

Høringsnotat

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

Utsendt 4. juli 2011

Høringsfrist 6. oktober 2011

| | | |
|-------|---|----|
| 1 | Innledning og bakgrunn..... | 7 |
| 2 | Høringsnotatets hovedinnhold – andre forskriftsarbeider | 8 |
| 2.1 | Høringsnotatets hovedinnhold | 8 |
| 2.2 | Nærmere om enkelte andre forskriftsarbeider | 11 |
| 3 | Ny forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter | 14 |
| 3.1 | Innledning | 14 |
| 3.2 | Bakgrunn for forslaget | 14 |
| 3.3 | Gjeldende rett..... | 15 |
| 3.4 | Prop. 91 L Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. | 16 |
| 3.5 | Departementets vurdering og forslag til ny forskrift | 17 |
| 3.5.1 | Vurdering | 17 |
| 3.5.2 | Forslag til ny forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter 23 | |
| 3.6 | Administrative og økonomiske konsekvenser av forslagene..... | 25 |
| 4 | Forskrift om kommunal medfinansiering..... | 27 |
| 4.1 | Innledning | 27 |
| 4.2 | Bakgrunn for forslaget | 27 |
| 4.3 | Gjeldende rett..... | 28 |
| 4.4 | Prop. 91 L Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. | 28 |
| 4.5 | Departementets vurdering og forslag til ny forskrift | 28 |
| 4.5.1 | Vurdering | 28 |
| 4.5.2 | Forslag til forskrift om kommunal medfinansiering | 32 |
| 4.6 | Økonomiske og administrative konsekvenser av forslaget..... | 33 |
| 5 | Forslag til endringer i Norsk pasientregisterforskriften | 35 |
| 5.1 | Innledning | 35 |
| 5.2 | Gjeldende rett..... | 35 |
| 5.3 | Departementets vurdering og forslag til endringer | 36 |
| 5.4 | Forslag til endringer i Norsk pasientregisterforskriften..... | 40 |
| 6 | Fordeling av kostnader mellom kommuner, vederlag og disponering av kontantytelser 41 | |
| 6.1 | Fordeling av kostnader mellom kommuner | 41 |

| | | |
|-------|---|----|
| 6.1.1 | Bakgrunn og gjeldende rett | 41 |
| 6.1.2 | Departementets vurdering og forslag | 41 |
| 6.1.3 | Økonomiske og administrative endringer | 46 |
| 6.1.4 | Forslag til forskrift | 46 |
| 6.2 | Disponering av kontantytelser fra folketrygden | 47 |
| 6.2.1 | Gjeldende rett | 47 |
| 6.2.2 | Departementets vurderinger og forslag | 49 |
| 6.2.3 | Særlig om trivselsordning | 52 |
| 6.2.4 | Økonomiske og administrative konsekvenser | 53 |
| 6.2.5 | Sekundært forslag til ny forskrift | 53 |
| 6.3 | Vederlag for kommunale helse- og omsorgstjenester utenfor institusjon..... | 57 |
| 6.3.1 | Bakgrunn og gjeldende rett | 57 |
| 6.3.2 | Departementets vurderinger og forslag | 58 |
| 6.3.3 | Økonomiske og administrative endringer | 59 |
| 6.3.4 | Forslag til forskrift om vederlag for kommunale helse- og omsorgstjenester utenfor institusjon | 59 |
| 6.4 | Vederlag for kommunal legehjelp og fysikalsk behandling | 60 |
| 6.4.1 | Departementets vurdering og forslag | 60 |
| 6.4.2 | Forslag til forskrift om vederlag for kommunal legehjelp og fysikalsk behandling 60 | |
| 6.5 | Konsekvenser for vederlag i tannhelsetjenesten | 61 |
| 7 | Forskrift om institusjon i den kommunale helse- og omsorgstjenesten | 62 |
| 7.1 | Innledning | 62 |
| 7.2 | Hva som skal regnes som institusjon etter helse- og omsorgstjenesteloven... | 62 |
| 7.2.1 | Innledning..... | 62 |
| 7.2.2 | Gjeldende rett | 63 |
| 7.2.3 | Departementets vurderinger og forslag | 64 |
| 7.3 | Hva som skal regnes som institusjon under den kommunale helse- og omsorgstjenesten etter pasientskadeloven | 68 |
| 7.3.1 | Innledning..... | 68 |
| 7.3.2 | Departementets vurderinger og forslag | 68 |
| 7.4 | Hva som skal regnes som helseinstitusjon under helse- og omsorgstjenesteloven etter helsepersonelloven § 3 fjerde ledd..... | 69 |

| | | |
|-------|--|----|
| 7.4.1 | Innledning..... | 69 |
| 7.4.2 | Departementets vurderinger og forslag | 69 |
| 7.5 | Forslag til forskrift om kommunal helse- og omsorgsinstitusjon | 70 |
| 7.6 | Administrative og økonomiske konsekvenser av forslagene | 71 |
| 8 | Helsepersonellovens anvendelse | 73 |
| 8.1 | Innledning | 73 |
| 8.2 | Mottakere av omsorgslønn..... | 73 |
| 8.2.1 | Innledning og gjeldende rett..... | 73 |
| 8.2.2 | Departementets vurdering og forslag til ny forskrift..... | 74 |
| 8.3 | Dokumentasjonsplikt for personell som yter tjenester som ikke er å anse for helsehjelp | 75 |
| 8.3.1 | Innledning..... | 75 |
| 8.3.2 | Gjeldende rett | 75 |
| 8.3.3 | Departementets vurdering og forslag | 76 |
| 8.4 | Forslag til endringer i forskrift om begrensninger i helsepersonells adgang til å motta gave, provisjon, tjeneste eller annen ytelse | 79 |
| 8.4.1 | Innledning – gjeldende rett..... | 79 |
| 8.4.2 | Departementets vurdering og forslag til endringer..... | 79 |
| 8.5 | Forslag til ny forskrift og forslag til endringer i eksisterende forskrift | 80 |
| 8.5.1 | Ny forskrift om helsepersonellovens anvendelse..... | 80 |
| 8.5.2 | Forslag til endringer i gaveforskriften..... | 80 |
| 8.6 | Administrative og økonomiske konsekvenser av forslagene | 81 |
| 9 | Rett til helse- og omsorgstjenester til personer som oppholder seg ulovlig eller kortvarig i riket m.m. | 82 |
| 9.1 | Innledning | 82 |
| 9.2 | Gjeldende rett..... | 82 |
| 9.2.1 | Prioriteringsforskriften § 1 | 82 |
| 9.2.2 | Kapittel 1 i forskrift til sosialtjenesteloven | 83 |
| 9.3 | Departementets vurderinger og forslag til ny forskrift | 83 |
| 9.4 | Forslag til forskrift om rett til helse- og omsorgstjenester til personer uten fast opphold i riket..... | 84 |
| 9.5 | Administrative og økonomiske konsekvenser av forslagene | 86 |
| 10 | Individuell plan, koordinator og koordinerende enhet | 87 |

| | | |
|--------|--|-----|
| 10.1 | Innledning..... | 87 |
| 10.2 | Forskrift om individuell plan..... | 87 |
| 10.2.1 | Innledning..... | 87 |
| 10.2.2 | Gjeldende rett | 87 |
| 10.2.3 | Departementets vurdering og forslag til endringer..... | 87 |
| 10.2.4 | Forslag til endring av forskrift om individuell plan og koordinator etter helse- og omsorgslovgivningen..... | 89 |
| 10.3 | Forskrift om pasientansvarleg lege m.m. | 92 |
| 10.4 | Koordinerende enhet - forskrift om habilitering og rehabilitering..... | 93 |
| 10.4.1 | Innledning..... | 93 |
| 10.4.2 | Gjeldende rett | 93 |
| 10.4.3 | Departementets vurdering og forslag til endringer..... | 93 |
| 10.4.4 | Forslag til endring av forskrift om habilitering og rehabilitering | 94 |
| 10.5 | Administrative og økonomiske konsekvenser av forslagene | 98 |
| 11 | Andre forslag..... | 99 |
| 11.1 | Nærmere om profesjonsnøytralitet – diverse forskriftsjusteringer som vil bli foretatt | 99 |
| 11.2 | Forskrift om oppjustering av driftsavtalehjemler til fysioterapeuter..... | 100 |
| 11.2.1 | Innledning..... | 100 |
| 11.2.2 | Bakgrunn for omlegging av finansieringen av den avtalebaserte fysioterapitjenesten..... | 100 |
| 11.2.3 | Gjeldende rett | 102 |
| 11.2.4 | Departementets vurdering og forslag til ny forskrift..... | 103 |
| 11.2.5 | Forslag til forskrift om oppjustering av driftsavtalehjemler for fysioterapeuter | 104 |
| 11.2.6 | Administrative og økonomiske konsekvenser av forslagene | 104 |
| 11.3 | Nærmere om forskriftsarbeid knyttet til kvalitetsforbedring, pasient- og brukersikkerhet og internkontroll | 104 |
| 12 | Forslag til endringer i eksisterende forskrifter | 105 |
| 12.1 | Forslag til endring av Norsk pasientregisterforskriften..... | 105 |
| 12.2 | Forslag til endring av gaveforskriften | 105 |
| 12.3 | Forslag til endring av forskrift om individuell plan og koordinator etter helse- og omsorgslovgivningen..... | 106 |

| | | |
|-------|--|-----|
| 12.4 | Forslag til endring av forskrift om habilitering og rehabilitering | 109 |
| 12.5 | Forslag om opphevelse av forskrift om pasientansvarleg lege m.m. | 114 |
| 13 | Forslag til nye forskrifter..... | 115 |
| 13.1 | Forslag til forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter | 115 |
| 13.2 | Forslag til forskrift om kommunal medfinansiering | 117 |
| 13.3 | Forslag til forskrift om kommunens dekning av utgifter til helse- og omsorgstjenester | 118 |
| 13.4 | Forslag til om disponering av kontantytelser fra folketrygden under opphold i institusjon som nevnt i helse- og omsorgstjenesteloven og felles trivselsordning . | 119 |
| 13.5 | Forslag til forskrift om vederlag for kommunale helse- og omsorgstjenester utenfor institusjon | 122 |
| 13.6 | Forslag til forskrift om vederlag for kommunal legehjelp og fysikalsk behandling | 123 |
| 13.7 | Forslag til forskrift om kommunal helse- og omsorgsinstitusjon | 124 |
| 13.8 | Forslag til forskrift om helsepersonellovens anvendelse | 125 |
| 13.9 | Forslag til forskrift om rett til helse- og omsorgstjenester til personer uten fast opphold i riket | 125 |
| 13.10 | Forslag til forskrift om oppjustering av driftsavtalehjemler for fysioterapeuter | 127 |

1 Innledning og bakgrunn

Helse- og omsorgsdepartementet sender med dette 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 torsdag 6. oktober 2011.

Høringsuttalelser sendes fortrinnsvis elektronisk til:

postmottak@hod.dep.no

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 senere. Tekniske endringer i form av oppdateringer av begrepsbruk, henvisninger og andre konsekvensjusteringer i tråd med lovendringene sendes ikke på høring da det anses for å være åpenbart unødvendig, jf. forvaltningsloven § 37 fjerde ledd punkt c. Som det vil fremgå foreslås det flere enkeltstående nye forskrifter. Parallelt med høringen vil departementet vurdere om flere av disse kan samles i fellesforskrifter.

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 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 tilsynsinstans. 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.

2 Høringsnotatets hovedinnhold – andre forskriftsarbeider

2.1 Høringsnotatets hovedinnhold

I høringsnotatets *kapittel 3* er det inntatt 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 én, 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.

Forslag til *ny forskrift om kommunal medfinansiering* er inntatt i høringsnotatets *kapittel 4*. Med kommunal medfinansiering etableres en økonomisk kobling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten. Kommunene får et økonomisk medansvar for innbyggernes medisinske innleggelse og konsultasjoner i spesialisthelsetjenesten. Slik skal kommunene 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 *kapittel 5* foreslås det 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 *kapittel 3* og *kapittel 4*.

Fordeling av kostnader mellom kommuner, vederlag og institusjoners disposisjonsrett over kontantytelser fra folketrygden omtales i *kapittel 6*. 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 videre at det bare kan kreves refusjon for utgifter til tjenester som kommunene er blitt enige om.

Departementet foreslår primært å oppheve de fire forskriftene om institusjoners disponering av kontantytelser fra folketrygden på vegne av beboere. Høringsinstansene bes om å kommentere behovet for forskriftene. Sekundært, dersom hørings svarene 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.

Forskriftene om felles trivselsordning foreslås foreløpig videreført, kun med tekniske endringer. Departementet ber om høringsinstansenes syn på i hvilken grad ordningen bør videreføres.

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 videreført i sin helhet.

Forslag til *forskrift om institusjon i den kommunale helse- og omsorgstjenesten* omtales i *kapittel 7*. Om et kommunalt tjenestetilbud regnes som institusjon har betydning i flere rettslige sammenhenger, blant annet i forhold til enkeltvedtak og brukerbetaling. I kapittel 7 er det 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.

Helsepersonellovens anvendelse omtales i *kapittel 8*. 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.

Høringsnotatet *kapittel 9* omhandler *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.

I høringsnotatets *kapittel 10* omtales *individuell plan, koordinator og koordinerende enhet*. 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.

I *kapittel 11* har departementet redegjort for *enkelte andre forslag*. Det er blant annet redegjort for departementets videre arbeid med enkelte forskriftsendringer hvor det ikke vil være behov for alminnelig høring, utarbeidet forslag til forskrift om oppjustering av driftsavtalehjemler for fysioterapeuter og redegjort for videre arbeid knyttet til fremtidig forskriftsregulering av internkontroll, kvalitet og pasientsikkerhet.

Det er redegjort for *administrative og økonomiske konsekvenser* av forslagene til nye forskrifter og endringer i eksisterende forskrifter i hvert enkelt *kapittel*, og det vises til omtalen her for grundigere redegjørelse. 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 betalingssats på 4000 kroner som tar høyde for driftskostnader, inkludert kapitalkostnader og 140 000 liggedøgn som tilsvarer gjennomsnittlig antall utskrivningsklare liggedøgn i perioden 2007-2009. Midlene overføres til rammetilskuddet til kommunene fra 2012. 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. Når det gjelder forslaget om å la *barneboliger omfattes av pasientskadeloven*, er det grunn til å anta at omsorgsutfordringene i barneboliger ikke er større enn i sykehjem. Norsk pasientskadeerstatning har behandlet svært få saker knyttet til sykehjem i perioden 2001 til 2010. I tillegg er en stor andel av tjenestene som ytes i barneboligene helsehjelp. Eventuell skade i forbindelse med autorisert helsepersonells ytelse av helsehjelp er i dag omfattet av pasientskadeloven. Utvidelse av pasientskadelovens virkeområde til også å omfatte barneboliger, vil derfor ha marginale økonomiske og administrative konsekvenser.

Til slutt i høringsnotatet er *forslagene til endringer* i eksisterende forskrifter og *forslag til nye forskrifter* inntatt i sin helhet, jf. henholdsvis *kapittel 12* og *kapittel 13*.

2.2 Nærmere om enkelte 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 listeansvar 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 skatteliggingen 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.

