

## MØTEBOK

### Saksgang

Utvalg	Møtedato	Utvalgssak
Formannskapet	06.10.2011	11/114

Arkivsaksnr: 2011/3473

Klassering:

Saksbehandler: Ann Kristin Ramstad

### HØRING – SAMHANDLINGSREFORMEN – FORSLAG TIL FORSKRIFTEENDRINGER OG NYE FORSKRIFTER SOM FØLGE AV PROP. 91 L (2010-2011) LOV OM KOMMUNALE HELSE- OG OMSORGSTJENESTER

Trykte vedlegg:

#### Rådmannens forslag til vedtak:

Steinkjer kommune mener det er viktig å følge opp nytt lovverk med presisering i forskrifter. Steinkjer kommune har følgende uttalelse til forslaget til de nye forskriftene:

1. Steinkjer kommune er svært bekymret for de økonomiske rammene knyttet til gjennomføring av samhandlingsreformen. En frykter de økte rammeoverføringene som er skissert ikke vil kompensere de økte kostnadene for kommunene fullt ut.
2. Steinkjer kommune mener begrepet utskrivningsklar er dårlig definert og bør defineres bedre i ny forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter. Sykehusene vil kunne endre praksis ytterligere ved nedtrekk av budsjettammer. Dette vil kunne bety at de beregninger som legges til grunn for kommunenes økte rammeoverføringer ikke er helt riktige. Det forutsettes at de økonomiske rammene for kommunene justeres i henhold til endret praksis fra sykehusene.
3. Steinkjer kommune mener det er avgjørende for å lykkes med samhandlingsreformen at fastleggeforskriften endres og at legenes ansvar tydeliggjøres. En mener at takstheftet med takstene som regulerer legenes aktivitet og inntjening også bør endres for å sikre motivering til å bidra positivt til å nå målsettingene i samhandlingsreformen.
4. Steinkjer kommune mener tidsfristene som foreslås satt for varsel til hjemkommunen ved innleggelse i sykehus om behov for kommunal bistand etter utskrivning er innenfor en rimelig grense for begge parter. Av hensyn til den praktiske gjennomføringen bør det settes en begrensning på at utskrivelse skal varsles pasientens hjemkommune på dagtid.

Ordføreren foreslo følgende alternative forslag til rådmannens forslag pkt. 10:

Steinkjer kommune støtter departementets primære forslag om å oppheve reglene om institusjonens disposisjonsrett over kontantytelser fra folketrygden.

Elin Agdestein foreslo følgende alternative forslag til rådmannens forslag pkt. 12:

Steinkjer kommune støtter forslag om en mer grundig gjennomgang av forskriften om dokumentasjonsplikten for å dra grensedragninger for hva som skal omfattes av dokumentasjonsplikten.

Votering:

- Rådmannens forslag så nær som pkt. 10, 12 og 13 ble enstemmig vedtatt.
- Ved alternativ votering mellom rådmannens forslag pkt. 10 og ordførers alternative forslag ble ordførers alternative forslag enstemmig vedtatt.
- Ved alternativ votering mellom rådmannens forslag pkt. 12 og Elin Agdesteins alternative forslag ble Elin Agdesteins alternative forslag enstemmig vedtatt.
- Ved alternativ votering mellom rådmannens forslag pkt. 13 og Lillian Hatlings alternative forslag ble Lillian Hatlings forslag enstemmig vedtatt.

**Vedtak Formannskapet - 06.10.2011:**

Steinkjer kommune mener det er viktig å følge opp nytt lovverk med presisering i forskrifter. Steinkjer kommune har følgende uttalelse til forslaget til de nye forskriftene:

1. Steinkjer kommune er svært bekymret for de økonomiske rammene knyttet til gjennomføring av samhandlingsreformen. En frykter de økte rammeoverføringene som er skissert ikke vil kompensere de økte kostnadene for kommunene fullt ut.
2. Steinkjer kommune mener begrepet utskrivningsklar er dårlig definert og bør defineres bedre i ny forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter. Sykehusene vil kunne endre praksis ytterligere ved nedtrekk av budsjettammer. Dette vil kunne bety at de beregninger som legges til grunn for kommunenes økte rammeoverføringer ikke er helt riktige. Det forutsettes at de økonomiske rammene for kommunene justeres i henhold til endret praksis fra sykehusene.
3. Steinkjer kommune mener det er avgjørende for å lykkes med samhandlingsreformen at fastlegeforskriften endres og at legenes ansvar tydeliggjøres. En mener at takstheftet med takstene som regulerer legenes aktivitet og inntjening også bør endres for å sikre motivering til å bidra positivt til å nå målsettingene i samhandlingsreformen.
4. Steinkjer kommune mener tidsfristene som foreslås satt for varsel til hjemkommunen ved innleggelse i sykehus om behov for kommunal bistand etter utskrivning er innenfor en rimelig grense for begge parter. Av hensyn til den praktiske gjennomføringen bør det settes en begrensning på at utskrivelse skal varsles pasientens hjemkommune på dagtid.
5. Medfinansieringen som er skissert kan føre til mer samhandling og et bedre pasientforløp. Steinkjer kommune mener det er en del usikkerhet rundt finansieringen. kommunene burde fått ekstra overføringer utover det som er foreslått i 2012 for å ha en mulighet til å bygge opp effektive tjenestetilbud i egen kommune eller i et interkommunalt samarbeid.
6. Steinkjer kommune har ingen anmerkning til endringen i Norsk pasientregisterforskriften. En vil likevel bemerke at staten kunne insiert til et kontrollsystem som kommunene kan benytte seg av for å få oversikt over egen ressursbruk.

