



Oslo kommune  
Byrådsavdeling for eldre og sosiale tjenester

Helse- og omsorgsdepartementet  
Postboks 8011 Dep  
0030 OSLO

Dato: 04.10.2011

Deres ref:  
201101755-/KJJ

Vår ref (saksnr):  
201103154-32

Saksbeh:  
Anne Christine Breivik, 23461626

Arkivkode:  
200

**OSLO KOMMUNES HØRINGSUTTALELSE TIL UTKAST TIL FORSKRIFTER  
SOM FØLGE AV SAMHANDLINGSREFORMEN**

Vedlagt følger Oslo kommunes høringsuttalelse til forskriftene. Saken ble behandlet av bystyret i møtet 28.09.2011. Bystyrets vedtak følger vedlagt.

Med hilsen

Björg Månum Andersson  
kommunaldirektør

Åse Snåre  
seksjonssjef

[Godkjent og ekspedert elektronisk](#)

**Vedlegg:** Bystyrets vedtak: Oslo kommunes høringsuttalelse

**Kopi til:** KS



Oslo kommune  
Bystyret

[11/01491-3]

**Sak 326 Oslo kommunes høringsuttalelse - Forslag til forskriftsendringer og nye forskrifter som følge av samhandlingsreformen - Byrådssak 213 av 22.09.2011**

Sendt til byrådet.

**Bystyret har behandlet saken i møtet 28.09.2011 sak 326**

**FORSLAG:**

*Forslag fremsatt i komiteen:*

*Nina Bachke på vegne av A og Marianne Borgen på vegne av SV fremmet følgende alternative forslag:*

Byrådet avgir høringsuttalelse til sak om samhandlingsreformen på vegne av Oslo kommune.

**Votering:**

Helse- og sosialkomiteens innstilling ble vedtatt mot 24 stemmer, A og SV, som stemte for eget forslag.

*Etter dette er bystyrets vedtak:*

Oslo kommune avgir følgende høringsuttalelse til Helse- og omsorgsdepartementet til forslag om nye forskrifter og endringer i eksisterende forskrifter:

Oslo kommune mener primært at iverksettelsen av samhandlingsreformen bør utsettes til 2013. Kommunene bør få midler i 2012 for å etablere tiltak som vil gjøre dem i stand til å utføre de nye oppgavene reformen bringer med seg. Utsettelse av reformen vil for øvrig gi tid for avklaring av de store økonomiske og organisatoriske utfordringer som beskrives nedenfor.

Oslo kommune vil påpeke at det er en meget omfattende hørings sak som berører mange ulike forhold knyttet til samhandlingsreformen. Forslagene vil regulere en ordning med store økonomiske og administrative konsekvenser for kommunen. Oslo kommune vil trekke frem det som oppfattes som de aller mest viktige innvendinger til finansieringen og reguleringen per 01.01.2012, slik det er foreslått.

Reformen er underfinansiert

- Antallet liggedøgn per år i Oslo med kostnad 4000 kroner per døgn tilsvarer om lag 130 mill. kroner. Oslo kommune er kompensert med 60 mill. kroner.
- Kostnader (DRG) i 2010 for sykehustjenester som Oslo kommune skal medfinansiere i 2012 tilsvarer en medfinansieringsandel på 488 mill. kroner uten justering for befolkningsvekst. Oslo kommune er kompensert med 465 mill. kroner.
- Det er ingen grunn til å tro at den historiske trenden med økende utgifter til DRG til pasienter fra Oslo vil endre seg med det første. Kostnadsdekkende kompensasjon for forventet aktivitet i 2012 bør således ligge vesentlig høyere enn historiske kostnader, ikke minst på grunn av den raske økningen i befolkningen.
- Dersom utrekket fra sykehusene for oslopasienter overskrider beløpet som fordeles til Oslo kommune vil det medføre et kutt i helsetjenester til Oslo kommunes befolkning.

#### Foreslått regulering gir høy risiko for kommunen, men få styringsmuligheter

- 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.
- Regelverket gjør det neppe mulig for kommunen å ta ut pasienter uten å betale for minst ett døgn. Dette er fordi det ikke gis høyde for nødvendig tid til å organisere flytting av pasienten fra sykehuset til et ventende tilbud og pasienten kan meldes utskrivningsklar til alle døgnets tider. Ett døgn for hver pasient som meldes utskrivningsklar utgjør ca 25 mill. kroner per år for Oslo kommune.
- Tidspunktet for at plikt til betaling inntreffer kan komme etter tidspunktet som betalingsplikten gjelder fra.
- Kostnader til medfinansiering avgjøres av hvem som legges inn på sykehus. Kommunen har ingen innflytelse på beslutninger om innleggelse, som tas av leger i og utenfor sykehus.
- Oppgjørsordningen som er foreslått for utskrivningsklare pasienter gir ikke reelle kontrollmuligheter for kommunen.

#### Nødvendig kommunikasjon mellom nivåene understøttes verken av IKT – systemene eller de foreslåtte forskriftsbestemmelsene

- Reguleringen forutsetter rask handling fra kommunen og en dialog mellom sykehuset og kommunens helse- og omsorgstjeneste under prosessen. Forskriften har imidlertid utilstrekkelige krav og frister for varsel og tilbakemelding.
- Eksisterende IKT – systemer i helsetjenesten understøtter ikke nødvendig kommunikasjon mellom nivåene.
- Forskriften fastsetter ikke hvilke konsekvenser det får for partene dersom forpliktelsene til kommunikasjon ikke overholdes.

#### Dersom reformen ikke utsettes til 2013 må 2012 være et prøveår

- Ingen kommuner bør betale mer for kommunal medfinansiering i 2012 enn hva de får i kompensasjon, fordi det på kort sikt ikke er mulig å påvirke omfanget av sykehusbehandling.
- Innføring av oppgjørsordningene vil i seg selv kunne påvirke sykehusenes atferd, slik at både antall utskrivningsklare pasienter og nivået på kommunal medfinansiering øker. Dersom dette skjer, må det skje en større overføring av midler fra sykehusene til kommunene enn hva det i utgangspunktet legges opp til.