Som redegjort for i kapittel 11 foreslo departementet i Prop. 91 L (2010-2011) en ny bestemmelse om plikt til å sørge for at virksomheten arbeider systematisk for *kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet* i ny helse- og omsorgstjenestelov § 4-2 og spesialisthelsetjenesteloven § 3-4 b. Videre ble det forelått at en eventuell ytterligere presisering av krav til systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet kunne 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 det er 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 vil også påpeke 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. For nærmere omtale og begrunnelse av dette vises det til proposisjonens punkt 14.2.3.2 og 15.5.2.3. I tråd med dette foreslås det nå heller ikke forskrifter med spesifikke kompetansekrav, jf. nærmere om dette i høringsnotatet kapittel 11. 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 personellmessige løsninger. I den sammenheng vil departementet påpeke 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 at 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.

3 Ny forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter

3.1 Innledning

En pasient er utskrivningsklar fra sykehus når videre behandling og oppfølging av pasienten ikke lenger forutsetter innleggelse i spesialisthelsetjenesten. Mange pasienter har imidlertid ofte behov for oppfølging i kommunen etter utskrivning.

Dagens betalingsforskrift gjelder for utskrivningsklare somatiske pasienter mellom regionale helseforetak og kommuner. Betaling kan i dag kreves fra ti dager etter at kommunen skriftlig er varslet om at pasienten er utskrivningsklar. Helseforetak og kommuner kan inngå egne avtaler som innebærer at forskriften ikke får anvendelse. I dette høringsnotatet vil departementet foreslå en ny revidert forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter.

3.2 Bakgrunn for forslaget

Store pasientgrupper er avhengig av at den kommunale helsetjenesten og spesialisthelsetjenesten fungerer som en sammenhengende behandlingsskjede som gir et helhetlig tilbud. Samhandlingen er i mange tilfeller ikke god nok. Dette kan medføre sviktende behandlingstilbud, for tidlig utskrivning fra sykehus, og mangelfull oppfølging fra hjemmesykepleie, sykehjem eller legetjenesten. Mange utskrivningsklare pasienter blir liggende på sykehus i påvente av kommunalt tilbud og opplever brudd i behandlingsskjeden når de skrives ut fra sykehus.

I St. meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen er det presentert enkelte grep og overordnede prinsipper som skal sikre en fremtidig helse- og omsorgstjeneste som både svarer på pasientens behov for koordinerte tjenester og på de store samfunnsøkonomiske utfordringene ved den demografiske utviklingen og endring i sykdomsbildet. En av målsetningene med Samhandlingsreformen er at sykehuset fortsatt skal yte spesialisthjelp, men at pasienter som ikke lenger trenger behandling i spesialisthelsetjenesten raskest mulig skal komme hjem til et lokalt tjenestetilbud.

En hensiktsmessig innrettet lovgivning er et virkemiddel for å oppnå bedre samhandling. Høringsnotatet er en oppfølging av St.meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen og Innst. 212 S (2009-2010) Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om samhandlingsreformen og om en ny velferdsreform. Videre er det en oppfølging av Prop. 91 L om lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. der det ble foreslått å lovfeste at kommunen har finansieringsansvar for utskrivningsklare pasienter fra første dag. For nærmere omtale av innholdet i Prop. 91 L, se punkt 3.4. Stortinget ga sin innstilling til lovforslaget 9. juni 2011, jf. Innst. 424 L (2010-2011) og vedtok loven 17. juni 2011.

Departementet viser også til Meld. St. 16 (2010-2011) Nasjonal helse- og omsorgsplan og tilhørende Innst. 422 S (2010-2011).

3.3 Gjeldende rett

Det følger av kommunehelsetjenesteloven § 1-1 at kommunen skal sørge for nødvendig helsetjeneste for alle som bor eller midlertidig oppholder seg i kommunen. Av § 5-1 første ledd fremgår at kommunen skal dekke utgiftene for den helsetjeneste som kommunen har ansvaret for. Av § 5-2 følger det at staten årlig yter rammetilskudd til delvis dekning av kommunens utgifter. Tilskuddet fordeles gjennom inntektssystemet for kommuner og fylkeskommuner.

Spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 fastslår at staten har det overordnede ansvaret for at befolkningen gis nødvendig spesialisthelsetjeneste. Det fremgår av § 2-1 a at de regionale helseforetakene skal sørge for at personer med fast bopel eller oppholdssted innen helseregionen tilbys spesialisthelsetjeneste i eller utenfor institusjon.

Kommunehelsetjenesteloven § 5-1 femte ledd bestemmer at departementet kan gi forskrift om at kommunene på nærmere fastsatte vilkår skal dekke utgifter for pasienter som er ferdigbehandlet, men som oppholder seg i sykehus eid av foretak etter lov 15. juni 2001 nr. 93 om helseforetak m.m. i påvente av et kommunalt tilbud. Formålet med ordningen er å bidra til bedre ressursutnyttelse i helsesektoren ved at utskrivningsklare pasienter behandles på lavest effektive omsorgsnivå. Med hjemmel i bestemmelsen er det fastsatt forskrift 16. desember 1998 nr. 1447 om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter.

Det følger av § 1 første ledd at forskriften gjelder for regionale helseforetak og kommuner som ikke har inngått avtale om overføring av utskrivningsklare pasienter fra sykehus til kommunehelsetjenesten. Det fremgår av forskriftens § 1 tredje ledd at den ikke gjelder for pasienter i langtidsinstitusjoner eller pasienter i psykiatriske sykehus. I bestemmelsens andre ledd er det gitt nærmere regler om hva slik avtale i så fall skal eller bør bestå av, herunder rutiner for samarbeid, kriterier for når en pasient er utskrivningsklar, hvem som avgjør om en pasient er utskrivningsklar, hvordan uenighet skal løses, varslingsprosedyrer og frister, samt døgnpris.

Det regionale helseforetaket kan kreve betaling av kommunen for utskrivningsklare pasienter som oppholder seg i sykehus i påvente av et kommunalt tilbud, jf. forskriften § 2. Det samme gjelder for utskrivningsklare pasienter som oppholder seg i private sykehus dersom pasientene er omfattet av avtale mellom det regionale helseforetaket og sykehuset, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a tredje ledd.

Kriteriene for når en pasient er utskrivningsklar fremgår av forskriften § 3 hvor det heter:

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

1. problemstillingen(e) ved innleggelsen slik disse var formulert av innleggende lege skal være avklart,
2. øvrige problemstillinger som har fremkommet skal som hovedregel være avklart,

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

Det følger av § 4 at sykehuset avgjør når en pasient er utskrivningsklar. I § 5 er det fastsatt at kommunen kan påklage sykehusets avgjørelse til fylkesmannen.

Regler om varslingsplikt er inntatt i § 6. Det fremgår her at betaling kan kreves fra ti dager etter at kommunen er skriftlig varslet om at pasienten er utskrivningsklar. Fristen løper tidligst fra den dagen pasienten blir erklært utskrivningsklar. Døgnprisen fastsettes av departementet, jf. forskriften § 7.

De aller fleste kommuner og helseforetak har inngått avtaler på dette området, og bruken av forskriften er rapportert å være fallende. I all hovedsak reguleres altså dette feltet av inngåtte avtaler mellom kommunene og de regionale helseforetakene, og forskriften har således i praksis preg av å være sekundærregulering for de tilfeller hvor det ikke er inngått avtale.

3.4 Prop. 91 L Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.

I Prop. 91 L Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. foreslo departementet å lovfeste at kommunen skal ha finansieringsansvar for utskrivningsklare pasienter fra dag én, jf. lovforslaget § 11-4 første ledd. Videre foreslo departementet i bestemmelsens andre ledd at kommunen pålegges en plikt til å inngå samarbeidsavtale med regionalt helseforetak om utskrivningsklare pasienter.

Tilsvarende plikt for regionale helseforetak til å inngå slik avtale ble også foreslått lovfestet i spesialisthelsetjenesteloven, jf. forslag til ny § 2-6 første ledd. Departementet viser i den forbindelse også til lovforslaget § 6-2 nr. 5 hvor det fremgår at ordningen med utskrivningsklare pasienter skal være omfattet av de lovpålagte samarbeidsavtalene som skal inngås mellom kommunene og de regionale helseforetakene eller det helseforetak det regionale helseforetaket bestemmer.

I lovforslaget § 11-4 ble det i tredje ledd foreslått presisert at departementet i forskrift skal fastsette nærmere bestemmelser om ordningens omfang og innhold, kriterier for når en pasient er utskrivningsklar og betalingssatser etter første ledd. Tilsvarende ble også foreslått lovfestet i spesialisthelsetjenesteloven, jf. forslag til ny § 2-6 andre ledd.

Departementets vurdering var at kriterier som er fastsatt i gjeldende forskrift må endres. Det legges til grunn at det benyttes en felles, nasjonal definisjon av hva som er en utskrivningsklar pasient. Departementet pekte også på behovet for å vurdere hva som skal inngå i nasjonale kriterier i forskrift og hva som skal overlates til partene å fastsette

særskilt gjennom samarbeidsavtalene. Departementet la ikke opp til en ordning der partene kan avtale seg bort fra den nasjonale definisjonen av utskrivningsklare pasienter.

I Prop. 91 L presiserte departementet at det er viktig å unngå at ordningen medfører re-innleggelser som kunne vært unngått. Basert på data rapportert til Norsk pasientregister er det mulig å gi et bilde av omfanget av re-innleggelser som kunne vært unngått.

Departementets vurdering var også at forskriften skulle regulere betalingssatsen som skal gjelde for hver dag kommunen ikke tar i mot en utskrivningsklar pasient.

Andre sentrale temaer i en forskrift som ble omtalt i Prop. 91 L var behovet for bestemmelser som regulerer spesialisthelsetjenestens varslingsplikt når pasienter antas å være utskrivningsklare og presisere hvilke opplysninger det enkelte helseforetak skal gi til kommunen for at den skal kunne forberede mottak av en utskrivningsklar pasient.

3.5 Departementets vurdering og forslag til ny forskrift

3.5.1 Vurdering

I forslag til § 1 om virkeområde vil departementet foreslå at forskriften regulerer kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter innen somatikk som har behov for hjelp fra den kommunale helse- omsorgstjenesten etter utskrivning fra sykehus. Dette tydeliggjør at forskriften kun får anvendelse for pasienter som får behandling i spesialisthelsetjenesten og som etter utskrivning vil ha behov for hjelp i kommunen. For pasienter som blir innlagt i spesialisthelsetjenesten og blir ferdigbehandlet der uten behov for videre hjelp eller oppfølging av kommunen, vil forskriften ikke få anvendelse. Dette fremgår også av forskriftens § 3.

Videre vil departementet foreslå i § 1 at forskriften regulerer betaling mellom to tjenestenivå. Forskriften regulerer ikke selve pasientbehandlingen. Denne forskriften retter seg mot kommunal betaling for pasienter som oppholder seg i sykehus etter at de er utskrivningsklare, men hvor kommunen ikke kan yte pasienten den hjelp vedkommende trenger. Dette er pasienter kommunen i utgangspunktet er forpliktet både til å yte og finansiere tjenester til. Følgelig får kommunene en betalingsplikt for pasienter de i utgangspunktet skulle tatt ansvar for, men som blir liggende på sykehus i påvente av et kommunalt tilbud.

Forskriften skal ikke regulere hvor pasienten skal få behandling eller i hvilket omfang pasienten skal gis tilbud om behandling. Dette skal følge av pasient- og brukerrettighetsloven, helse- og omsorgstjenesteloven, spesialisthelsetjenesteloven og helsepersonelloven. Det grunnleggende er at pasienten skal få forsvarlig behandling. Departementet vil derfor presisere at vurderingen av hvor pasienten skal få behandling og i hvilket omfang skal ta utgangspunkt i en medisinskfaglig forsvarlighetsvurdering, og ikke som følge av ulike finansieringsordninger som denne eller kommunal medfinansiering.

Det fremgår av forslag til § 1 andre ledd at forskriften også gjelder for utskrivningsklare pasienter ved private sykehus som er omfattet avtale med det regionale helseforetaket og sykehuset, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 sjette ledd. Departementet mener dette er

en naturlig konsekvens av at de regionale helseforetakene inngår avtale med andre private sykehus om levering av helsetjenester, og ser ikke grunnlag for unnta de pasienter som får behandling i disse institusjonene fra ordningen.

I § 1 siste ledd foreslår departementet at forskriften ikke skal gjelde for utskrivningsklare pasienter innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengige. Som nevnt i Prop. 91 L (2010-2011) er dette noe departementet vil vurdere på sikt.

Det grunnleggende ved ordningen om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter fremgår av departementets forslag til § 2 første ledd første setning i forskriften. Kommunen pålegges en betalingsplikt for pasienter som oppholder seg i sykehus i påvente av et kommunalt helse- og omsorgstjenestetilbud. Kommunens betalingsplikt gjelder pasienter som er folkeregistrert i kommunen. Døgnpris for opphold i sykehus fastsettes i statsbudsjettet. Det legges opp til at betalingssetningen for et døgn skal settes til kr. 4000 i 2012. Se nærmere omtale av dette under punkt 3.6.

Departementet anser det som viktig at ordningen med kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter ikke skaper unødig byråkrati for tjenesteyterne. Derfor er det viktig at forskriften ikke inneholder detaljerte regler som oppleves som unødvendige og tidkrevende. Departementet vil derfor foreslå at 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 endt behandling i spesialisthelsetjenesten, jf. forslag til § 3 første ledd. Dette vil være inngangsvilkåret for hvorvidt forskriften får anvendelse ved behandling av den enkelte pasient eller ikke.

Spesialisthelsetjenesten skal med andre ord vurdere ved innleggelsen om pasienten vil ha behov for hjelp fra kommunen etter utskrivning eller ikke. Dersom lege ved det aktuelle sykehuset vurderer det slik at pasienten ikke vil ha behov for hjelp etter endt behandling i spesialisthelsetjenesten, kan man se bort fra de øvrige prosesskravene i forskriften. Sagt på en annen måte, dersom pasienten ikke skal ha videre behandling i kommunen etter endt behandling i spesialisthelsetjenesten vil det heller ikke være kommunens ansvar om pasienten blir liggende på sykehus etter at vedkommende pasient er definert som utskrivningsklar. Følgelig vil det heller ikke være aktuelt at kommunen skal yte betaling for disse pasientene.

Dersom det derimot antas at pasienten har behov for hjelp fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten, mener departementet det er viktig at det er noen overordnede prosedyrer som skal følges. Dette vil også gjelde i de tilfeller hvor behovet endrer seg i løpet av sykehusoppholdet. Det vil si i de tilfeller hvor den første vurderingen tilsa at pasienten ikke hadde behov for oppfølging i kommunen, men det på et senere tidspunkt viser at slikt behov likevel er til stede. I slike tilfeller vil naturligvis også forskriften få anvendelse, slik at det kan oppstå en betalingsplikt for kommunen, selv om behovet for hjelp i kommunen oppstod etter den første vurderingen av pasienten.

