



RANA KOMMUNE

Det kongelige Helse- og omsorgsdepartement
Postboks 8011 Dep

0030 Oslo

Mo i Rana, 05.10.2011

Saksnr.-dok.nr.
11/1058 - 7

Arkivkode
024 H

Avd/Sek/Saksb
SERV/SERV/TOB

Deres ref.

HØRING - SAMHANDLINGSREFORMEN

Formannskapet i Rana kommune behandlet i sitt møte den 4. oktober 2011 sak 85/11 Høring – Samhandlingsreformen med høringsfrist 6. oktober 2011.

Det ble fattet slikt enstemmig vedtak:

”Rana kommune vedtar den vedlagte høringsuttalelsen og oversender den til Helse- og omsorgsdepartementet.”

Rana kommune sitt høringssvar vedlegges.

Med hilsen
SERVICETJENESTER

Tone Øvermo Bruun
Rådgiver
Tlf: 75 14 50 72

Ant. vedl.: Høringssvar fra Rana kommune

Adresse:

Rådhusplassen 2
Pb 173, 8601 Mo i Rana

Telefon:

Sentralbordet +47 75 14 50 00
Servicetorget +47 75 14 51 80

Telefax: +47 75 14 50 01

E-post: postmottak@rana.kommune.no

Internett: www.rana.kommune.no

Org.nr: 872 418 032

Bankgiro:

4509 44 00124

HØRINGER - SAMHANDLINGSREFORMEN

Innspill fra Rana kommune oversendes herved til Helse- og omsorgsdepartementet. Innspillet er delt inn i en overordnet del - virkninger for Rana, samt tre notater som direkte omhandler de tre mest sentrale forskriftene for oss.

Overordnet del – virkninger for Rana

Samhandlingsreformen skaper forventninger på flere plan. Det forventes blant annet at kommunene skal forebygge sykehusinnleggelser i større grad enn i dag; forebygging fremfor reparasjon. Dette skal realiseres gjennom å ta ut gevinster fra redusert bruk av sykehustjenester. De sentrale virkemidlene i dette er lov- og forskriftsverk samt økonomiske virkemidler rettet mot kommunene. Det er lovfestet at samhandlingen mellom kommune og sykehus skal konkretiseres og nedfelles i lokale avtaler før 1. januar 2012. Disse skal inngås av kommunestyret selv.

Rana kommune - tidligere behandling av Samhandlingsreformen

Rana kommune har tidligere vedtatt og sendt følgende hørings svar i forbindelse med behandling av lovverket som nå er konkretisert gjennom forslag til forskrifter:

- *"Opprettholdelse og styrking av lokalsykehusene med døgnåpne medisinske og kirurgiske akuttfunksjoner og fødetilbud må tydelig sikres.*
- *Dette vil være svært viktig når reformen innebærer overføring av økonomiske midler fra sykehusene til kommunene.*
- *Overføring av ansvar til kommunene må ikke resultere at helsetilbudet for noen pasientgrupper blir kvalitetsmessig svekket.*
- *Dette forutsetter full statlig kompensasjon for alle merutgifter kommunene vil bli påført, også når det gjelder oppbygging av nye forebyggende tilbud innen folkehelse."*

Reformen er tidligere også presentert som orienteringssak i Helse- og omsorgsutvalget 24. mai, Kommunestyret 21. juni og igjen Helse- og omsorgsutvalget 6. september. På dette siste møtet ble økonomiske anslag for 2012 også presentert.

Hvilke erfaringer har andre kommuner gjort?

Sintef Helse har, på oppdrag fra KS, utarbeidet flere rapporter om mulige konsekvenser av reformen for kommunene. Disse fremhever at sykehusene i liten grad vil påvirkes økonomisk av reformen, mens risiko ved helsetilbud, både kvalitetsmessig for pasientene samt økonomisk plasseres på kommunene. De sier også at dette medfører at det er en utfordring å sikre likeverdighet mellom kommune og sykehus i den pliktige avtaleinngåelsen.

Flere undersøkelser, som for eksempel NorgesBarometeret AS i regi av Norsk sykepleierforbund og Den norske legeforening følger opp Sintef Helse sine konklusjoner. NorgesBarometeret (juni 2011) påpeker at 40 pst. av kommunene ikke har kapasitet til å ta imot utskrivingsklare pasienter fra sykehus, det hersker stor usikkerhet blant kommunepolitikerne om samhandlingsreformen vil gi bedre helsetjenester, den kritiske suksessfaktoren kompetanse og fagmiljø vil være

utfordrende i små kommuner uten lønnsstimuli til helseprofesjonene samt at 30 pst. av kommunene mener at betalingsplikten for utskrivningsklare pasienter vil føre til en prioritering av pasienter fra sykehus på bekostning av andre pasientgrupper.

