

Helse- og omsorgsdepartementet

[postmottak@hod.dep.no](mailto:postmottak@hod.dep.no)

21.9.2011

**Innspill til høring – Samhandlingsreformen – forslag til forskriftsendringer og nye forskrifter som følge av Prop. 91 L (2010-2011) Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester**

Kommunehelsesamarbeidet i Vestre Viken har i samarbeid med de 26 kommunene i Vestre Viken helseområde behandlet høringsnotatet. Vi vil i hovedsak gi tilbakemeldinger på forslag til nye forskrifter og forskriftsendringer slik de fremkommer i kapittel 3, 4, 6 og 10. Vi vil også vise til vårt hørings svar i forbindelse med høringen på ny Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester.

Dette er en administrativ høringsuttalelse fra Kommunehelsesamarbeidet i Vestre Viken helseområde. Kommunehelsesamarbeidet er et frivillig strategisk og operativt samarbeid mellom kommunene Asker, Bærum, Lier, Drammen, Røyken, Sande, Hurum, Svelvik, Nedre Eiker, Øvre Eiker, Hole, Ringerike, Jevnaker, Sigdal, Krødsherad, Modum, Flå, Nes, Gol, Hemsedal, Ål, Hol, Kongsberg, Flesberg, Rollag og Nore og Uvdal. Kommunene i har en befolkning på 450 000 innbyggere, og representerer således nærmere 10 % av Norges befolkning.

Vi vil først berømme Helse- og omsorgsdepartementet for et stort sett oversiktlig og gjennomarbeidet høringsnotat for et til dels komplisert saksfelt. Her vil vi likevel nevne at kapittel 4 om "Forskrift om kommunal medfinansiering" oppleves for lite konkret. Denne medfinansieringen innebærer en helt ny økonomisk kobling mellom kommune og spesialisthelsetjeneste, og det er behov for mer konkret informasjon om hvordan den vil virke i praksis, konsekvenser for kommunene, styringsverktøy med mer.

Vi vil i det følgende ta for oss de nevnte kapitlene over:

**Kapittel 3 Ny forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter**

Slik vi ser det innebærer den nye forskriften gjennom den sterkere reguleringen av betaling for utskrivningsklare pasienter en tydeliggjøring av kommunenes økonomiske og organisatoriske ansvar for helsetjenestene til befolkningen i kommunen. Kommunehelsesamarbeidet har imidlertid flere spørsmål og kommentarer til forskriften.

§ 3 om spesialisthelsetjenestens ansvar for vurdering og varsling innen 24 timer vil legge til rette for at kommunene får handlingsrom til å planlegge mottak av pasienter, og dermed gi grunnlag for gode pasientforløp.

§ 4 omhandler vilkår for når en pasient anses som utskrivningsklar. Kommunehelsesamarbeidet vil presisere at den nye forskriften her er utydelig sammenlignet med dagens forskrift. Vi ber om at bestemmelsene i dagens forskrift tas inn, eventuelt i bearbeidet versjon. Det er særdeles viktig at partene har felles forståelse av vilkårene for når pasienter anses som utskrivningsklare. I denne sammenhengen er det viktig at vi i større grad legger til rette for brukermedvirkning gjennom involvering av pasient og pårørende, og at vi har en tverrfaglig

tilnærming. Slik den nye forskriften fremstår, vil vi være avhengig av at partene regulerer definisjon på hva som er en utskrivningsklar pasient i en avtale. Kommnehelsesamarbeidet mener at felles nasjonale kriterier vil fremme likeverdige helsetjenester og samtidig bidra til kvalitetssikring og faglig forsvarlighet. Manglende kriterier vil være en kilde til konflikt.

I § 5 andre ledd omtales kommunens ansvar for straks å avgi svar på om kommunen kan motta pasienten, og til hvilket tidspunkt. Det fremgår av høringsdokumentet at kommunen må kunne gi slikt svar også utenfor vanlig dagarbeidstid. Dette vil kunne bli svært ressurskrevende. Kommnehelsesamarbeidet er bekymret for at slike knappe tidsfrister for tilbakemelding til spesialisthelsetjenesten vil gi behov for oppbygging av ressurskrevende nye administrative ledd i kommunene for å ivareta nødvendig kompetanse og sikre rask responstid. Et slikt krav vil ha økonomiske og administrative konsekvenser for alle kommuner.