Departementet er av den oppfatning at grunnleggende prosedyrekrav vil skape forutsigbarhet både for kommunene og spesialisthelsetjenesten. Departementet mener også

at slike krav vil sikre en god dialog mellom tjenestenivåene og på den måten forhindre unødvendige re-innleggelser som følge av dårlig kommunikasjon. Prosedyrekravene er ment til å bidra til at begge tjenestenivåene får tilgang til den informasjon som er nødvendig for å være i stand til å gi best mulig pasientbehandling. Dersom kommunikasjonen mellom kommunen og sykehuset om pasienter som har behov for tjenester fra begge tjenestenivåene er god, er departementet av den oppfatning at det i mindre grad vil oppstå *unødvendige* re-innleggelser. Dette må likevel ikke misforstås slik at det ikke vil oppstå re-innleggelser, men det vil da være tale om *nødvendige* re-innleggelser. Eksempelvis i tilfeller hvor pasienten skrives ut til et kommunalt tilbud, men hvor pasientens helsetilstand endres slik at det er nødvendig med ny innleggelse i spesialisthelsetjenesten. Slike re-innleggelser kan ikke, og skal ikke unngås. Derimot er re-innleggelser som følge av dårlig kommunikasjon forut for utskrivning fra spesialisthelsetjenesten, noe som kan og bør unngås. Departementet vil derfor foreslå at når en pasient forventes å ha behov for hjelp i kommunen, skal spesialisthelsetjenesten følge visse prosedyrer.

For det første skal spesialisthelsetjenesten innen 24 timer etter innleggelse gjøre en vurdering av hvor lenge innleggelsen antas å vare, og om man antar at pasienten må skrives ut til helse- og omsorgstjenester i hjemmet eller til en kommunal institusjon i helse- og omsorgstjenesten i kommunen, jf. forslag til § 3 andre ledd bokstav a. Ved å pålegge spesialisthelsetjenesten en slik prosedyre, vil personellet på sykehuset måtte foreta de vurderinger som er viktige for kommunen å få kjennskap til før utskrivningstidspunktet.

For det andre skal spesialisthelsetjenesten, basert på de vurderinger som er foretatt av pasienten, innen 24 timer etter innleggelse varsle kommunen om innleggelsen, pasientens status, antatt forløp og forventet utskrivningstidspunkt, jf. forslag til § 3 andre ledd bokstav b. På den måten vil kommunen få tilgang på informasjon som gjør at de kan forberede seg på å motta pasienten når han eller hun er utskrivningsklar. Når det gjelder informasjon om pasient status og antatt forløp er bestemmelsen ikke ment slik at det er et krav til å formidle all informasjon som vil fremgå av for eksempel pasientjournalen, men det skal være tilstrekkelig informasjon til at kommunen er i stand til å gjøre de forberedelser som er nødvendige. Kommunen kan på bakgrunn av denne informasjonen, forberede og sette i verk tiltak for å kunne motta pasienten ved utskrivningstidspunktet.

Departementet har foreslått at disse prosedyrene skal gjøres innen 24 timer etter innleggelse. I tilfeller hvor den første vurderingen tilsier at pasienten ikke har behov for hjelp i kommunen etter utskrivning, men dette endrer seg i løpet av sykehusoppholdet, vil fristen starte fra det tidspunkt hvor det blir klart at et slikt behov foreligger.

Det er foreslått et unntak fra 24 timers regelen i de tilfeller hvor det er behov for omfattende eller langvarig behandling på sykehus, og hvor det ikke er mulig å foreta de vurderingene som følger av forskriften, jf. forslag til § 3 tredje ledd. Et eksempel kan være ved en alvorlig trafikkulykke hvor pasientens status er uavklart og det er usikkert hvilket behov det er for kommunal oppfølging etter utskrivning. I slike tilfeller skal prosedyrekravene foretas så snart det er praktisk mulig å foreta en vurdering av pasienten

og antatt videre forløp. Departementet ber høringsinstansene spesielt kommentere disse tidsfristene.

Når det gjelder utlevering av taushetsbelagte opplysninger som følge av de krav som stilles i forskriften her eller som følge av avtale mellom helseforetak og kommune, viser departementet til bestemmelsene i helsepersonelloven § 25 og § 45.

Departementet er av den oppfatning at når det gjelder spørsmålet om hvilket tjenestenivå som skal definere når en pasient er utskrivningsklar, må det være lege i spesialisthelsetjenesten. Det å være utskrivningsklar innebærer at den medisinske behandlingen i spesialisthelsetjenesten er ferdig, og den vurderingen må nødvendigvis foretas av en lege i spesialisthelsetjenesten da avgjørelsen må baseres seg på en individuell medisinsk faglig vurdering. Departementet vil understreke at forsvarlighetskravet til enhver tid vil gjelde både for spesialisthelsetjenesten og kommunen.

Departementet vil understreke at det ikke er opp til spesialisthelsetjenesten å vurdere hvorvidt kommunen har et forsvarlig tilbud til vedkommende pasient etter utskrivning. Det er kommunen som skal vurdere hvilket tilbud og hvilket omfang tilbudet til pasienten skal ha, og om tilbudet totalt sett er forsvarlig. Kommunen kan likevel ikke gi beskjed til spesialisthelsetjenesten om at man er klar til å motta en pasient dersom det ikke finnes et forsvarlig tilbud til vedkommende pasient i kommunens helse- og omsorgstjeneste. I et slikt tilfelle er utgangspunktet at kommunen må betale sykehuset frem til kommunen er i stand til å tilby et forsvarlig tilbud til pasienten. jf. forslag til § 6. Departementet vil understreke at en kommune som gir beskjed til spesialisthelsetjenesten om at de er klar til å motta en pasient, selv om det ikke finnes et forsvarlig tilbud til pasienten, vil bryte helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 og pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1a (ikrafttredelse 1.1.2012). På samme måte som sykehuset vil bryte spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 og pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 b (ikrafttredelse 1.1.2012) dersom man definerer en pasient som utskrivningsklar selv om vedkommende har krav på ytterligere behandling i spesialisthelsetjenesten.

Departementet har på denne bakgrunn foreslått at lege i spesialisthelsetjenesten avgjør når en pasient er utskrivningsklar basert på en individuell medisinsk faglig vurdering, jf. forslag til § 4 første ledd. Departementet vil likevel understreke at det å være definert som utskrivningsklar ikke automatisk tilsier at betalingsplikten for kommunen inntreer. Det å definere en pasient som utskrivningsklar er en medisinsk vurdering, men det er flere prosesskrav som må oppfylles for at pasienten kan defineres som utskrivningsklar i forskriftens forstand. Når betalingsplikten inntreer følger av forslag til § 6. Den bestemmelsen omtales nedenfor.

Når en pasient er definert utskrivningsklar, plikter spesialisthelsetjenesten umiddelbart å varsle kommunen, jf. forslag til § 4 andre ledd. Denne plikten må ses i sammenheng med kommunens plikt til straks å gi beskjed om kommunen er i stand til å motta pasienten, jf. forslag til § 5 andre ledd. Departementet mener disse pliktene vil bidra til at spesialisthelsetjenesten og kommunen sammen må etablere gode

kommunikasjonssystemer ved utskrivning av pasienter som har behov for helse- og omsorgstjenester fra kommunen.

I de lovpålagte avtalene som kommunene og de regionale helseforetakene skal inngå, mener departementet at det vil være naturlig at slike prosesser omtales. Et eksempel kan være å etablere faste kontaktpunkter på begge tjenestenivåene. Departementet vil ikke forskriftsregulere slike detaljer, men legge opp til at avtalepartene skal finne gode og hensiktsmessige løsninger lokalt.

I forslag til § 4 tredje ledd er det presisert at spesialisthelsetjenesten ikke kan sende en utskrivningsklar pasient tilbake til kommunen før kommunen har gitt beskjed om at det foreligger et kommunalt tilbud til vedkommende pasient. Det innebærer at spesialisthelsetjenesten har et ansvar for de pasienter kommunen gir beskjed om at de ikke umiddelbart kan motta. Spesialisthelsetjenesten er forpliktet, mot betaling fra kommunen, til å gi et tilbud til pasienten i påvente av at kommunen finner et forsvarlig tilbud til vedkommende i kommunen. Dersom kommunen gir beskjed om de ikke kan tilby et forsvarlig tilbud fra den dagen pasienten er utskrivningsklar, vil betalingsplikten inntre fra denne dagen, jf. forslag til § 6 første ledd. I tillegg er det forutsetningen at spesialisthelsetjenesten har oppfylt de kravene som følger av §§ 3 og 4. Det innebærer at dersom for eksempel spesialisthelsetjenesten har glemte å varsle kommunen om at pasienten er innlagt, jf. § 3 første ledd bokstav b, vil betalingsplikten ikke inntre. Andre tilfeller hvor betalingsplikten ikke inntre, er når pasienten er ferdigbehandlet på sykehuset, men oppholder seg der i påvente av et annet tjenestetilbud i spesialisthelsetjenesten. Det er da spesialisthelsetjenestens ansvar både å yte og finansiere tjenesten, og ikke kommunens ansvar.

Departementet mener at det nye systemet hvor kommunen får et betalingsansvar fra dagen for utskrivningsklare pasienter innebærer at kommunen må iverksette visse tiltak. Departementet vil derfor presisere og tydeliggjøre i forskriften at kommunen har et ansvar for å iverksette nødvendige tiltak fra den dagen det er varslet om utskrivning, jf. forslag til § 5 første ledd. Dette for å understreke at kommunen har et ansvar for å legge til rette for at pasienten kan overføres til kommunen ved utskrivningstidspunktet. Dette ansvaret følger allerede av helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-1 og 11-4, men departementet finner det naturlig å også fremheve dette i forskriften.

I perioden fra kommunen har fått beskjed fra spesialisthelsetjenesten om at en av deres innbyggere er lagt inn på sykehuset frem til pasienten er utskrivningsklar, må kommunen foreta en vurdering av om man er i stand til å gi et forsvarlig tilbud ved utskrivningstidspunktet, jf. forslag til § 5 annet ledd. Det innebærer som nevnt at det er kommunen som avgjør hvorvidt pasienten kan sendes tilbake til kommunen når pasienten har behov for ytterligere behandling i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Denne beskjeden skal gis straks etter at kommunen har fått melding om pasienten er utskrivningsklar.

Bestemmelsen åpner ikke for at kommunen kan avvente med å gi melding til spesialisthelsetjenesten om kommunen er mottaksklar. Dersom kommunen uten saklig grunn ikke avgir svar, vil betalingsplikten inntre, jf. forslag til § 6 første ledd og § 5. Med

saklig grunn menes omstendigheter som kommunen selv ikke er skyld i eller har kontroll over, og som medfører at kommunen blir hindret fra å avgi svar. Et eksempel vil være tekniske problemer med kommunikasjonssystemer som hindrer kommunen fra å gi svar til sykehuset. I et slikt tilfelle vil betalingsplikten ikke inntre før kommunen har mulighet til å avgi svar. Utgangspunktet er likevel slik at kommunen ikke kan avvende med å gi svar til dagen etter de har mottatt melding om utskrivningsklar pasient fra spesialisthelsetjenesten. Dersom kommunen uten saklig grunn ikke avgir svar, inntreer betalingsplikten. Dette gjelder også i tilfeller hvor kommunen får beskjed fra sykehuset om en utskrivningsklar pasient etter ordinær arbeidstid. Kommunens ansvar for pasienter som er utskrevet fra sykehuset med behov for kommunale helse- og omsorgstjenester gjelder hele døgnet. Departementet vil likevel påpeke at det er viktig at partene blir enige om gode og hensiktsmessige løsninger vedrørende det praktiske i utskrivningsprosessen i de lovpålagte avtalene. Et eksempel er som nevnt å etablere faste kontaktpunkt, slik at det ved melding og svar om en utskrivningsklar pasient ikke oppstår unødvendige kommunikasjonsproblemer og misforståelser.

Det er viktig at systemet er transparent og kan etterprøves slik at man unngår at det verken kreves for mye eller for lite betaling i henhold til bestemmelsene i forskriften.

Departementet anser det derfor som viktig at kommunene kan få tilgang til de vurderinger som foretas av spesialisthelsetjenesten. For å sikre dette foreslår departementet at kommunene kan kreve å få en redegjørelse for de vurderinger spesialisthelsetjenesten har foretatt etter §§ 3 og 4, jf. forslag til § 7. Bestemmelsen gir ikke rett til innsyn i pasientjournal, men gir spesialisthelsetjenesten en plikt til å gi nødvendig og tilstrekkelig informasjon til kommunene slik at de kan etterprøve hvorvidt vilkårene for at betalingsplikten skal inntre er oppfylt i det enkelte tilfelle. Det er opp til spesialisthelsetjenesten å bestemme hvorvidt man vil ta utdrag fra pasientjournal eller skrive en egen redegjørelse basert på innholdet i pasientjournalen. Det avgjørende er at kommunen får tilstrekkelig informasjon til å kunne foreta en egen vurdering av om vilkårene er oppfylt. Departementet mener at hvilken informasjon og hvilket omfang informasjon skal ha, er noe partene bør avtale nærmere i de lovpålagte avtalene.

Departementet vil påpeke at en redegjørelse etter § 7 normalt vil skje i etterkant av behandlingen med den følge at bestemmelsene i helsepersonelloven §§ 25 og 45 om utveksling av opplysninger i utgangspunktet ikke vil komme til anvendelse, da det ikke er tale om opplysninger som er nødvendige for å kunne gi forsvarlig helsehjelp.

Utgangspunktet vil derfor være at alle opplysninger som er underlagt taushetsplikt ikke kan utleveres. Det er likevel slik at helsepersonellet i kommunen kan videreformidle data til "virksomhetens pasientadministrasjon" om "pasientens personnummer og opplysninger om diagnose, eventuelle hjelpebehov, tjenestetilbud, innskrivnings- og utskrivningsdato samt relevante administrative data", jf helsepersonelloven § 26 andre ledd. Det gjør det mulig for kommunen å etablere systemer som kan kontrollere at antall døgn for utskrivningsklare pasienter som det kreves betaling for, er korrekt. Reglene om taushetsplikt gjelder tilsvarende for personell i pasientadministrasjonen i kommunen. Begge tjenestenivåene er gitt klageadgang til Fylkesmannen for brudd på bestemmelser etter §§ 3 til 7. For eksempel kan kommunen klage dersom den mener at betalingskravet

ikke er korrekt eller at spesialisthelsetjenesten ikke har varslet kommunen i henhold til de krav som følger av forskriften.

Når det gjelder forslag til § 9 om administrasjon av ordningen, er det slik at overføring av det økonomiske ansvaret for utskrivingsklare pasienter forutsetter at relevante data om spesialisthelsetjenesten gjøres tilgjengelige for kommunene, og brukes som grunnlag for økonomisk oppgjør. Datagrunnlaget for det økonomiske oppgjøret av utskrivingsklare pasienter skal være et nasjonalt ansvar, og skal i hovedsak ta utgangspunkt i data fra Norsk pasientregister (NPR). Departementet vil derfor presisere i forskriften at spesialisthelsetjenesten har ansvar for at det rapporteres til NPR, jf. forslag til § 6 andre ledd.

Helsedirektoratet er ansvarlig for alle beregninger som gjelder den enkelte kommune, utarbeidelse av prognoser, kontrollrutiner mv. Det legges opp til en innretning som understøtter kommunenes behov for styring og kontroll. Informasjon om aktivitetsutviklingen vil gå fra sentrale myndigheter til kommunene, på samme måte som til spesialisthelsetjenesten i dag. Datagrunnlaget gjøres tilgjengelig for kommunene, for eksempel gjennom en nettbasert løsning hvor kommunene fortløpende kan få innsyn i og informasjon om kostnader og utskrivingsklare pasienter.

Ordningen forutsetter at den enkelte kommune betaler til det regionale helseforetaket i den helseregion kommunen geografisk tilhører. Betalingsgrunnlaget for den enkelte kommune fastsettes av Helsedirektoratet basert på regler og retningslinjer for ordningen. 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.