Reformøkonomien og helsetjenestetilbudet i Rana

Rana kommune anslås å få merutgifter i 2012 på over 6,5 mill. kroner knyttet direkte til fakturering for våre innbyggerses spesialisthelsetjenestebruk. Dette fordi de overføringene vi får fra staten via innbyggertilskuddet ikke vil dekke befolkningen i Rana sitt faktiske forbruk av sykehustjenester. Dette henger sammen med at midlene ikke fordeles på samme vis til sykehus og kommuner. Kommunene i Nordland fylke vil samlet få merutgifter på over 40 mill. kroner. Dermed, for å kunne realisere "gevinsten" som staten mener Rana kan sette inn i forebyggende tiltak, må Rana først redusere helsetjenesten med 6,5 mill. kroner. Da er vi på null, og vi må deretter redusere forbruket av spesialisthelsetjenester ytterligere, eller sagt på en annen måte drive mer effektivt enn spesialisthelsetjenesten, før vi vil ha midler fra Samhandlingsreformen til å forebygge spesialisthelsetjenesteforbruk. Dette er urealistisk av flere årsaker. I stor grad er helsetjenester på sykehus nødvendig behandling som bør gis nettopp der, og derfor har forskere anslått at vi kun kan forebygge 10 pst. av innleggelsene.

Derfor ser det ut til at staten tar ut gevinsten før tilbudet er etablert. Dette vil få konsekvenser for tilbudet og kvalitet på tjenestene i kommunen. Samtidig uttrykker kommunene bekymring for at dette vil utløse pasientvridning – altså at disse korttidspasientene prioriteres inn i kommunale langtidstilbud, selv om de ikke oppfyller kravene til slike plasser, jf Omsorgstrappen. Denne reformen stiller store krav til oss vedrørende å dimensjonere rett tilbud til denne gruppen pasienter.

Det redegjøres nærmere for dette i selve forslaget til høringsvar under.

Vi har i dette notatet ikke tatt med de investeringene som kommunen må gjøre knyttet til å etablere et tilbud. Dette området er også kun delvis finansiert fra statens side.

Tidsperspektiv i gjennomføring av reformen og utarbeidelse av pliktig avtaleverk

Det skal da utarbeides lokale avtaler mellom sykehuset og Rana kommune før 1.1.2012. Kommunestyret skal selv inngå disse avtalene.

Forskriftsforslagene som er på høring inneholder mange gråsoner. Om forslagene ikke endres, må disse lokale avtalene være meget detaljerte i forhold til prosedyrer, definisjoner og krav til helsetjenestene, organiseringsmodeller og finansiering samt tvisteløsninger. Dette er utfordrende da risikoen ligger til kommunene og kunnskapen om spesialisthelsetjeneste-området ligger til sykehusene. I tillegg åpner dette for svært ulike løsninger på landsbasis. Dette kan ha betydelige negative konsekvenser for pasientene.

Helse- og omsorgsloven som regulerer dette ble vedtatt av Stortinget i juni i år og de første forskriftene har altså høringsfrist nå 6. oktober 2011. Dette betyr at de er ferdigbehandlet i departementet i desember. Det vil også komme flere sentrale forskrifter utover vinteren. Dette

harmonerer dårlig med at reformen skal gjelde fra 1.1.2012. Det harmonerer også dårlig med ivaretagelse av lokaldemokratiet, som man må anta var tanken da departementet i loven tilpliktet kommunestyret selv ved avtaleinngåelsen.

Det redegjøres nærmere for dette i selve forslaget til høringssvar under.

Generelt om reformer i Rana

Samhandlingsreformen er en stor og omfattende reform. Den involverer ulike forvaltningsnivåer, ulike helseprofesjoner skal samhandle på en annen måte enn tidligere, usikkerhet knyttet til finansiering samt gjennomføring av reformen, samt nye, mange og omfattende endringer i lov- og forskriftsverk. Rana kommune har møtt en rekke reformer innen mange fagfelt de senere år. Men, disse har vært mer forberedt fra statlig side enn det vi erfarer med samhandlingsreformen. I Samhandlingsreformen har informasjon og tilgang på opplæring i lover og forskriftsverk (som ikke er vedtatt pr. dato) stort sett vært fraværende. Det gjelder både for fagfolk, administrasjon og politisk ledelse.