- Kostnadsnøkklene som blir brukt for å fordele ressurser mellom kommunene bidrar til omfordeling internt i kommunesektoren, uten at det er godt nok dokumentert om dette er en hensiktsmessig og treffsikker fordelingsmåte. Som en følge av dette bør kostnadsnøkklene etterprøves i forhold til aktivitetsutviklingen i 2012 og eventuelt justeres fra 2013
- I løpet av 2012 vil det bli avdekket at forskriftene for oppgjørsordninger på enkelte områder ikke er klare nok til å regulere atferd mellom kommuner og sykehus på en måte som fremmer formålet med samhandlingsreformen. Derfor bør det i løpet av 2012 foretas en fortløpende evaluering, med sikte på nødvendige justeringer og ytterligere presiseringer av forskriftene.

### Om finansieringsordningen

Det er to hovedtrekk ved Samhandlingsreformen som Oslo kommune særlig ønsker å belyse, fordi de utgjør en risiko for kommunen. Det ene er at ufullstendig datamateriale ligger til grunn for finansieringen av reformen og skaper økonomisk usikkerhet og risiko for kommunen. Det andre er at antakelsen om en substitusjonsmulighet mellom kommunale helsetjenester og spesialisthelsetjenesten bygger på den sterke forutsetningen at man kan redusere forbruket av ressurser i den ene sektoren, ved å bygge opp tilbudet i den andre. Så lenge spesialisthelsetjenesten opprettholder sitt produksjonsnivå vil kommunal medfinansiering kunne føre til et skift i tilbudet fra spesialisthelsetjeneste til kommune, uten at økonomiske besparelser og reduksjon i bruken av ressurser blir resultatet. Til sammen vil kommunal betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter og kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten antakelig føre til større økonomisk risiko og merkostnader for kommunen.

Det er forutsatt i kommuneproposisjonen at Oslo kommune skal motta 525 mill. kroner til dekning av de to finansieringsordningene i 2012. Det er antatt at omtrent 60 mill. kroner av disse skal finansiere utskrivningsklare pasienter. Fordelingen av midler til kommunen skjer gjennom bruk av en kostnadsnøkkel basert på alderskriterier.

På landsbasis er det grunn til å stille spørsmål ved datagrunnlaget. Det er uttalt i høringsnotatet at finansieringen av medfinansieringsordningen, som tilsvarer 4,2 mrd. er beregnet ut i fra tall fra 2. tertial 2010. Det er Oslo kommunes vurdering at det er urovekkende at datagrunnlaget som ligger til grunn er et øyeblikksbilde. Det er heller ikke klart om det er tall på faktisk forbruk av DRG poeng, eller om det er pasientdata fra NPR som er benyttet. Oslo kommune mener at historiske data, og utviklingen i forbruket av helsetjenester også burde ha ligget til grunn når man har estimert beløpet som skal finansiere reformen.

Det samme gjelder datagrunnlaget for utskrivningsklare pasienter. Mye tyder på at pasientdata blir rapportert på ulikt grunnlag, og det slår nå ulikt ut for ulike kommuner.

I de offisielle statistikkene fra NPR som ble publisert av Helsedirektoratet 21.06.2011 er det i Oslo registrert 34 579 liggedøgn med status utskrivningsklar i 2009, og 31 849 døgn i 2010. Hvis dette antallet opprettholdes i 2012, vil kostnaden for Oslo kommune til utskrivningsklare pasienter i 2012 være i underkant av 130 mill. kroner. Det etterspørres med dette en forklaring fra Helse- og omsorgsdepartementet på avviket mellom kostnaden av de historiske data i NPR og finansieringsrammen på 60 mill. kroner som det er foreslått at Oslo kommune skal benytte til å finansiere mottak av utskrivningsklare pasienter i 2012. Satsen for betaling av

utskrivningsklare pasienter er satt til kr 4000 pr. døgn. Hvis man beregner hvor mange liggedøgn for utskrivningsklare pasienter som kan finansieres ved bruk av 60 mill. kroner utgjør dette 15 000 liggedøgn i løpet av 2012.

Avviket mellom datagrunnlaget, som ligger til grunn for finansieringen, og fordelingen av midlene som fordelingsnøkkelen gir grunnlag for er stort. Det er også uklart hva som blir lagt til grunn for trekkene i sykehusenes budsjetter. Dersom uttrekket fra sykehusene er større enn det som fordeles til Oslo kommune vil dette medføre et kutt i ressurser i den samlede helsetjenesten i Oslo.

Det er ikke gitt noen god begrunnelse for valg av en fordelingsnøkkel som gir så vidt avvikende fordeling av midlene vurdert opp mot de pasientdataene som faktisk er lagt til grunn. Datagrunnlaget for det økonomiske oppgjøret for utskrivningsklare pasienter skal være et nasjonalt ansvar, og skal i hovedsak ta utgangspunkt i data fra NPR. Det er viktig at det innføres gode rutiner slik at data som foreligger i NPR, og som ligger til grunn for finansieringen av reformen, stemmer overrens med det som finnes i virksomhetenes PAS/EPJ. Konkretisering og kontroll av data blir kritisk for å oppnå en korrekt avregning av betaling for utskrivningsklare pasienter mot kommunene.

