



**Saksframlegg**

| Utvalg        | Utvalgssak | Møtedato |
|---------------|------------|----------|
| Formannskapet |            |          |

**Høring - Forskriftsendringer og nye forskrifter som følge av Prop 91 L(2010-2011) Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester**

Vedlegg:

Vedlegg- innspill til KS

Høring - brev fra HOD

Høringsnotat -Forskriftsendringer og nye forskrifter som følge av Prop 91 L(2010- 2011)

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester

**Saksdokumenter (ikke vedlagt)**

**Saksopplysninger**

**Bakgrunn**

Helse- og omsorgsdepartementet har sendt 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, jf. vedlagt høringsnotat.

Frist for høringsuttalelse er torsdag 6. oktober 2011.

Departementet foreslår i denne omgang hovedsakelig nye forskrifter og endringer i eksisterende forskrifter som må være på plass før den nye lovgivningen settes i kraft 1.1.2012. Øvrige forskrifter vil ved behov bli gjennomgått senere. Parallelt med høringen vil departementet vurdere om flere av disse kan samles i fellesforskrifter.

**Fakta**

I høringsnotatet foreslår departementet blant annet:

- Ny forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter
- Ny forskrift om kommunal medfinansiering
- Endringer i Norsk Pasientregisterforskriften
- Endringer i forskrifter knyttet til fordeling av kostnader mellom kommuner, vederlag og institusjoners disposisjonsrett over kontantytelser fra folketrygden
- Ny forskrift om hva som skal anses for institusjon i den kommunale helse- og omsorgstjenesten
- Ny forskrift om helsepersonellovens anvendelse for personell som yter tjenester omfattet av helse- og omsorgstjenesteloven
- Ny forskrift om rett til helse- og omsorgstjenester til personer som oppholder seg i riket
- Endringer i forskrift om individuell plan, herunder bestemmelser om koordinator, og forskrift om habilitering og rehabilitering
- Forskrift om oppjustering av driftsavtalehjemler for fysioterapeuter

Til grunn for Stortingets lovvedtak ligger Prop. 91 L (2010-2011) Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (helse- og omsorgstjenesteloven) og Innst. 424 L (2010-2011). Forskriftsendringene, som til en viss grad også omfatter spesialisthelsetjenesten, må også ses i sammenheng med Meld. St. 16 (2010-2011) Nasjonal helse- og omsorgsplan og Innst, 422 S (2010-2011).

Kommunene i Trondheimsområdet legger fram felles høringssvar. Høringssvaret omtaler ikke tema som vi er enige i, - bare områder som vi ikke kan støtte uten justeringer.

## Vurdering

Det er viktig at forskriftene også ses og vurderes i lys av følgende sentrale utredningsarbeid:

- NOU 2011:11 Innovasjon i Omsorg
- NOU 2011:15 Rom for alle(en sosial boligpolitikk for fremtiden).

### Om ny forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare (kap. 3)

Nederst på s.16 i høringsnotatet sies det at kriteriene i gjeldende forskrift må endres, men at departementet legger til grunn at det benyttes *en felles, nasjonal definisjon* av hva som er en utskrivningsklar pasient. På tross av dette mangler en slik definisjon i forslaget til ny forskriften. Vi er enige om at spesialisthelsetjenesten har ansvar for å vurdere om en pasient er *ferdigbehandlet* i spesialisthelsetjenesten ut fra en medisinsk vurdering, men begrepet *utskrivningsklar* betrakter vi som mer omfattende og vidt. For at vurderingen av hvorvidt en pasient er utskrivningsklar skal kunne kvalitetssikres og påklages, må det foreligge krav til vurderingens innhold. Vurderingens innhold skal være slik at kommunene sikres nødvendige opplysninger for å kunne ta ansvar for videre oppfølging, og kommunene må også ha mottatt nødvendig informasjon før man kan si at pasienten er utskrivningsklar. I tillegg skal nødvendig kompetanseoverføring sikres.

