

Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep
0030 OSLO

Vår referanse: 11/00266-27
Arkivkode:
Saksbehandler: Torun Risnes
Deres referanse:
Dato: 11.10.2011

Høring - forslag til forskriftsendringer og nye forskrifter som følge av Prop.91L Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester

Helse- og omsorgsdepartementet sendte 4.juli på høring forslag til endringer i eksisterende forskrifter og forslag til nye forskrifter som følge av at Stortinget 17. juni 2011 vedtok ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, samt endringer i en rekke andre lover.

Vedlagt oversendes høringsuttalelse fra KS, som er administrasjonens innstilling til Hovedstyret. Det tas forbehold om behandling i KS Hovedstyre 25.oktober 2011.

KS mener det er behov for en rekke endringer i regjeringens forslag til nye forskrifter. Disse endringene er nødvendige for å få et mer balansert grunnlag for et godt og likeverdig samarbeid mellom helseforetak og kommuner. Og dette samarbeidet er viktig for at brukere/pasienter skal få et best mulig samlet helse- og omsorgstilbud.

KS mener 2012 må ses på som et år hvor vi henter erfaring og ser konsekvenser av hvordan reformen virker, både for pasientene, for kommunene og for helseforetakene. Det er helt avgjørende at det sikres mekanismer for etterberegninger og etterkontroll slik at kommunene tilføres finansiering som fullt ut dekker kommunenes kostnader. KS mener erfaringene også vil være nyttige når det gjelder eventuelle justeringer av forskriftene.

Stortinget har vedtatt en profesjonsnøytral lov, som KS har støttet. Kommunene har ansvar for at de nye oppgavene og det utvidete ansvaret for helse- og omsorgstjenestene løses forsvarlig og har en god kvalitet. Kommunene har ansvar for tilstrekkelig og nødvendig kompetanse for å løse oppgavene. Profesjonsnøytraliteten understøtter det kommunale ansvaret.

Kommunesektoren må med reformen styrke sin kompetanse betydelig. Kommunene må ha en oppdatert arbeidsgiverstrategi som ivaretar dette ansvaret og behovet for å rekruttere, utvikle og beholde nødvendig kompetanse. Dette behovet må gjenspeiles i utdanningsmyndighetenes ansvar for utdanningenes innhold og kapasitet, og de økonomiske rammene til kommunesektoren må styrkes, slik at kommunen reelt sett har mulighet til å styrke sin kompetanse og bygge opp tjenestene.

Departementet legger opp til en evaluering av loven mtp hvorvidt profesjonsnøytralitet medfører en nedprioritering av nødvendig fagkompetanse. KS forutsetter at evalueringen gjøres i samarbeid med KS.

Hovedpunktene i KS' høringsuttalelse er:

- I ny forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter er det viktig at forskriften sikrer balanseforholdet og understøtter kommunikasjon og samhandling mellom partene. Det er derfor nødvendig med flere presiseringer og KS foreslår blant annet en tydeligere beskrivelse av varsling og mottak, definisjon av utskrivningsklar pasient, klarere forhold rundt frister, tidspunkt for når betaling inntreffer, samt administrasjon av ordningen.
- I ny forskrift om kommunal medfinansiering er betalingsordningen og datagrunnlaget hovedutfordringen. KS forutsetter at forslaget til løsning for betalingsordningen utarbeidet av referansegruppen som er ledet av Helsedirektoratet blir tatt inn i forskriften, og at arbeidet med styringsdata intensiveres.
- KS mener at kommunene per i dag ikke har de styringsdata som er nødvendig for å gjennomføre og følge med på utviklingen av samhandlingsreformen. Det er helt nødvendig at arbeidet med styringsinformasjon intensiveres med tanke på å kunne analysere utvikling av aktivitet og kostnader. Det må senest i løpet av 2012 utvikles indikatorer som har en slik kvalitet og innretning at de synliggjør nødvendig atferdsendring og viser om vi beveger oss i ønsket retning. Norsk pasientregister må derfor innhente tilfredsstillende data både fra kommunene og sykehusene.