Konklusjon

- Det er et for høyt tempo i gjennomføringen av reformen. Vi bør unngå situasjoner hvor man avtalefester momenter som senere viser seg å være i strid med forskriftene, eller vingeklipper lokaldemokratiet.
- Regelverk og økonomiske virkemiddel bør utsettes til 2013. Det burde vært kjørt pilotering i enkelte kommuner før reformen bres ut for fullt.
- Reformen må fullfinansieres, slik at kommunene settes i stand til å bygge opp et tilbud før gevinstene tas ut. Dette gjelder særlig forebygging.
- Kommunene må også gis sterkere styringsmuligheter over tilbudet, slik at dette ikke blir ren tredjepartsfinansiering.
- Om ikke staten konkretiserer forskriftene vil reformen understreke ulikhet og manglende samhandling mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten. Dette vil igjen medføre enda større ulikhet i pasienttilbudet over landet enn vi har i dag, samt risiko for pasientvridning og medisinske feil.

Notat 1 – forslag til ny forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter

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.
- 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 lege i spesialisthelsetjenesten vurderer at det ikke er behov for ytterligere behandling i spesialisthelsetjenesten. Avgjørelsen skal være basert på en individuell medisinsk faglig vurdering. Når en pasient er definert utskrivningsklar, skal spesialisthelsetjenesten umiddelbart varsle kommunen. Dette gjelder ikke utskrivningsklare pasienter som ikke har behov for et kommunalt tilbud. Spesialisthelsetjenesten kan ikke sende en utskrivningsklar pasient tilbake til kommunen før kommunen har gitt beskjed om at det foreligger et kommunalt tilbud til vedkommende pasient, jf. § 5 andre ledd. Det skal dokumenteres i pasientjournalen at vilkårene i §§ 3, 4 og 5 andre ledd er oppfylt.

§ 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. Dette gjelder ikke dersom det foreligger omstendigheter utenfor kommunens kontroll som ikke gjør det mulig å avgi svar.

§ 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.

§ 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.

Rana kommunes merknader

Ikrafttredelse av forskrifter - avtaleverk

Lov- og forskriftsverk, som regulerer kommunal finansiering av behandling på sykehus, har departementet bestemt skal tre i kraft 1.1.2012. Dette er problematisk for kommunene av flere årsaker:

Lovverket, som først kom i sommer, åpner for 28 forskriftshjemler. I denne omgang foreligger kun forslag til noen av disse, og de vil ikke være ferdigbehandlet fra departementet før i desember.

Departementet har vist til at følgende forskrifter vil foreligge på høring i løpet av vinteren 2011/2011:

- *Forskrift om vederlag for kommunale helse- og omsorgstjenester i institusjon*
- *Forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus - legevakt*
- *Gjennomgang av reglene om beboernes rettigheter og bruk av tvang i institusjoner for omsorg for og behandling av rusmiddelmisbrukere*
- *Kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet*
- *Forskrift om fastlegetjeneste*

Staten pålegger kommunene å bygge opp alternative tilbud til sykehusinnleggelse, innen utskrivning og behandling. Dette skal muliggjøres vha økonomiske insentivordninger og nedfelles i avtaler mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Rana kommune er derfor en av kommunene som har behov for å se totaliteten i statens endringer, som vil fremgå av kommende forskrifter, før et tilbud kan nedfelles i avtaleverk. Vi bør unngå situasjoner hvor man avtalefester momenter som senere vil vise seg å være i strid med forskrifter.

I ny helse- og omsorgslov (loven) går det frem at kommunestyrene selv skal inngå avtalene. Dette betyr i klartekst for kommunene at avtalene må foreligges kommunestyrer og formannskap

medio november for å nå kommunestyrebehandling i desember, jf kommuneloven. Dette vil ikke være mulig all den tid avtalene ikke bør utledes i detalj før noen av forskriftene er ferdig behandlet i departementet. Grunnet kommunevalget er det ikke mulig å få informere påtroppende politikere om konsekvensene av Samhandlingsreformen, lov- og forskriftsverk før nye kommunestyrer konstitueres i oktober. I mange kommuner har det i ny valgperiode skjedd store endringer i sammensetning av politisk ledelse. Dette vil, foruten sammensetning av by-/kommunestyre og formannskap, også påvirke sammensetning av utvalg, komiteer, brukerråd etc. Rana kommune stiller seg spørrende til hvordan dette bidrar til å sikre lokaldemokratiet, som man må anta var tanken bak å ansvarliggjøre kommunestyret selv ved avtaleinngåelse.