Kommunene i Trondheimsområdet ber om at tidligere kriterier videreføres, fortrinnsvis utbedres:

*"En pasient er utskrivningsklar når følgende punkter er vurdert og konklusjonene dokumentert i pasientjournalen:*

1. *problemstillingen(e) ved innleggelsen slik disse var formulert av innleggende lege skal være avklart,*
2. *øvrige problemstillinger som har fremkommet skal som hovedregel være avklart,*
3. *dersom man avstår fra endelig å avklare enkelte spørsmål skal dette redegjøres for,*

4. *det skal foreligge et klart standpunkt til diagnose(r), samt videre plan for oppfølging av pasienten,*
5. *pasientens samlede funksjonsnivå, endring fra forut for innleggelse, og forventet fremtidig utvikling skal være vurdert,*
6. *dersom pasienten har behov for spesialisthelsetjenester som er utenfor den aktuelle avdelingens ansvarsområde, skal det sørges for at relevant kontakt etableres, og plan for denne oppfølgingen beskrives.”*

Vårt forslag er at kriteriene legges inn som merknader i forskriften. Et alternativ er at det vises til egne retningslinjer.

Skillet mellom ansvarsområdet for spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten går først og fremst innen faglig kompetanse for medisinsk utredning og behandling, men handler også om utstyrsnivå, personellressurser og behov for kompetanse, herunder behov for råd og veiledning for å kunne ta over videre oppfølging for å sikre forsvarlighet på utskrivningstidspunktet. Et ensidig medisinsk kriterium er derfor ikke holdbart som beslutningsgrunnlag for utskrivning.

Ang. §6: Betalingsplikten inntreer fra den dagen pasienten blir erklært utskrivingsklar og de øvrige pliktene i §§ 3 og 4 er oppfylt. Etter vår oppfatning må tidspunktet for betalingsplikt ses i sammenheng med kommunens muligheter for å etablere et tilbud. Dersom plikt til betaling skal inntre allerede den dagen pasienten blir erklært for utskrivingsklar, må kommunen betale uavhengig av når på døgnet pasienten rapporteres som utskrivingsklar i Norsk pasientregister, for eksempel kl. 23.00 på lørdag kvelden. Dermed kan foretakenes praksis påvirke kommunenes økonomi på en utilsiktet god måte. Vi har derfor følgende forslag til ny formulering:  
*Betalingsplikten inntreer dagen etter at pasienten blir erklært som utskrivingsklar.*

Dagens praktiske ordning for *fakturering av utskrivningsklare* må videreføres. KS og regionale helseforetak er enige om dette, og har tidligere sendt innspill og drøftet dette med sentrale myndigheter med positiv respons. Kommunene i Trondheimsområdet stiller seg derfor spørrende til hvorfor Helsedirektoratets opprinnelige forslag opprettholdes i forskriften og begrunnelsen for det, da det blir langt mer byråkratisk og tungvint.

#### **Om kommunal medfinansiering (kap. 4)**

Kommunen ønsker at 2012 skal være et pilotår for den nye ordningen og at det foretas følgeevaluering fra dag 1.

Det bør i tillegg foretas en spesifisering av *hvem som bærer risikoansvaret om det viser seg at finansieringsmodellene er basert på for upresist grunnlag, får utilsiktede vridinger eller ikke har den tilsiktede effekt*. Dette må ses på bakgrunn av at beregningsgrunnlaget for modellen ikke er ansettes som presist nok for å få oversikt over omfanget, og kommunene har pr i dag ikke tilgang på nødvendige styringsdata for å kunne planlegge virksomheten.

Dersom overføringene til kommunene ikke gir rom for å bygge opp alternative kommunale løsninger, vil medfinansieringsmodellen virke i strid med intensjonen fordi kommunen bindes til å prioritere sykehusregninger framfor utvikling av kommunale tiltak. Det er derfor en reell risiko for at modellen kan ha motsatt effekt enn det den er ment å ha både når det gjelder forebygging og vekst i redusert vekst i helsesektoren.

Potensialet til å bygge ut alternative kommunale tiltak vil variere mellom de ulike diagnosegruppene og tiltakene, og kunnskapene er pr i dag begrenset mht hva som gir best effekt.