Ny forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter

§ 2 Betaling

Forslag:

Kommunen skal betale det regionale helseforetaket for utskrivningsklare pasienter som er innlagt i sykehus i påvente av et kommunalt helse- og omsorgstjenestetilbud i sin bostedskommune.

KS støtter dette bostedsprinsippet hvor kommunen skal betale for de pasientene som er bosatt i kommunen, men det bør klart framgå klart av forskriften at det gjelder personer som er folkeregistrert i kommunen.

§ 3 Spesialisthelsetjenestens ansvar for vurdering og varsling

Forslag:

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.

Formålet med § 3, slik KS forstår denne, er å pålegge spesialisthelsetjenesten ansvar for å vurdere pasienten og varsle kommunen i forbindelse med overføring av utskrivningsklare pasienter. Denne første kontakten kan være et godt utgangspunkt for å etablere dialog mellom kommunen og sykehuset. KS mener imidlertid at forskriften inneholder enkelte svakheter i behandlingen av varslinger og informasjonsutveksling mellom kommunene og sykehusene. Det skal ikke være sykehusets rolle å uttale seg om hvilke tjenestetilbud kommunen skal tilby pasienten.

Spesialisthelsetjenesten skal vurdere pasientens hjelpebehov med utgangspunkt i sykdommen som har inntrådt.

KS vil påpeke at det må framgå tydelig at spesialisthelsetjenesten skal sende oppdaterte opplysninger til kommunen underveis mens pasienten er på sykehuset.

Det mangler presiseringer av hvordan varslingen skal gjennomføres og hvordan dette skal innbefattes i avtalen mellom kommunen og sykehuset. KS foreslår at det opprettes et nytt ledd etter § 3b som sikrer at begge parter er innforstått med hvordan selve varslingen skal skje og at den kommer fram til rette vedkommende.

KS foreslår følgende endring i forskriften:

Foreslåtte endringer er skrevet i kursiv

§ 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 pasientenes forventende behov ved utskrivning til den kommunale helse- og omsorgstjenesten.*
- b) Innen 24 timer etter innleggelse skal kommunen varsles om innleggelsen, pasientens status, antatt forløp og forventet utskrivningstidspunkt. *Dersom kommunen er varslet, men det er en endring i vurderingen av pasienten, må kommunen varsles på nytt.*
- c) *I de tilfeller hvor det vurderes å være behov for omfattende eller langvarig behandling i spesialisthelsetjenesten og nærmere avklaringer ikke kan foretas innen 24 timer skal kommunen varsles om dette og nærmere avklaringer foretas så snart det lar seg gjøre.”*

Hvordan varslingen(e) skjer, og til hvilken instans, må fastsettes i avtalene mellom kommunen og sykehuset.

§ 4 Vilkår for at en pasient skal anses som utskrivningsklar

Forslag:

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 medisinskfaglig 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.

Det skal dokumenteres i pasientjournalen at vilkårene i §§ 3, 4 og 5 andre ledd er oppfylt.

KS er enig i at den medisinske vurderingen skal ligge hos spesialisthelsetjenesten, men de prosessuelle krav i den opprinnelige forskriften bør videreføres for at kommunen skal kunne etterprøve den vurderingen som spesialisthelsetjenesten har gjort og dermed også påklage avgjørelsen. Forsvarlighetskrav innebærer at det skal være forsvarlig å sende pasienten ut i det øyeblikk man vurderer utskrivning. I denne vurderingen må også pasienten trekkes med. Et varsel vil måtte erklæres ugyldig dersom det ikke på varslingsstidspunktet er forsvarlig å sende pasienten ut. Forskriften omtaler ikke dette.

KS foreslår følgende endring i forskriften:

Foreslåtte endringer er skrevet i kursiv

§ 4 Vilkår for at en pasient skal anses som utskrivningsklar

En pasient er utskrivningsklar når *medisinsk ansvarlig* lege i spesialisthelsetjenesten vurderer at det ikke er behov for ytterligere behandling i spesialisthelsetjenesten. Avgjørelsen skal være basert på en individuell medisinsk faglig vurdering, og *vise til nødvendig avklaringer, standpunkt til diagnose(r), videre plan for oppfølging av pasienten, pasientenes samlede funksjonsnivå, forventet framtidig utvikling, og plan for evt. videre oppfølging fra spesialisthelsetjenesten.*

§ 5 Kommunens ansvar

Forslag:

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.