Når det gjelder ansvarsfordeling slik den fremkommer i §3 og §5 er vi tilfreds med at vurdering av forsvarlighet i behandlingstilbudet skal være avgjørende.

I § 6 omtales når betalingsplikten inntreer. Denne delen av forskriften trenger nærmere presisering for å unngå uenigheter mellom partene. Kan for eksempel en pasient erklæres utskrivningsklar kl 23? Når inntreer i så fall betalingsplikten? Kommnehelsesamarbeidet ber om at grensene defineres nærmere i forskriften slik at begge parter vet hva de skal forholde seg til. Vi anbefaler at betalingsplikten inntreer første dag etter at en pasient er definert utskrivningsklar.

#### **Kapittel 4 Forskrift om kommunal medfinansiering**

Kommunal medfinansiering av deler av spesialisthelsetjenesten innebærer en helt ny økonomisk kobling mellom spesialisthelsetjenesten og helse- og omsorgstjenestene i kommunen. Vi ser på prinsippet som en positiv styrking av kommunenes ansvar for befolkningens helsetjenester. Vi er likevel usikre på om medfinansieringsordningen slik den er foreslått vil være et tilstrekkelig insentiv til at Samhandlingsreformen vil gjennomføres i tråd med dens intensjoner.

I § 1 omtales virkeområde. Kommnehelsesamarbeidet foreslår at medfinansieringen innføres gradvis ved at den i første omgang begrenses til døgninnleggelse. Dette vil gi grunnlag for å høste erfaringer og kunne drive bedre planlegging.

Under § 2 andre ledd om medfinansieringsplikten ønsker Kommnehelsesamarbeidet en mer detaljert beskrivelse eller tydeliggjøring av hvilke pasientgrupper som omhandles av medfinansieringen. Grunnlaget for beregningsreglene er beskrevet i §4. Beregningen av medfinansieringen er basert på spesialisthelsetjenestens DRG-registreringer. Ordningen er basert på et diagnostisk klassifikasjonssystem som er kjent i spesialisthelsetjenesten, men som ikke har vært anvendt i kommunene. Vi har erfart at dette systemet er lite kjent i kommunene, og at forklaringer på hvordan dette vil fungere er lite tilgjengelig. Det er viktig at kommunene kjenner til og forstår grunnlaget for beregningen av medfinansieringen.

Alle data som legges inn vil være styrt fra spesialisthelsetjenesten og den medisinske behandlingen de gir, og så langt vi kan forstå ikke være etterprøvbart for kommunene. Dette innebærer en svakhet.

Kommnehelsesamarbeidet vil derfor fremheve at kommunesektoren her ikke er gitt tilstrekkelig innsyn og mulighet til innflytelse i forhold til grunnlaget for beregningen. Vi ber om at det legges opp til at kommunene får styringsdata som gir reell mulighet til å styre pasientstrømmer og etablere alternative pasientforløp som er i tråd med Samhandlingsreformens intensjoner.

§ 3 omhandler medfinansieringsandelen. Kommunehelsesamarbeidet er usikre på om 20 % medfinansiering vil være et tilstrekkelig økonomisk incitament som vil bidra til å styrke kommunenes arbeid for å innfri formålene med Samhandlingsreformen. Vi foreslår at det innarbeides en evaluering av dette om to år. Vi forutsetter at en evaluering gjennomføres på en slik måte at den ikke svekker kommunenes forutsigbarhet i planlegging av kommunenes helse- og omsorgstjenester.

Vi er usikre på om et eventuelt tvisteorgan vil kunne avhjelpe uenigheter så lenge kommunene kun kan få svært begrenset innsyn i grunnlaget for dataene. Betalingsplikt uten reell styringsmulighet innebærer en risiko for kommunene og bør utredes videre.