Økonomi

Øk/adm konsekvenser

I kommentarene til forskriften fremgår det:

"....arbeides med sikte på at betalingssystemet skal minimere den administrative byrden for kommuner og regionale helseforetak, dog slik at regnskapstekniske krav, likviditetshensyn og øvrige behov knyttet til økonomistyringen hos partene imøtekommes. Enkelte kommuner vil imidlertid ha behov for å bygge opp analysekapasitet".

Rana kommune er usikker på om dette er et godt totalbilde på hvilke utfordringer denne reformen gir administrasjonen. Vi mener det vil det være nødvendig med økt kompetanse og økte ressurser inn i de kommunale tjenestene på alle plan, (til legetjeneste, til saksbehandling, etablering av nye døgntilbud i kommunen, annen kompetanse inn i tradisjonelle omsorgstjenester, styrket legevakt, satsing på forebygging, rehabilitering osv.). Den dokumentasjon som gjør at kommunen kan fram(be)regne økonomiske og administrative konsekvenser for egen del er vanskelig å framskaffe/lite tilgjengelig.

Kapasitetsutvikling

Forslag til forskrift legger ikke opp til noen overordnet (statlig) kontroll med om definisjonsgrensene for "utskrivingsklar" endres over tid. En problematikk kan være at jo flere pasienter går gjennom systemet, jo høyere inntak kan det skje til samme system. En slik utvikling vil være vanskelig påvirkbar for kommunene, og vil kunne øke både antall utskrivningsklare og kostnader knyttet til medfinansiering av sykehusbehandling fra kommunene. Ulike undersøkelser tyder på at helsetjenesteforbruket er størst i sentrale strøk, altså jo nærmere en bor sykehus. I den grad det produseres flere spesialisthelsetjenester over tid, vil presset på kommunal økonomi være tydeligere enn på sykehusøkonomi, gitt at dagens finansieringsløsninger videreføres. Kapasitetsøkning bør hensyntas i forskriftsverk.

Denne forskriftens forhold til Vederlagsforskriften

I dag betaler brukere innlagt i kommunal omsorgstjeneste (korttidsopphold) vederlag for oppholdet. Satsene fastsettes årlig av staten i Prop. 1 S. Det fremgår ikke av forslag til forskrifter hvordan dette er tenkt håndtert fra 1.1.2012 for pasienter som tilbys korttidsopphold i kommunal omsorgsinstitusjon ved utskrivning fra sykehus. Rana kommune vil derfor forholde seg til gjeldende regelverk ang. korttidsplasser, og vil kreve vederlag for institusjonsopphold etter utskrivning fra sykehus. Dette begrunnes også i likebehandlingsøyemed.

Pasientvridning

En kommunal betalingsplikt som ikke er fullfinansiert fra staten side kan medføre at utskrivningsklare pasienter fra sykehus blir prioritert foran andre pasienter i kommunehelsetjenesten. Dette vil være en forklarlig, men svært uheldig utvikling.

IKT, elektronisk meldingsutveksling

En forutsetning for at Rana kommune fikk prosjektmidler for å utrede samhandlingsreformen var at kommunen igangsatte elektronisk meldingsutveksling og tilknytning til Norsk helsenett. Rana kommune er derfor godt i gang med elektronisk samhandling internt i omsorgstjenesten opp mot fastlegene i kommunen. Imidlertid ser vi at det store volumet av meldinger går mellom sykehuset og kommunen. Det er også her det har kunnet oppstå medisinske feil, for eksempel ved at medisinalister ikke mottas/er oppdaterte før/etter sykehusbehandling. Vi ser det som en klar kvalitetsforbedring for pasientene å få utrullet elektronisk meldingsutveksling. Særlig vil dette være et godt tiltak for utskrivningsklare pasienter. Men helseforetaket og kommunen er ikke samkjørt når det gjelder innfasing av verktøyet slik at de to forvaltningsnivåene kan samhandle via nettet. Det burde vært stilt krav om slik samkjøring til begge parter, også siden helseforetakene har mottatt tilskudds- og investeringsmidler direkte fra Helse- og omsorgsdepartementet til slik kommunikasjon med kommunene.