Etter § 5 skal kommunen avgi svar "straks". Denne formuleringen kan gi partene rom for ulike tolkninger og dermed vanskeliggjøre en avklaring av når betalingsplikt skal inntre. Dette må konkretiseres.

KS foreslår følgende endring i forskriften:

Foreslåtte endringer er skrevet i kursiv

§ 5 Kommunens ansvar

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 *innenfor ordinær arbeidstid. Kommunen skal svare første virkedag når varslingen kommer etter ordinær arbeidstid. Når utskrivningstidspunktet avviker fra dato gitt i 24 timersfristen, må partene avtale nytt tidspunkt før pasienten kan defineres som utskrivningsklar.* Dette gjelder ikke dersom det foreligger omstendigheter utenfor kommunens kontroll som ikke gjør det mulig å avgi svar.

Utvidelse av kommunenes betalingsplikt vil i seg selv kunne påvirke sykehusenes atferd, slik at antall utskrivningsklare pasienter øker. Dersom dette skjer, må det skje en større overføring av midler fra sykehusene til kommunene enn hva det i utgangspunktet legges opp til.

§ 6 Tidspunkt for betaling og krav til rapportering

Forslag:

Betalingsplikten inntreer 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.

Bestemmelsen om vilkårene for når betalingsplikt inntreer er uklar og vanskelig tilgjengelig. Det fremgår av høringsdokumentet at betalingsplikten ikke vil inntre dersom spesialisthelsetjenesten "har glemt å varsle kommunen om at pasienten er innlagt". KS mener at betalingsplikten først bør inntre på første virkedag etter, eller tidligst påfølgende dag etter at pasienten er erklært utskrivningsklar. Regelverket for utskrivningsklare gir ubalanse mellom partene. Det er ingen

nedre grense for tiden mellom første melding fra sykehuset om at en pasient er innlagt og melding om at pasienten er utskrivningsklar. Sykehuset har ingen plikt til å forsikre seg om at meldingen er kommet frem til kommunen.

KS mener at denne forskriften har store økonomiske konsekvenser for kommunene, og trenger tydeligere presiseringer for å unngå ulik håndtering og konflikter.

§ 7 Krav på redegjørelse

Forslag:

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.

KS mener at det bør defineres hvilke prosessuelle krav jfr. kommentarer i §§ 3-5 som skal stilles for at en pasient defineres som utskrivningsklar, og ved utskrivning må epikrise følge pasienten.

§ 8 Klage

Forslag:

Fylkesmannen behandler klage etter §§ 3, 4, 5, 6 og 7.

KS mener at klagebehandlingen bør legges til nasjonal tvisteløsningsordning som skal etableres. Dette organet vil være bredt sammensatt og sikre en uavhengig behandling. Det bør klargjøres at partene kan avtale særlige saksbehandlingsrutiner, og at manglene oppfølging av disse medfører bortfall av betalingsplikten.

§ 9 Administrasjon av ordninger

Forslag:

Helsedirektoratet utarbeider og beregner beløpet som kommunene skal betale til de regionale helseforetakene i henhold til bestemmelsene i forskriften.

Beregningsgrunnlaget er data fra Norsk pasientregister.

Betaling for utskrivningsklare pasienter er en eksisterende betalingsordning som KS mener bør videreføres. I referansegruppen ledet av Helsedirektoratet om styringsinformasjon og betalingsordningen hvor KS, kommunerepresentanter og representanter fra alle fire regionale helseforetakene er det enighet om dette. KS forventer at HOD tar hensyn til anbefalingene som referansegruppen gir i rapporten overlevert HOD 29. juni 2011.