Det er presisert fra departementets side, også i høringsnotatet, at høyere kostnader i en overgangsperiode vil bli kompensert utover det som fordeles gjennom kostnadsnøkkelen. Denne kompensasjonen vil bli gitt innenfor veksten av de frie inntektene. Lovnaden om kompensasjon innenfor veksten i de frie inntektene er etter Oslo kommunes vurdering ikke tilstrekkelig. Samhandlingsreformen må være fullfinansiert. Veksten i de frie inntektene skal dekke prisvekst og den demografiske utviklingen, men skal i tillegg også ivareta forventningene om sterkere satsing på forebyggende arbeid. I Oslo, hvor vi står overfor en sterk befolkningsvekst de neste årene, vil dette innebære økt økonomisk usikkerhet.

Når det gjelder medfinansieringsordningen har kommunen i 2012 få muligheter for å påvirke bruken av de tjenester som pasientene trenger i spesialisthelsetjenesten. 2012 bør fungere som et pilot-år for reformen. Fokus i 2012 må være systematisk datainnsamling og registrering. I 2012 må reformen være fullfinansiert. Utgifter utover opprinnelig finansiering må føres som et inntektskrav mot staten ved regnskapsavslutningen. Dette er viktig for beregning av utgifter, og evaluering av tiltak. For å sikre fullfinansiering av reformen i 2012, kan kommunen betale kommunal medfinansiering opp til det beløpet som har blitt fordelt gjennom kostnadsnøkkelen. Et eventuelt avvik mellom forbruk og finansiering må ligge til grunn for en justering av kostnadsnøkkelen for 2013.

Det er avgjørende for kommunen at det settes en grense for det kommunale ansvaret ved det beløpet som har blitt fordelt gjennom kostnadsnøkkelen.

### 1. Forskrift om betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter

Forskriftens virkeområde er utskrivningsklare pasienter innen somatikk som har behov for hjelp fra den kommunale helse- omsorgstjenesten etter utskrivning fra sykehus. Med sykehus omfattes også private sykehus med avtale med regionalt helseforetak. I henhold til § 2 i forskriften skal "kommunen betale det regionale helseforetaket for utskrivningsklare pasienter som er innlagt i sykehus i påvente av et kommunalt helse- og omsorgstjenestetilbud i sin bostedskommune."

Forskriften regulerer den kommunale betalingsplikten, og gir vilkårene for når denne utløses. Forskriften har prosessuelle regler som skal følges, og inneholder definisjoner og kompetansekrav. Forskriften regulerer enkelte viktige komponenter i betalingsordningen. Den angir hvem som har beslutningsmyndighet, og den angir klageordning. Forskriften regulerer ikke finansieringen av ordningen. Det vises her til budsjett for 2012. De nye finansieringsgrepene skal være virkemidler for god samhandling. Det er derfor viktig å se finansieringen i sammenheng med reguleringen av plikter i forskriftene.

#### Om ordningen – oversikt over vilkårene i forskriften

Betalingsplikten inntreer først når alle vilkårene i forskriften er oppfylt. Det er ikke tilstrekkelig at spesialisthelsetjenesten har definert pasienten som utskrivningsklar. Kommunen skal varsles to ganger om pasient som forventes å trenge bistand fra kommunen etter utskrivning.

I følge § 3 i forskriften skal spesialisthelsetjenesten vurdere behovet for oppfølging fra kommunen etter utskrivning allerede når pasienten blir lagt inn. Dersom det vurderes som nødvendig med kommunal bistand, skal det foretas en nærmere vurdering av dette behovet, og kommunen skal varsles. Varslingen skal bl.a. omfatte forventet utskrivningstidspunkt. Både vurderingen og varslingen skal skje innen 24 timer etter innleggelse.

Selv om det ikke vurderes som nødvendig med bistand fra kommunen i forbindelse med innleggelse, kan det senere bli klart at det likevel vil være et slikt behov, og da skal kommunen varsles i tråd med § 3. Fristen på 24 timer løper fra det blir klart at det likevel er et behov for kommunal bistand.

Varsling etter § 3 er nødvendig for at betalingsplikten skal utløses. En oversittelse av 24 timers fristen får imidlertid ingen konsekvenser.

Når pasienten er ferdigbehandlet skal en lege gjøre den individuelle medisinskfaglige vurderingen om “at det ikke er behov for ytterligere behandling i spesialisthelsetjenesten”. Kommunen skal varsles når denne vurderingen er foretatt. Denne varslingsplikten er regulert i § 4.

Kommunen skal avgi svar straks, også utenfor ordinær arbeidstid. Som det heter i høringsnotatet s. 22: “Kommunens ansvar for pasienter som er utskrevet fra sykehuset med behov for kommunale helse- og omsorgstjenester gjelder hele døgnet”.

Som hovedregel skal kommunen ha svart at de ikke kan ta imot pasienten for at betalingsplikten skal utløses. Men betalingsplikten kan inntre også om kommunen ikke svarer, med mindre det “foreligger omstendigheter utenfor kommunens kontroll som ikke gjør det mulig å avgi svar”.

Det etableres et skille mellom kommunens plikt til å ta imot pasienten og den betalingsplikt som kommunen kan få. Sykehuset gjør den faglige vurderingen av om pasienten er ferdigbehandlet, men kommunen avgjør om de kan ta imot pasienten. Det vurderes som positivt at kommunens kompetanse når det gjelder ansvar for overtakelse av pasienten presiseres i forskriften. Pasienten kan ikke skrives ut før kommunen har sagt seg i stand til å ta imot pasienten.

Det kreves videre at alle de prosessuelle vilkårene er oppfylt for at pasienten skal være utskrivningsklar og betalingsplikten skal inntre. Det oppfattes som positivt at det ikke bare er spørsmål om å være ferdigbehandlet etter en medisinsk vurdering.

#### Generelt om forskriften:

Forskriften har store svakheter når det gjelder å sikre balanseforholdet mellom partene. Manglende konsekvenser for sykehuset ved brudd på overholdelse av frist, manglende krav til sykehusets ansvar for å sikre at varsler når frem til rette vedkommende, og sist også ved at tidspunkt for når betalingsplikten gjelder fra er så rigid fastsatt at det nesten ikke vil være mulig å hindre at det alltid løper ett døgn med betalingsplikt – uansett hvor raskt kommunen jobber.