7. Steinkjer kommune støtter departementets videreføring av vederlagsforskriften med forenklinger. Det burde vært ytterligere presisert hva som inngår i vederlaget og hva som faller utenfor. Kommunen ønsker at departementet ser på mulighet til å innhente opplysninger om inntekt på linje med Husbankens bostøttesystem, dvs. elektronisk for å lette den kommunale saksbehandlingen.
8. Steinkjer kommune mener forskriften om felles trivselsordning bør videreføres. Aktivitet, kultur og trivsel er viktige faktorer som det er viktig å prioritere høyere ved institusjoner.
9. Steinkjer kommune mener fordeling av kostnader mellom kommuner ikke har samme betydning i dag som tidligere. Kommunen støtter departementets vurdering om at det ikke er naturlig at andre enn bostedskommune skal dekke BPA, avlastning, støttekontakt eller omsorgslønn. Kommunen mener det er en grei presisering at det ikke kan kreves refusjon for tjenester kommunene ikke på forhånd er enige om.
10. Steinkjer kommune støtter departementets primære forslag om å oppheve reglene om institusjonens disposisjonsrett over kontantytelser fra folketrygden.
11. Steinkjer kommune har ingen anmerkning til forskriften men ser viktigheten av en presisering av hva som er institusjon og hva som faller utenom.
12. Steinkjer kommune støtter forslag om en mer grundig gjennomgang av forskriften om dokumentasjonsplikten for å dra grensedragninger for hva som skal omfattes av dokumentasjonsplikten.
13. Steinkjer kommune stiller spørsmål ved om det å ha flyktningmottak i egen kommune vil påføre kommunen ekstra økonomisk belastning i forhold til ny forskrift om rett til helse- og omsorgstjenester til personer som oppholder seg i riket. Det er ønskelig med en nærmere avklaring av hvordan forskriften skal forstås på dette punktet.  
  
Steinkjer kommune forutsetter at eventuelle økte kostnader kompenseres med økte overføringer.
14. Steinkjer kommune støtter forslaget om konkretisering av koordinatorfunksjonen i nytt lovverk. Koordinatorfunksjonen vil bli avgjørende for at arbeidet etter intensjonen til samhandlingreformen skal bli vellykket, men dette vil medføre økte kommunale kostnader. Kommunen forutsetter at økte kostnader kompenseres med økte overføringer
15. Steinkjer kommune har ingen bemerkning til oppjustering av driftsavtalehjemler for fysioterapeuter.

Rettsutskrift  
Le

## Saksopplysninger

Helse- og omsorgsdepartementet har sendt ut 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.

Frist for høringsuttalelse er 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. Øvrige forskrifter vil ved behov bli gjennomgått på et senere tidspunkt. Tekniske endringer i form av oppdateringer av begrepsbruk, henvisninger og andre konsekvensjusteringer i tråd med lovendringene sendes ikke på høring da departementet anser dette for å være åpenbart unødvendig, jf. forvaltningsloven § 37 fjerde ledd punkt c. Som det fremgår av høringsnotatet foreslås det flere enkeltstående nye forskrifter. Parallelt med høringen vil departementet vurdere om flere av disse kan samles i fellesforskrifter.

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 vedtak 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), samt Prop. 90 L (2010-2011) Lov om folkehelsearbeid og Innst 423 L (2010-2011).

Ny kommunal helse- og omsorgstjenestelov tydeliggjør kommunens overordnede ansvar for helse- og omsorgstjenester, uten at kommunene samtidig pålegges bestemte måter å organisere tjenestene på. Kommunens plikter videreføres, men foreslås utformet mer overordnet og profesjonsnøytralt. Dette mener departementet vil gi kommunene et tydeligere og mer helhetlig ansvar, samt større frihet til å organisere og tilpasse tilbudet i samsvar med lokale behov. Det juridiske skillet mellom helsetjenester og omsorgstjenester oppheves. I stedet legges det til rette for en felles helse- og omsorgstjeneste med felles regelverk, herunder felles klage- og tilsynsinstitusjon. Pasient- og brukerrettigheter knyttet til kommunale helse- og omsorgstjenester videreføres og samles i pasient- og brukerrettighetsloven. Samhandlingsreformen fremhever kommunens ansvar for helsefremmende og forebyggende arbeid. Kommunene har allerede i dag et slikt ansvar, men dette tydeliggjøres i loven. Lovendringene skal sikre bedre samhandling innad i kommunen, men også mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Pasienter og brukere skal sikres mer helhetlige og koordinerte tjenester gjennom forpliktende samarbeidsavtaler og avtalte behandlingsforløp.

Stortinget har ved sitt lovvedtak sluttet seg til disse hovedgrepene.

## Saksvurderinger:

### Forslag til ny forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter.

Forslaget innebærer en konkretisering og nærmere regulering av det finansieringsansvaret kommunene har for utskrivningsklare pasienter fra dag en, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 11-4 første ledd. Sentrale temaer i forslaget til ny revidert forskrift er når en pasient skal anses som utskrivningsklar, hvilket ansvar tjenestenivåene har for utskrivningsklare pasienter, varsling og tidspunkt for når betalingsplikten inntreffer. I tillegg til forskriften skal de lovpålagte avtalene mellom de regionale helseforetakene og kommunene inneholde nærmere avklaringer av håndteringen av utskrivningsklare pasienter, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 6-2 nr. 5.

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.

### Økonomisk konsekvens

Overføring av det økonomiske ansvaret for *utskrivningsklare pasienter* vil innebære at de regionale helseforetakene får et trekk i sine rammer og at kommunene får en økning. Kommunene vil få overført midler for utskrivningsklare pasienter tilsvarende om lag 560 mill. kroner. Beløpet baserer seg på en betalingsatts på 4000 pr døgn kroner som tar høyde for driftskostnader, inkludert kapitalkostnader og 140 000 liggedøgn som tilsvarer gjennomsnittlig antall utskrivningsklare liggedøgn i perioden 2007-2009. Midlene overføres i rammetilskuddet til kommunene fra 2012.