#### **Om endringer i Norsk pasientregister (kap.5)**

Kommunene er forespeilet tilgang på de data de trenger for å planlegge tjenestene. Det er her viktig å være oppmerksom på at kommunene og sykehusene har ulikt behov for styringsdata siden oppgavene er forskjellige, og fordi intensjonen med å overføre mer ansvar til kommunene er å bygge opp alternative tiltak "før, etter eller istedenfor". De data kommunene er forespeiler så langt dekker ikke behovet. En oversikt over diagnosegrupper alene er ikke tilstrekkelig styringsdata for kommunene. Dette er viktig at kommunene selv er med på å definere hva som er nødvendig.

### **Om fordeling av kostnader mellom kommuner, vederlag og disponering av kontantytelser (kap.6)**

*Om deling av kostnader - refusjonsordninger:*

I ny lov er ansvaret for å sørge for tjenester lagt til oppholdskommunen etter § 3-1, og det er ikke gitt hjemmel for unntak av dette. Det er kun betalingsansvaret som reguleres (s.44), og forslaget er at dette skal gjelde tjenester som kommunene er blitt enige om. Dette støtter vi, men forskriften må omformuleres slik at den tar høyde for *nye modeller for interkommunale samarbeid* for forebygging, behandling og rehabilitering, både i og utenfor institusjon. Bestemmelsen om unntak av oppholdsprinsippet som i dag er knyttet til LOST § 10-1 er ikke videreført i den nye loven, men departementet kan altså i forskrift gi nærmere bestemmelser om utgiftsdeling. Forslaget om å videreføre refusjonsbestemmelsene bør i hovedsak videreføres inntil videre støttes.

### **Om forskrift om institusjon i den kommunale helse- og omsorgstjenesten (kap.7)**

Definisjon av begrepet institusjon er, som påpekt i høringsnotatet, uklart, og begrepet er viktig å avklare blant annet av finansieringsgrunner. Det er behov for en modernisering og harmonisering mellom boformer.

Vi har notert oss at heldøgns omsorgsboliger for eldre og funksjonshemmede ikke er med på listen over boformer som kommer inn under begrepet institusjon, og savner begrunnelse for at dette er utelatt. Det blir et kunstig skille mellom heldøgns omsorgsboliger for eldre og aldershjem etter ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, slik vi ser det. Heldøgns omsorgsboliger hjemles i husleieloven, mens syke - og aldershjem hjemles i helse- og omsorgslov og man kan kreve vederlag for opphold. Kommunene i Trondheimsområdet ønsker at det arbeides videre med forslaget for ytterligere harmonisering og modernisering. Dette også koblet opp mot NOU 2011:11 Innovasjon i Omsorg og NOU 2011:15 Rom for alle(en sosial boligpolitikk for fremtiden).

### **Om helsepersonellovens anvendelse (kap.8)**

Kommunene i Trondheimsområdet er enig i at det bør utarbeides særskilte regler som eksemplifiserer og tydeliggjør hva som er relevant å dokumentere i disse tilfellene.

### **Om individuell plan, koordinerende enhet og oppnevning av koordinator (kap.10)**

Forskriften bør tydeliggjøre funksjonen til koordinator i forskriften, for eksempel en presisering av at dette ikke er en rolle/funksjon på systemnivå, men brukerens nærmeste kontaktperson. Det må tas høyde for at det i en del tilfeller er spesialisthelsetjenesten og videregående skoler som samarbeider om tilbudet til en ungdom. Det er viktig *at kommunenes rolle som hovedansvarlig for IP ikke gjelder i situasjoner der kommunene ikke har delansvar for tjenester*. Her bør fylkeskommunen ha et ansvar på lik linje med spesialisthelsetjenesten og kommune.

### **Om profesjonsnøytralitet**

Kommunene i Trondheimsområdet støtter prinsippet om profesjonsnøytralitet, *forutsatt* at det utarbeides nasjonale standarder og kvalitetsindikatorer for å sikre forsvarligheten i helse- og omsorgstjenestene.

### **Rådmannens innstilling**

Formannskapet slutter seg til rådmannens forslag til hørings svar

# KOMMENTARER 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 Sør-Trøndelag har følgende kommentarer til forskriftsforslagene. Forslaget har fått sin tilslutning fra Rådmannsutvalget og fylkesstyret i KS Sør-Trøndelag.