En svakhet med forskriften er at den ikke stimulerer til å etablere kontakt og kommunikasjon mellom sykehus og kommune på et så tidlig tidspunkt som mulig. Som virkemiddel for gjennomføring av gode pasientforløp og god samhandling mellom helseforetak/sykehus og kommunen bør forskriften søke å ivareta denne målsetningen.

Det stilles ingen krav til sykehuset om å sikre at varslene mottas av rette vedkommende i kommunen, kun at de skal sende varsler på bestemte tidspunkter.

Det stilles heller ingen krav til kommunen om å gi tilbakemelding til sykehuset. Krav til kommunens svar er kun knyttet til tidspunkt for utskrivning, altså til varsel etter § 4, ikke til varsel etter § 3. Dersom forskriften skal bidra til god kommunikasjon og best mulig pasientflyt er det behov for endringer i forskriften som sikrer kommunikasjon fra tidspunkt for innleggelse. Det er ikke tilstrekkelig at dette avtales.

Departementet legger opp til at forskriften skal suppleres med avtaler, men det er Oslo kommunes oppfatning at partenes likeverdige status, og alle plikter, må sikres i forskriften.

#### Konkret om varslingsplikten etter § 3

Formuleringene i § 3 som omhandler spesialisthelsetjenestens vurderinger når det gjelder “behov for hjelp fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten” bør endres. I henhold til annet ledd a) skal det gjøres en vurdering av om “pasienten enten må skrives ut til helse- og omsorgstjenester i hjemmet eller til en kommunal institusjon”.

Formuleringen er egnet til å misforstås og bekrefter en utfordring som vi ofte ser i dag, at spesialisthelsetjenesten vurderer hvilket tjenestetilbud pasienten trenger i primærhelsetjenesten. Dette er et dårlig utgangspunkt for god samhandling med kommunen. Det er kommunen, og bare kommunen som har myndighet til å vurdere hvilket tilbud og hvilke tjenester de kan og skal levere. Det må fremgå tydelig av forskriften.

#### Kommunikasjon mellom sykehuset og kommunen – 24 timers fristen

Sykehuset er gitt en frist på 24 timer til å vurdere pasienten og varsle etter § 3, og departementet ber særskilt om at denne fristen kommenteres.

Slik Oslo kommune ser det, er det av stor betydning at forskriften understøtter at også sykehuset skal overholde sine forpliktelser. Det gjelder imidlertid ikke 24 timers fristen slik den er formulert i utkastet. Varslingsplikten er absolutt, men det er ikke fristen. Dersom sykehuset ikke varsler innen 24 timer, så får det ingen konsekvenser, verken for

betalingsplikten eller for sykehuset på andre måter. Dette er et dårlig utgangspunkt for likeverdighet i avtaleforholdet. Skal fristen opprettholdes slik den er i dag, bør det knyttes konsekvenser til manglende overholdelse av den.

Etter Oslo kommunes vurdering er ikke 24 timers fristen det viktigste. Det er langt mer problematisk om det går kort tid fra varsel etter § 3 til et varsel etter § 4. Det bør bygges inn noe i systemet som er til hinder for at sykehuset kan varsle etter § 3 mer eller mindre samtidig med et varsel etter § 4. Kommunens mulighet til forberedelse til mottak av pasienten er liten dersom det går kort tid mellom de to varslene, og det er ingen ting i forslaget til forskrift som ivaretar dette.

Det bør stilles krav til sykehuset om at de må sikre at varslene etter § 3 kommer frem til kommunen, til rette vedkommende. Å kreve tilbakemelding fra kommunen etter at varsel om innleggelse er mottatt kan bidra til bedre kommunikasjon mellom kommunen og sykehuset, og sikre at varslene er kommet til riktig sted i kommunen. Forskriften bør ha bestemmelser med frister både for varsel og tilbakemelding – og fastsette hvilke konsekvenser det får for partene dersom forpliktelsene ikke overholdes.

Fristen på 24 timer bør således være knyttet til kommunens svar, ikke som en frist for sykehuset. Det vil gi sykehuset et insitament til å varsle etter § 3 så snart som mulig.

#### Tidspunkt for betalingspliktens ikrafttreden

Forskriften opererer med to tidspunkter når det gjelder betalingsplikten:

- *dato for utskrivningsklar*, som er den datoen det skal betales fra og med
- *tidspunkt for når betalingsplikten inntre*

Betalingsplikten gjelder fra den dagen pasienten blir erklært utskrivningsklar. Det skal betales fra dag én, dvs. fra *dato for utskrivningsklar*. Det er imidlertid flere vilkår som må være oppfylt for at betalingsplikten *faktisk* skal inntre, det vil si for at den skal tre i kraft. Alle vilkårene i forskriften skal være oppfylt. Begge varslingsplikter skal være oppfylt, og det presiseres også i notatet at betalingsplikten ikke inntre før kommunen har mulighet til å gi et svar på varsel etter § 4.

Betalingsplikten kan således inntre senere enn dato for erklæring om utskrivningsklar. Samtidig er det dato for erklæring om utskrivningsklar som gjelder som tidspunkt for når det skal betales.

Oslo kommune forutsetter at det med "*fra den dagen pasienten blir erklært utskrivningsklar*" menes den dagen alle vilkår er oppfylt. Det fremkommer imidlertid ikke klart, og formuleringen bør derfor presiseres. Det heter i § 5 annet ledd at "kommunen skal avgi svar straks", men det gis ingen frist for dette svaret. Betalingsplikten kan ikke tre i kraft før kommunen har svart.