### Kommunens anmerkning til forskriften:

Begrepet utskrivningsklar pasient bør utdypes nærmere. Lov og forskrift legger opp til at det er kommunen og sykehuset selv som bør si noe om hva de legger i begrepene ved inngåelse av avtalen mellom partene.

Begrepet burde likevel vært definert noe nærmere. En pasient kan i prinsippet være utskrivningsklar selv om pasienten ikke er ferdig behandlet. Kommunen kan ha både kompetanse og ressurser til å motta pasienten. I et annet gitt tilfelle kan en pasient som er ferdig behandlet oppleves som ikke utskrivningsklar. Det kan dreie seg om en pasient kommunen ikke har fagkompetanse eller ressurser til å motta. Når det er opp til den enkelte lege og vurdere dette vil man kunne anta noe ulik praksis. Selv om dette bør inn i avtalene mellom den enkelte kommune og helseforetak burde det vært mer avklaring rundt begrepet utskrivningsklar.

I forhold til den økonomiske konsekvensen av plikten til å betale for utskrivningsklare pasienter, kan man med reduserte rammer til helseforetak ha en iboende skepsis til om hvor raskt en person vil bli utskrivningsklar til egen hjemkommune. Spørsmålet er om dette vil skje raskere i framtiden enn hva som har vært tilfellet tidligere og som statistikk og beregninger i forhold til økte rammeoverføringer er basert på. Kommunene har de senere årene fått merke at pasientene har kortere og kortere liggetid ved sykehusbehandling. Dette er også underbygget av forskning. Departementet bør derfor følge opp

dette med ytterligere kontroller/forskning og gjøre justeringer i kommunenes rammeoverføringer tilsvarende sykehusenes endring av praksis.

I forhold til tidsfristene som er satt opp mener Steinkjer kommune at disse er innenfor en rimelig grense for begge parter. Dersom man skal anta at tjenester om utskrivning til den enkelte kommune skal gå gjennom koordinator/brukerkontor/forvaltningskontor i kommunene burde det vært en begrensning på at utskrivelse skal varsles kommunen på dagtid.

#### **Forslag til ny forskrift om kommunal medfinansiering.**

Med kommunal medfinansiering etableres en økonomisk kobling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten. Kommunene får et økonomisk medansvar for innbyggernes medisinske innleggelses og konsultasjoner i spesialisthelsetjenesten. Slik er det ment at kommunene skal få et insentiv til å engasjere seg i sammenhengen mellom bruk av egne ressurser og innbyggernes forbruk av spesialisthelsetjenester. Kommunal medfinansiering skal basere seg på ordningen for Innsatsstyrt finansiering, og forskriften viser til ISF-systemet som beregningsgrunnlag for den andel kommunene skal finansiere spesialisthelsetjenesten med. I forskriften foreslås det å avgrense medfinansieringsansvaret til kr 30.000 pr pasient. Kommunen skal finansiere deler av egne innbyggers forbruk av spesialisthelsetjenester innen somatikk (innleggelses og polikliniske konsultasjoner/behandling). Kommunal medfinansiering gjelder ikke for kirurgi, fødsler, nyfødte barn og behandling med nærmere bestemte kostbare legemidler. Kommunal medfinansiering gjelder ikke for privatpraktiserende avtalespesialister, psykisk helsevern, tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengige og opphold i private opptreningsinstitusjoner, jf. forslag til § 1 fjerde ledd.

#### **Økonomisk konsekvens**

Midlene som overføres til kommunene fra 2012 for å innføre *kommunal medfinansiering*, vil bli finansiert av en tilsvarende reduksjon i ISF-bevilgningen. Analyser basert på forslag, innretning og tall 2. tertial 2010 viser at overføringen vil bli størrelsesorden 4,2 mrd. 2010-kroner. Kommunal medfinansiering er et økonomisk insentiv, og midlene fordeles til kommunene som frie inntekter. Endelig beløp som skal innlemmes i rammetilskuddet tas inn i statsbudsjettet for 2012.

#### **Kommunens anmerkning til forskriften:**

Ut fra beregninger som er gjennomført av KS vil den enkelte kommune (i særdeleshet små kommuner), sitte igjen svært lite penger av de overførte rammetilskuddene etter å ha betalt inn sin andel til helseforetak for behandling/utskrivningsklare pasienter. Det vil si at den enkelte kommune vil ha begrenset mulighet til å bygge opp eget apparat i kommunen for å kunne drive mer samfunnsøkonomiske tjenester. Dersom man i en overgangsperiode hadde tilført mer ressurser til kommunene ville samhandlingsrefomen kunne vært en pådriver til å endre retning og bygge opp egne tilbud for kommunenes innbyggere. Selv ved interkommunalt samarbeid vil de ressursene som kommunen får overført for det meste gå med til å dekke opp de pålagte oppgavene som følger av lov og forskrift. Man trenger i tillegg muligheten til å gjøre kommunale tilpasninger. Disse lar seg vanskelig gjennomføre med de rammeoverføringene som er skissert fra staten.

#### **Endringer i Norsk Pasientregisterforskriften.**

Både i forhold til forskriftsreguleringen av ordningene med kommunal medfinansiering og overføring av det økonomiske ansvaret for utskrivningsklare pasienter fra spesialisthelsetjenesten til kommunene fra dag én, er det forutsatt at nødvendige og relevante data fra NPR skal brukes som grunnlag for økonomisk oppgjør mellom kommunene og de regionale helseforetakene. Endringsforslagene i dette kapitlet må derfor sees i sammenheng med de ovenfornevnte forskriftsendringene.

Norsk pasientregister (NPR) inneholder informasjon om pasienter som venter på, får eller har fått behandling innen spesialisthelsetjenesten og er den primære kilden til styringsdata for spesialisthelsetjenesten. For at nødvendige og relevante data fra NPR skal kunne brukes som grunnlag

for økonomisk oppgjør mellom kommunene og de regionale helseforetakene foreslår departementet at NPR-forskriften § 3-3 endres, slik at denne gir rettslig grunnlag for tilrettelegging og utlevering av opplysninger som er nødvendige og relevante for kommunal medfinansiering og betalingsordningen for utskrivningsklare pasienter.