Konkrete merknader til paragrafene

I §§ 3 og 4 legges definisjonsmakten for utskrivningsklarstatus til helseforetakene ensidig. Dette skal være basert på individuell medisinskfaglig vurdering. At det skal foretas en individuell medisinskfaglig vurdering er bra, og at spesialisthelsetjenesten er sentral i å vurdere når deres behandling bør avsluttes er selvsagt.

Rana kommune mener at i en reform som omhandler samhandling mellom ulike forvaltningsnivå bør definisjonsmakten ikke ensidig ligge i foretakene, men i dialog mellom kommune, foretak og evt. pasientens primærlege. Brukerens egne meninger må selvsagt også vektlegges. Vi opplever også at brukermedvirkning ellers fremholdes i regelverksarbeidet som meget sentralt, for eksempel står brukerne sentralt i utforming av avtaleverk.

I § 3 fremgår det at det er opp til sykehuset å vurdere hvorvidt pasienten skal skrives ut til helse- og omsorgstjenester i hjemmet eller til en kommunal institusjon i helse- og omsorgstjenesten.

Rana kommune mener at hvilket tilbud pasienten skal ha etter utskrivning er i dag, og fortsatt bør være en kommunal beslutning. Dette begrunnes primært i at dette faktisk er et kommunalt tjenestetilbud, og all den tid spesialisthelsetjenesten ikke skal ha et medfinansieringsansvar for kommunal omsorgstjeneste skal heller ikke beslutningsmyndigheten knyttet til hvordan kommunen skal ivareta egne innbyggers helsebehov plasseres i spesialisthelsetjenesten. Kommunene er selv best i stand til å vurdere hva slags type kommunale tjenester pasienten trenger etter utskriving, dvs. om nødvendig og forsvarlig helsehjelp kan gis hjemme eller i kommunal institusjon, avhengig av lokale forhold og prioriteringer. Dette fordrer selvfølgelig at kommunene får tilgang på pasientens sykdomshistorikk, som journal og medisinaliste, før han mottas i kommunal tjeneste.

Sekundært påpekes det at spesialist- og kommunehelsetjenesten ikke har felles systemer for klassifisering av pasienter, samt at ved gjennomgang av dagens utskrivningslister fra sykehus er pasientene påført behandlingstilbud som strider mot mange kommuners behandlingsprofil, som for eksempel omsorgstrappemodellen. Dette kompliserer ytterligere at sykehusene skal definere innholdet i kommunal helsetjeneste. I så fall bør alle ansvarlige for utskrivning fra sykehus hospitere i kommunehelsetjenesten over lang tid for å få nødvendig innsyn til å planlegge på kommunenes vegne. Rana kommune mener at å gi spesialisthelsetjenesten bestemmelsesrett over hvilket kommunalt tilbud så mange pasienter skal motta vil i stor grad låse kommunalt handlingsrom, og derigjennom svekke det lokale selvstyret.

Det fremgår også av § 3 at om sykehuset ikke kan varsle kommunen innen 24 timer, skal de gjøre det så snart "*det lar seg gjøre*".

Det er uklart for Rana kommune hva som ligger i dette. Det gis ingen eksempler på hvilke tilfeller dette omfatter, bortsett fra at det gjelder der det "*..antas å være behov for omfattende eller langvarig behandling..*" eller i hvilken grad man antar at dette må skje. Rana kommune mener at dette må forskriftfestes bedre. Vi opplever at forskriftene generelt er tydelige på krav til kommunene, men at de krav som stilles til sykehusene ikke er like konkrete. Dette kan bidra til å svekke likeverdighet mellom partene samt pasientsikkerhet. Slik vi ser det, kan kommunene etter denne paragrafen risikere å få tilmeldt pasienter de ikke har hørt om fra sykehusets side.

Rana kommune ønsker at forskriften bør konkretisere at i de tilfeller kommunen ikke får beskjed innen 24 timer, har kommunen rett til å holde tilbake/nedjustere evt. betaling for utskrivningsklare døgn i henhold til når varsling faktisk ble gitt. Det kan for eksempel forskriftfestes at varsling skal gis kommunen to dager før pasienten er utskrivningsklar, og om dette ikke er gitt, reduseres kommunens betaling for utskrivningsklare døgn tilsvarende.