## Innledende kommentarer til høringsdokumentene:

- KS Sør-Trøndelag beklager at frist for høring representerer et tidspress som kan redusere muligheten for en breiere prosess i kommunene med å gå gjennom dokumentene. Disse dokumentene legger klare føringer for kommunene når samhandlingsreformens ulike satsinger skal gjennomføres i årene framover.
- Forskriftsendringer og nye forskrifter synes å legge opp til at mye skal avtales mellom parter (kommunene og helseforetakene). Vi skulle ønske at noe mer var sentralt besluttet og avklart ikke lagt ut til forhandlinger mellom parter som historisk sett ikke er oppfattet som likeverdige.
- KS Sør-Trøndelag opplever at flere av de utsendte høringsdokumentene bærer preg av at de fortsatt er helseforetakene som skal ha definisjonsmakten. Det blir en stor utfordring å bevispraksis at ønsket likeverdighet blir reell, og at partene opplever dette i de forhandlingene som skal foregå, og i den daglige samhandlingen som må være der for at innbyggerne skal oppleve helhetlige og sammenhengende behandlingsforløp.
- Hovedbildet som dannes etter å ha sett på forskriftsforslagene, er at de ikke i tilstrekkelig grad stimulerer til felles samhandlingskjede, den felles verdikjeden som er 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.
- KS Sør-Trøndelag er enige 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 de økte rammene som er skissert for kommunene i tilstrekkelig grad kompenserer for de økte kostnadene som vil komme, og om kommunene er i stand til å bygge opp kompetanse og beredskap til å møte endringene. Kommunene forventer at helseforetakene er villige til å bistå konstruktivt med å bygge kompetanse og beredskap i kommunene. Videre forventer kommunene at HOD straks bidrar med endringer av forskrifter og rammer når en ser effekter av reformens ulike tiltak.
- KS Sør-Trøndelag beklager at ny fastlegeforskrift ikke fremmes samtidig med de andre forskriftene, da legenes rolle og funksjon vil ha stor betydning for realitetene i reformarbeid og effekten for innbyggerne samt kommunene. Legenes ansvar må tydeliggjøres gjennom revisjon av fastlegeforskriften.

De enkelte forskriftene:

### 3.5.2. *Forslag til ny 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.

### § 1 Virkeområde

Forskriften regulerer kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter innen somatikk innlagt i sykehus i påvente av et kommunalt tilbud.

Det samme gjelder for utskrivningsklare pasienter ved private sykehus som er omfattet av avtale mellom det regionale helseforetaket og sykehuset, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a sjette ledd. Forskriften gjelder ikke for utskrivningsklare pasienter innen psykisk helsevern, tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengige og private opptreningsinstitusjoner.

### § 2 Betaling

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. Betaling skjer etter den døgnpris som til enhver tid er fastsatt, jf. andre ledd.

Døgnpris for opphold i sykehus fastsettes i statsbudsjettet.

(Døgnpris for opphold i sykehus er pr. 1.1.2012 kr. 4000,- )

### § 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.

Endringsforslag: Innen 24 timer etter innleggelse skal det gjøres en vurdering av hvor lenge innleggelsen antas å vare, samt at det gjøres en første funksjonsvurdering.

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. Varslet bør skje på dagtid, ikke natt.

- 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 (**medisinsk ansvarlig**) 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 (**hva betyr umiddelbart? Uten forsinkelse? Når som helst – eller**). (**Bør presiseres**) 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 Sør-Trøndelag er overrasket over at ikke tidligere definisjoner av hva en utskrivningsklar pasient er blir videreført i endret forskrift.**

### **I de gamle forskriftene var begrepet “utskrivningsklar” klart definert:**

”En pasient er utskrivningsklar når følgende punkter er vurdert og konklusjonene dokumentert i pasientjournalen:

1. problemstillingen(e) ved innleggelsen slik disse var formulert av innleggende lege skal være avklart,
2. øvrige problemstillinger som har fremkommet skal som hovedregel være avklart,
3. dersom man avstår fra endelig å avklare enkelte spørsmål skal dette redegjøres for,
4. det skal foreligge et klart standpunkt til diagnose(r), samt videre plan for oppfølging av pasienten,
5. pasientens samlede funksjonsnivå, endring fra forut for innleggelse, og forventet fremtidig utvikling skal være vurdert,
6. dersom pasienten har behov for spesialisthelsetjenester som er utenfor den aktuelle avdelingens ansvarsområde, skal det sørges for at relevant kontakt etableres, og plan for denne oppfølgingen beskrives.”