#### Økonomisk konsekvens.

Departementet har vurdert at dette ikke vil ha noen direkte konsekvens for kommunene. Forskriftsendringen trer i kraft som en følge av at det er norsk pasientregister og informasjon derfra som skal danne grunnlaget for det økonomiske oppgjøret mellom kommunene og de regionale helseforetakene.

#### Kommunens anmerkning til forskriften:

Steinkjer kommune mener det er viktig at staten legger til rette for at denne ordningen skal bli minst mulig byråkratisk og at oppgjør mellom kommune og helseforetak kan skje uten at det knyttes for store administrative ressurser til gjennomføringen av ordningen. Kommunen ser med noe bekymring på at staten mener at kommunene kan ha behov for å bygge opp analysekapasitet for å ha en viss kontroll og oversikt over ressursbruken sin. Det er kort tid til reformen trår i kraft og det hadde vært fint om staten kunne ha initiert til en slik løsning for kommunene.

#### Endring i forskrifter om fordeling av kostnader mellom kommuner, vederlag og institusjoners disposisjonsrett over kontantytelser fra folketrygden.

*Fordeling av kostnader mellom kommunene:* Departementet vil ta sikte på å kartlegge omfanget av, og behovet for, dagens refusjonsordning mellom kommuner for tjenester regulert i sosialtjenesteloven under og etter opphold på institusjon. Inntil videre foreslår departementet å videreføre gjeldende rett, med noen mindre tilpasninger. Ansvaret for å sørge for tjenester som i dag regnes som sosiale tjenester, under opphold i institusjon og etter utskrivning fra institusjon, foreslås lagt til den nye oppholdskommunen (institusjonens vertskommune). Utgiftene til tjenestene skal, som i dag, kunne kreves refundert fra pasientens eller brukerens tidligere oppholdskommune. For å sikre nødvendig sammenheng mellom tjenesteomfanget og finansieringsansvaret foreslår departementet at det bare kan kreves refusjon for utgifter til tjenester som kommunene er blitt enige om.

*Institusjoners disposisjonsrett over kontantytelser:* Departementet foreslår primært å oppheve de fire forskriftene om institusjoners disponering av kontantytelser fra folketrygden på vegne av beboere. Sekundært, dersom høringssvarene viser at det likevel eksisterer et klart behov for reglene om institusjonenes disposisjonsrett, vil departementet vurdere å fastsette en felles forskrift. Forutsatt at det konstateres et behov for videreføring av forskriftene, foreslår departementet at kravet om å sette kontantytelser på egen konto etter institusjonens anvisning kun skal gjelde for beboer som ikke er i stand til å disponere ytelsene selv. Dette for å bringe forskriftene bedre i tråd med hjemmelsgrunnlaget. Departementet har utformet et konkret forslag til harmonisert forskrift.

*Felles trivselsordning.* Forskriftene om felles trivselsordning foreslås foreløpig videreført, kun med tekniske endringer.

*Vederlag.* Departementet foreslår å videreføre de materielle bestemmelsene i forskrift til lov om sosiale tjenester kapittel 8 om vederlag for sosiale tjenester utenfor institusjon. Forskriften foreslås gjort mer forståelig for brukerne. Dagens omstendelige regulering av hva det ikke kan kreves vederlag for, erstattes med regler om hvilke tjenester det faktisk kan kreves vederlag for. Dette er i tråd med ny helse- og omsorgstjenestelov § 11-2, hvor det bare kan kreves vederlag for tjenester som uttrykkelig er nevnt i lov eller forskrift.

Forskriften om vederlag for kommunal legehjelp og fysikalsk behandling foreslås også videreført i sin helhet.

### Økonomiske konsekvenser:

#### *Fordeling av kostnader mellom kommuner:*

I ny lov er ansvaret for å sørge for tjenestene i § 3-1 første ledd lagt til oppholdskommunen. Det er ikke hjemmel for å gjøre unntak fra dette. Det innebærer at det ikke er hjemmel til å overføre ansvaret for å sørge for tjenester til tidligere oppholdskommuner. Det er kun betalingsansvaret som kan reguleres.

Kommunene er i dag forpliktet til å yte nødvendig helsehjelp og sosiale tjenester til enhver som bor eller oppholder seg i kommunen. Dette medfører at hyttekommuner og feriekommuner må yte hjelp til personer som ferierer i kommunen. Det er ikke knyttet noen refusjonsordninger til slike utgifter.

Dette mener departementet er en retts teknisk god regel ettersom den er enkel å forholde seg til samtidig som pasienter og brukere unngår å bli kasteballer mellom kommuner. Videre hindrer løsningen byråkratiske oppgjørsordninger mellom kommuner.

Plikten til å yte og finansiere helse- og sosialtjenester til personer som ikke er folkeregistrert i kommunene medfører økte utgifter for turistkommuner og hyttekommuner. Borgeutvalget, som ble opprettet for å gjennomgå og evaluere inntektssystemet for kommunal sektor (NOU 2005:18), var også inne på dette temaet. Utvalgets vurdering var at turistvirksomhet og fritidsboliger i stor grad må betraktes som en del av de aktuelle kommuners næringsgrunnlag, og at de utgifter som følger av turistvirksomhet og fritidsboliger ikke er prinsipielt forskjellig fra de utgifter som følger av annen næringsvirksomhet. I dette regnestykket mener departementet at man må ta med at turister og hyttebeboere medfører økte inntekter for vertskommunen.

For å videreføre gjeldende rett på området, foreslår departementet å presisere i forskrift at det kan kreves refundert utgifter til plass i institusjoner som aldershjem, barnebolig og bolig med heldøgns helse- og omsorgstjenester for rusmiddelavhengige.