I § 5 stilles det krav om at kommunen skal gi tilbakemelding til sykehuset straks når beskjed om utskrivningsklarhet kommer fra helseforetaket. Fristen ("*straks*") kan kun fravikes ved "*forhold utenfor kommunens kontroll.*"

Rana kommune tolker denne bestemmelsen til å vitne om liten kjennskap til drift i kommunal sektor. Riktignok drifter sykehusene med døgnbemanning for legetjenester (utskrivningsmyndighet) hele året igjennom. Slik er det ikke i kommunal sektor. Kommunale saksbehandlere (tildelings-/omsorgskontor) og fastleger med kommunal avtale har avtalefestet fri netter, kvelder, helger samt høytider. For fastlegenes del reguleres dette av sentralt inngåtte avtaler. Rana kommune mener derfor at forskriften må tilkjennegi når sykehuset kan melde kommunen at en pasient er utskrivningsklar. Dette må skje i ordinær arbeidstid for kommunens tildeling-/omsorgskontor.

Det bør være tilstrekkelig tid til å få på plass et individuelt rettet tilbud etter varling. Rana kommune undrer i tillegg hvordan "*straks*" skal tolkes. Er dette innen fem minutter/en halv time/ to timer etc? For å sikre at pasienten mottar et individuelt tilpasset tilbud av god kvalitet må kommunen gis nødvendig tid til saksbehandling (enkeltvedtak med formkrav til utredning, brukermedvirkning osv), heri mulighet og tid til dialog med pasientens fastlege, pasient og evt. dennes pårørende før tilbakemelding kan gis sykehuset. Det er ikke ønskelig å gjennom "*straks*" komme på kant med andre sentrale lovkrav. Rana kommune mener departementet bør

forskriftfeste prosedyrer og tidsrammer for denne individuelle saksbehandlingen i kommunen. Man bør som en tommelfingerregel kunne forutsette at dette skal skje innen 7,5 arbeidstimer timer fra melding er gitt fra sykehuset.

I § 7 fremgår at kommunen kan kreve redegjørelse for vurderingene spesialisthelsetjenesten har foretatt etter §§ 3 og 4. Sykehuset skal gi ”..tilstrekkelig og nødvendig informasjon slik at kommunen kan etterprøve at vurderingene foretatt av spesialisthelsetjenesten er i tråd med forskriften her”.

Det er imidlertid ikke gitt noen krav til når en slik redegjørelse skal foreligge fra sykehusets side. Skal denne foreligge når pasienten meldes utskrivningsklar?/Komme i løpet av kort tid deretter?/Følge pasienten?

Rana kommune mener at nødvendig informasjon skal foreligges kommunen samtidig som pasienten meldes utskrivningsklar fra sykehuset. Dette for å sikre kvaliteten på tilbudet pasientene mottar, samt å hindre at de blir kasterballer mellom forvaltningsnivå basert på ulike oppfatninger vedrørende om pasienten virkelig er utskrivningsklar.

I § 3 i den gamle forskriften er de opplistet seks punkt angående hva pasienten skal ha for å være definert som utskrivningsklar (eksempelvis journal - medisinsliste), og disse punktene/kriteriene må også inngå i den nye forskriften. Vi mener at de heller bør konkretiseres ytterligere enn tas ut av ny forskrift. Dette dreier seg igjen om pasientsikkerhet, og kommunenes reelle mulighet til å få god samhandling med sykehusene. Det å ikke forskriftsfeste så sentrale krav kan oppleves som om det fra sentralt hold er ønskelig at pasientsikkerheten skal variere over landet. Dette fordi området da vil måtte reguleres av de lokale avtalene som inngås mellom kommunene og sykehuset.

Videre er det indikasjoner på at data på antall døgn fra helseforetakene ikke samsvarer med omsorgs-/tildelingskontoret i kommunene sine tall. Det kan være diskrepanser på opp mot 50 pst. enkelte steder. Dette får store økonomiske konsekvenser for kommunene. Da helseforetakenes tall, med mindre modifikasjoner, benyttes som grunnlag for Helsedirektoratets fakturering til kommunene er dette alvorlig. Derfor er det helt avgjørende at denne forskriften i størst mulig grad gir klare kriterier for hva som er en utskrivningsklar pasient.

I § 8 fremgår det at fylkesmannen er klageinstans. Det fremgår ikke hvordan man økonomisk håndterer tvister.