KS Sør-Trøndelag 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

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. (**Hva betyr straks? Inne 24t? innen 2 døgn?**) Dette gjelder ikke dersom det foreligger omstendigheter utenfor kommunens kontroll som ikke gjør det mulig å avgi svar. 25

**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 alle kommuner.**



#### § 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.

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.

KS Sør-Trøndelag ønsker en tydeligere avklaring på disse punktene.

#### § 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.

#### § 8 Klage

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

#### § 9 Administrasjon av ordningen

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.

#### § 10 Ikrafttredelse

Forskriften trer i kraft fra den tid departementet fastsetter.

### **4.5.2 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-poeng fastsettes i statsbudsjettet.

(Ett DRG-poeng i 2011 er kr. 36 968)

#### § 5 Beregningsgrunnlag

Beregningsgrunnlaget for kommunal medfinansiering er data fra Norsk pasientregister.

#### § 6 Administrasjon av ordningen

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

#### § 7 Ikrafttredelse

Forskriften trer i kraft fra den tid departementet fastsetter

#### **Kommentarer:**

- KS Sør-Trøndelag 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. Det er et ønske om at HOD legger opp til at kommunene og helseforetakene får se på finansieringsmodellen på nytt.
- 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. Ei reell problemstilling er for eksempel at sykehusene iverksetter tiltak som kan medføre flere innleggelses, mens kommunene jobber for å redusere innleggelses – 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 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 litt inntil kommunene har bygd opp realistiske, alternative tilbud.
- Beregningsgrunnlaget for kommunal medfinansiering er data fra NPR. Hvordan skal kommunene 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***

Endring av forskrift 7. desember 2007 nr. 1389 om innsamling og behandling av helseopplysninger i Norsk pasientregister (NPR-forskriften).

§ 1-2 skal lyde:

§ 1-2. Norsk pasientregisters formål

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.

I tillegg har Norsk pasientregister til formål å:

- a) bidra til medisinsk og helsefaglig forskning, herunder forskning som kan gi viten om helsetjenester, behandlingseffekter, diagnoser, og sykdommers årsaker, utbredelse og forløp og forebyggende tiltak,
- b) danne grunnlag for etablering og kvalitetssikring av sykdoms- og kvalitetsregistre,
- c) bidra til kunnskap som grunnlag for forebygging av ulykker og skader.

§ 3-3 skal lyde:

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

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.<sup>41</sup>

### **Kommentarer:**

- Til punkt 5 § 1.2 Er det riktig at det bare skal stå spesialisthelsetjenester og ikke alle helsetjenester, når man skal tenke helhetlig?
- KS Sør-Trøndelag 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 et kommunalt tilbud krever andre pasientdata enn de som finnes i pasientregisteret.
- På sikt bør det legges til rette for et felles register for en helhetlig helsetjeneste, uavhengig av hvor behandlig skjer.

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

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

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

### Ingen merknader.

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

### ***Primært forslag***

***Forskriften oppheves***

Det er en forutsetning at fylkesmannen overtar forvalteransvaret for vergemål i 2012 dersom forskriften skal strykes.

### ***Sekundært forslag***

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

***(Merket med kursiv er endringer sammenlignet med forskrift 20. mars 1973 nr. 02 om disponering av kontantytelser fra folketrygden til personer innlagt i helseinstitusjoner for langtidspasienter.)***

### ***§ 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 tjenestepensjonsordning 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. 54***

***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.***

*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.*

*Vedtaket 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 overformyndieriet, 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.*

#### **§ 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 overformyndieriet. 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 folketrygdløven § 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 56*

*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.*

#### **§ 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.*

#### **Kommentarer:**

**KS Sør-Trøndelag støtter primærforslaget om at forskriften oppheves.**

### **6.3.4 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.

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 skatteligning 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

**Ingen kommentarer.**

#### ***6.4.2 Forslag til forskrift om vederlag for kommunal legehjelp og fysikalsk behandling***

##### **Forskrift om vederlag for kommunal legehjelp og fysikalsk behandling.**

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 andre ledd

(Endringene er merket med kursiv.)