Utgangspunktet for opphold i andre boformer eller institusjoner hvor hensikten med oppholdet er å motta helse- og omsorgstjenester, vil normalt være at bostedskommunen har kjøpt plass og dermed direkte dekker alle utgiftene til mat, opphold etc. Eksempler på dette er botilbud for døve og døvblinde med behov for særlig tilrettelagte tjenester. Den enkelte kommune gjør da avtale med botilbudet/institusjonen eller kommunen som drifter institusjonen, og dekker utgiftene direkte. Utgifter til omsorgslønn, BPA og avlastning vil gjelde etter utskrivning fra institusjon. I ny lov er det kun mulig og kreve reduksjon for tjenester kommunene på forhånd er blitt enige om.

#### Kommunens anmerkning til forskriften:

Steinkjer kommune er enig i departementets vurderinger med hensyn til videreføring av dagens ordningen med refusjon.

Steinkjer kommune mener det er fornuftig at det i ny lov tas inn at kommunene på forhånd skal være enige om tjenestene som det kan kreves refusjon på.

*Disponering av kontantytelser.* Departementets primære forslag om å oppheve reglene om institusjonenes disposisjonsrett over kontantytelser fra folketrygden vil innebære at vergemålslovens bestemmelser gjelder fullt ut. I praksis vil derfor pasienter eller beboere som ikke selv er i stand til å disponere sine midler måtte bistås enten av nærmeste pårørende eller av en verge som utnevnes for vedkommende etter bestemmelser i vergemålsloven. Institusjonen vil også kunne gis fullmakt ved behov. Kommunene, institusjonene og Arbeids- og velferdsetaten vil få reduserte administrative forpliktelser.

#### Kommunens anmerkning til forskriften:

Kommunen mener departementets sekundære forslag til forskrift vil være mest formålstjenelig. Det oppleves fra tid til annen at det i enkelte tilfeller nok er pasientens beste at kommunen tar



over økonomien til enkeltpasienter. Dette da pårørende kan ha problemer med å se de behov som institusjonen ser i forhold til nye investeringer som klær, sko m.m.

Kommunen støtter forslaget om at det ved vurdering fra lege i de tilfeller der pasienten mangler samtykkekompetanse kan fattes et vedtak om institusjonenes disposisjonsrett over kontantytelser fra folketrygden.

*Vederlag.* Departementet foreslår å videreføre i ny forskrift de materielle bestemmelsene i kapittel 8 i forskrift til lov om sosiale tjenester.

Forskriften foreslås gjort mer forståelig for brukerne. Dagens omstendelige regulering av hva det ikke kan kreves vederlag for, erstattes med regler om hvilke tjenester det faktisk kan kreves vederlag for. Dette er i tråd med ny helse- og omsorgstjenestelov § 11-2, hvor det bare kan kreves vederlag for tjenester som uttrykkelig er nevnt i lov eller forskrift.

For tjenester etter kommunehelsetjenesteloven gir kapittel 8 i forskriften til sosialtjenesteloven kun adgang til å kreve vederlag for opphold i institusjon, jf § 8-6. Beregningen av vederlag for opphold i institusjon er regulert i en egen forskrift – vederlagsforskriften. Det er etter departementets oppfatning ikke grunn til fortsatt å fordele reglene for rett til å kreve vederlag og reglene for beregningen på to ulike forskrifter. Departementet foreslår derfor at § 8-6 i forskriften til sosialtjenesteloven om kommunens rett til å kreve vederlag av beboere på institusjon innlemmes i vederlagsforskriften. Endringen er av teknisk art og omtales derfor ikke videre.

I kapittel 8 i forskriften til sosialtjenesteloven er det gjort unntak for så mange av de sosiale tjenestene at det i realiteten bare er to tjenesteformer som kommunen kan kreve vederlag for:

- Opphold på institusjon
- Praktisk bistand og opplæring etter sosialtjenesteloven § 4-2 bokstav a som ikke er personlig stell og egenomsorg, herunder for brukerstyrt personlig assistanse.

Vederlag for opphold på institusjon foreslås overført til vederlagsforskriften.

Det foreslås ikke materielle endringer i gjeldende rett. Videreføring av innholdet i forskriftene om vederlag for kommunale helse- og omsorgstjenester utenfor institusjon vil ikke ha økonomiske eller administrative konsekvenser. De foreslåtte endringene gjør at forskriften vil bli enklere å forstå for brukerne.

#### Kommunens anmerkning til forskriften:

Steinkjer kommune støtter departementets vurdering i forhold til at forskriften videreføres med noen forenklinger. Vederlagsforskriften er vanskelig å forstå for brukere og pårørende og det er viktig å få til en forenkling. Det burde vært en presisering av hva som inngår i vederlaget og hva som faller utenfor. Et annet innspill måtte være at det på lik linje med bostøtteordningen var automatikk i at opplysninger vedr. inntekt m.m automatisk hentes fra statlige IT system for å begrense arbeidsmengden både for kommune og bruker/pårørende. Dette vil også kvalitetssikre opplysningene slik at en unngår feil i vederlagsberegningen.

#### Forslag til forskrift om institusjon i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Om et kommunalt tjenestetilbud regnes som institusjon har betydning i flere rettslige sammenhenger, blant annet i forhold til enkeltvedtak og brukerbetaling. Det i høringsnotatet derfor foreslått å presisere i forskrift at følgende skal regnes som institusjon etter helse- og omsorgstjenesteloven: sykehjem, aldershjem, barneboliger og bolig med heldøgns helse- og omsorgstjenester for rusmiddelavhengige. Forslaget er en videreføring av gjeldende lovgivning/forskrift, men med enkelte nye begreper. Rusinstitusjoner er særskilt nevnt, i motsetning til i gjeldende regelverk der disse boligene har vært

innfortolket i fellesbegrepet "institusjon" etter sosialtjenesteloven. Dette understreker på en tydeligere måte rusarbeidets plass i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Det er videre foreslått forskrift som presiserer at aldershjem og boliger med heldøgns helse- og omsorgstjenester til rusmiddelavhengige fortsatt holdes utenfor virkeområdet til pasientskadeloven. På bakgrunn av rapporter fra Statens helsetilsyn og Nordlandsforskning legges det til grunn at en stor del av tjenestene som ytes i barneboligene er helsehjelp, og at i mange tilfeller vil et sentralt formål med tilbudet være å yte helsehjelp til barna. Dette sammen med at en innlemmelse i pasientskadeordningen vil ha marginale økonomiske og administrative konsekvenser begrunner at det nå foreslås at barneboliger omfattes av pasientskadelovens virkeområde.