KS mener det er behov for å følge med på virkningene av betalingsforpliktelsene for kommunene når det gjelder utskrivningsklare pasienter. Det er en fare for at sykehusene endrer sin utskrivnings- og/eller registreringspraksis for utskrivningsklare pasienter, når kommunene nå skal betale fra første dag. Hvis det skjer må også den økonomiske kompensasjonen til kommunene justeres tilsvarende. Informasjon fra flere kommuner viser at tallene for utskrivningsklare er beheftet med stor usikkerhet og derfor har utgjort et sviktende grunnlag for beregning av kommunale utgifter. Det underbygger det samme behovet for justeringer underveis.

KS mener det er viktig at forskriften sikrer balanseforholdet og understøtter kommunikasjon og samhandling mellom partene. Det er derfor nødvendig med flere presiseringer og KS foreslår blant annet en tydeligere beskrivelse av varsling og mottak, definisjon av utskrivningsklar pasient, klarere forhold rundt frister, tidspunkt for betaling og administrasjon av ordningen.

Ny forskrift om kommunal medfinansiering

§ 2 Medfinansieringsplikt

Forslag:

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.

KS mener medfinansieringsplikten når en pasient reinnlegges med samme diagnose kort tid etter utskrivning, må defineres nærmere. Målet må være å få indikatorer som har en slik kvalitet og innretning at de synliggjør behovet for atferdsendring og viser om vi beveger oss i ønsket retning.

§ 3 Medfinansieringsandel

Forslag:

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.

Det foreslås at kommunene finansierer 20 prosent av inntil 4 DRG-poeng for en behandling. Dette innebærer at kommunene maksimalt må dekke om lag 30 000 kroner pr behandling. Og det er ingen begrensinger for hvor mange årlige behandlinger av en enkelt pasient kommunen skal medfinansiere. Den enkelte kommunes økonomiske risiko knyttet til ordningen er dermed betydelig. Slik KS ser det bør bestemmelsen endres slik at kommunenes risiko reduseres. Dette kan skje ved at grensen for den kommunale medfinansieringen settes lavere enn 4 DRG og/eller ved at det i forskriften fastsettes et tak for hvor høy den kommunale medfinansieringen pr pasient kan være i løpet av ett år.

§ 5 Beregningsgrunnlag

Forslag:

Beregningsgrunnlaget for kommunal medfinansiering er data fra Norsk pasientregister.

KS mener forslaget i liten grad ivaretar kommunen sitt behov for å kunne etter prøve beregningen av vederlag. Beregningsgrunnlaget må ikke begrenses til data fra Norsk pasientregister når/dersom andre datakilder er aktuelle, selv om dette er utgangspunktet ved oppstart av reformen. Det er helt nødvendig at arbeidet med styringsinformasjon intensiveres med tanke på å kunne analysere utvikling av aktivitet og kostnader.

KS foreslår følgende endring i forskriften:

Foreslåtte endringer er skrevet i kursiv

§ 5 Beregningsgrunnlag

Beregningsgrunnlaget for kommunal medfinansiering er *i utgangspunktet* data fra Norsk pasientregister.

§ 6 Administrasjon av ordningen

Forslag:

Helsedirektoratet utarbeider grunnlaget for det økonomiske oppgjøret mellom kommuner og regionale helseforetak i henhold til bestemmelsene i forskriften.

KS anbefaler at det ved oppstart etableres et a konto-basert oppgjørssystem. KS forventer at HOD tar hensyn til anbefalingene som referansegruppen gir i rapporten overlevert HOD 29.juni 2011.

Kommunene må fra og med 2012 bli tilført finansiering som fullt ut dekker kommunenes kostnader. KS påpeker at det må legges til grunn realistiske anslag for disse kommunale kostnadene. Det vil

likevel være usikkerhet om forutsetningene er riktige. Det bør derfor være en oppfølging gjennom budsjettåret for å vurdere om utviklingen er som forutsatt. Hvis ikke forutsetningene holder, må det være rom for å justere den økonomiske kompensasjonen til kommunene.