Forskriften skal lyde:

§ 1

Den som har rett til medisinsk stønad etter lov om folketrygd skal betale vederlag for hjelp for lege eller fysioterapeut ansatt i kommunens *helse- og omsorgstjeneste*, dersom det ikke i forskrifter etter *folketrygdloven § 5-4 og 5-8* er bestemt at det skal ytes fri hjelp. Det samme gjelder for den som har rett til slik stønad i henhold til gjensidighetsavtale med annet land om sosial trygghet, inngått i medhold av lov om folketrygd § 18-12.

Vederlaget skal i det enkelte tilfelle svare til forskjellen mellom den honorarsats som til enhver tid gjelder etter avtale mellom staten og Den norske lægeforening, respektive Norske Fysioterapeuters Forbund, og folketrygdens refusjonssats.

§ 2

Den som ikke har rett til medisinsk stønad etter lov om folketrygd eller gjensidighetsavtale skal betale et vederlag som i det enkelte tilfelle svarer til honorarsatsene som er nevnt i § 1.

### Ingen merknader.

## **7.5 Forslag til forskrift om kommunal helse- og omsorgsinstitusjon.**

### **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.

**KS Sør-Trøndelag støtter forslaget i § 1, der formuleringen “boform for omsorg og pleie” tas ut fra forskrift.**

**Ellers vil KS Sør-Trøndelag på nytt be om at departementet vurderer en harmonisering av regelverk for egenbetaling, finansiering, vedtaksplicht 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.**

#### *§ 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.

#### *§ 4 Endring av forskriften*

Departementet kan endre denne forskriften.

### **8.5.1 Ny forskrift om helsepersonellovens anvendelse**

#### **Forskrift om helsepersonellovens anvendelse for personell som yter tjenester etter lov om kommunale 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. § 2-1 andre punktum

*§ 1 Helsepersonellovens anvendelse for mottakere av omsorgslønn.*

Lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell m.v. kommer ikke til anvendelse for personer som mottar omsorgslønn etter lov om kommunale helse- og omsorgstjenester § 3-6, jf. denne lovens § 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.

#### **Kommentarer:**

**KS Sør-Trøndelag støtter forslag om en mer grundig gjennomgang av denne forskriften for å dra grensdragninger for hva som skal omfattes av dokumentasjonsplikten.**

### **8.5.2 Forslag til endringer i gaveforskriften**

#### **Endring av forskrift 29. august 2005 nr. 941 om begrensninger i helsepersonells adgang til å motta gave, provisjon, tjeneste eller annen ytelse**

Ny § 1a skal lyde:

*§ 1a Forskriftens anvendelse i forhold til personell som yter tjenester omfattet av lov om kommunale helse- og omsorgstjenester mv.*

Med helsepersonell menes i denne forskrift også personell som yter tjenester etter lov 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. som ikke er å anse for helsehjelp i henhold til pasient- og brukerrettighetsloven § 1-3 bokstav c. 81

Med pasient menes i denne forskrift også personer som anmoder om eller mottar tjenester omfattet av lov 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. som ikke er å anse for helsehjelp, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 1-3 bokstav f.

#### **Ingen kommentarer**

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

### **Forskrift om rett til helse- og omsorgstjenester til personer uten fast opphold i riket.**

Fastsatt ved kongelig resolusjon XX desember 2011 med hjemmel i pasient- og brukerrettighetsloven § 1-2 andre ledd. Fremmet av Helse- og omsorgsdepartementet.

#### *§ 1 Rett til vurdering fra spesialisthelsetjenesten.*

Alle personer som oppholder seg i riket, har rett til vurdering fra spesialisthelsetjenesten etter pasient- og brukerrettighetsloven § 2-2 første, tredje og fjerde ledd.

#### *§ 2 Fulle rettigheter til helsehjelp.*

Rett til helsehjelp etter pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 2 gjelder fullt ut bare for personer som har lovlig opphold i riket og som enten

- a) har fast opphold i riket, det vil si opphold som er ment å vare eller har vart minst 12 måneder, eller
- b) er medlemmer av folketrygden med rett til stønad ved helsetjenester, eller
- c) har rett til helsehjelp i henhold til gjensidighetsavtale med annen stat (konvensjonspasienter).