Da dette både dreier seg om pasientsikkerhet samt økonomistyring mener Rana kommune det er sentralt å få raske tilsvare i klagesaker. Departementet bør forskriftfeste en tidsfrist for fylkesmannens behandling av klager, og videre prosess (eksempelvis Helsetilsynet) i den grad disse fristene ikke overholdes. Håndtering av såkalte svingdørspasienter – altså pasienter som kort tid etter utskrivning må reinnlegges grunnet for tidlig avsluttet sykehusbehandling – omtales ikke. Reinnleggelser er en sentral kvalitetsindikator på hvilket tilbud pasienter faktisk mottar i spesialisthelsetjenesten. Rana kommune mener det bør forskriftfestes at kommunene kan holde igjen betaling/kompenseres i slike tilfeller.

Dette er også økonomiske beslutninger, som påvirker tilbudet til resten av kommunens innbyggere. Det vises til at i Rana kommunes tilfelle vil tildeling til utskrivningsklare pasienter utgjøre i underkant av 2,5 mill. kroner etter innvekting i innbyggertilskuddet og før departementet har nedjustert nasjonale tall for antall utskrivningsklare ytterligere. Samtidig ligger Rana kommune an til å få utgifter til dette formålet på rundt 6-8 mill. kroner i 2012. Dette er på tross av at vi i 2009 etablerte et tilbud for utskrivningsklare pasienter med rehabiliteringsbehov (7 pl). For Nordland fylke er tilsvarende tall 27 mill. kroner, mot et forbruk på henholdsvis 55 og 45 mill. kroner i 2009 og 2010 (Helsedirektoratets data). Dette understreker også at dette er et vanskelig område å drive god økonomistyring innen, siden antall utskrivningsklare kan svinge betydelig fra år til år.

Notat 2 – forslag til forskrift om kommunal medfinansiering

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 innleggelser 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.

§ 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.

Rana kommunes merknader

Øk./adm konsekvenser

Helsedirektoratets økonomidata ang. Samhandlingsreformen er ikke tilstrekkelige for kommunenes behov. Det gis for eksempel ikke nok opplysninger om pasientene til å kunne dimensjonere tilbud til ulike grupper eller sammenligne forbruk over år. Dette siste da det er benyttet samme vekting for både 2009 og 2010.

Slik ordningen for medfinansiering er lagt opp ser det ut til at kommuner som er vertskommune for sykehuset eller har lav sosøk status kommer dårlig ut. Ved hjelp av en slik initial skeivfordeling kan man på sikt forsterke helseforskjeller i befolkningen. Dette forsterkes ytterligere av at med innvektning i inntekstsystemet vil delkostnadsnøkkelen knyttet til medfinansiering og utskrivningsklare pasienter trekkes ned fra nivået oppgitt i Kommuneproposisjonen 2012.

Konkrete merknader til paragrafene

Av § 1 fremgår at kommunen skal medfinansiere opphold i spesialisthelsetjenesten for sine innbyggere.

Rana kommune ønsker å påpeke at forslaget ikke omfatter behandling hos private avtalespesialister. Dette området ble budsjettet til å utgjøre vel 1,4 mrd. kroner på landsbasis i 2011 (Prop. 1 S 2010-2011), og er en avlastningsordning for poliklinisk behandling i sykehus. Poliklinisk behandling skal omfattes av medfinansieringsordningen. I om at majoriteten av private avtalespesialister har etablert sin praksis i Oslo-området, innebærer dette at blant annet kommunene i Nord-Norge som har svært få/ingen avtalespesialister, må betale forholdsmessig mer til medfinansiering av polikliniske tjenester enn kommuner i sentrale strøk. Rana kommune mener derfor at forbruket av poliklinikk bør tas ned tilsvarende forbruket av avtalespesialisttjenester for de kommunene som helt/delvis mangler et slikt tilbud. Det kan da korrigeres for spesialitet psykologi/psykiatri, som foreløpig ikke omfattes av medfinansieringsordningen.

Av §§ 2, 5 og 6 fremgår det at departementet fastsetter nærmere avgrensning av somatiske pasientgrupper som omfattes av kommunal medfinansiering, data til formålet innhentes fra Norsk Pasientregister, og behandles av Helsedirektoratet.