Klage

Forskriften inneholder ingen paragraf for klage. KS mener at det også vedrørende denne forskriften kan oppstå tvister mellom partene og det nasjonale tvisteløsningsorganet her bør være et klageorgan.

Endring av Norsk pasientregisterforskriften

§ 1-2. Norsk pasientregisters formål

Forslag:

Norsk pasientregister har til hovedformål å danne grunnlag for administrasjon, styring og kvalitetssikring av spesialisthelsetjenester, herunder den aktivitetsbaserte finansieringen, kommunal medfinansiering og betalingsordningen for utskrivningsklare pasienter.

§ 3-3. Tilrettelegging og utlevering av opplysninger for aktivitetsbaserte finansieringsordninger og betalingsordningen for utskrivningsklare pasienter

Forslag:

Opplysninger nødvendige for drift og utvikling av etablerte aktivitetsbaserte finansieringsordninger innen spesialisthelsetjenesten, kommunal medfinansiering og betalingsordningen for utskrivningsklare pasienter skal legges til rette av Norsk pasientregister og utleveres til Helsedirektoratet for gjennomføring av drift og utvikling. Det skal ikke utleveres opplysninger med direkte personidentifiserbare kjennetegn.

Opplysningene som mottas til formål som følger av første ledd skal slettes så snart oppgavene er utført og kan ikke oppbevares lenger enn inntil 5 år etter avsluttet driftsår.

Opplysninger som skal benyttes til utredninger av vesentlige endringer eller utvidelser av ordningene som er nevnt i første ledd skal bare utleveres i henhold til § 3-4, § 3-5 og § 3-6 i denne forskrift.

KS mener at kommunene per i dag ikke har de styringsdata som er nødvendig for å gjennomføre samhandlingsreformen. Det er helt nødvendig at arbeidet med styringsinformasjon intensiveres med tanke på å kunne analysere utvikling av aktivitet og kostnader. Det må senest i løpet av 2012 utvikles indikatorer som har en slik kvalitet og innretning at de synliggjør atferdsendring og viser om vi beveger oss i ønsket retning. Det må derfor innhentes data både fra kommunene og sykehusene. Eksempler på data fra kommunen er: hvilken lege henviser pasienten til sykehuset, kommer pasienten fra sykehjem, egen bolig med eller uten kommunale tjenester.

Forskrift om kommunens dekning av utgifter til helse- og omsorgstjenester

§ 2 Refusjon

Forslag:

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 utskrivningen 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.

Brukerhensyn tilsier at ordningen burde opphøre. Dagens praksis fører til en ufrihet for brukeren i valg av bosettingskommune. Dessuten gir ordningen lett opphav til tvister og mye administrativt arbeid mellom de berørte kommuner.

På den annen side kan enkelte kommuner komme uheldig ut og det bør derfor vurderes om det finnes en enklere måte å kompensere disse.

Samlet sett bør derfor hele ordningen revideres, og dagens praksis gjelde inntil dette er avklart.

Ny forskrift om hva som skal anses for institusjon i den kommunale helse- og omsorgstjenesten

§ 1 Institusjon etter helse- og omsorgstjenesteloven

Forslag:

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

Forslag:

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

Forslag:

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.

KS mener at istedenfor en uttømmende oversikt over hva som regnes som institusjon, burde det konkretiseres hvilke kriterier som må innfris for å falle inn under institusjonsbegrepet. Og derved hvilke brukergrupper som skal omfattes av slike kriterier.

Betegnelsen på ulike tilbud i kommunen endres stadig, slik at en uttømmende liste er utdatert nesten i det øyeblikk den er laget. En oversikt over kriterier i institusjonsbegrepet ville også være til avklaring i hva som ikke er institusjon. Noe som er viktig når begreper som omsorgsboliger, omsorg +, seniorsenter osv stadig brukes.

Under utforming av kriteriene må en se hen til at utvidelse av dette kan medføre store bygningsmessige kostnader. KS forutsetter at forskriftsendringen ikke innebærer endringer i kommunenes mulighet til vederlag. Høy kommunal egenfinansieringsgrad svekker kommunens incentiver til å bygge ut kapasiteten på korttidsplasser. Dagens forskrift innebærer at betalingsraten

reelt reduseres, fordi den er fastsatt som et nominelt beløp. Det er derfor naturlig at vederlagsforskriften vurderes med tanke på finansieringsgrad av korttidsopphold.

