

HØRINGSSVAR FRA KS I NORD TRØNDELAG TIL UTSENDTE FORSLAG TIL FORSKRIFTSENDRINGER OG NYE FORSKRIFTER SOM FØLGE AV PROP. 91 L (2010- 2011) LOV OM KOMMUNALE HELSE- OG OMSORGSTJENESTER.

Høringsdokumentene utsendt 4. juli 2011 med høringsfrist 6. oktober 2011.

KS NT har følgende innledende kommentarer til de ulike forskriftene referert nedenfor.

- KSNT er enig i at samhandlingsreformen er en nødvendig samfunnsreform, men er usikker på om de utsendte høringsdokumentene er til god nok hjelp i kommende implementeringsfase. Usikkerheten går også på om de økte rammene i tilstrekkelig grad kompenserer for de økte kostnadene som vil komme, og om kommunene vil bli i stand til å bygge opp kompetanse og beredskap til å møte endringene. KSNT forventer at helseforetakene er villige til å bistå konstruktivt med å bygge kompetanse og beredskap i kommunene. Videre forventer KSNT at HOD bidrar til endringer av forskrifter og rammer etter hvert som en ser effekter av reformens ulike tiltak.
- Hovedbildet som dannes er at forskriftene ikke i tilstrekkelig grad stimulerer til felles samhandlingskjede; det helhetlige pasientforløpet. Det legges i for stor grad opp til videreføring av de skiller mellom behandlingsnivå og dermed en videreføring av det “gamle” systemet.
- KSNT beklager at frist for høring representerer et tidspress som kan redusere muligheten for en breiere prosess i kommunene.
- KSNT skulle ønske at noe mer var sentralt besluttet og avklart og ikke lagt ut til forhandlinger mellom parter som historisk sett ikke er oppfattet som likeverdige.
- KSNT opplever at flere av de utsendte høringsdokumentene bærer preg av at det fortsatt er helseforetakene som skal ha definisjonsmakten.
- KSNT beklager at ny fastlegeforskrift ikke fremmes samtidig med de andre forskriftsendringene.
- Samhandlingsreformen avhenger av at IKT-systemene mellom kommuner og foretak og internt i kommuner fungerer optimalt døgkontinuerlig. Dette er ikke tilfelle i dag og det må derfor påregnes betydelige kostnader i oppgradering av systemer, kompetanse og drift knyttet til IKT.

KOMMENTARER TIL DE ENKELTE FORSKRIFTENE:

3.5. *Forslag til ny forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter.*

Kommentar til:

§ 3 Spesialisthelsetjenestens ansvar for vurdering og varsling

Siste del av forslag til formulering som er utsendt, kan oppfattes slik at det er spesialisthelsetjenesten som skal foreslå om pasienten skal ha et tilbud hjemme eller i institusjon. I så felle er dette i strid med kommunens rett til å bestemme hvilket tilbud som vurderes best.

Det kan være bra med et første varsel innen 24 t, men i de fleste tilfellene vil en ikke vite nok til å kunne starte arbeidet med å forberede det kommunale tilbudet. Varselet må skje på dagtid, ikke natt.

§ 4 Vilkår for at en pasient skal anses som utskrivningsklar KSNT ber om at tidligere kriterier videreføres eller at nye, tilsvarende og nasjonale kriterier utarbeides.

Formuleringen i § 4, første ledd kan oppfattes som at det settes likhetstegn mellom utskrivningsklar og at en pasient er ferdigbehandlet i spesialisthelsetjenesten. Om en pasient er ferdigbehandlet i spesialisthelsetjenesten, er han først utskrivningsklar: når kommunen har mottatt nødvendig informasjon for å stable et forsvarlig tilbud på beina når nødvendig kompetanseoverføring er sikret og veiledning fra HF overfor kommunens fagpersoner er avtalt

§ 5 Kommunens ansvar

Dette punktet i forskriften forutsetter at kommunen har døgnkontinuerlig beredskap for behovsvurderinger, samt at det eksisterer effektive IKT-system for god flyt av informasjon. Dette er ennå ikke tilfelle for på langt nær alle kommuner.

§ 6 Tidspunkt for betaling og krav til rapportering

Tidspunktet for betalingsplikt virker ikke funksjonell sett fra kommunenes ståsted. Tidspunktet for betalingsplikt burde ideelt ses i sammenheng med kommunens muligheter til å etablere et forsvarlig tilbud. Dersom plikt til betaling skal inntre allerede den dagen pasienten blir erklært for utskrivningsklar, kan det bety at dersom dette skjer kl. 23.00 torsdag kveld, vil ikke kommunene ha mulighet for å unngå betalingsplikt, og dermed er det foretakenes praksis som kan påvirke kommunenes økonomi på en ikke tilsiktet god måte.

Ideelt bør betalingsplikten inntre først på første virkedag etter, eller i alle fall påfølgende dag etter at pasienten er erklært utskrivningsklar. Kommunene signaliserer også at dagens praksis for fakturering for utskrivningsklare pasienter bør videreføres.

KSNT ønsker en tydeligere avklaring på disse punktene.