I forslag til § 10 gis departementet hjemmel til å fastsette når forskriften skal tre i kraft. Departementet tar sikte på at forskriften skal tre i kraft samtidig med ny kommunal helse- og omsorgstjenestelov, det vil si i fra 1.1.2012.

3.5.2 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 sykehus¹ fastsettes i statsbudsjettet.

§ 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 medisinskfaglig 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.

¹ Døgnpris for opphold i sykehus er pr. 1.1.2012 kr. 4000,-

§ 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 tretr i kraft fra den tid departementet fastsetter.

3.6 Administrative og økonomiske konsekvenser av forslagene

Overføring av det økonomiske ansvaret for utskrivningsklare pasienter innebærer at de regionale helseforetakene får ett trekk i sine rammer og at kommunene får en økning i sine rammer. Kommunene vil få overført midler for utskrivningsklare pasienter tilsvarende om lag 560 mill. kroner. Beløpet baserer seg på en betalingsssats på 4 000 kroner som tar høyde for driftskostnader, inkludert kapitalkostnader og 140 000 liggedøgn som tilsvarer gjennomsnittelig antall utskrivningsklare liggedøgn i perioden 2007-2009. Midlene overføres til rammetilskuddet til kommunene fra 2012.

Ordningen forutsetter at relevante data om spesialisthelsetjenesten gjøres tilgjengelige for kommunene, og brukes som grunnlag for økonomisk oppgjør. Datagrunnlaget for det økonomiske oppgjøret av utskrivningsklare pasienter skal være et nasjonalt ansvar, og skal i hovedsak ta utgangspunkt i data fra NPR. Helsedirektoratet er ansvarlig for alle beregninger som gjelder den enkelte kommune, utarbeidelse av prognoser, kontrollrutiner m.v. Det legges opp til en innretning som understøtter kommunenes behov for styring og kontroll. Informasjon om aktivitetsutviklingen vil gå fra sentrale myndigheter til kommunene, på samme måte som til spesialisthelsetjenesten i dag. Datagrunnlaget gjøres tilgjengelig for kommunene, for eksempel gjennom en nettbasert løsning hvor kommunene fortløpende kan få innsyn i og informasjon om kostnader og utskrivningsklare pasienter.

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. Særlig for kommuner med lavt innbyggertall vil det være naturlig med kommunesamarbeid på dette området.

4 Forskrift om kommunal medfinansiering

4.1 Innledning

Dagens modell med to forvaltningsnivåer og uavhengig finansiering, støtter i mindre grad opp under pasientens behov for helhetlige tjenester. Innleggelse i sykehus og annen bruk av spesialisthelsetjenester har vært gratis for kommunene, mens tiltak som kommer i stedet for innleggelse i sykehus har medført kostnader for kommunen. Dette samtidig som sykehusene har kunnet innrette sin virksomhet uavhengig av kommunenes tilbud. Kortere liggetid i sykehus har for eksempel medført økte utgifter for kommunene. Et viktig element i samhandlingsreformen har vært å etablere en økonomisk forbindelse mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene, som igjen skal bidra til å oppnå et mer helhetlig og koordinert tjenestetilbud for pasientene. Et annet viktig element i reformen har vært å gjøre det lønnsomt for kommunene å bygge opp tilbud lokalt.

Med kommunal medfinansiering etableres en økonomisk kobling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten. Kommunene får et økonomisk medansvar for innbyggernes medisinske innleggelser og konsultasjoner i spesialisthelsetjenesten. Slik får kommunene et insentiv til å redusere innbyggernes behov for spesialisthelsetjenester ved å bruke egne ressurser til å forebygge og etablere gode tjenestetilbud i egen kommune.

4.2 Bakgrunn for forslaget

I St. meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen er det presentert enkelte grep og overordnede prinsipper som skal sikre en fremtidig helse- og omsorgstjeneste som både svarer på pasientens behov for koordinerte tjenester og på de store samfunnsøkonomiske utfordringene ved den demografiske utviklingen og endring i sykdomsbildet. En hensiktsmessig innrettet lovgivning er et virkemiddel for å oppnå bedre samhandling.

Høringsnotatet er en oppfølging av St.meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen, Innst. 212 S (2009-2010) Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om samhandlingsreformen og om en ny velferdsreform, og Prop. 91 L om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. Helse- og omsorgskomiteen ga sin innstilling til lovforslaget 9. juni 2011, jf. Innst. 424 L (2010-2011) og Stortinget vedtok loven 17. juni 2011.

Departementet viser også til Nasjonal helse- og omsorgsplan som er fremmet i form av Meld. St. 16 (2010-2011) og Innst. 422 S (2010-2011).

Stortinget har vedtatt å innføre kommunal medfinansiering fra og med 2012. Kommunal medfinansiering innebærer at kommunene får et økonomisk medansvar for innbyggernes medisinske innleggelser og konsultasjoner i spesialisthelsetjenesten.

4.3 Gjeldende rett

Utgangspunktet i dagens lovgivning er at kommunene er økonomisk ansvarlige for de tjenestene de er forpliktet til å yte etter kommunehelsetjenesteloven, mens de regionale helseforetakene er økonomisk ansvarlig for de tjenestene helseforetakene er forpliktet til å yte etter spesialisthelsetjenesteloven. Det følger av kommunehelsetjenesteloven § 1-1, jf. § 1-3, at kommunen skal sørge for nødvendig helsetjeneste til alle som bor eller midlertidig oppholder seg i kommunen.

Av § 5-1 første ledd fremgår det at kommunen skal dekke utgiftene for den helsetjeneste som den har ansvaret for. Med hjemmel i § 5-1 femte ledd er det i forskrift gitt nærmere bestemmelser om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter.

Videre følger det av § 5-2 at staten yter årlig rammetilskudd til delvis dekning av kommunens utgifter. Tilskuddet fordeles gjennom inntektssystemet for kommuner og fylkeskommuner.

Det fremgår av spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 at staten har det overordnede ansvaret for at befolkningen gis nødvendig spesialisthelsetjeneste. Av § 2-1 a følger det at de regionale helseforetakene skal sørge for at personer med fast bopel eller oppholdssted innen helseregionen tilbys spesialisthelsetjeneste i eller utenfor institusjon.

4.4 Prop. 91 L Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.

I Prop 91 L (2010-2011) Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester foreslo departementet en lovhjemmel til å gi forskrift om kommunalt medfinansieringsansvar. Forslaget til lovbestemmelse ble utformet slik at departementet får hjemmel til å gi nærmere bestemmelser i forskrift om kommuners medfinansieringsansvar for pasientbehandling i spesialisthelsetjenesten, herunder kriterier for hvilke pasientgrupper eller behandlingsformer som skal være omfattet av det kommunale medfinansieringsansvaret, jf. lovforslaget § 11-3.

4.5 Departementets vurdering og forslag til ny forskrift

4.5.1 Vurdering

4.5.1.1 Innledning

Departementet fremmer her forslag om en forskrift om kommunal medfinansiering. Forskriften er utarbeidet i tråd med den modell for kommunal medfinansiering som Stortinget har sluttet seg til under behandlingen av Prop. 91 L Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, jf. Innst. 424 L (2010-2011) og Innst. 422 S (2010-2011).

Det har i utformingen av ordningen vært viktig å ta hensyn til enkeltkommuners økonomiske risiko. Det er lagt til grunn at kirurgi og fødsler ikke skal inkluderes i den kommunale medfinansieringen. I tillegg skal nyfødte barn og pasientbehandling med kostbare biologiske legemidler, unntas fra medfinansieringsgrunnlaget.

Det legges opp til et tak på inntil 4 DRG-poeng, eller om lag 30 000 kroner, for særlig ressurskrevende enkeltopphold. Kommunal medfinansiering omfatter i første omgang bare somatisk aktivitet som er inkludert i den innsatsstyrte finansieringen (ISF). Det innebærer at aktivitet hos privatpraktiserende avtalespesialister ikke er inkludert ved innføring.

For å unngå utilsiktede prioriteringseffekter, legges det opp til en helhetlig finansieringsmodell til de regionale helseforetakene fra og med 2012. For pasientgrupper som ikke er inkludert i kommunal medfinansiering, legges det opp til 40 prosent ISF-refusjon fra staten, og 20 prosent for de pasientgrupper som omfattes av kommunal medfinansiering. Samlet sett vil dermed forholdet mellom aktivitetsbasert finansiering og rammefinansiering, være det samme for alle pasientgrupper innenfor somatisk pasientbehandling som i dag omfattes av ISF.

Kommunal medfinansiering skal basere seg på ordningen med Innsatsstyrt finansiering. Departementet finner det derfor hensiktsmessig å gi en beskrivelse av dette systemet i høringsnotatet. I tillegg vil departementet påpeke at det vil bli utarbeidet nærmere retningslinjer for kommunal medfinansiering i tilknytning til retningslinjene for ISF. Disse retningslinjene vil gi en nærmere beskrivelse av beregningsgrunnlaget. Departementet tar sikte på å komme tilbake til regelverket i Prop. S 1 for 2012 og vil i den forbindelse foreta en vurdering av eventuell betaling for re-innleggelser.

4.5.1.2 Regelverket for Innsatsstyrt finansiering

Innsatsstyrt finansiering gjelder for somatisk pasientbehandling og omfatter både innleggelser og poliklinisk virksomhet. ISF-refusjonen utbetales til det regionale helseforetaket. ISF-satsen er 40 prosent av gjennomsnittlige behandlingskostnader. De øvrige 60 prosent av kostnadene dekkes av basisbevilgningene til de regionale helseforetakene. Innsatsstyrt finansiering bygger på DRG-systemet som omfatter om lag 880 diagnoserelaterte grupper i 2011.

DRG (diagnoserelaterte grupper) er et pasientklassifiseringssystem som gir en forenklet beskrivelse av aktiviteten ved å klassifisere sykehusopphold i et begrenset antall grupper. DRG-systemet innebærer en betydelig skjemativering og forenkling av den kliniske virkeligheten og innebærer at det innenfor hver diagnosegruppe vil være opphold som er mer eller mindre ressurskrevende enn gjennomsnittsupholdet.

Hver enkel DRG har en kostnadsvekt som uttrykker det relative ressursforbruk for en pasientbehandling i forhold til gjennomsnittet for alle pasientbehandlinger. Mens gjennomsnittsbehandlingen som gir DRG-poeng har en kostnadsvekt på om lag 0,2, vil de mest ressurskrevende behandlingene ha en kostnadsvekt på om lag 27. Dette gjelder for eksempel levertransplantasjoner. Kostnaden ved å behandle disse pasientene er med andre ord beregnet til å være om lag 135 ganger høyere enn for gjennomsnittspasienten.

Gjennomsnittlig kostnadsvekt er om lag 1,3 for døgnbehandling og 0,026 for polikliniske konsultasjoner. De minst ressurskrevende polikliniske kontaktene har en vekt på 0,011. I 2009 ble det gjennomført 5,4 mill. ISF-finansierte behandlinger fordelt på 1,4 mill. døgn- og dagbehandlinger og 4 mill. polikliniske konsultasjoner.

Utbetalingene gjennom ISF-ordningen påvirkes i all hovedsak av fire faktorer:

- antall sykehusopphold

- gjennomsnittlig kostnadsvekt (DRG-indeks)
- enhetspris
- ISF-sats (40 pst. av enhetspris i 2011)

Aktivitetsutviklingen i ISF-ordningen måles i antall DRG-poeng. Antallet DRG-poeng framkommer som et produkt av antall sykehusopphold og gjennomsnittlig kostnadsvekt.

Innenfor hver enkelt pasientgruppe (DRG) kan det for den enkelte behandling være avvik mellom faktisk ressursbruk og ISF-refusjon. Årlige revisjoner av kostnadsvektene og DRG-systemet skal imidlertid sikre at refusjonene i størst mulig grad avspeiler kostnadsforholdene.

Målsetningen om en mest mulig oppdatert ISF-ordning kan komme i konflikt med behovet for mest mulig stabile og forutsigbare rammevilkår for de regionale helseforetakene. Målet er å ha en mest mulig oppdatert finansieringsordning, men medisinsk praksis endres kontinuerlig og det vil ikke være mulig å være a jour med den medisinsktekniske utviklingen til enhver tid. Helsedirektoratet har et helhetlig ansvar for forvaltning og utvikling av aktivitetsbaserte finansieringsordninger og arbeider systematisk med å gjøre ISF-ordningen mest mulig riktig.

Helsedirektoratet har ansvar for å forvalte innsatsstyrt finansiering og utarbeider årlige retningslinjer for ordningen ISF. Regelverket for Innsatsstyrt finansiering for 2011 finnes i elektronisk versjon på

http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00317/Regelverk_innsatsst_317289a.pdf.

4.5.1.3 Nærmere om forslag til forskrift om kommunal medfinansiering

I forslag til § 1 om virkeområde foreslår departementet at forskriften regulerer kommunenes medfinansieringsansvar for egne innbyggers behandling i spesialisthelsetjenesten. Med det menes at kommunene får et delvis finansieringsansvar for den behandlingen deres innbyggere får på sykehus. Med egne innbyggere menes personer som er folkeregistret i kommunen.

I forskriften foreslås det å avgrense medfinansieringsansvaret i tråd med vedtatt modell. Dette innebærer at kommunal medfinansiering ikke gjelder for privatpraktiserende avtalespesialister, psykisk helsevern, tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengige og opphold i private opptreningsinstitusjoner, jf. forslag til § 1 fjerde ledd. Forskriften skal gjelde for innleggelser i spesialisthelsetjenesten, og poliklinisk utredning og behandling, jf. forslag til § 1 tredje ledd.

Forskriften skal ikke regulere hvor pasienten skal få behandling eller i hvilket omfang pasienten skal gis tilbud om behandling. Dette skal følge av pasient- og brukerrettighetsloven, helse- og omsorgstjenesteloven, spesialisthelsetjenesteloven og helsepersonelloven. Det grunnleggende er at pasienten skal få forsvarlig behandling, til rett tid og på riktig nivå. Departementet vil derfor presisere at i vurderingen av hvor pasienten skal få behandling, og hvilket omfang hjelpen skal ha, skal ta utgangspunkt i en medisinskfaglig forsvarlighetsvurdering. Ulike finansieringsordninger som fremgår av for eksempel denne forskriften eller forskrift om utskrivningsklare pasienter skal ikke regulere pasientbehandlingen, kun hvem og hvordan tjenestene som skal ytes, skal

finansieres. Intensjonen med både denne forskriften og forskrift om utskrivningsklare pasienter er imidlertid at kommunene skal få et insentiv til over tid å bygge ut kostnadseffektive tilbud i kommunene som kan gi pasienter et like godt eller bedre tilbud til pasienter som i dag er på sykehus.

I forslag til § 2 første ledd får kommunene en plikt til delvis å finansiere egne innbyggers forbruk av spesialisthelsetjenester innen somatikk etter den medfinansieringsprosenten som til enhver tid gjelder, jf. § 3 første ledd. Utgangspunktet har tidligere vært at spesialisthelsetjenesten har ansvaret for å finansiere de tjenestene som den har ansvaret for, mens kommunen må sørge for å finansiere de tjenester som følger av helse- og omsorgstjenesteloven. Dette er endret i helse- og omsorgstjenesteloven. Departementet har fått hjemmel til å pålegge kommunene et medfinansieringsansvar for behandling i spesialisthelsetjenesten, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 11-3. Forslag til forskrift skal regulere det nærmere innhold i denne medfinansieringsplikten.