Det foreslås videre forskrift som unntar institusjonene aldershjem og bolig med heldøgns helse- og omsorgstjenester for rusmiddelavhengige fra helsepersonellovens bestemmelser som pålegger helseinstitusjoner plikter etter helsepersonelloven. Det er ikke foreslått å unnta barneboliger fra de samme bestemmelsene.

Skillet i og utenfor institusjon har betydning i flere sammenhenger.

- Det skal i utgangspunktet treffes vedtak om plass i institusjon. Når det gjelder tjenester i eget hjem etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 6 bokstav a og b og § 3-8 skal det treffes enkeltvedtak om tjenester, jf. pasientrettighetsloven § 2-7.
- Det er gitt ulike vederlagsforskrifter for henholdsvis opphold i institusjon og for tjenester utenfor institusjon.
- I institusjon kan det fattes vedtak om disponering av kontantytelser fra folketrygden for beboere som ikke er i stand til å disponere egne midler.
- Staten, gjennom folketrygden, dekker som hovedregel utgifter til hjelpemidler utenfor institusjon, mens kommunene dekker utgifter til hjelpemidler i institusjon.

Kommunene står i dag fritt til å organisere sitt tjenestetilbud og til å velge hva de vil definere som institusjon, herunder sykehjem eller boform for heldøgns omsorg og pleie, aldershjem og barneboliger, og hva de vil definere som omsorgsbolig.

Hvordan kommunene velger å definere de ulike boløsningene får konsekvenser både for krav til tjenestene, finansiering og brukerbetaling, enkeltvedtak og til dels også for kostnadsfordeling mellom kommune og stat. Skillet vil i tillegg ha betydning for beboers forhold til boligen, da husleieloven som hovedregel vil gjelde utenfor institusjon.

Aldershjem var tidligere hjemlet i lov om sosial omsorg, men ved innføringen av sosialtjenesteloven ble det vist til at tilvekst av nye aldershjem burde unngås, og erstattes med serviceboliger og liknende tiltak, slik at eldre så langt som mulig kunne leve selvstendig innenfor trygge ordninger med tjenester i eget hjem etter behov. Som institusjonstype er aldershjem i dag på vei ut. I 2004 var dekningsgraden nede i halvannen prosent og i 2009 var det i overkant av 1 800 plasser i aldershjem.

Forskriften bygger på den samme forståelsen av begrepets innhold, og vil medføre at allerede eksisterende aldershjem skal regnes som institusjon etter helse- og omsorgstjenestelov § 3-2 første ledd nr. 6 bokstav c.

Departementet foreslår på denne bakgrunn at det presiseres i forskrift at aldershjem og boliger med heldøgns helse- og omsorgstjenester for rusmiddelavhengige på pasientskadelovens virkeområde ikke skal regnes som institusjon under den kommunale helse- og omsorgstjenesten etter pasientskadeloven § 1 første ledd bokstav a. Pasientskadeloven vil derfor ikke gjelde disse institusjonene.

#### Økonomiske konsekvenser:

Staten dekker kostnadene til driften av Norsk Pasienterstatning og Pasientskadenemnd og advokatutgifter. Kommunene yter tilskudd til Norsk Pasienterstatning for å dekke erstatning for pasientskader som er voldt i kommunene, jf. pasientskadeloven § 7 og forskrift til loven. Størrelsen på kommunenes tilskudd tilsvarer de forventede erstatningsutbetalinger i året (basert på anslag fra NPE), og fordeles etter befolkningsandel. Som det fremgår ovenfor antar departementet at saksmengden som følge av at barneboligene omfattes av pasientskadeordningen vil bli svært begrenset, slik at risikoen for eventuelle utbetalinger er liten. I den grad forslaget vil medføre pasienterstatning vil dette på sikt inngå i grunnlaget for kommunenes tilskudd. Kommunene vil imidlertid allerede i dag ha et erstatningsrettslig ansvar for skader som påføres barn i barneboligene etter alminnelige erstatningsrettslige regler. Departementet kan derfor ikke se at forslaget vil føre til administrative konsekvenser eller gi økte økonomiske utgifter for kommunene.

#### Kommunens anmerkning til forskriften:

Steinkjer kommune har ingen anmerkning til forskriften men ser viktigheten av en presisering av hva som er institusjon og hva som faller utenom. Kommunen ser heller ikke at innføring av den nye forskriften vil føre til økonomiske konsekvenser for kommunen.

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

Av lov om kommunale helse- og omsorgstjenester § 2-1 fremgår at helsepersonelloven skal gjelde for alt personell som yter tjenester omfattet av loven. I kapittel 8 foreslår departementet at det i ny forskrift om helsepersonellovens anvendelse fastsettes at helsepersonelloven ikke skal komme til anvendelse for mottakere av omsorgslønn etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-6. Videre foreslås det fastsatt i forskrift at helsepersonellovens regler om dokumentasjonsplikt ikke skal komme til anvendelse for personell som yter tjenester omfattet av helse- og omsorgstjenesteloven som ikke er å anse for helsehjelp.

Departementet viser til at det i forskrift bør utarbeides særskilt tilpassede regler om dokumentasjonsplikt for denne personellgruppen før helsepersonellovens regler skal gjelde. Departementet vil i et senere høringsnotat komme tilbake med forslag til slik forskriftsregulering.