Ny forskrift om helsepersonellovens anvendelse for personell som yter tjenester omfattet av helse- og omsorgstjenesteloven

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

Forslag:

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.

KS mener at det i utgangspunktet bør være lik dokumentasjonsplikt for alt personell som yter tjenester etter helse- og omsorgsloven. Svært mange brukere har behov for både helsetjenester og omsorgstjenester, og tjenestene vil ofte være svært integrert. God og relevant dokumentasjonspraksis muliggjør god kommunikasjon og koordinering av tjenestene til beste for brukerne.

Endringer i forskrift om individuell plan, herunder bestemmelser om koordinator, og forskrift om habilitering og rehabilitering

§ 4 a Koordinator i kommunen

Forslag:

For pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven, skal kommunen tilby koordinator, jf. helse- omsorgstjenesteloven § 7-2. Dette gjelder uavhengig av om pasienten eller brukeren ønsker individuell plan.

Koordinatoren skal sørge for nødvendig oppfølging av den enkelte pasient eller bruker og sikre at vedkommende får tilbud om individuell plan hvis vilkårene i første ledd er oppfylt. Koordinator skal også sikre samordning av tjenestetilbudet og fremdrift i arbeidet med individuell plan.

KS mener at en tydelig ansvars plassering er viktig, uten at kommunen samtidig pålegges bestemte måter å organisere tjenestene på eller pålegges bruk av nærmere bestemte profesjonsgrupper. Kommunen må gis frihet til selv å velge hvordan ansvaret oppfylles.

§ 8 Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering i kommunen

Forslag:

Det skal finnes en koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomheten i kommunen, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 7-3. Den koordinerende enheten skal bidra til å sikre helhetlig tilbud til pasienter og brukere med behov for sosial-, psykososial eller medisinsk habilitering og rehabilitering.

Koordinerende enhet skal ha overordnet ansvar for arbeidet med individuell plan og for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinator, jf. forskrift om individuell plan og koordinator etter helse- og omsorgslovgivningen § 6. Overordnet ansvar for individuell plan innebærer at enheten blant annet skal:

- *motta meldinger om behov for individuell plan, jf. forskrift om individuell plan og koordinator etter helse- og omsorgslovgivningen § 5 a*
- *sørge for at det blir utarbeidet rutiner og prosedyrer for arbeid med individuell plan*

KS mener at en tydelig ansvars plassering er viktig, uten at kommunen samtidig pålegges bestemte måter å organisere tjenestene på eller pålegges bruk av nærmere bestemte profesjonsgrupper. Kommunen må gis frihet til selv å velge hvordan ansvaret oppfylles.

Ny forskrift om rett til helse- og omsorgstjenester til personer uten fast opphold i riket

§ 4 Barns rett til helse- og omsorgstjenester

Forslag:

Personer under 18 år som ikke oppfyller vilkårene etter § 2 har, i tillegg til øyeblikkelig hjelp som nevnt i § 3, rett til hjelp etter pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1a andre ledd og § 2-1b andre ledd første og andre punktum og §§ 2-3 til 2-5, med mindre hensynet til barnet tilsier at hjelpen ikke skal ytes.

KS er positiv til endringene som betyr at barns rett til hjelp utvides til å omfatte nødvendige omsorgstjenester i tillegg til nødvendig helsehjelp, men KS vil påpeke at dette kan medføre økte kostnader for kommunen.

Forskrift om oppjustering av driftsavtalehjemler for fysioterapeuter

§2 Oppjustering av eksisterende avtalehjemler

Forslag:

Kommunen kan øke en inngått driftsavtalehjemmel uten ekstern utlysning. En økning av driftsavtalehjemmelen forutsetter enighet mellom kommunen og fysioterapeuten.