I forslag til § 2 andre ledd foreslår departementet å avgrense medfinansieringsplikten slik at den ikke omfatter kirurgi, fødsler, nyfødte barn og behandling med bestemte kostbare legemidler. Denne bestemmelsen er utgangspunktet, men som nevnt vil ISF-systemet brukes som beregningsgrunnlag for den kommunale medfinansieringen, jf. forslag til § 4 første ledd. Det innebærer at det vil fremgå av dette regelverket hvilke DRG-er som er omfattet av medfinansieringsplikten. Forskriften gir kun en overordnet fremstilling av hvilke behandlinger som ikke er omfattet. For eksempel vil det kunne være gråsoner mot hva som er å anse som kirurgi og hva som faller utenfor. Departementet finner det ikke naturlig å ta alle disse avklaringene inn i forskriften, men vil vise til regelverket for Innsatsstyrt finansiering hvor det vil fremgå hvilke behandlinger som er omfattet av den kommunale medfinansieringsplikten. ISF-regelverket bygger på de prinsipper som er vedtatt av Stortinget og nedfelt i de årlige stortingsproposisjoner og oppdragsdokumenter til de regionale helseforetakene. Regelverket vil som nevnt beskrive hvilke behandlinger som er omfattet av den kommunale medfinansieringsplikten, og skal inngå som vedlegg til forskriften her.

Når departementet foreslår at den kommunale medfinansieringen skal baseres seg på regelverket for Innsatsstyrt finansiering, innebærer det at den kommunale medfinansieringsplikten skal beregnes i DRG-poeng i henhold til dette regelverket, jf. forslag til § 4 første ledd. Enhetsprisen for ett DRG-poeng fastsettes i statsbudsjettet, jf. forslag til § 4 andre ledd. Kronebeløpet for ett DRG-poeng vil fremgå av fotnote til forskriften som vil oppdateres årlig.

I tråd med vedtatt modell vil departementet foreslå at betalingsplikten skal være 20 prosent av enhetsprisen for ett DRG-poeng, jf. forslag til § 4 første ledd. Ett DRG-poeng er i 2011 kr. 36 968. Det vil si at kommunene skal dekke en 20 prosent av et fullt DRG-poeng som spesialisthelsetjenesten har krav på etter behandling av en pasient.

Takordningen innebærer likevel at medfinansieringsansvaret avgrenses til 20 prosent av inntil 4 DRG-poeng for en enkeltbehandling, jf. forslag til § 4 andre ledd. Det vil si at det kun skal betales 20 prosent opptil 4 DRG-poeng, slik at den totale summen for en enkeltbehandling ikke vil bli høyere enn kr. 29 574 (2011-tall).

Beregningsgrunnlaget for det kommunene plikter å betale de regionale helseforetakene vil baseres seg på innrapporterte data til Norsk pasientregister, jf. forslag til § 5.

Helsedirektoratet vil med utgangspunkt i disse dataene utarbeide grunnlaget for det økonomiske oppgjøret i henhold til bestemmelsene i forskriften, jf. forslag til § 6.

I forslag til § 7 gis departementet hjemmel til å fastsette når forskriften skal tre i kraft.

Departementet tar sikte på at forskriften skal tre i kraft samtidig med ny kommunal helse- og omsorgstjenestelov, det vil si i fra 1.1.2012.

4.5.2 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 innleggelse i spesialisthelsetjenesten, og poliklinisk utredning og behandling.

Forskriften gjelder ikke privatpraktiserende avtalespesialister, psykisk helsevern, tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengige og opphold i private opptreningsinstitusjoner.

§ 2 Medfinansieringsplikt

Kommunen skal finansiere deler av egne innbyggers forbruk av spesialisthelsetjenester innen somatikk etter den medfinansieringsprosent som til enhver tid gjelder, jf. § 3.

Kommunal medfinansiering gjelder ikke for kirurgi, fødsler, nyfødte barn og behandling med nærmere bestemte kostbare legemidler. Departementet fastsetter nærmere avgrensning av somatiske pasientgrupper som omfattes av kommunal medfinansiering i henhold til regelverket for Innsatsstyrt finansiering.

§ 3 Medfinansieringsandel

Betalingsplikten etter § 2 første ledd er 20 prosent av enhetsprisen for ett DRG-poeng.

Medfinansieringsansvaret etter første ledd er avgrenset til 20 prosent av inntil 4 DRG-poeng for en enkeltbehandling.

§ 4 Generelle beregningsregler

Kommunal medfinansiering beregnes med grunnlag i DRG-poeng i henhold til regelverket for Innsatsstyrt finansiering.

Enhetsprisen for ett DRG-poeng² 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.

4.6 Økonomiske og administrative konsekvenser av forslaget

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 til innretning og tall for 2. tertial 2010 viser at overføringen vil bli i 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 presenteres i statsbudsjettet for 2012.

Det er laget en egen kostnadsnøkkel for å fange opp variasjoner i kommunenes kostnader. På bakgrunn av analysene og brukerstatistikken foreslås det å innføre en kostnadsnøkkel som består av alderskriterier. I vektingen av kriteriene tas det utgangspunkt i de ulike aldersgruppens andel av samlede kostnader i 2010. Se nærmere omtale av kostnadsnøkkel i Prop. 115 S Kommuneproposisjonen 2012 punkt 10.4.

Enkelte kommuner vil kunne ha høyere kostnader ved kommunal medfinansiering og utskrivingsklare pasienter ved innføringstidspunktet enn det som fordeling etter kostnadsnøkkelene fanger opp. Disse vil i en overgangsperiode få en kompensasjon utover det som fordeles gjennom kostnadsnøkkelene. Kompensasjonen vil bli gitt innenfor veksten i de frie inntektene. Regjeringen vil i statsbudsjettet komme nærmere tilbake til nivå og innretning på kompensasjonen.

Både kommunal medfinansiering og overføring av det økonomiske ansvaret for utskrivingsklare pasienter, forutsetter at relevante data om spesialisthelsetjenesten gjøres tilgjengelige for kommunene, og brukes som grunnlag for økonomisk oppgjør. Datagrunnlaget for det økonomiske oppgjøret av kommunal medfinansiering og utskrivingsklare pasienter skal være et nasjonalt ansvar, og skal i hovedsak ta utgangspunkt i data fra Norsk pasientregister (NPR).

Helsedirektoratet er ansvarlig for alle beregninger som gjelder den enkelte kommune, utarbeidelse av prognoser, kontrollrutiner m.v. Det legges opp til en innretning som understøtter kommunenes behov for styring og kontroll. Informasjon om

² Ett DRG-poeng i 2011 er kr. 36 968.

aktivitetsutviklingen vil gå fra sentrale myndigheter til kommunene, på samme måte som til spesialisthelsetjenesten i dag.

Datagrunnlaget gjøres tilgjengelig for kommunene, for eksempel gjennom en nettbasert løsning hvor kommunene fortløpende kan få innsyn i og informasjon om kostnader til kommunal medfinansiering og utskrivingsklare pasienter. De nye ordningene forutsetter at den enkelte kommune etter regning betaler til det regionale helseforetaket i den helseregion kommunen geografisk tilhører. Betalingsgrunnlaget for den enkelte kommune fastsettes av Helsedirektoratet basert på regler og retningslinjer for ordningen.

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.

5 Forslag til endringer i Norsk pasientregisterforskriften

5.1 Innledning

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.

Det er forutsatt at nødvendige og relevante data fra NPR skal brukes som grunnlag for økonomisk oppgjør mellom kommunene og de regionale helseforetakene. Dette gjelder både kommunal medfinansiering og overføring av det økonomiske ansvaret for utskrivningsklare pasienter fra spesialisthelsetjenesten til kommunene fra dag én. Det vises til Prop. 91 L (2010-2011) side 478 (punkt 45.4.7) og dette høringsnotatets kapittel 3 og 4.

Helsedirektoratet, som forvalter dagens ISF-ordning, skal også forvalte ordningene for økonomisk oppgjør forbundet med kommunal medfinansiering og kommunenes ansvar for utskrivningsklare pasienter. Helsedirektoratet vil derfor ha behov for tilgang til opplysninger om de tjenestene som pasientene mottar i spesialisthelsetjenesten. Helsedirektoratet vil ikke ha behov for opplysninger med direkte personidentifiserende kjennetegn. På samme måte som for dagens ISF-ordning, vil det imidlertid være behov for et antall variabler som gjør at opplysningene ikke kan anses å være anonyme, jf. helseregisterloven § 2 nr. 3.

Innsamling og behandling av helseopplysninger i NPR er regulert i forskrift 7. desember 2007 nr. 1389 om innsamling og behandling av helseopplysninger i Norsk pasientregister (NPR-forskriften). Etter departementets vurdering åpner ikke NPR-forskriften for at NPR på en hensiktsmessig måte kan tilrettelegge og utlevere opplysninger som er nødvendige for at Helsedirektoratet skal kunne forvalte ordningene for økonomisk oppgjør forbundet med kommunal medfinansiering og kommunenes ansvar for utskrivningsklare pasienter. I dette kapitlet foreslås derfor endringer i NPR-forskriften som er nødvendige for at NPR skal kunne tilrettelegge og utlevere slike opplysninger på en hensiktsmessig måte.

5.2 Gjeldende rett

I NPR-forskriften § 1-3 første ledd er det slått fast at opplysningene i Norsk pasientregister ikke kan anvendes til formål som er uforenlige med NPRs formål.

NPRs formål fremgår av NPR-forskriften § 1-2 som lyder:

”Norsk pasientregister har til hovedformål å danne grunnlag for administrasjon, styring og kvalitetssikring av spesialisthelsetjenester, herunder den aktivitetsbaserte finansieringen.

I tillegg har Norsk pasientregister til formål å:

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

c) bidra til kunnskap som grunnlag for forebygging av ulykker og skader.”

All behandling av helseopplysninger må ha et rettslig grunnlag. Tilrettelegging og utlevering av opplysninger fra NPR er regulert i NPR-forskriftens kapittel 3. NPR-forskriften § 3-6 første ledd oppstiller følgende hovedregel om utlevering av personidentifiserbare opplysninger:

”Norsk pasientregister kan, med mindre annet følger av denne forskrift, bare utlevere personidentifiserbare opplysninger etter konsesjon fra Datatilsynet og i samsvar med de alminnelige regler om taushetsplikt. For utlevering av personidentifiserbare opplysninger til medisinsk og helsefaglig forskning erstattes konsesjonsplikt og krav om dispensasjon fra taushetsplikt av forhåndsgodkjenning fra en regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, jf. helseforskningsloven § 33 og § 9.”

Med personidentifiserbare opplysninger menes både opplysninger som er knyttet til direkte personidentifiserende kjennetegn og opplysninger som ikke er knyttet til slike kjennetegn, men som likevel ikke kan sies å være aidentifiserte eller anonyme, jf. helseregisterloven § 2 nr. 2 og 3.

NPR-forskriften § 3-3 er en av bestemmelsene der ”annet følger av denne forskrift”, jf. første punktum i § 3-6 første ledd. Bestemmelsen regulerer tilrettelegging og utlevering av opplysninger som er nødvendige for drift og utvikling av etablerte aktivitetsbaserte finansieringsordninger. I bestemmelsen er det slått fast at slike opplysninger på nærmere angitte vilkår skal legges til rette og utleveres fra NPR til Helsedirektoratet.

Bestemmelsen åpner ikke for utlevering av opplysninger med direkte personidentifiserende kjennetegn. Bestemmelsen er derimot ikke til hinder for utlevering av opplysninger som ikke omfatter slike kjennetegn, men som likevel ikke kan sies å være aidentifiserte eller anonyme.

5.3 Departementets vurdering og forslag til endringer

Opplysningene i NPR kan ikke brukes til formål som er uforenlige med de formål som er nevnt i NPR-forskriften § 1-2. Forvaltning av finansieringsordninger for utskrivningsklare pasienter og forvaltning av finansieringsordninger knyttet til kommunal medfinansiering må derfor vurderes opp mot disse formålene.

Det er etter departementets vurdering NPRs hovedformål som her er relevant. Det fremgår av § 1-2 første ledd at NPRs hovedformål er ”å danne grunnlag for administrasjon, styring og kvalitetssikring av spesialisthelsetjenester”. Etter departementets vurdering må ”administrasjon av spesialisthelsetjenester” anses å omfatte administrasjon av finansieringsordninger for tjenester som ytes i spesialisthelsetjenesten. Den aktivitetsbaserte finansieringen, som er nevnt i § 1-2 første ledd, er et eksempel på en slik ordning.

Innføring av kommunal medfinansiering vil innebære at kostnadene forbundet med nærmere angitte tjenester som ytes i spesialisthelsetjenesten fordeles mellom kommunene og de regionale helseforetakene. Dette er nærmere omtalt i høringsnotatets kapittel 4.

Departementet anser at det å tjene som grunnlag for forvaltning av oppgjørsordninger knyttet til kommunal medfinansiering ligger innenfor rammene av NPRs formål. Å benytte opplysninger fra NPR til slike formål kan derfor, slik departementet ser det, ikke sies å være uforenlig med NPRs formål.

Det at en pasient er utskrivningsklar betyr ikke nødvendigvis at pasienten er ferdig behandlet. Ofte har pasienten behov for oppfølging i kommunen etter at han eller hun er utskrivningsklar. I Prop. 91 L (2010-2011) foreslås lovfestet at kommunene har finansieringsansvaret for pasienter som er ferdig behandlet i spesialisthelsetjenesten, men som oppholder seg i sykehus i påvente av et kommunalt tilbud, fra dag én. Forslaget forutsetter at det skal finne sted et økonomisk oppgjør der kommunene skal dekke de regionale helseforetakenes utgifter for disse pasientene. Se nærmere omtale i høringsnotatets kapittel 3.

Hovedformålet med NPR er, som tidligere nevnt, å danne grunnlag for administrasjon, styring og kvalitetssikring av ”spesialisthelsetjenester”. Det avgjørende for om en gitt bruk av opplysninger faller innenfor rammene av NPRs hovedformål må etter departementets vurdering være om det er tale om administrasjon, styring eller kvalitetssikring av tjenester som det etter helselovgivningen påhviler spesialisthelsetjenesten å yte. Departementets forslag om lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m., og forslagene som er omtalt i dette høringsnotatets kapittel 3, innebærer at spesialisthelsetjenesten vil ha et ansvar for at pasienter som oppholder seg i sykehus i påvente av et kommunalt helse- og omsorgstilbud får den behandling de har behov for. Dette fremgår blant annet av § 4 tredje ledd i dette høringsnotatets forslag til forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter. Det å tilby utskrivningsklare pasienter opphold i sykehus i påvente av et kommunalt tilbud vil følgelig være en av spesialisthelsetjenestens oppgaver etter helselovgivningen.

Departementet finner på denne bakgrunn at det å tjene som grunnlag for forvaltning av betalingsordninger for utskrivningsklare pasienter må anses å ligge innenfor rammene av NPRs formål, og at det å anvende opplysninger fra NPR til slike formål ikke kan sies være uforenlig med NPRs formål. Etter departementets vurdering vil det imidlertid være en fordel om det fremgår uttrykkelig av NPR-forskriftens formålsbestemmelse at opplysningene i NPR kan danne grunnlag for kommunal medfinansiering og betalingsordninger for utskrivningsklare pasienter. Departementet foreslår derfor en presisering av dette i NPR-forskriften § 1-2 første ledd.