Det er grunn til å være kritisk til at kommunen ikke gis noen frist til å gjennomføre utskrivningen. Mye taler for at uansett hva kommunen gjør så vil det gå minimum et døgn. Hensikten er å få kommunen til å ta pasienten ut av sykehus med en gang, men da må det også være mulig for kommunen å gjennomføre det uten at kostnadene løper. Når sykehuset kan melde en pasient utskrivningsklar sent på kvelden vil det uansett om kommunen er tilgjengelig og følger opp, løpe ett døgn betaling før pasienten kan hentes ut. Systemet som her reguleres øker kommunens økonomiske risiko, og det uten at kommunen gis muligheter



for å gjøre noe med det. Det kan ikke være riktig. Systemet favoriserer sykehuset, og forrykker balansen mellom partene. Det er uheldig med tanke på de avtaler som skal utformes, og det samarbeid som skal etableres.

#### Erklæring om utskrivning – skal være reell og skal være forsvarlig

Det er sykehuset som gis kompetanse til å foreta den medisinske vurdering av om pasienten er klar for utskrivning, det vil si om at det ikke er ytterligere behandling som sykehuset kan gi. Dette er ikke en avgjørelse kommunen kan eller skal overprøve. Det kan imidlertid klages til fylkesmannen dersom det er grunn til å tro at denne avgjørelsen ikke er forsvarlig.

Forsvarlighetskravet innebærer at det skal være forsvarlig å sende pasienten ut på det tidspunktet vurderingen om utskrivning gjøres. Vurderingen kan ikke bygge på et fremtidig tidspunkt, for eksempel at pasienten kan skrives ut i morgen tidlig. Det medfører etter Oslo kommunes vurdering blant annet at det er grenser for hvor sent nattetid et varsel kan gis.

Varsel om utskrivning kan heller ikke gis i den tro at det tar tid før kommunen kan stille ressurser på beina. Et varsel vil måtte erklæres ugyldig dersom det ikke på dette tidspunkt er forsvarlig å sende pasienten ut, selv om pasienten skulle være klar når kommunen kan ta imot. Det er imidlertid ingenting i forskriften som understøtter dette. Det bør det være.

Oslo kommune har lang erfaring med problemstillinger knyttet til meldinger om utskrivningsklare pasienter. Ti prosent av meldingene trekkes tilbake og ca. 2,5 % av pasientene som er meldt utskrivningsklare dør før utskrivning. Systemet er avhengig av at det er tillit til at de vurderinger som gjøres om utskrivningsklare er vurderinger kommunen kan forholde seg til. I henhold til forskriften er det bare spørsmål om forsvarlighet som regulerer dette, og det er kun en klage til fylkesmannen som vil kunne gjøre noe med det. Derfor er det mye som taler for at forskriften bør inneholde sanksjoner dersom sykehuset foretar uforsvarlige vurderinger om utskrivningstidspunkt. Det må få konsekvenser for betalingspliktens ikrafttredelse.

Oslo kommune foreslår at dersom et varsel om utskrivning trekkes av sykehuset, så skal prosessen med ny medisinsk vurdering av om pasienten er utskrivningsklar, og med nytt varsel etter § 4 gjennomføres for at betalingsplikten skal inntre. Dette må forskriftsfestes.

#### Kriterier for “utskrivningsklar” jf. forskriften § 4 første ledd

Pasientene skrives ut fra sykehus stadig tidligere, og ved utskrivning fra sykehus flyttes grensene for det kommunale ansvaret hele tiden. For noen kommuner vil det være en utfordring å ta imot pasienter med sterkt behov for pleie, selv om pasienten regnes som “ferdigbehandlet” i og av sykehuset. Det ble derfor i forarbeidene til ny lov lovet at forskriften også ville inneholde kriterier for når en pasient er utskrivningsklar, slik også dagens forskrift har. Vi kan ikke se at forskriften inneholder kriterier for denne vurderingen.

Det er et spørsmål om forsvarlighetskravet alene vil kunne si noe om hvor grensen for at en pasient er utskrivningsklar skal gå. Det som vil kunne være forsvarlig overfor én kommune vil imidlertid ikke være det for en annen, og betalingsplikten trer inn uansett hvilket tilbud kommunen har. Forskriften bygger på et skille mellom betalingsplikt og plikt til å ta imot pasienten, og det blir således komplisert å vurdere hva som skal være en generell forsvarlighetsnorm overfor kommunene.

Det er Oslo kommunes vurdering at det er behov for at det i forskriften som et minimum avgrenses mot å benytte denne betalingsordningen til å pålegge kommunen ansvar for nye oppgaver. Denne grensen må inn i forskriften.

### Betalingsordningen

I rapporten "*Oppgjørssystem for kommunal medfinansiering og betaling for utskrivningsklare pasienter*" av 29.06.2011, har Helsedirektoratet gitt sin innstilling til Helse- og omsorgsdepartementet om mulige løsninger for de to betalingsordningene. Rapporten og innstillingen bygger på et utredningsarbeid hvor KS, Oslo kommune og de regionale helseforetakene (RHF) har deltatt. Det har vært enighet mellom partene, inkludert Helsedirektoratet, om at de to betalingsordningene må ses separat, og når det gjelder betalingsordningen for utskrivningsklare pasienter må det etableres et system som ligger tett opp til det eksisterende systemet.

Betalingsordningen innebærer at kommunen pålegges å betale for pasienter som blir liggende i sykehus i påvente av et tilbud i kommunen. Betalingsordningen gjelder for pasienter som rettslig sett er et ansvar for den kommunale helsetjenesten.

For å ivareta betalingsordningens hovedmål om at den skal bidra til at pasienten flyttes ut av sykehuset er det avgjørende at virkemidlet legges på riktig nivå, det vil si det nivået der beslutninger om pasienten tas. En betalingsordning på overordnet kommunalt og regionalt nivå i spesialisthelsetjenesten vil ikke ha de samme forutsetninger for å virke på de valg kommune og sykehus skal foreta seg på området. Dette er en del av begrunnelsen for de valg som er gjort i innstillingen fra Helsedirektoratet. Begrunnelsen kan suppleres med det faktum at vi har en ordning som fungerer i dag, en ordning som innebærer at mulig uenighet kan løses lokalt, og en ordning hvor den regulerte klageordningen også vil kunne benyttes.