#### *§ 3 Rett til øyeblikkelig hjelp.*

Alle personer som oppholder seg i riket, har rett til øyeblikkelig hjelp etter pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1a første ledd og § 2-1b første ledd.

#### *§ 4 Barns rett til helse- og omsorgstjenester.*

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.

#### *§ 5 Rett til helsehjelp som ikke kan vente mv.*

Alle personer som oppholder seg i riket, har rett til følgende helsehjelp etter pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1a andre ledd og § 2-1b andre ledd første og andre punktum:

- a) helsehjelp som er helt nødvendig og ikke kan vente uten fare for nært forestående død, varig sterkt nedsatt funksjonstilstand, alvorlig skade eller sterke smerter. Dersom vedkommende er psykisk ustabil og utgjør en nærliggende og alvorlig fare for eget eller andres liv eller helse, har vedkommende uansett rett til psykisk helsevern
- b) nødvendig helsehjelp før og etter fødsel
- c) svangerskapsavbrudd etter bestemmelsene i abortloven
- d) smittevern hjelp, jf. smittevernloven § 6-1

e) helsehjelp som ikke bør vente til frihetsberøvelsen er opphørt, dersom vedkommende er undergitt frihetsberøvelse som nevnt i folketrygdloven § 2-17.

#### *§ 6 Rett til nødvendig omsorg.*

Personer som har lovlig, men ikke fast opphold i riket, jf. § 2 bokstav a, og som ikke kan dra omsorg for seg selv, har kun rett til nødvendig omsorg inntil vedkommende kan forlate landet, med mindre annet følger av avtale som Norge har inngått med vedkommende persons hjemland eller av multilaterale avtaler eller konvensjoner.

Personer som ikke har lovlig opphold i riket og ikke kan dra omsorg for seg selv, har rett til nødvendig omsorg inntil vedkommende etter utlendingsloven og forskrifter gitt i medhold av loven, har plikt til å forlate landet.

*§ 7 Rett til helse- og behandlingmessige opplysninger 86.*

Alle personer som oppholder seg i riket, og som søker eller trenger helse- og omsorgstjenester, har rett til de helse- og behandlingmessige opplysninger vedkommende trenger for å ivareta sin rett, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1a fjerde ledd og § 2-1b tredje ledd.

*§ 8 Dokumentasjon av at opphold er lovlig.*

Helse- og omsorgstjenesten kan kreve at pasient eller bruker dokumenterer lovlig opphold i riket for hjelp som omfattes av § 2 og § 6 første ledd.

*§ 9 Endring av forskriften.*

Departementet kan endre denne forskriften.

*§ 10 Ikraftsetting.*

Forskriften trer i kraft 1. januar 2011. Fra samme tidspunkt oppheves § 1 i forskrift 1. desember 2000 nr. 1208 om prioritering av helsetjenester, rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, rett til behandling i utlandet og om klagenemnd (prioriteringsforskriften).

### **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.***

*(For oversiktens skyld gjengis forskriften i sin helhet. Forslag til endringer i gjeldende forskrift er markert i kursiv.)*

#### **Forskrift om individuell plan og koordinator etter helse- og omsorgslovgivningen**

*§ 1 Virkeområde*

Forskriften gjelder individuelle planer som skal utarbeides etter helse- og omsorgstjenesteloven § 7-1, spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 og psykisk helsevernloven § 4-1. I tillegg gjelder forskriften

*oppnevning av koordinator etter helse- og omsorgstjenesteloven § 7-2 og spesialisthelsetjenesteloven § 2-5a.*

*§ 2 Formål*

Formålet med utarbeidelsen av en individuell plan og oppnevning av koordinator er:

- a. å bidra til at pasienten og brukeren får et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud,

- b. å styrke samhandlingen mellom tjenesteyter og *pasient og bruker* og eventuelt pårørende, og mellom tjenesteytere og etater innen et forvaltningsnivå eller på tvers av forvaltningsnivåene.