#### Økonomiske konsekvenser:

Forslag til ny forskrift om helsepersonellovens anvendelse og forslag til endringer i forskrift 29. august 2005 nr. 941 om begrensninger i helsepersonells adgang til å motta gave, provisjon, tjeneste eller annen ytelse, jf. høringsnotatets punkt 8.5.2, vil ikke medføre administrative eller økonomiske konsekvenser.

#### Kommunens anmerkning til forskriften:

Steinkjer kommune har ingen innvending mot denne forskriften. Kommunen støtter departementets syn på at det må tas individuelle hensyn i forhold til dokumentasjonsplikten for personell som yter tjenester omfattet av helse – og omsorgstjenesteloven som ikke er å anse for helsehjelp. Her vil det være avgjørende hvilken organisering av tjenesten kommunen har valgt rundt den enkelte. I enkelte tilfeller vil det være unaturlig å kreve at ordningen skal dokumentere mer enn at det finnes vedtak, arbeidsavtaler og timelister.

**Ny forskrift om rett til helse- og omsorgstjenester til personer som oppholder seg i riket.** Nye regler i pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 2 om rett til helse- og omsorgstjenester krever at det må gjøres endringer i gjeldende forskrifter. Departementet foreslår at regler om rett til helse- og omsorgstjenester til personer som ikke har fast opphold i landet, eller som ikke har lovlig opphold, samles i en ny forskrift om rett til helse- og omsorgstjenester til personer som oppholder seg i riket.

Forslaget innebærer en videreføring og samordning av regler som i dag framgår av prioriteringsforskriften § 1, - som nylig er revidert, og av kapittel 1 i forskrift til sosialtjenesteloven.

Økonomiske konsekvenser:

Forslagene innebærer i hovedsak en videreføring og tydeliggjøring av gjeldende rett. Reguleringen av barns rett til hjelp utvides til å omfatte nødvendige omsorgstjenester i tillegg til nødvendig helsehjelp. Forslaget følger opp Barnekonvensjonen. Departementet antar at regelen vil komme til anvendelse i få tilfeller, slik at forslaget ikke vil få store konsekvenser. Et eksempel kan være behov for plass i barnebolig for et sterkt funksjonshemmet barn som oppholder seg ulovlig i landet. Departementet legger til grunn at behov for omsorgstjenester til barn som oppholder seg ulovlig i landet, vil gjelde for et kort tidsrom, siden forutsetningen er at barnet skal forlate landet i løpet av kort tid. Departementet har ikke nærmere kjennskap til omfanget av barn som oppholder seg ulovlig i landet, og som vil ha behov for omsorgstjenester. Høringsinstansene oppfordres derfor særskilt til å gi tilbakemelding til denne problemstillingen. Den foreslåtte utvidelsen kan muligens få en viss betydning for noen få kommuner, men departementet legger til grunn at forslagene samlet sett ikke vil medføre store administrative eller økonomiske konsekvenser.

Kommunens anmerkning til forskriften:

Steinkjer kommune hadde her ønsket at det kunne blitt avklart noe i forhold til personer bosatt i asylmottak. Dette er mennesker som venter på svar i forhold til om de får opphold i landet eller ikke. Vil den nye forskriften forstås slik at disse vil bli kommunens ansvar i forhold til medfinansiering samt utskrivningsklar etter behandling. Tas dette med i beregningene i rammeoverføringene til kommuner som vil kunne få økte utgifter grunnet mottak?

Steinkjer kommune mener at alle som har behov for helsetjenester i Norge skal få dette.

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

Nye lovbestemmelser om dette er vedtatt, og gjeldende forskrift om individuell plan og forskrift om habilitering og rehabilitering må tilpasses lovendringene. Forslagene til endringer i disse forskriftene gjenspeiler og tydeliggjør de vedtatte lovendringene. Det foreslås nye bestemmelser om koordinator, både i kommunen og spesialisthelsetjenesten. Gjeldende forskrift om pasientansvarlig lege er gitt med hjemmel i spesialisthelsetjenesteloven § 3-7, som er opphevet og erstattet med ny § 2-5 b om koordinator i spesialisthelsetjenesten. Dette innebærer at forskriften om pasientansvarlig lege må oppheves.

Kommunens anmerkning til forskriften:

Steinkjer kommune støtter forslaget om å tydeliggjøre ansvarsforholdet i forhold til nytt lovverk. Koordinatorfunksjonen vil bli avgjørende for at arbeidet etter intensjonen til samhandlingsreformen skal bli vellykket. Ordningen er positiv, men kan bli utfordrende å innføre. Kravet om egen koordinator for brukere og pasienter vil medføre store økte personellkostnader for kommunene.

Utfordringene ligger i at tjenesten er svært tidkrevende, da det er mange pasienter med komplekse problemer. Forskriften er kompetansekrevene. Den krever kompetanse hos ulikt fagpersonell for å kunne gjennomføres.

Kommunene må ha IT system for å kunne håndtere dette. Dette vil utløse betydelige kostnader til IT-system og opplæring.

**Andre forskriftsarbeider**

Departementet tar sikte på å utforme et eget høringsnotat om *fastlegeforskriften* i løpet av høsten 2011. I høringsnotatet vil departementet følge opp og konkretisere forslagene fra Prop. 91 L (2010-2011), blant annet tydeliggjøring av fastlegenes listansvar og kvalitets- og funksjonskrav overfor

fastlegene, med tilhørende rapporteringsplikt. Departementet vil i det videre arbeidet særlig se hen til de allerede mottatte innspillene fra høringsinstansene.