Selv om det anses å ligge innenfor rammene av NPRs formål å danne grunnlag for forvaltning av betalingsordninger for utskrivningsklare pasienter og oppgjørsordninger knyttet til kommunal medfinansiering, er ikke dette tilstrekkelig til at opplysninger som er nødvendige og relevante for slike formål kan tilrettelegges og utleveres fra NPR til Helsedirektoratet. Det må etter gjeldende rett foreligge et rettslig grunnlag for slik tilrettelegging og utlevering.

Tilrettelegging og utlevering av opplysninger fra NPR er regulert i NPR-forskriftens kapittel 3. For å forvalte ordningene for økonomisk oppgjør forbundet med kommunal medfinansiering og kommunenes ansvar for utskrivningsklare pasienter vil

Helsedirektoratet kunne ha behov for et antall variabler som gjør at opplysningene ikke kan anses å være avidentifiserte eller anonyme. Det følger av helseregisterlovens og NPR-forskriftens system at helseopplysninger som kan tilbakeføres til enkeltperson skal behandles som om de var personidentifiserbare. Dette gjelder selv om opplysningene ikke omfatter direkte personidentifiserende kjennetegn. Etter departementets vurdering gir ikke NPR-forskriften rettslig grunnlag for at NPR på en hensiktsmessig måte kan tilrettelegge og utlevere opplysninger som er relevante og nødvendige for at Helsedirektoratet skal kunne forvalte ordningene. Departementet finner imidlertid grunn til å omtale to av NPR-forskriftens bestemmelser som regulerer utlevering av opplysninger nærmere.

NPR-forskriften § 3-6 gir hjemmel for at personidentifiserende opplysninger på nærmere angitte vilkår kan utleveres fra NPR. Kriteriene som må være tilstede dersom NPR skal kunne utlevere opplysninger til Helsedirektoratet for forvaltning av ordningene etter § 3-6, er konsesjon fra Datatilsynet og samsvar med de alminnelige regler om taushetsplikt. Etter departementets vurdering er imidlertid NPR-forskriften § 3-6 sitt virkeområde primært utlevering av registeropplysninger til mer avgrensede kvalitetssikrings- og forskningsprosjekter mv., og ikke til løpende forvaltningsoppgaver. Helsedirektoratet vil ha behov for regelmessig tilgang på opplysninger fra NPR for å forvalte ordningene. Departementet mener derfor at det rettslige grunnlaget for utlevering av registeropplysninger til slike formål bør fremgå klart av NPR-forskriften, og ikke bero på søknader om konsesjon og dispensasjon fra taushetsplikt etter NPR-forskriften § 3-6.

Ordningene for økonomisk oppgjør forbundet med kommunal medfinansiering og kommunenes ansvar for utskrivningsklare pasienter vil ha mange likhetstrekk med den eksisterende ISF-ordningen. Utlevering av opplysninger som er nødvendige for drift og utvikling av ISF-ordningen er regulert i NPR-forskriften § 3-3. Bestemmelsens første ledd oppstiller en plikt for NPR til å tilrettelegge og utlevere opplysninger til Helsedirektoratet dersom nærmere angitte vilkår er oppfylt. Plikten gjelder bare i den utstrekning de aktuelle opplysningene er ”nødvendige” for ”drift og utvikling” av ”etablerte aktivitetsbaserte finansierungsordninger innen spesialisthelsetjenesten”. Etter departementets vurdering kan ikke de finansierungsordningene som det tas sikte på å etablere i forbindelse med kommunal medfinansiering og kommunenes ansvar for utskrivningsklare pasienter sies å være ”etablerte aktivitetsbaserte finansierungsordninger innen spesialisthelsetjenesten”. Departementet legger derfor til grunn at NPR-forskriften § 3-3 ikke gir rettslig grunnlag for utlevering av de opplysninger som er relevante og nødvendige for at Helsedirektoratet skal kunne forvalte ordningene for økonomisk oppgjør forbundet med kommunal medfinansiering og kommunenes ansvar for utskrivningsklare pasienter.

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.

Departementet finner grunn til å bemerke at opplysningene som vil være relevante og nødvendige for at Helsedirektoratet skal kunne forvalte ordningene som foreslås i dette høringsnotatet, i det alt vesentlige vil være opplysninger som per i dag tilrettelegges og utleveres til Helsedirektoratet for drift og utvikling av etablerte aktivitetsbaserte finansieringsordninger innen spesialisthelsetjenesten. Det vil imidlertid ikke være slik at alle opplysninger som tilrettelegges og utleveres til Helsedirektoratet til slike formål vil være relevante og nødvendige for ordningene for kommunal medfinansiering og utskrivningsklare pasienter. Etter departementets vurdering må det utleveres separate datasett til de ulike formål, og det må i forhold til hvert enkelt formål vurderes hvilke opplysninger som er relevante og nødvendige.

Etter departementets vurdering vil personvernulempene forbundet med de endringer som foreslås i NPR-forskriften være beskjedne. Det eneste reelle alternativet til å benytte opplysninger fra NPR som grunnlag for forvaltning av oppgjørsordningene ville være å etablere et system der de nødvendige opplysningene innhentes direkte fra virksomhetene i spesialisthelsetjenesten. Departementet mener at etablering av et slikt system vil utgjøre en større personvernmessig utfordring enn å hente opplysningene fra én sentral kilde; NPR.

Spesialisthelsetjenesten rapporterer per i dag opplysninger som vil være relevante og nødvendige for at Helsedirektoratet skal kunne forvalte ordningene for økonomisk oppgjør forbundet med kommunal medfinansiering og kommunenes ansvar for utskrivningsklare pasienter til NPR. Etter departementets vurdering vil det, i et samfunnsøkonomisk perspektiv, ikke være lønnsomt å etablere et nytt system for å innhente opplysninger som allerede finnes i NPR.

Begrensningene som i dag følger av NPR-forskriften § 3-3 vil gjelde tilsvarende for opplysninger som blir utlevert til Helsedirektoratet for forvaltning av ordningene som foreslås i kapittel 3 og 4. Dette innebærer blant annet at det ikke kan utleveres direkte personidentifiserende kjennetegn og at sekundærbruk av opplysningene som blir utlevert ikke vil være tillatt. Videre vil de utleverte opplysningene bare bli behandlet av et begrenset antall personer i Helsedirektoratet.

Som nevnt i Prop. 91 L. (2010-2011) vil departementet på sikt vurdere om forskriften om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter også skal gjelde for utskrivningsklare pasienter innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengige. Dersom betalingsordningen for utskrivningsklare pasienter utvides til å omfatte disse pasientgruppene, vil endringene i NPR-forskriften som foreslås i dette høringsnotatet gi rettslig grunnlag for at NPR kan tilrettelegge og utlevere de opplysninger som er relevante og nødvendige for at Helsedirektoratet skal kunne forvalte oppgjørsordningen også for disse pasientgruppene.

I forslaget til forskrift om utskrivningsklare pasienter, jf. høringsnotatets kapittel 3, foreslås flere vilkår som må være oppfylt for at kommunenes betalingsplikt skal inntre. Et eksempel på et tilfelle hvor betalingsplikten ikke inntre, er når pasienten er ferdigbehandlet ved et sykehus, men oppholder seg der i påvente av et annet tjenestetilbud i spesialisthelsetjenesten. Det er da spesialisthelsetjenestens ansvar både å yte og

finansiere de tjenester som gis. Departementet vil vurdere behovet for presiseringer i NPR-forskriften for sikre tilgang til opplysninger som er nødvendige for at Helsedirektoratet, ved forvaltning av ordningen for økonomisk oppgjør for utskrivningsklare pasienter, kan skille mellom tilfeller der kommunene har betalingsplikt og tilfeller der spesialisthelsetjenesten er ansvarlig for finansiering av de tjenester som gis.

5.4 Forslag til endringer i Norsk pasientregisterforskriften

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

§ 1-2 skal lyde:

§ 1-2. Norsk pasientregisters formål

Norsk pasientregister har til hovedformål å danne grunnlag for administrasjon, styring og kvalitetssikring av spesialisthelsetjenester, herunder den aktivitetsbaserte finansieringen, *kommunal medfinansiering og betalingsordningen for utskrivningsklare pasienter*.

I tillegg har Norsk pasientregister til formål å:

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

§ 3-3 skal lyde:

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

Opplysninger nødvendige for drift og utvikling av etablerte aktivitetsbaserte finansieringsordninger innen spesialisthelsetjenesten, *kommunal medfinansiering og betalingsordningen for utskrivningsklare pasienter* skal legges til rette av Norsk pasientregister og utleveres til Helsedirektoratet for gjennomføring av drift og utvikling. Det skal ikke utleveres opplysninger med direkte personidentifiserbare kjennetegn.

Opplysningene som mottas til formål som følger av første ledd skal slettes så snart oppgavene er utført og kan ikke oppbevares lenger enn inntil 5 år etter avsluttet driftsår.

Opplysninger som skal benyttes til utredninger av vesentlige endringer eller utvidelser av ordningene som er nevnt i første ledd skal bare utleveres i henhold til § 3-4, § 3-5 og § 3-6 i denne forskrift.

6 Fordeling av kostnader mellom kommuner, vederlag og disponering av kontantytelser

6.1 Fordeling av kostnader mellom kommuner

6.1.1 Bakgrunn og gjeldende rett

Forslag til ny kommunal helse- og omsorgstjenestelov § 11-1 andre ledd bestemmer at kommunen skal dekke kostnadene ved de tjenestene og tiltakene som den har ansvaret for å yte eller sette i verk etter loven. Av loven § 3-1 første ledd følger det at kommunen skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester. Oppholdsprinsippet legges derfor som hovedregel til grunn for kostnadsfordelingen. Dette er en videreføring av kommunehelsetjenesteloven § 2-1, jf. § 5-1, og sosialhelsetjenesteloven § 10-1 første ledd, jf. § 11-1.

Unntakene fra oppholdsprinsippet i sosialtjenesteloven § 10-1 andre ledd ble ikke foreslått videreført i lovs form. Det følger her at for den som oppholder seg i institusjon eller bolig med heldøgns omsorgstjenester skal tjenestene ytes (og betales) av sosialtjenesten i den kommune som var oppholdskommune forut for inntaket i institusjon eller bolig med heldøgns omsorgstjeneste. Dette gjelder også ytelser før utskrivningen i forbindelse med utskrivning og etablering. Etter utskrivningen skal de sosiale tjenester ytes av sosialtjenesten i den kommune der vedkommende tar opphold, men utgiftene kan kreves refundert av oppholdskommunen forut for inntaket i institusjonen eller boligen med heldøgns omsorgstjeneste.

Imidlertid følger det også av den nye helse- og omsorgstjenesteloven § 11-1 andre ledd at departementet i forskrift kan gi nærmere bestemmelser om utgiftsfordelingen mellom to eller flere kommuner der en pasient eller bruker får tjenester av en annen kommune enn der vedkommende har fast bosted eller fast opphold, og om behandling av tvister mellom kommuner om utgiftsfordeling i slike tilfeller. Begrunnelsen for dette var behovet for et mer fleksibelt og nyansert regelverk tilpasset de til enhver tid foreliggende finansierings- og tilskuddsordningene.

Det er på denne bakgrunn anledning til å videreføre unntak fra oppholdsprinsippet i forskrifts form. Spørsmålet er derfor om unntaket skal videreføres, og om det i så fall bør gjøres endringer.

6.1.2 Departementets vurdering og forslag

6.1.2.1 Dagens refusjonsbestemmelser bør i hovedsak videreføres inntil videre

Unntaket fra oppholdsprinsippet i sosialtjenesteloven § 10-1 andre ledd gir refusjonsregler som var nødvendige i en tid da mange og store institusjoner rundt omkring i landet ble bygget ned og beboerne bosatte seg i institusjonens nærområde. Mange av beboerne var

kommet fra andre kommuner. Med refusjonsordningen, hvor tidligere oppholdskommuner dekket utgiftene til sosiale tjenester, unngikk man en uforholdsmessig belastning for lokalsamfunnene.

Det er grunn til å anta at behovet for ordningen er mindre i dag ettersom de aller fleste institusjonene med beboere fra nasjonale eller regionale opptaksområder nå for lengst er nedlagt. Reglene praktiseres av flere kommuner, men det er ikke klart for departementet hvilken praktisk og økonomisk betydning refusjonsreglene har i dag. I høringen av forslag til ny kommunal helse- og omsorgstjenestelov har Bergen kommune, en kommune med mange institusjoner, klart gitt uttrykk for at ordningen har utspilt sin rolle. På den annen side anser kommunene, Krødsherad, Asker, Bærum og Hurum, samt Fylkesmannen og Helsetilsynet i Nordland at bortfall av ordningen vil kunne få store konsekvenser for små kommuner med mange institusjonsplasser.

De økonomiske stønadene som tidligere ble gitt etter sosialtjenesteloven er nå regulert i lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen, se § 3. Reglene der er tilnærmet identiske med reglene for refusjon mellom kommuner etter dagens sosialtjenestelov § 10-1 andre ledd.

Inntil videre foreslår departementet å videreføre gjeldende rett, med noen mindre tilpasninger som nevnt nedenfor i punktene 6.1.2.2 og 6.1.2.3.

Departementet tar imidlertid sikte på å kartlegge omfanget av, og behovet for, refusjonsordningen. Vi ber spesielt om høringsinstansenes syn på bruken av dagens refusjonsordning og behovet for å videreføre dagens ordning for utgiftsfordeling mellom kommunene.

Departementet ser at det særlig kan stilles spørsmål ved om institusjonskommunens adgang til å kreve refusjon fra tidligere oppholdskommune etter utskrivning fra institusjonen bør videreføres. I de tilfellene hvor beboeren velger å bosette seg i institusjonskommunen etter endt utskrivning, reduseres tilknytningen til den tidligere oppholdskommunen vesentlig. Det kan da fremstå som urimelig at en annen kommune enn bostedskommunen skal dekke utgifter til BPA, støttekontakt, omsorgslønn eller personlig assistanse. Den nye oppholdskommunen, som har størst tilknytning til brukeren, bør også dekke utgiftene. Det bør videre komme et skjæringspunkt hvor institusjonskommunen overtar finansieringsansvaret, for eksempel ved nytt institusjonsopphold eller når behovene endrer seg. Dette innebærer at den perioden som en kommune kan kreve refusjon for vil være relativt begrenset. Videre er det vanskelig å se for seg at refusjon etter utskrivning fra institusjon i dag benyttes i særlig grad. Reglene er tilpasset en annen tid med mange store institusjoner og en utvikling hvor kommunene ble stilt overfor store økonomiske utfordringer. Institusjonskommunen får videre kompensasjon gjennom tilskuddsordningen som gjelder for ressurskrevende tjenester. Det er derfor i dag mindre behov for en refusjonsordning etter utskrivning. En refusjonsordning krever administrasjon og avtaler mellom kommunene om tjenesteomfang. En eventuell hel eller delvis oppheving av ordningen vil derfor innebære en forenkling.

Departementet har i forslaget til ny forskrift § 2 satt regelen om adgang til å kreve refusjon for det som i dag regnes som sosiale tjenester etter utskrivning fra institusjon i parentes, jf. fjerde ledd. Vi ber særlig om tilbakemelding fra høringsinstansene til spørsmålet om denne regelen bør videreføres.