### § 3 oppheves.

#### § 4 *Pasientens og brukers rettigheter.*

*Pasient og bruker* med behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester, har rett til å få utarbeidet individuell plan. *Vedkommende* har rett til å delta i arbeidet med sin individuelle plan, og det skal legges til rette for dette. Pårørende skal trekkes inn i arbeidet i den utstrekning *pasienten og brukeren* og pårørende ønsker det.

Dersom en *pasient eller bruker* ikke har samtykkekompetanse, har *vedkommendes* nærmeste pårørende rett til å medvirke sammen med *pasienten eller brukeren*.

Den individuelle planen gir ikke *pasienten og brukeren* større rett til helse- og omsorgstjenester enn det som følger av det øvrige regelverket. 90

#### § 4 a *Koordinator i kommunen.*

*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.

#### § 4 b *Koordinator i spesialisthelsetjenesten.*

*For pasienter* med behov for komplekse eller langvarige og koordinerte tjenester etter spesialisthelsetjenesteloven, skal det oppnevnes koordinator, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 a. Dette gjelder uavhengig av om *pasienten* ønsker individuell plan.

*Koordinator* skal sørge for nødvendig oppfølging av den enkelte *pasient* og sikre at *vedkommende* får tilbud om individuell plan hvis vilkårene i første ledd er oppfylt. *Koordinator* skal også sikre samordning av tjenestetilbudet i forbindelse med institusjonsopphold og overfor andre tjenesteytere og sikre fremdrift i arbeidet med individuell plan.

*Koordinatoren* bør være lege, men annet helsepersonell kan være koordinator når det anses hensiktsmessig og forsvarlig.

#### § 5 *Samtykke.*

Individuell plan skal ikke utarbeides uten samtykke fra *pasienten eller brukeren* eller den som kan samtykke på vegne av *vedkommende*.

For pasienter gjelder *pasient- og brukerrettighetsloven* kapittel 4 om samtykke til helsehjelp tilsvarende.

#### § 5 a *Ansvar for å melde fra om behov for individuell plan og koordinator*

*Helsepersonell* skal snarest mulig gi melding om *pasienters og brukers* behov for individuell plan og koordinator, jf. helsepersonelloven § 38 a. Det samme gjelder annet personell som yter helse- og omsorgstjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 2-1.

*Helsepersonell* som yter spesialisthelsetjenester, skal gi melding til koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet i spesialisthelsetjenesten. Annet personell skal gi melding til koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet i kommunen. 91

#### *§ 6 Ansvar for å utarbeide individuell plan.*

Kommunens helse- og omsorgstjeneste og helseforetaket har plikt til å sørge for at individuell plan etter § 1 utarbeides for *pasienter og brukere* med behov for langvarige og koordinerte tjenester, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 7-1, spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 og psykisk helsevernloven § 4-1.

*Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering har det overordnede ansvaret for individuell plan, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 7-3 og forskrift om habilitering og rehabilitering §§ 8 og 13.*

*Dersom en pasient eller bruker har behov for langvarige og koordinerte tjenester både etter helse- og omsorgstjenesteloven og spesialisthelsetjenesteloven eller psykisk helsevernloven, skal kommunen sørge for at det blir utarbeidet en individuell plan, og at planarbeidet koordineres. Helseforetaket skal så snart som mulig varsle kommunens koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering når den ser at det er behov for en individuell plan som omfatter tjenester både fra spesialisthelsetjenesten og kommunen, og skal i slike tilfeller medvirke i kommunenes arbeid med individuell plan.*

Har *pasienten eller brukeren* behov for tjenester fra andre tjenesteytere eller etater, skal kommunens helse- og omsorgstjeneste og helseforetaket samarbeide med disse.

Planarbeidet må koordineres, og det skal kun utarbeides én individuell plan for hver enkelt *pasient eller bruker*.

#### *§ 7 Innholdet i individuell plan.*

Den individuelle planens innhold og omfang skal tilpasses behovene til den enkelte *pasient eller bruker*. Det skal under utarbeidelsen av planen tas hensyn til vedkommendes etniske, kulturelle og språklige forutsetninger. Planen skal inneholde følgende hovedpunkter:

- a. en oversikt over pasientens og brukerens mål, ressurser og behov for tjenester,

#### **Kommentarer:**

- **Ordningen er positiv, men kan bli utfordrende å innføre. 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.**