KS støtter forslaget til Forskrift om oppjustering av driftsavtalehjemler til fysioterapeuter.

Dagens regelverk legger ikke til rette for at kommuner kan oppjustere deltidshjemler for å få samsvar mellom størrelsen på driftshjemler og kommunens behov for fysioterapitjenester. KS har derfor etterlyst en lov-/forskriftsendring som i en tildelingsprosess gir kommunen anledning til å oppjustere avtaleomfanget til fysioterapeuter som allerede har avtalehjemmel med kommunen.

I departementets vurdering av kravet til forsvarlig saksbehandling ved intern utlysning står det (punkt 11.2.4.1): *“I sin vurdering må kommunen foreta en konkret avveining av hvilken fysioterapeut som er den best kvalifiserte sett hen til utlysningsteksten og kommunens behov.”*

KS forstår begrepet “kommunens behov” slik at:

- a) kommuner med behov for geografisk fordeling av fysioterapitjenesten kan velge å utvide hjemmel på ett institutt framfor andre institutter i kommunen
- b) kommuner kan avgrense den interne utlysningen til fysioterapeuter med små deltidshjemler (for eksempel under 40 prosent)

Med vennlig hilsen

Sigrun Vågang
Administrerende direktør

Victor Ebbesvik
Områdedirektør

Uttalelse fra KS Storbynettverk - samhandlingsreformen

Samhandlingsreformen bygger på brukernes behov og medvirkning, kommunehelsetjenesten som grunnmuren i helsetjenesten og et likeverdig samarbeid mellom kommunene og helseforetakene. Det er viktig å sikre bedre koordinert tilbud til pasienter med behov for sammensatte tjenester. Demografisk og teknologisk utvikling, lokale forutsetninger og tilgang til kompetanse tilsier at arbeidsdelingen mellom nivåene vil måtte endres over tid.

Samhandlingsreformen trer i kraft om få måneder, og storbyene finner det bekymringsfullt at viktige områder fremdeles er uavklart. En rekke forskrifter er sendt ut på høring eller varslet senere på høsten, noe som innebærer at kommunene helt frem til desember/januar vil være usikre på hva som blir det endelige regelverket for reformen.

2012 må derfor fungere som et pilot-år for reformen.

- For kommunene vil likeverdighet bl.a. være knyttet til i hvilken grad de kan påvirke bruken av helsetjenestene. For reelt å kunne påvirke vil det være behov for både styringsinstrumenter samt tilgang til opplysninger.
- Storbyene ser at bl.a. at manglende datagrunnlag, samt uferdige oppgjørsordninger utgjør en stor risiko. En prioritert oppgave i 2012 må være å frembringe god styringsinformasjon for kommunene. Dette kan også innebære lovendringer for å sikre tilgang på hensiktsmessig informasjon mellom kommune og spesialisthelsetjenesten.
- Storbyene bør være med å bedre kvaliteten på innrapporteringen, samt bidra til utvikling av indikatorer som blir sentral styringsinformasjon og sammenligningsgrunnlag. Dette særlig med tanke på å kunne analysere utvikling av pasientflyt, kjennetegn ved utvikling av pasientforløp og hvordan reformen kan bli kostnadseffektiv for kommuner og sykehus.
- I 2012 bør reformen være fullfinansiert for den enkelte kommune. Den varslede kompensasjonsordningen bør ha 100 % virkning i 2012. Utgifter utover opprinnelig finansiering må føres som et inntektskrav mot staten ved regnskapsavslutningen. Dette er viktig for beregning av utgifter, og evaluering av tiltak.
- I 2012 vil revidert statsbudsjett være spesielt viktig for å korrigere evt. utilsiktede virkninger av det nye regelverket.
- Oppgjørsordningen for pasienter som er meldt utskrivningsklare må være lokal mellom kommune og det aktuelle sykehus, jfr. notat fra utredningsarbeid som KS, RHF Oslo kommune og Trondheim kommune har tatt del i etter oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet.
- Det mangler en risikoavklaring i tilknytning til finansieringsmodellene. Hvem som bærer ansvaret om det viser seg at finansieringsmodellene ikke har den tilsiktede effekt, dvs. at insentivene viser seg å være basert på feilvurderinger.