- Det anbefales at det er "sørge-for" – RHF som avgjør hvilke helseforetak som kan innkreve betaling fra kommunene.
- Det anbefales at betalingsbeløpene beregnes lokalt med utgangspunkt i de data som er registrert i virksomhetenes pasientjournaler (PAS/EPJ), slik at samme data danner grunnlaget for betaling for utskrivningsklare pasienter og rapportering til Norsk pasientregister (NPR).
- Betalingen bør gjennomføres av kommunene basert på grunnlag av tilsendt faktura.
- Kommunenes kontrollgrunnlag utveksles mellom sykehus og kommuner basert på beste eksisterende praksis, slik at taushetsbelagte opplysninger i relasjon til betalingskravene formidles til personell som fra før er kjent med opplysningene gjennom samarbeidet om pasientene på klinisk nivå.
- Helsedirektoratet gjennomfører løpende beregninger av omfanget av utskrivningsklare pasienter som styringsinformasjon til bruk på ulike nivåer, og som grunnlag for den statlige oppfølgingen av ordningen.

Oppgjørsordningen som er anbefalt av Helsedirektoratet, bygger opp om allerede eksisterende oppgjørsordninger for utskrivningsklare pasienter, og Oslo kommune støtter opp om denne anbefalingen.

Oslo kommune forutsetter at dagens delegasjon når det gjelder betalingsordningen fra de regionale helseforetakene til helseforetakene kan videreføres, og at en forskriftsfesting om at betalingsplikten gjelder overfor det regionale helseforetaket, § 2, er av formell art, og ikke

innebærer en endring. Delegasjonen bør videreføres, slik også departementet har uttalt at avtalekompetansen kan delegeres til helseforetakene.

## 2. Forskrift om kommunal medfinansiering

Medfinansieringsordningen er i motsetning til betalingsordningen for utskrivningsklare pasienter en helt ny ordning, og innebærer at kommunen skal betale for behandling som rettslig sett ligger som et ansvar for spesialisthelsetjenesten. Oslo kommune har ingen konkrete merknader til selv forskriftsteksten. Det reguleres ingen nye plikter her, og det er hovedsakelig betalingsordningen og datagrunnlaget som er utfordringene.

Oslo kommune slutter seg til at det som en prøveordning bør gjennomføres en betalingsordning på overordnet og regionalt nivå. Ordningen inneholder faktorer kommunen har få forutsetninger for å forstå, og utøve den nødvendige kontroll over. Det er imidlertid vesentlig at 2012 gjøres til et pilot-år, og for å sikre den fullfinansiering som er nødvendig er det avgjørende at de innbetalinger som skal gjøres til de regionale helseforetakene ikke skal overstige de overføringer som er gitt til kommunen til ordningen. Vi viser her til de innledende merknadene om finansieringsordningen.

Når det gjelder Helsedirektoratets rolle og ansvar for beregning av beløpene så er det fortsatt mye som er uklart. Både på hvilket nivå beregningen skal legges, hvor ofte det skal faktureres, og hvilke opplysninger som skal gjøres tilgjengelig. Det er imidlertid Oslo kommunes vurdering at når det er opprettet fellesprosjekt for utarbeidning av løsninger for betalingsordningen, så må også prosjektets løsninger legges inn i ordningen. Dette er helt avgjørende for at kommunen skal kunne ha tillit til betalingsordningen som fastsettes.

## 3. Forslag til endring av Norsk pasientregisterforskriften

Oslo kommune har ingen merknader til forskriften slik den nå fremstår.

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

Oslo kommune støtter departementets forslag om å videreføre gjeldende rett inntil videre. Vi har ikke god nok oversikt over omfanget av refusjoner i dag, og støtter derfor departementets intensjon om å kartlegge omfanget av, og behovet for, en refusjonsordning, før en eventuelt foreslår å endre dagens rettstilstand.

## 5. Forslag til forskrift om disponering av kontantytelser fra fylketrygden under opphold i institusjon

Det foreslås endringer i dagens ordning med hjemmel i folketrygdloven § 22-4 og forskrifter gitt med hjemmel i samme bestemmelse.

Oslo kommune slutter seg til departementets primære forslag som innebærer å oppheve folketrygdloven § 22-4 og å oppheve følgende forskrifter:

- Forskrift 11. des. 1988 nr 1018 om disponering av kontantytelser fra folketrygden under opphold i sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie (disponeringsforskriften)
- Kapittel 6 i forskrift 4. desember 1992 nr 915 til lov om sosiale tjenester

- Forskrift 20. mars 1973 nr. 02 om disponering av kontantytelser fra folketrygden til personer innlagt i helseinstitusjon for langtidspasienter
- Forskrift 20. mars 1973 nr. 9769 om disponering av kontantytelser fra folketrygden til personer i privat forpleining etter spesialisthelsetjenesteloven § 8-3.

Forslaget innebærer at beboerens trygd vil gå inn på beboerens egen konto og forvaltes av beboeren selv eller eventuelt verge eller hjelpeverge, og Oslo kommune slutter seg til dette forslaget.

Dagens "trivselsordning" det vil si en ordning der inntil 6,25 % av beboernes trygdemidler settes av til trivselsmidler for beboerne, foreslås opphevet.

Det er Oslo kommunes vurdering at mange av dagens beboere ikke vil ha forutsetninger for å nyttegjøre seg av tilbud som finansieres av trivselsmidler og at det bør være en frivillig ordning. Dagens regulering bør oppheves helt.