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

### **6.1 Fordeling av kostnader mellom kommuner**

Dagens refusjonsordning er viktig, og Kommunehelsesamarbeidet i Vestre Viken ønsker en videreføring av dagens refusjonsordninger hvor det legges til rette for unntak fra oppholdsprinsippet med fordeling av kostnader mellom kommuner. Vi ser at vertskommunene for store institusjoner har en særskilt belastning i forbindelse med at pasienter ved utskrivning etablerer seg i institusjonskommunen. I begge disse sammenhengene ønsker vi en videreføring av ordningen med at oppholdskommunene kan kreve refusjon fra bostedskommune. I høringen til ny Lov om helse- og omsorgstjenester fremførte Kommunehelsesamarbeidet i Vestre Viken et ønske om videreføring av gjeldende Sosialtjenestelov § 10 andre ledd om at oppholdskommunen forut for inntaket i institusjoner skal være ansvarlig for å yte tjenester under oppholdet, og adgang til å kreve refusjon fra oppholdskommunen.

Kommunehelsesamarbeidet anbefaler at § 2, fjerde ledd i forskrift om kommunens dekning av utgifter til helse- og omsorgstjenester blir stående uten parentes.

Vi ønsker i tillegg å påpeke at oppholdsprinsippet innebærer en spesielt stor utfordring for små kommuner med omfattende hytteturisme. Vi erfarer en økende andel hytteturister med rett til helse- og omsorgstjenester som bruker hytta som bolig store deler av året.

## **Kapittel 10 Individuell plan, koordinator og koordinerende enhet**

### **10.2 Forskrift om individuell plan**

Kommunehelsesamarbeidet mener at kommunens plikt til å tilby koordinator omtalt i § 4 a, og spesialisthelsetjenestens plikt til å oppnevne koordinator omtalt i § 4 b, vil styrke samarbeidet og arbeidet med å etablere gode sammenhengende behandlingsforløp. Dette er også en organisering som vil bidra til at helsetjenesten bedre kan ivareta pasientenes rettigheter.

### **10.4 Koordinerende enhet – forskrift om habilitering og rehabilitering**

Kommunehelsesamarbeidet støtter presiseringen av formålet i forskriftens § 1 hvor personens *behov for sosial, psykososial eller medisinsk habilitering og rehabilitering* med mer omtales. Vi vil imidlertid bemerke at vi synes § 7 om kommunens ansvar for habilitering og rehabilitering er vanskelig å forstå. Vi ber om at denne paragrafen tydeliggjøres slik at innholdet ikke gir grunnlag for ulike tolkninger i kommunene.

I § 8 om koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering i kommunen vil vi bemerke at denne ordningen vil ha en kostnad og dermed få økonomiske konsekvenser for kommunene. Vi vil også bemerke at det er viktig at forskriften gir føringer for hvilke tjenester som skal utføres, men ikke hvordan disse tjenestene skal organiseres. Det må være mulig at kommunene kan samarbeide om en interkommunal koordinerende enhet.

### Avslutning

Kommunehelsesamarbeidet er positive til at det er lagt frem en samlet fornyelse og revisjon av forskrifter slik at dette kan ses i en helhet. Til sammen innebærer ikrafttreden av lovendringer og nye forskrifter omfattende endringer for kommunenes ansvar og oppgaver. Vi er ikke tilfreds med at det ser ut som det er en gjennomgående undervurdering av de økonomiske konsekvensene gjennomføringen av Samhandlingsreformen vil ha. Lov- og forskriftsendringene vil føre til en ny kommunerolle. Dette er også i samsvar med Samhandlingsreformens intensjoner. Denne nye kommunerollen definerer et tydeligere kommunalt ansvar for faglig forsvarlighet i helsetjenesten. Dette krever organisatoriske endringer og løsninger som vil ha en kostnad. I tillegg vil kommunen for å ivareta den nye kommunerollen utvikle eller skaffe seg ny kompetanse både innenfor helsefagområdene, men også innenfor administrative analysefunksjoner.

Kommunehelsesamarbeidet ber om at dette tas hensyn til i det videre arbeidet med implementering av Samhandlingsreformen.

Med vennlig hilsen



Marit Langfeldt Ege  
Rådmann i Bærum kommune  
Leder for adm. styringsgruppe Kommunehelsesamarbeidet