4.5.2 Forslag til forskrift om kommunal medfinansiering

Kommentarer:

- KSNT er usikker på grunnlaget for at betalingsplikten er satt til 20 % av enhetsprisen for et DRG poeng. Det er et ønske om at 20 % -regelen burde vært mer differensiert i forhold til type diagnoser betalingsplikten skal omfatte.
- Kommunene er dessuten svært forskjellige hva gjelder lokal kompetanse, kapasitet og spesielle utfordringer i befolkningen. Det oppleves usikkert hvorvidt dette ivaretas av forskriftens bestemmelser.
- Betalingsplikten er avhengig av at kommunene har en reell påvirkningsmulighet i hva kommunene skal medfinansiere. Slik forskriften framstår, skal kommunene betale ut fra et beregningsgrunnlag som påvirkes og håndteres av spesialisthelsetjenestens diagnosesystem. Foruten kommunenes uforutsigbare situasjon i forhold til antall innbyggere som legges inn i sykehus, blir også beregningsgrunnlaget svært uforutsigbart i og med at spesialisthelsetjenesten sitter med definisjonsmakta. En reell problemstilling er for eksempel at sykehusene iverksetter tiltak som kan medføre flere innleggelser, mens kommunene jobber for å redusere innleggelser – å påvirke oppgavefordelingen er for kommunene avgjørende for i større grad å kontrollere medfinansieringen. § 1 bør ta høyde for denne utfordringen.
- Kommunal medfinansiering ut fra DRG systemet tar ikke høyde for de økonomiske konsekvensene samhandling mellom systemene medfører i og med at kostnader knyttet til økt samhandling ikke er en del av kostnadsvektene i DRG systemet, jfr. forskriften om individuell plan og koordinator etter helse- og omsorgslovgivningen.
- Medfinansieringsforskriften burde vært utsatt (1 år?) inntil kommunene har bygd opp realistiske, alternative tilbud.
- Beregningsgrunnlaget for kommunal medfinansiering er data fra NPR. Det blir derfor et stort spørsmål om hvordan kommunene skal ha kontroll på dette når NPR er spesialisthelsetjenestens pasientregister? Slik vi ser det danner ikke NPR et troverdig grunnlag for kommunal medfinansiering.

5. Forslag til endringer i Norsk pasientregisterforskriften

Kommentarer:

- Til punkt 5 § 1.2 Er det riktig at det bare skal stå spesialisthelsetjenester og ikke alle helsetjenester, når man skal tenke helhetlig?

- KSNT mener det vil være et absolutt behov for andre styringsdata enn de som i dag finnes i pasientregisteret, data som sier lite om pleiebehov, funksjonsnivå etc. Tilrettelegging av kommunale tilbud krever andre pasientdata enn de som er å finne i pasientregisteret.
- På sikt bør det legges til rette for et felles register for en helhetlig helsetjeneste, uavhengig av hvor behandling skjer.

6. Fordeling av kostnader mellom kommuner, vederlag og disponering av kontantytelser

Kommentar:

KSNT støtter videreføringen og forenklinger.

KSNT vil imidlertid peke på at forskriften bør presisere hva som inngår i vederlaget og at det burde vært gitt muligheter for innhenting av opplysninger om inntektsforhold jfr.

bostøtteordningen.

KSNT vil også peke på viktigheten av en “begrepsharmonisering” slik at kommunene slipper unødige diskusjoner på bakgrunn av ulike definisjoner av sykehjemsplasser, omsorgsplasser osv.

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

Kommentarer:

KSNT støtter primærforslaget om at forskriften oppheves.

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

Ingen kommentarer.

6.4. Forslag til forskrift om vederlag for kommunal legehjelp og fysikalsk behandling

Ingen kommentarer.

7.5 Forslag til forskrift om kommunal helse- og omsorgsinstitusjon.

Kommentar:

KSNT støtter forslaget i § 1, der formuleringen “boform for omsorg og pleie” tas ut fra forskrift.

Ellers vil KSNT på nytt be om at departementet sørger for en harmonisering av regelverk for egenbetaling, finansiering, vedtaksplikt etc. uavhengig av boform. Innbyggerne bør ha de samme rettigheter og plikter uavhengig av boformens benevnelse. En anbefaler at de regler som i dag gjelder for hjemmebaserte tjenester, gjøres gjeldende for alle som mottar heldøgns helse- og omsorgstjenester. En harmonisering av regelverket har vært etterspurt fra kommunene i mange år, og foreslått av offentlige utredninger mange ganger etter 1993.

8.5. Ny forskrift om helsepersonellovens anvendelse

Kommentarer:

KSNT støtter forslag om en mer grundig gjennomgang av denne forskriften for å dra grensedragninger for hva som skal omfattes av dokumentasjonsplikten (hva er helsehjelp/omsorgshjelp... hva med hjemmeavlasterne?)

8.5.2 Forslag til endringer i gaveforskriften

Ingen kommentarer

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

Kommentarer:

Utfordringene i kommunene er svært ulike på dette området, og konsekvensene vil dermed bli svært ulike. Dette bør følges nøye fra statens side slik at ikke kommuner rammes uforholdsmessig.

10.2.4 Forslag til endring av forskrift om individuell plan og koordinator etter helse- og omsorgslovgivningen.

Kommentarer:

- Ordningen er positiv. Kravet om egen koordinator for brukere og pasienter som ikke ønsker individuell plan, vil medføre store økte personellkostnader for kommunene.
- Det vurderes som positivt at forskrift gir spesialisthelsetjenesten ansvar for egen koordinatorfunksjon. Dette kan forhåpentligvis gjøre det enklere å gi helhetlige tjenester både i sykehus og totalt.
- For å kunne håndtere pasientinformasjon raskt, effektivt og sikkert må kommunene ha oppegående heldøgns IKT-løsninger.

KSNT 27.09.2011/lis/ej