6.1.2.2 Hvilke tjenester bør en refusjonsordning gjelde?

Ved en videreføring av refusjonsordning for tjenester som i dag er regulert i sosialtjenesteloven, er spørsmålet først hvilke tjenester unntaksregelen skal gjelde etter ny lovgivning. Begrepet ”sosiale tjenester” er ikke videreført i ny lov. Det er erstattet av det mer omfattende begrepet ”helse- og omsorgstjenester”. Dette får konsekvenser for utformingen av unntaksregelen om hvem som skal dekke kostnadene ved opphold i institusjon. Begrepet bolig med heldøgns omsorgstjenester foreslås ikke tatt inn i forskriften ettersom det nå er omfattet av begrepet institusjon, se kapittel 7.

For beboere på institusjon er det i all hovedsak følgende tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven som er aktuelle, dersom unntaket for utgiftsdekning for tjenester regulert i sosialtjenesteloven skal videreføres:

- a. personlig assistanse, herunder praktisk bistand og opplæring og støttekontakt, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd bokstav b,
- b. plass i aldershjem, barnebolig eller bolig med heldøgns helse- og omsorgstjenester for rusmiddelavhengige, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd bokstav c
- c. avlastningstiltak, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd bokstav d
- d. omsorgslønn, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-6
- e. brukerstyrt personlig assistanse, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-8

Plass i institusjon eller bolig med heldøgns omsorgstjenester er i dag en tjeneste etter sosialtjenesteloven § 4-2 bokstav d. Refusjon kan derfor kreves for oppholdsutgifter. Aktuelle institusjoner etter sosialtjenesteloven er kommunale aldershjem, privat forpleining og boliger der det bor omsorgstrengende barn og unge under 18 år utenfor foreldrehjemmet.

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. Dette er blant annet tilfellet for spesialiserte tjenester som det ikke er praktisk mulig at den enkelte kommune selv kan tilby. 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.

Omsorgslønn og avlastningstiltak vil først være aktuelt i forbindelse med utskrivning.

Departementet har valgt å begrense hvilke tjenester som kan kreves refundert av tidligere oppholdskommune til de nevnte tjenestene. Slik videreføres gjeldende rett i størst mulig grad på en tydeligere måte.

6.1.2.3 Ansvar for å sørge for tjenester og ansvar for å dekke utgiftene

Dagens sosialtjenestelov § 10-1 andre ledd bestemmer i korte trekk at ”tjenestene skal ytes” av tidligere oppholdskommune når pasienten eller brukeren oppholder seg i institusjon. Etter utskrivning skal tjenestene ”ytes av” den nye oppholdskommunen, men utgiftene ”kan kreves refundert” av tidligere oppholdskommune.

I rundskriv I-1/93 fremgår det på side 195 at ansvaret for å yte tjenester ”gjelder både det praktiske og økonomiske ansvaret for forpleiningsutgiftene og for personlige utgifter”. Det kan ikke ha vært meningen at den tidligere oppholdskommunen selv faktisk må yte tjenestene når pasienten eller brukeren er på en institusjon i en annen kommune. Det er vanskelig å få til i praksis. Det er heller ingen holdepunkter i bestemmelsen for at det er den kommunen hvor institusjonen befinner seg som skal beslutte hvilke sosiale tjenester som skal ytes. Departementet legger derfor til grunn at begrepet ”yte” i sosialtjenesteloven § 10-1 er synonymt med begrepet ”sørge for” i den nye loven. Den som skal sørge for å tilby en tjeneste må også dekke utgiftene. I dag er dette den tidligere oppholdskommunen.

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.

Departementet ønsker imidlertid ikke å innføre en ordning som innebærer at den nye oppholdskommunen alene beslutter hvilke tjenester pasienten eller brukeren skal ha under institusjonsopphold, mens regningen sendes til den tidligere oppholdskommunen. En slik tredjepartsfinansiering bør i størst mulig utstrekning bygge på dialog og enighet mellom den kommunen som yter tjenestene og den kommunen som dekker utgiftene. Dette følger også av rundskriv I-1/93 hvor det på side 195 uttales at ”dersom en person etablerer seg i en annen kommune, uten at det er tatt kontakt med den tidligere oppholdskommunen, blir denne imidlertid ikke ansvarlig for senere utgifter”.

Departementet foreslår på denne bakgrunn å legge ansvaret for å sørge for tjenester som i dag regnes som sosiale tjenester, både under opphold i institusjon og etter utskrivning fra institusjon, på 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 videre at det bare kan kreves refusjon for utgifter til tjenester som kommunene er blitt enige om.

Dette innebærer at ansvaret for å sørge for tjenester tilpasses den nye lovens regel om at det er oppholdskommunen som er ansvarlig for tjenestene. På den annen side opprettholdes gjeldende rett for så vidt gjelder den tidligere oppholdskommunens finansieringsforpliktelser. Kravet om kontakt og dialog mellom kommunene presiseres slik at det kreves enighet om tjenester som skal refunderes. Dette hindrer ikke

oppholdskommunen i å yte andre eller mer omfattende tjenester i tillegg til de det oppnås enighet om, men utgiftene for disse vil ikke kunne kreves refundert.

6.1.2.4 Vedrørende kommuner med fritidsboliger mv.

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 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.

En eventuell gjestepasientordning kan være vanskelig å utforme på en hensiktsmessig måte. Det kan være vanskelig presist å avgrense hvilke pasienter og brukere som skal omfattes av en slik ordning. Skal det avgrenses til hytteeiere og hotellgjester, eller skal tilfeldig besøkende også omfattes, eventuelt knyttet opp mot krav om en bestemt oppholdstid. Erfaringene fra sosialtjenesteloven § 10-1 andre ledd, jfr. § 11-1 andre ledd, som har en slik oppgjørsordning, viser at denne type bestemmelser kan skape vanskelige tvistesaker 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 må man også ta med at turister og hyttebeboere medfører økte inntekter for vertskommunen. Fylkesmannen vil dessuten ved sin tildeling av skjønnsmidler til kommunene ta hensyn til kommuner som har høye kostnader på grunn av mange fritidsboliger.

Spørsmålet er drøftet i Prop 91 L (2010-2011) om lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (helse- og omsorgsloven) i punkt 39.6. Etter en helhetsvurdering har departementet valgt å videreføre dagens oppholdsprinsipp som den klare hovedregel. For å ha en mulighet til å videreføre unntaket for institusjonsbeboere etter sosialtjenesteloven § 11-1, andre ledd, ble det foreslått en hjemmel for at departementet kan gi forskrifter om utgiftsfordelingen mellom to eller flere kommuner og om behandling av tvister mellom kommuner om utgiftsfordeling (lovforslaget § 11-1). Meningen med å gi departementet en fullmakt til å forskriftsregulere utgiftsfordelingen mellom kommuner var først og fremst å ha en mulighet til å bringe en detaljert og komplisert regulering ned på et mer håndterlig forskriftsnivå. Det gjør tilpasningsarbeidet enklere, og detaljeringsgraden kan være større.

Helse- og omsorgskomiteen synes å dele dette synet, jf. Innst. 424 L (2010-2011) side 45:

”Komiteen deler synet på at det er oppholdsprinsippet som må legges til grunn for kommunens sørge for-ansvar. Komiteen ser selvsagt at dette kan føre til ekstra belastninger i

perioder for eksempel for ”feriekommuner”, men viser til at dette er en faktor som vurderes ved skjønsmiddeltildelingen. Komiteen ser at en kombinert oppholds/bostedsordning eller en slags gjestepasientordning fort kan føre til økt byråkrati. Komiteen merker seg at lovforslaget gir departementet anledning til å forskriftsfeste en utgiftsdeling mellom bostedskommune og oppholdskommune”.

Sett på denne bakgrunn finner departementet derfor ikke nå grunnlag for å foreslå en utvidelse av dagens refusjonsordning.

6.1.3 Økonomiske og administrative endringer

Forskriftsforslaget viderefører i all hovedsak gjeldende rett. Forslaget om å forskriftsfeste at refusjonskrav overfor tidligere oppholdskommune bare kan gjøres gjeldende for tjenester det er enighet om skal ytes, er en presisering av hvordan gjeldende rett må oppfattes. Presiseringen vil bidra til å unngå uheldige utslag av tredjepartsfinansiering.

6.1.4 Forslag til forskrift

Forskrift om kommunens dekning av utgifter til helse- og omsorgstjenester

Fastsatt av Helse- og omsorgsdepartementet XX desember 2011 med hjemmel i lov 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. § 11-1 andre ledd.

§ 1 Hovedregel

Kommunen skal dekke kostnadene ved de helse- og omsorgstjenestene som den har ansvar for å yte eller sette i verk etter helse- og omsorgstjenesteloven.

§ 2 Refusjon

For den som oppholder seg i institusjon kan kommunen kreve refusjon av den kommunen som var oppholdskommune forut for inntak i institusjonen for utgifter til personlig assistanse, herunder praktisk bistand og opplæring og støttekontakt, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 6 bokstav b.

Kommunen kan kreve refusjon av den kommunen som var oppholdskommune forut for inntak i institusjonen for utgifter til plass i aldershjem, barneboliger og bolig med heldøgns helse- og omsorgstjenester for rusmiddelavhengige, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd bokstav c.

For tjenester i forbindelse med utskriving og etablering fra institusjon, i den grad behovet for disse tjenestene oppstår før utskrivingen, kan kommunen kreve refusjon for utgifter til følgende tjenester av den kommunen som var oppholdskommune forut for inntak i institusjon:

- a) personlig assistanse, herunder praktisk bistand og opplæring og støttekontakt, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 6 bokstav b,
- b) avlastningstiltak, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 6 bokstav d
- c) omsorgslønn, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-6
- d) brukerstyrt personlig assistanse, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-8

(Etter utskrivningen fra institusjon kan den kommunen der vedkommende tar opphold kreve refusjon for utgifter til tjenester som nevnt i andre ledd av den kommunen som var oppholdskommune forut for inntak i institusjon.)

Krav om refusjon etter bestemmelsene her kan bare fremmes i den grad det er oppnådd enighet med den kommunen som var oppholdskommune forut for inntak i institusjonen.

§ 3 Vederlag

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

6.2 Disponering av kontantytelser fra folketrygden

6.2.1 Gjeldende rett

6.2.1.1 *Institusjonenes disposisjonsrett*

Vergemålsloven § 38 bestemmer at ”vergen handler på den umyndiges vegne i formuessaker, når ikke annet er bestemt, og styrer hans midler i den utstrekning dette ikke hører under overformyndieriet eller den umyndige selv, eller ved gyldig bestemmelse av arvelater eller giver er overlatt til andre”. Dette innebærer at det er vergen som skal disponere kontantytelsene fra blant annet folketrygden, dersom annet ikke er bestemt av arvelater eller ved lov.

Folketrygdloven § 22-4 regulerer disponering av ytelser til langtidspasienter i helseinstitusjon og gjør unntak fra vergemålsloven. Første og andre ledd bestemmer følgende:

”For den som er innlagt i en helseinstitusjon for langtidspasienter, og som ikke er i stand til å disponere ytelsen selv, skal ytelsen utbetales til institusjonen. Helseinstitusjonen skal forvalte midlene til beste for den som har rett til ytelsen. Lov av 22. april 1927 nr. 3 om vergemål for umyndige skal ikke gjelde for trygdemidler som forvaltes av helseinstitusjoner.

Denne paragrafen gjelder bare for trygdemidler opptil 3/4 av grunnbeløpet”.

Bestemmelsene gjelder uttrykkelig langtidspasienter som er innlagt i en institusjon som går inn under lov om spesialisthelsetjenesten, men departementet kan gi forskrifter om at de også skal omfatte langtidspasienter som er innlagt i andre institusjoner. Ifølge fjerde ledd kan departementet gi forskrifter om hvem som skal fatte vedtak etter paragrafen om disponering av trygdemidler på vegne av pasienter, og om forvaltning og regnskap.

Det er gitt to forskrifter for spesialisthelsetjenesten:

- [Forskrift 20. mars 1973 nr. 02](#) om disponering av kontantytelser fra folketrygden til personer innlagt i helseinstitusjoner for langtidspasienter (inkluderer regulering av trivselsordninger)
- [Forskrift 20. mars 1973 nr. 9769](#) om disponering av kontantytelser fra folketrygden til pasienter i privat forpleining etter spesialisthelsetjenesteloven § 8-3.

Kommunehelsetjenesteloven § 6-8 nr. 1 gir likelydende regler for sykehjem:

”Ledelsen for sykehjem skal ha fullmakt til å disponere kontantytelser etter lov om folketrygd for pasient som ikke er i stand til å disponere midlene selv. Midlene skal nyttes slik at de kommer pasienten personlig til gode. Oppsparte midler som overstiger 3/4 av folketrygdens grunnbeløp, forvaltes ikke av institusjonen. Reglene i loven om vergemål for umyndige får ikke anvendelse på midler som institusjonen forvalter”.

Departementet kan etter § 6-8 nr. 3 fastsette forskrifter om disponering av kontantytelser på vegne av pasienter. Etter sosialtjenesteloven § 7-11 fjerde ledd bokstav c, kan Kongen gi forskrifter om forvaltning av beboernes midler.

Disponering av kontantytelser fra folketrygden under opphold i institusjon i kommunene er med hjemmel i de tre ovenfor nevnte lovene regulert i to tilnærmet likelydende forskrifter:

- [Forskrift 11. desember 1988 nr. 1018](#) om disponering av kontantytelser fra folketrygden under opphold i sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie (disponeringsforskriften)
- [Forskrift 4. desember 1992 nr. 915](#) til lov om sosiale tjenester, kapittel 6 (ved opphold i bolig med heldøgns omsorgstjenester)

I korte trekk er innholdet i de to forskriftene som følger:

Kontantytelser fra folketrygden til beboere skal fra og med den annen måned etter innflyttingsmåneden innbetales av Arbeids- og velferdsetaten til bank eller postsparebank. Kontoen skal stilles til beboerens disposisjon.

Ledelsen for institusjonen eller boligen skal disponere kontantytelsene for de beboere som ikke selv er i stand til å disponere midler. Disposisjonsretten gjelder ikke beboerens øvrige oppsparte midler. Vedtak om dette fattes av sykehjemmets lege eller kommunelegen. Ledelsen for institusjonen eller boligen, i samråd med verge, hjelpeverge eller pårørende, bestemmer hvem som skal ha fullmakt til å utta midler på beboerens konto og om kontroll med bruk av midlene. Midlene skal disponeres slik at de kommer beboeren til gode med sikte på å dekke vedkommendes personlige behov, interesser og ønsker. Midlene kan ikke nyttes til dekning av driftsutgifter.

Når de oppsparte midlene overstiger grensen for når overformynderiet skal forvalte midlene etter vergemålsloven (75 000 kroner), skal hele beløpet overføres til overformynderiet. Her skiller de to forskriftene seg noe fra hverandre ved at det for sykehjem og boform for heldøgns pleie gjelder særlige regler for midler som overstiger ¾ av folketrygdens grunnbeløp (ca. 56 700 kroner). Differansen mellom dette og grensen for overformynderiet skal settes på rentebærende konto. Ledelsen for boformen skal føre regnskap for bruken av de midler som tas ut av de enkelte beboerkonti, for beboere som ikke selv er i stand til å disponere midlene.