- Det kreves en grundig gjennomgang av kostnadene ved reformen, og det foreslås at det nedsettes et eget fagutvalg for Samhandlingsreformen under Konsultasjonsordningen (KS/Staten) etter mønster av det tidligere Kostnadsberegningutvalget (Hervik-utvalget). Dette må ses i sammenheng med øvrige utvalg/ordninger som etableres for å følge og implementere samhandlingsreformen.

Oppgaveforskyvning fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten er et av reformens målsetting. Storbyene vil peke på to forhold knyttet til dette:

- Ny kommunerolle betyr aktivitetsvekst i kommunen, samtidig med at finansieringsmodellen tar utgangspunkt i dagens aktivitetsnivå. Dersom kommunen skal unngå dobbelt finansieringsansvar, må spesialisthelsetjenesten legge ned aktivitet tilsvarende oppgaveforskyvning, Kommunene har imidlertid liten påvirkningsmulighet på dette.
Det må også ses i lys av at det allerede har skjedd en betydelig oppgaveforskyvning gjennom tidligere utskrivning uten at det har bidratt til utflating av veksten i spesialisthelsetjenesten eller overføring av midler til kommunene. Denne utviklingen har akselerert de siste årene.
- Det må kartlegges hvorvidt det er overforbruk av spesialisthelsetjenester i vertskommunene, og hvordan dette kompenseres i finansieringen av reformen. Data fra Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE) ved Helse Nord har vist at vertskommunenes befolkning bruker mer sykehustjenester enn øvrig befolkning, noe som kan skyldes at sykehuslegene lar pasienter som bor nært sykehuset i større grad får gå til jevnlig kontroll på poliklinikken. Dette er et potensielt overforbruk av sykehustjenester vertskommunene ikke har noen innflytelse på. Det er derfor viktig for staten å sikre at sykehusene har fokus på egne rutiner knyttet til avslutning av pasientforløp ved poliklinikkene og at eventuelle unødvendige polikliniske kontroller unngås.

Den nye kommunerollen krever utvikling av nye tilbud, noe som krever betydelig kompetanseutvikling over tid. Dette vil gjelde både høyere medisinsk kompetanse for å ivareta pasienter med mer komplisert sykdomsbilde, men også kompetanse innen folkehelse, forebygging, tidlig intervensjon og rehabilitering. Vi frykter at finansieringsmodellen vil binde opp kommunen til å prioritere sykehusregninger fremfor en utvikling av kommunale tiltak.

Alle endringer i øyeblikkelig-hjelp funksjonen forutsetter en klar avtale mellom helseforetak og kommune. Storbyene er bekymret for at finansieringen av det kommunale tilbud om øyeblikkelig hjelp – døgnoophold, slik det fremgår av kommuneproposisjonen for 2012, ikke sikrer et faglig forsvarlig samlet tilbud om øyeblikkelig hjelp under innfasingen av samhandlingsreformen. Faglig forsvarlighet tilsier at det kommunale tilbudet om øyeblikkelig hjelp må være utbygd før helseforetakenes tilbud om øyeblikkelig hjelp nedbygges. Dette innebærer at fullfinansieringen av oppbyggingen av det kommunale tilbud om øyeblikkelig hjelp døgnoophold i utgangspunktet sikres uten at helseforetaket som følge av budsjettkutt pålegges å innskrenke sitt øyeblikkelig hjelp tilbud. Under innfasingen av samhandlingsreformen er det viktig at oppbyggingen av det kommunale tilbudet i utgangspunktet fullfinansieres uten at dette innebærer kutt i helseforetakets budsjett for øyeblikkelig hjelp.

Følgforskning på effektene av samhandlingsreformen må prioriteres fra første dag, og man må finne fram til en omforent oppfatning av hva nullpunktet for reformen er. Resultatene av følgforskningen forutsettes drøftet med partene og at det iverksettes nødvendige korrigerende tiltak dersom det oppdages utilsiktede effekter.