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

Departementet foreslår å videreføre i ny forskrift de materielle bestemmelsene i kapittel 8 i forskrift til lov om sosiale tjenester. Det foreslås ikke materiell endringer i gjeldende rett.

Oslo kommune slutter seg til forslag om nye forskrifter. Dagens forskrift er unødvendig komplisert og er blant annet ikke tilpasset dagens institusjonsdrift for rusmiddelmissbrukere. Oslo kommune ser derfor frem til en revidering av denne.

Det er et fåtall av kommunens rusinstitusjoner som har beboere med oppholdstid utover et par år, og oppholdstiden og innholdet skiller disse institusjoner fra alders- og sykehjem, som vederlagsforskriften opprinnelig var tiltenkt.

Rusinstitusjonenes mandat er blant annet å rehabilitere brukere tilbake til å delta på samfunnets ulike arenaer, og institusjonene har som følge av dette fokus på å lære brukerne god økonomiforvaltning. Det er derfor lagt opp til egenbetaling for brukerne til dekning av losji og eventuell kost. En slik egenbetaling er langt mer tilpasset et vanlig liv ved at brukerne selv må betale for seg i stedet for et passivt vederlagstrekk. Beløpene fastsettes etter fullmakt fra bystyret og er av en slik størrelse at en bruker som for eksempel har arbeidsavklaringspenger, sitter igjen med ca 1000 kr mer i måneden av sin trygd til egen disponering, enn hvis vederlagsforskriften benyttes.

Når forskrift om vederlag for opphold i institusjon revideres, må den sikre kommunene fleksibilitet i forhold til hvordan egenbetalingsordningene utformes samtidig som den bør angi rammer/tak som sikrer at bruker har tilstrekkelige midler igjen til personlig forbruk.

#### 7. Forslag til forskrift om kommunal helse- og omsorgsinstitusjon

Høringsnotatet påpeker at det har vært uklare hjemler for drift av kommunale rusinstitusjoner etter rusreformen. Oslo kommune er derfor tilfreds med at det ikke lenger blir tvil om hjemmelsgrunnlaget for institusjonsdriften, og støtter dermed forslaget. Vi vil imidlertid påpeke at departementets beskrivelse av tjenesteinnholdet i en kommunal rusinstitusjon er

langt fra virkeligheten til Oslos rusinstitusjoner. Kommunale rusinstitusjoner må i tillegg til å ivareta et omsorgs- og skadereuserende behov, ha et rehabiliterende fokus.

Rusmiddeletaten i Oslo har i dag 12 kommunale og private institusjoner som driver med aktiv rehabilitering med tanke på endring av rusmisbruket og integrering i samfunnet, det vil si et aktivt arbeid for å sette bruker i stand til å delta i skole/arbeid, ha en aktiv fritid, ha ordnet økonomi, etablere seg i bolig og fungere sosialt. Alle disse institusjonene arbeider parallelt med behandlingsintervensjoner i forhold til rusavhengigheten. Flere av institusjonene gir tilbud om opphold i etterkant av Tverrfaglig spesialisert behandling (TSB). I tillegg har etaten en korttidsinstitusjon som også skal gi opphold i påvente av plass i TSB.

Oslo kommune er opptatt av å ta ansvar og oppfylle intensjonen i samhandlingsreformen. Slik innholdsbeskrivelsen av institusjonene fremstår i høringsutkastet, fyller denne i liten grad intensjonene i samhandlingsreformen. Det bes derfor om at departementet endrer både beskrivelsen av innholdet og navnet på kommunale rusinstitusjoner for ikke å materialisere en forståelse av kommunale institusjoner som begrenser dets innhold. Oslo kommune mener det er uheldig at begrepet bolig benyttes i beskrivelsen av hva som i forskriften skal anses som institusjon, og foreslår at betegnelsen bør være *“institusjon med heldognstjenester for rusmiddelmissbrukere”*.

#### 8. Forslag om forskrift om helsepersonellovens anvendelse

Oslo kommune slutter seg til forslag om at helsepersonelloven ikke skal komme til anvendelse for mottakere av omsorgslønn.

Oslo kommune slutter seg også til forslag om at dokumentasjonsplikten ikke bør gjelde for personell som yter tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven som ikke er å anse som helsehjelp. Oslo kommune har allerede i dag et system for dokumentasjon på sosialtjenestens område, og vil støtte forslag om at dokumentasjonsplikten skal omfatte også denne delen av omsorgstjenesten. Vi slutter oss imidlertid til at det er behov for noe nærmere utredninger av hvem plikten skal gjelde for, og hvilke som et minimum bør dokumenteres på området.

#### 9. Forslag om endringer i forskrift om rett til helse- og omsorgstjenester til personer som oppholder seg ulovlig eller kortvarig i riket

Oslo kommune slutter seg til forslag om å gi en ny forskrift om rett til helse- og omsorgstjenester for personer uten fast opphold i riket, og til at bestemmelsene tas ut av prioriteringsforskriften. Oslo kommune har tidligere, i forbindelse med høring om endringer i prioriteringsforskriften, gitt en rekke merknader til forskriften, og vi viser også i denne omgang til de merknader vi der har gitt. Oslo kommune kan ikke se at en ny forskrift vil endre våre vurderinger om at nye plikter som legges til kommunen også må sikres en finansiering, men også at det er grunn til å være kritisk til at tjenester som pasienten i utgangspunktet må betale selv reguleres som rettigheter.

#### 10. Forslag om endring i forskrift om individuell plan og koordinator

Vi anbefaler at samtlige forskrifter for individuell plan gjennomgås og samkjøres.