Rana kommune har, selv med 25 500 innbyggere, erfart at vårt forbruk av slike helsetjenester kan variere med opp til 16 pst. fra år til år. Dette er betydelige utslag på et totalvolum i 2010 på 24 mill. kroner. Det kan antas at dette blant annet henger sammen med forhold Rana kommune ikke kan påvirke. Endringer i regelverket for innsatsstyrt finansiering foretas for eksempel av Helsedirektoratet, gjennom data innrapportert fra sykehusene til Norsk Pasientregister. Disse regelverksendringene påvirker utbetaling innen ordningen. Eksempler: Fra år til annet kan det innlemmes flere prosedyrer i ordningen (som poliklinikk fra 2009) samt at vektingen mellom områder kan endres (behandlingsområdene kirurgi og medisin (som fra 2009 til 2010 da medisin ble vektet opp og kirurgi ned). Dette medfører at sammenligninger av forbruk fra år til år er svært utfordrende på annet enn aggregert nivå innen spesialisthelsetjenesten. Derfor, så lenge kommunene finansierer deler av den totale tjenesten, vil disse endringene påvirke oss betydelig mer enn hva de vil spesialisthelsetjenesten. Slike endringer har ikke kommunene noen påvirkningsmulighet på, da dette er rene administrative avgjørelser i et fagdirektorat. Det er derfor ikke klart for Rana kommune hvordan departementet i kommende år vil korrigere slike negative økonomiske utslag for kommunene i budsjett dokumenter. Dette bør forskriftfestes i denne paragraf.

Det fremgår heller ikke hvordan justeringen av delkostnadsnøkkelen skal foregå fremover. Skal denne følge justeringen ellers i kommunal sektor, eller følge justering av inntektsrammene til de regionale helseforetakene? Disse justeringene kan variere, og spesialisthelsetjenesten har

tradisjonelt lagt høyere. Samtidig er det tydelig fra departementets side at veksten skal komme i kommunal sektor.

Rana kommune savner føringer i forskrift på hvilken justering som skal legges til grunn.

Notat 3 – forslag til ny forskrift om oppjustering av driftavtalehjemler for fysioterapeuter

Forskrift om oppjustering av driftsavtalehjemler for fysioterapeuter

Fastsatt av Helse- og omsorgsdepartementet XX. Desember 2011 med hjemmel i lov 24. juni 2011 nr. 30

om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. § 3-2 fjerde ledd.

§ 1 Virkeområde

Denne forskriften regulerer oppjustering av driftsavtalehjemmel som er inngått mellom fysioterapeut og kommune.

§ 2 Oppjustering av eksisterende avtalehjemler

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

§ 3 Ikrafttredelse

Forskriften trer i kraft fra den tid departementet fastsetter.

Rana kommunes merknader

I Rana er det 24 fysioterapeuter som har avtale med Rana kommune fordelt på 17,5 avtalehjemler. Av disse har 13 fysioterapeuter individuelle avtaler hvorav to avtaler på 50 %. Resterende 11 fysioterapeuter inngår i fire forskjellige virksomheter som hver for seg har selskapsavtale med Rana kommune. Flere av de som har redusert hjemmel og eller som har selskapsavtale har søkt kommunen om utvidelse. Det foreligger også søknader om avtalehjemmel fra 4 fysioterapeuter uten avtale med kommunen.

Pr dato ser ikke Rana kommune behov for å øke omfanget av 17,5 avtalehjemler. En kommunal arbeidsgruppe har fastslått at dagen omfang er tilfredstillende. Imidlertid kan behovsendringer oppstå i fremtiden og eller fysioterapeuter som i dag har avtalehjemmel kan si sin hjemmel opp. I en slik situasjon deler Rana kommune departementet forslag i forskriften om å kunne oppjustere eksisterende driftsavtalehjemler. Rana kommune deler også forskriftens intensjon om at dette ikke innebærer at kommunene kan oppjustere driftsavtalehjemler uten forsvarlig saksbehandling, herunder at kommunen har anledning til å foreta intern utlysning og at det for øvrig stilles krav til forsvarlig saksbehandling. Dette da flere fysioterapeuter ønsker å få oppjustert sin driftsavtalehjemmel og kommunen i en evt. fremtidig slik situasjon må foreta en konkret avveining av hvilken fysioterapeut som er den best kvalifiserte sett hen til utlysningstekst og kommunens behov.

Konklusjon

Rana kommune deler departementet forslag i forskriften om å kunne oppjustere eksisterende driftsavtalehjemler. Rana kommune deler også forskriftens intensjon om at dette ikke innebærer at kommunene kan oppjustere driftsavtalehjemler uten forsvarlig saksbehandling, herunder at kommunen har anledning til å foreta intern utlysning og at det for øvrig stilles krav til forsvarlig saksbehandling.

