive helse- og omsorgstenester i våre kommunar, i ein situasjon der staten bidrar til sterk auke av forventningane. Dette er vanskeleg å akseptere.

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 uhaldbar 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 utskrivning. Kommunane må kunne vere i stand til å kontrollere om desse vilkåra er oppfylt for dei

pasientane dei får rekning for. Dersom ei kommune klager på vedtak om utskrivingsklar pasient til fylkesmannen, og får medhald, må kommunen kunne kontrollere at dette er tatt omsyn til 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.

Når det gjeld dei store beløpa i millionklassen som kommunal medfinansiering inneber, så må også kommunane ha høve til stikkprøvekontrollar av om rekningane er rette og rimelege. Kommunene skal betal sin andel av utgiftene på bakgrunn av sjukehusa sin diagnosekoding gjennom DRG-systemet. Vi har sett korleis fleire sjukehus er blitt tatt i å feilkode pasientar for å få høgare refusjon. Den kommunale helsetenesta er den som er i best stand til å kontrollere om dei oppgitte DRG-kodene er relevante for det pasienten har vore behandla for. Kommunane kan ikkje gi blankofullmakt til sjukehusa om å skrive ut rekning til oss basert på data som vi ikkje kan etterprøve. For kommunane vil dette krevje tilgang til pasientidentifiserbare opplysingar.

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. Det er berre enda eit moment som taler for at heile den kommunale medfinansieringa ikkje bør settast i verk.

Forskrift om kommunal dekning av utgifter til helse- og omsorgstenester

Forskrifta har som hovudregel at kommunane skal dekke ansvaret for di helse- og omsorgstenestene dei er pålagt å yte, og det gjeld tenester til alle som oppheld seg i kommunane. Der er likevel ei vidareføring av gjeldande reglar om utgifter til sosiale tenester for pasientar innlagt i institusjon frå anna kommune, og pasientar som vel å busette seg i institusjonskommunen ved utskrivning. Eg ser ikkje behov for å kommentere denne forskrifta nærare.

Disponering av kontantytelser

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

Subsidiert foreslår dei ei revidering og harmonisering av gjeldande forskrifter etter kommunehelselova og sosiallova.

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

Vurdering

Det er ikkje merknad til å oppheve desse forskriftene.

Forskrift om vederlag for kommunale helse- og omsorgstenester utanfor institusjon

Dette er ei teknisk samordning av reglar etter sosiallovgivinga 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.

Forhold 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 berre skal gjelde helsehjelp foreløpig, 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. Dokumentasjonsplikta må ikkje gjerast meir omfattande enn det den einskilde kommune ser eit tenestleg behov for å innføre.

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

Regelverket blir flytta frå prioriteringsforskrifta til ei eiga forskrift. Regelverket er vesentleg uendra 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 skulle ønske 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.

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 lovendingane. 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. Koordinerende eining er etablert i både Hareid og Ulstein

Forskrift om oppjustering av driftsavtaleheimlar for fysioterapeutar

Ny forskrift for å gjere det mogleg å oppjustere deltidshemlar utan ekstern utlysing. Ikkje aktuelt for Ulstein og Hareid.

Kvalitetsforbedring, pasient- og brukersikkerhet 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 kjem forskrifter men først seinare.

Hareid 10/8 2011

Ottar Grimstad

kommuneoverlege