*Forskrift om vederlag for kommunale helse- og omsorgstjenester i institusjon* er kritisert for å være komplisert, vanskelig å forstå og for å kreve et etteroppgjør når skatteligningen foreligger. Kommunene bruker betydelige ressurser på å administrere dagens ordning. I tillegg opplever brukerne forskriften som vanskelig å forstå. Det er vanskelig for beboer og pårørende å kontrollere at kommunene foretar riktig vederlagsberegning. Departementet vil på denne bakgrunn se nærmere på mulighetene for å forenkle vederlagsberegningen for kommunene, gjøre regelverket mer forståelig for brukerne og ivareta en sosial profil på vederlagsberegningen. Departementet vil derfor gjennomgå vederlagsforskriften og komme tilbake med et forslag til nye forskrifter i et eget høringsnotat. Inntil videre foreslås gjeldende forskrift videreført, kun med tekniske endringer.

Departementet har iverksatt en gjennomgang av *forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus*. Det tas sikte på å utarbeide et høringsnotat om dette i løpet av 2011.

Det er behov for en *gjennomgang av reglene om beboernes rettigheter og bruk av tvang i institusjoner for omsorg for og behandling av rusmiddelmissbrukere*. Reglene finnes i dag i kapittel 5 i forskrift til lov om sosiale tjenester mv. Departementet vil komme tilbake til dette senere, blant annet i forbindelse med den kommende stortingsmeldingen om rusmiddelpolitikken.

Det er en ny bestemmelse om plikt til å sørge for at virksomheten arbeider systematisk for *kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet* i den nye helse- og omsorgstjenestelov § 4-2 og spesialisthelsetjenesteloven § 3-4 b. Videre er det forelått at en eventuell ytterligere presisering av krav til systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet og at denne skulle tas inn i forskrift med hjemmel i bestemmelsens andre ledd. Departementet vil sende de ovennevnte forskriftsendringene på høring på et senere tidspunkt. Forslagene til forskrift krever en nærmere utredning og departementet anser det ikke nødvendig med gjennomføring av forskriftsendringene for at de foreslåtte lovendringene skal kunne tre i kraft. Innholdet i forskriftene bør dessuten ses i sammenheng med arbeidet som gjøres i forbindelse med stortingsmeldingen om kvalitet og pasientsikkerhet. Det tas sikte på at stortingsmeldingen legges frem i løpet av 2012.

Departementet påpeker at det i dette høringsnotatet *ikke foreslås forskrifter om kompetansekrav*. Som det fremgår av Prop. 91 L (2010-2011) er lov om kommunale helse- og omsorgstjenester utformet som en mer overordnet og profesjonsnøytral lov, sammenlignet med dagens kommunehelsetjenestelov og sosialtjenestelov. Stortinget har sluttet seg til dette. Dette innebærer at det ikke er foreslått spesifikke innholds- eller kompetansekrav i loven. I tråd med dette foreslås det nå heller ikke forskrifter med spesifikke kompetansekrav. De overordnede valgene departementet og Stortinget har foretatt med ny helse- og omsorgstjenestelov, tilsier også at forskrifter gitt med hjemmel i dagens kommunehelsetjenestelov som inneholder spesifikke kompetansekrav i utgangspunktet ikke videreføres. Et eksempel er forskrift om lovbestemt sykepleietjeneste. Etter ny helse- og omsorgstjenestelov vil ikke sykepleietjenesten være en lovpålagt oppgave for kommunen. Lovens system er lagt opp til at kommunene skal kunne stå mest mulig fritt til å utvikle og organisere sine tjenester i samsvar med lokale forhold og behov. Departementet mener det vil være uheldig å binde opp den enkelte kommune til særskilte organisatoriske eller personnøytige løsninger. I den sammenheng påpeker departementet at selv om sykepleietjeneste ikke er en lovregulert oppgave for kommunen, vil det være vanskelig å tenke seg at en kommune vil kunne gi et forsvarlig tilbud til pasienter og brukere uten å ha ansatte sykepleiere i helse- og omsorgstjenesten. Departementet vil også vise til at krav om sykepleietjeneste vil bli beholdt i sykehjemsforskriften.

Samhandlingsreformen vil føre til nye og endrede kompetansebehov i kommunene. Selv om ny kommunal helse- og omsorgstjenestelov er profesjonsnøytral og ikke inneholder spesifikke kompetansekrav, er det viktig at kommunene arbeider systematisk med kompetansesammensetningen i helse- og omsorgstjenestene og at de rekrutterer nødvendig kompetanse. For eksempel har noen kommuner utarbeidet kompetanseplaner for å sikre kvalitet i tjenestene. Regjeringen er opptatt av at kommunene har god tilgang på helse- og omsorgspersonell med en kompetanse som møter de lokale behovene, og vil til høsten legge fram en stortingsmelding om utdanning for velferdstjenestene. For å

sikre at det utdannes personell med kompetanse av riktig type og på riktig nivå er det nødvendig at kommunene kjenner sine kompetansebehov og at de kommuniserer dem godt.

### **Konklusjon**

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

Fra tidligere reformer har man sett at lovverket ikke har vært justert i forhold til de reformene man har startet. Der er derfor gledelig at det nå ser ut som om dette vil bli gjort. En vil likevel presisere at det er lite nytt som legges fram i lovene. Mye av det som skisseres er en presisering av gjeldende rett og en opprydding i dagens lovverk.

Det som utpeker seg er kommunens medfinansieringsansvar for tjenester i spesialisthelsetjenesten. Retningen er likevel satt. Staten vil ha en oppgaveroverføring fra sykehus til kommunene.

Det er signalisert at kommunene vil få kompensert de økte kostnadene ved økning i rammeoverføringene. Det er likevel svært usikkert om kommunene vil få dekket sine økte kostnader. En har derfor valgt å ta med en uttalelse om dette i et eget punkt i forslaget til høringsuttalelse.

En har i dette saksfremlegget ellers gjennomgått hovedpunktene i de nye forskriftene. En har så valgt å kommentere de enkelte forskriftene. Dette er så grunnlaget for uttalelsen til de enkelte forskriftene.