Oslo kommune slutter seg til departementets forslag til ny forskrift, som innebærer en oppfølging av nye bestemmelser i lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. Det må

likevel påpekes at Oslo har en utfordring når det gjelder å få den oversikten som loven og forskriften legger opp til i forbindelse med utarbeidning av individuell plan. Spesialisthelsetjenestens koordinerende enhet har dessuten en stor utfordring når det gjelder å gjøre seg kjent med kommunens habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet. For mange brukere vil det også være en utfordring å forholde seg til både individuell plan etter helse- og omsorgslovgivningen og individuell plan i arbeids- og velferdsforvaltningen. Departementet oppfordres til å arbeide for en felles forskrift for individuell plan etter helse- og omsorgslovgivningen, arbeids- og velferdsforvaltningen og eventuelt etter barnevernlovgivningen.

#### 11. Forslag om endring i forskrift om habilitering og rehabilitering

Oslo kommune har ingen merknader til forslaget.

#### 12. Forslag til forskrift om oppjustering av driftsavtalehjemler for fysioterapeuter

Det fremgår av forskriften at kommunen kan øke en inngått driftsavtalehjemmel uten ekstern utlysning. Etter Oslo kommunes vurdering er nåværende regelverk på dette område tungvint, noe som vanskeliggjør prosessen med reduksjon av antall deltidshjemler. Oslo kommune ser derfor meget positivt på forslaget. Det fremgår videre at en økning av driftsavtalehjemmelen forutsetter enighet mellom kommunen og fysioterapeuten. Oslo kommune mener at endring av avtaletiden må skje i avtale mellom partene og støtter forutsetningen om enighet

#### 13. Konklusjon:

##### Iverksettelsen av samhandlingsreformen bør utsettes til 2013

- Kommunene bør få midler i 2012 for å etablere tiltak som vil gjøre dem i stand til å utføre de nye oppgavene reformen bringer med seg.
- Utsettelse av reformen vil for øvrig gi tid for avklaring av de store økonomiske og organisatoriske utfordringer som beskrives nedenfor.

##### Reformen er underfinansiert

- Antallet liggedøgn per år i Oslo med kostnad kr 4000 per døgn tilsvarer om lag 130 mill. kroner. Oslo kommune er kompensert med 60 mill. kroner.
- Kostnader (DRG) i 2010 for sykehustjenester som Oslo kommune skal medfinansiere i 2012 tilsvarer en medfinansieringsandel på 488 mill. kroner uten justering for befolkningsvekst. Oslo kommune er kompensert med 465 mill. kroner.
- Det er ingen grunn til å tro at den historiske trenden med økende utgifter til DRG til pasienter fra Oslo vil endre seg med det første. Kostnadsdekkende kompensasjon for forventet aktivitet i 2012 bør således ligge vesentlig høyere enn historiske kostnader, ikke minst på grunn av den raske økningen i befolkningen.
- Dersom utrekket fra sykehusene for oslopatienter overskrider beløpet som fordeles til Oslo kommune vil det medføre et kutt i helsetjenester til Oslo kommunes befolkning.

##### Foreslått regulering gir høy risiko for kommunen, men få styringsmuligheter

- 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.

- Regelverket gjør det neppe mulig for kommunen å ta ut pasienter uten å betale for minst ett døgn. Dette er fordi det ikke gis høyde for nødvendig tid til å organisere flytting av pasienten fra sykehuset til et ventende tilbud og pasienten kan meldes utskrivningsklar til alle døgnets tider. Ett døgn for hver pasient som meldes utskrivningsklar utgjør ca 25 mill. kroner per år for Oslo kommune.
- Tidspunktet for at plikt til betaling inntreffer kan komme etter tidspunktet som betalingsplikten gjelder fra.
- Kostnader til medfinansiering avgjøres av hvem som legges inn på sykehus. Kommunen har ingen innflytelse på beslutninger om innleggelse, som tas av leger i og utenfor sykehus.
- Oppgjørsordningen som er foreslått for utskrivningsklare pasienter gir ikke reelle kontrollmuligheter for kommunen.

#### Nødvendig kommunikasjon mellom nivåene understøttes verken av IKT – systemene eller de foreslåtte forskriftsbestemmelsene

- Reguleringen forutsetter rask handling fra kommunen og en dialog mellom sykehuset og kommunens helse- og omsorgstjeneste under prosessen. Forskriften har imidlertid utilstrekkelige krav og frister for varsel og tilbakemelding.
- Eksisterende IKT – systemer i helsetjenesten understøtter ikke nødvendig kommunikasjon mellom nivåene.
- Forskriften fastsetter ikke hvilke konsekvenser det får for partene dersom forpliktelsene til kommunikasjon ikke overholdes.

#### Dersom reformen ikke utsettes må 2012 være et prøveår

- Ingen kommuner bør betale mer for kommunal medfinansiering i 2012 enn hva de får i kompensasjon, fordi det på kort sikt ikke er mulig å påvirke omfanget av sykehusbehandling.
- Innføring av oppgjørsordningene vil i seg selv kunne påvirke sykehusenes atferd, slik at både antall utskrivningsklare pasienter og nivået på kommunal medfinansiering øker. Dersom dette skjer, må det skje en større overføring av midler fra sykehusene til kommunene enn hva det i utgangspunktet legges opp til.
- Kostnadsnøklerne som blir brukt for å fordele ressurser mellom kommunene bidrar til omfordeling internt i kommunesektoren, uten at det er godt nok dokumentert om dette er en hensiktsmessig og treffsikker fordelingsmåte. Som en følge av dette bør kostnadsnøklerne etterprøves i forhold til aktivitetsutviklingen i 2012 og eventuelt justeres fra 2013
- I løpet av 2012 vil det bli avdekket at forskriftene for oppgjørsordninger på enkelte områder ikke er klare nok til å regulere atferd mellom kommuner og sykehus på en måte som fremmer formålet med samhandlingsreformen. Derfor bør det i løpet av 2012 foretas en fortløpende evaluering, med sikte på nødvendige justeringer og ytterligere presiseringer av forskriftene.

Siv Songedal

**Godkjent og ekspedert elektronisk**