Ny kommunal helse- og omsorgstjenestelov § 12-4 fjerde ledd viderefører gjeldende hjemmelsgrunnlag for forskriftsregulering, hvor det bestemmes at Kongen kan gi forskrift om ”forvaltning av beboernes midler”. Bestemmelsene i kommunehelsetjenesteloven § 6-

8 nr. 1 er ikke foreslått videreført i ny lov. Folketrygdloven § 22-4 gir uansett tilstrekkelig hjemmel for å regulere institusjonenes disposisjonsrett i forskrift.

6.2.1.2 Trivselsordninger på institusjon

Ved helseinstitusjoner for langtidspasienter kan det i medhold av folketrygdloven § 22-5 opprettes felles trivselsordninger som blir betalt med en del av pasientenes trygdemidler. Tilskuddet fra den enkelte pasient kan ikke settes høyere enn et beløp som på årsbasis svarer til 6,25 prosent av grunnbeløpet. Departementet kan gi forskrifter om at bestemmelsene også skal gjelde for langtidspasienter som er innlagt i andre institusjoner enn de som går inn under spesialisthelsetjenesteloven.

Kommunehelsetjenesteloven § 6-8 nr. 2 bestemmer følgende:

”Hvis pasienter i sykehjem ønsker opprettet felles trivselsordning finansiert av pasientene selv, skal institusjonens ledelse medvirke til å få etablert en slik ordning. Ledelsen kan også selv ta initiativet til å opprette felles trivselsordning som nevnt.

Institusjonens ledelse skal utarbeide vedtekter for trivselsordningen, herunder om størrelsen av pasientens tilskott til felles trivselskonto og om disponering av midlene. Er det ved institusjonen opprettet pasientforening eller lignende, skal utarbeidelsen av vedtekter skje i samarbeid med foreningen.

Tilskott til trivselskonto fra den enkelte pasient kan ikke settes høyere enn et beløp som på årsbasis svarer til 6,25 prosent av folketrygdens grunnbeløp.

For pasient som nevnt i nr. 1 første punktum kan institusjonens ledelse – etter å ha innhentet uttalelse fra verge eller pårørende – treffe beslutning om at vedkommende skal være med i felles trivselsordning ved institusjonen.

Vedtektene for felles trivselsordning skal godkjennes av departementet”.

6.2.2 Departementets vurderinger og forslag

6.2.2.1 Primært forslag – oppheve institusjonenes disposisjonsrett

Etter departementets oppfatning er det ikke lenger naturlig å anse sykehjemmet eller institusjonen som den nærmeste til å disponere over deler av pasientens midler. Samtidig fremstår forskriftene som noe utdatert. I dag utbetales trygdepenge direkte til den enkelte pasients eller beboers egen konto. Det kan derfor være vanskelig å skille ut hvilke midler som er såkalte kontantytelser som faller inn under forskriften, og hva som må anses for å være øvrige midler som faller utenfor forskriftens virkeområde.

De samme hensynene gjør seg trolig gjeldende også for institusjoner og privat pleie i spesialisthelsetjenesten.

I praksis bør pasienter eller beboere som ikke selv er i stand til å disponere sine midler derfor få hjelp og bistand enten av nærmeste pårørende eller av en hjelpeverge som utnevnes for vedkommende etter bestemmelser i vergemålsloven. Det er for øvrig anledning til å delegere disponering av midler videre til institusjon ved fullmakt og avtale.

Departementet foreslår på denne bakgrunn **primært** å oppheve folketrygdloven § 22-4 og ikke å videreføre følgende forskrifter:

- [Forskrift 11. desember 1988 nr. 1018](#) om disponering av kontantytelser fra folketrygden under opphold i sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie (disponeringsforskriften)
- Kapittel 6 i [forskrift 4. desember 1992 nr. 915](#) til lov om sosiale tjenester
- [Forskrift 20. mars 1973 nr. 02](#) om disponering av kontantytelser fra folketrygden til personer innlagt i helseinstitusjoner for langtidspasienter
- [Forskrift 20. mars 1973 nr. 9769](#) om disponering av kontantytelser fra folketrygden til pasienter i privat forpleining etter spesialisthelsetjenesteloven § 8-3.

Departementet ber om høringsinstansenes syn på om det er et reelt behov for institusjonenes disposisjonsrett eller om forskriftene bør oppheves.

6.2.2.2 Sekundært forslag - tilpasning av forskriftsverket

Sekundært, dersom høringssvarene viser at det likevel eksisterer et klart behov for reglene om institusjonenes disposisjonsrett, vil departementet vurdere å gjøre endringer som harmoniserer og tilpasser forskriftsverket på området. Nedenfor følger en vurdering av, og forslag til, ny forskrift for institusjoner som yter tjenester etter ny helse- og omsorgstjenestelov.

Harmonisering

Forutsatt behov for videreføring av forskriftene, foreslår departementet å samle de to forskriftene som gjelder institusjoner i kommunene i én felles forskrift. Dette er nødvendig når helse- og omsorgstjenesten blir én tjeneste. Dette medfører blant annet følgende endringer:

- Forskriften gjelder også for kontantytelser fra tjenstepensjonsordning eller personskadetrygd som omfattes av lov om samordning av pensjons- og trygdeytelser og som utbetales under ett gjennom Arbeids- og velferdsetaten (ny for sykehjem).
- Det bør presiseres at det ikke er anledning til å ta beslutning om disposisjonsovertakelse for beboere som er mentalt friske, men som av fysiske årsaker er ute av stand til å disponere over sine midler.
- Beslutningen om disposisjonsrett skal fattes i samråd med nærmeste pårørende og den som har det daglige ansvaret for beboeren (bestyrer, avdelingsleder eller lignende).
- Bestemmelsen om at det ikke kan fattes beslutning om disposisjonsrett for det beløpet som overstiger $\frac{3}{4}$ av folketrygdens grunnbeløp videreføres, i tråd med folketrygdloven § 22-4.

Under samme forutsetning foreslås enkelte mindre endringer for å harmonisere reglene med det som gjelder i spesialisthelsetjenesten. Dette gjelder blant annet følgende endringer:

- Bestemmelsen om at departementet kan bestemme at forskriften skal gjelde hele eller deler av institusjon foreslås ikke videreført.
- Betalingen til bank skjer etter ”institusjonens anvisning”.

- Institusjonen kan bestemme at også trygdeytelser som beboeren er berettiget til i tiden før den annen kalendermåned etter at vedtak fattes, skal innbetales på bankkonto.
- Institusjonens ledelse gir skriftlig fullmakt til den som kan ta ut midler fra beboerens bankkonto, og fører kontroll med bruken av midlene.
- Merknadene er oppdatert i tråd med merknadene til forskrift 20. mars 1973 nr. 9769 om disponering av kontantytelser fra folketrygden til pasienter i privat forpleining etter spesialisthelsetjenesteloven § 8-3.

Forutsatt behov for videreføring av forskriftene, tar departementet sikte på ved en senere anledning å utarbeide en felles forskrift om disponering av kontantytelser for spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Stortinget har behandlet forslag til ny vergemålslov, jf. Prop. 4 L (2009-2010). Tidspunkt for ikrafttredelse er ikke vedtatt. Når ikrafttredelsestidspunktet blir kjent, vil departementet sørge for å foreslå nødvendige endringer i forskriften.

Nærmere om krav om egen konto for beboere som er i stand til å disponere ytelsene selv

Folketrygdloven § 22-4 bestemmer at ”for den som ikke er i stand til å disponere ytelsen selv, skal ytelsen utbetales til institusjonen”. Bestemmelsen gjelder ifølge tredje ledd langtidspasienter. De fire forskriftene gitt med hjemmel i bestemmelsen bestemmer imidlertid at kontantytelsene til alle pasienter eller beboere skal utbetales til en egen konto etter institusjonens anvisning, uavhengig av om de er i stand til å disponere ytelsen selv.

Departementet kan ikke se at det er klar hjemmel i lov til å forskriftsfeste en slik regel av betydning for den enkeltes forvaltning av egne midler. Det er trolig lagt til grunn at tilstrekkelig hjemmel følger av folketrygdlovens, sosialtjenestelovens og kommunehelsetjenestelovens bestemmelser om at Kongen og departementet kan gi forskrifter om forvaltning av beboernes midler og til utdyping av loven.

Departementet viser til at det først er når det konstateres og fattes vedtak om at en beboer ikke evner å disponere egne ytelser fra folketrygden at institusjonen får rett og plikt til å disponere over ytelsene. Det er derfor ikke grunn til å kreve at beboeres ytelser fra folketrygden overføres til en egen konto anvist av institusjonen før slikt vedtak er fattet.

Forutsatt at det konstateres et behov for videreføring av forskriftene, foreslår departementet derfor å begrense virkeområdet for forskriftene om disponering av kontantytelser ved at kravet om å sette kontantytelser på egen konto kun skal gjelde for beboere som ikke er i stand til å disponere ytelsene selv. Institusjonen bør rutinemessig, og så tidlig som mulig, vurdere beboerens evne til selv å disponere ytelsene.

Andre forslag til endringer

Endringsforslaget vil blant annet innebære følgende endringer i de fire forskriftene om disponering av kontantytelser:

- Forskriftenes virkeområde begrenses til beboere som ikke er i stand til å disponere ytelsene selv.

- Bestemmelsen om at ytelsene kan utbetales direkte til beboeren uten å gå over bankkonto foreslås opphevet, ettersom dette kun vil være aktuelt for de tilfellene hvor beboeren har disposisjonsrett. Bestemmelsen er for øvrig ikke tilpasset dagens praksis for overføring av ytelser.
- Arbeids- og velferdsforvaltningens plikt til å innbetale kontantytelsene til egen konto vil ikke lenger gjelde to måneder etter innleggelse, men to måneder etter at vedtak om institusjonens disposisjonsrett er fattet.
- Det er ikke behov for at kontoen skal stilles til beboerens disposisjon etter at vedtak om manglende disposisjonsevne er fattet.

Av praktiske hensyn innarbeides disse endringene i dette høringsnotatet kun i forbindelse med forslaget til ny disponeringsforskrift for kommunale helse- og omsorgstjenester i punkt 6.2.4. Tilsvarende endringer foreslås for de to forskriftene som gjelder spesialisthelsetjenesten.

6.2.3 Særlig om trivselsordning

Forskriftene om felles trivselsordning med hjemmel i folketrygdloven § 22-5 foreslås foreløpig videreført, kun med tekniske endringer.

Departementet er imidlertid i tvil om det er hensiktsmessig å videreføre den lovfestede frivillige trivselsordningen på institusjon i samme utstrekning som i dag.

Bakgrunnen for dette er at det også uten lovhjemmel er anledning for beboerne å organisere trivselstiltak og det faktum at beboere på institusjoner i dag gjennomgående er sykere og mer svekkede enn tilfellet var da ordningen ble innført. På rusinstitusjoner vil beboerne normalt være i tilstrekkelig fysisk form til å delta på turer og andre aktiviteter som krever ressurser. Det vil her trolig også være behov for aktiviteter ut over det et behandlingsopplegg kan tilby. Sykehjemsbeboere derimot, er i mange tilfeller svært svekket fysisk og mentalt. Det kan stilles spørsmål ved rimeligheten av å innføre ordninger hvor inntil 6,25 prosent av beboernes trygdemidler settes av til trivselstiltak som mange beboere ikke vil ha forutsetninger for å nyttiggjøre seg.

Det fremgår ikke i dag av lov eller forskrift at det er opp til den enkelte beboer eller pasient, eventuelt en representant for vedkommende, å beslutte om man ønsker å delta i trivselsordningen. Institusjonen skal ifølge kommunehelsetjenesteloven § 6-8 fatte beslutningen om deltakelse for de som ikke selv kan disponere egne midler, etter å ha hørt verge eller pårørende. Bestemmelsen er ikke videreført i ny lov.

På denne bakgrunn ber departementet høringsinstansene om synspunkter på følgende:

- Er det behov for dagens regulering av felles trivselsordning?
- Bør reguleringen oppheves helt eller delvis?
- Hvis ja, er det forskjell på de ulike institusjonene? Er det forskjell på spesialisthelsetjenester og kommunale helse- og omsorgstjenester?
- Bør det forskriftsfestes at den enkelte beboer eller pasient, eventuelt en representant for vedkommende, selv kan beslutte å delta i trivselsordningen?

6.2.4 Økonomiske og administrative konsekvenser

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.

En eventuell harmonisering av forskriftene om disponering av kontantytelser i institusjoner i kommunene vil ikke få økonomiske konsekvenser. Regelverket forenkles ved at det kun blir én forskrift å forholde seg til.

En eventuell begrensning av kravet om egen konto etter institusjonens anvisning til kun å gjelde beboere som ikke er i stand til å disponere egne ytelser, vil redusere kommunenes, institusjonenes og Arbeids- og velferdsforvaltningens administrative oppgaver noe.

6.2.5 Sekundært forslag til ny forskrift

Som nevnt foreslår departementet **primært** å oppheve forskriftene om institusjonenes disposisjonsrett. **Subsidiært**, - dersom høringsuttalelsene viser fortsatt behov for slik forskrift, foreslår departementet forskriftsbestemmelsene i §§ 1 til 9, samt § 14, i forslaget nedenfor. Forskriftsbestemmelsene om trivselsordning i §§ 10 til 14 foreslås uansett videreført, men med tekniske endringer. Ny forskrift om disponering av kontantytelser fra folketrygden under opphold i institusjon som nevnt i helse- og omsorgstjenesteloven og felles trivselsordning skal da lyde:

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

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

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

§ 1 Virkeområde

Denne forskrift gjelder disponering av kontantytelser fra folketrygden til beboere i institusjon som nevnt i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 6 bokstav c som ikke er i stand til å disponere ytelsen selv.

Likeledes gjelder forskriften for kontantytelser fra tjenstepensjonsordning eller personskadetrygd som omfattes av lov om samordning av pensjons- og trygdeytelser og som utbetales under ett gjennom Arbeids- og velferdsetaten til beboere som nevnt.

§ 2 Utbetaling av kontantytelser

Kontantytelser fra folketrygden til beboer som omfattes av denne forskriften skal fra og med den annen måned etter *at vedtak etter § 3 er fattet* innbetales av Arbeids- og velferdsetaten til bank eller postsparebank *etter institusjonens nærmere anvisning.*

Beboeren avgjør hvilken bank som bør benyttes. Midlene skal anbringes på rentebærende konto for hver enkelt beboer.

Institusjonen kan bestemme at også trygdeytelser som beboeren er berettiget til i tiden før den annen kalendermåned etter vedtaket, skal innbetales på bankkonto som nevnt i første ledd.

§ 3 Ledelsens disposisjonsrett

Ledelsen for *institusjonen* skal disponere kontantytelse som nevnt i § 1 for de beboere som ikke selv er i stand til å disponere midler. *Det er ikke anledning til å ta beslutning i henhold til første punktum for pasienter som er mentalt friske, men som av fysiske årsaker er ute av stand til å disponere over sine midler.*

Dersom beboeren ikke har verge eller hjelpeverge, skal institusjonen melde fra til fylkesmannen dersom det anses for å være behov for umyndiggjørelse eller hjelpeverge, jf. umyndiggjørelsesloven av 28. november 1898 § 3 andre ledd andre punktum.

Vedtak om slik disposisjonsrett som nevnt i første ledd skal fattes av *institusjonens lege eller* kommunelegen. Dersom beboeren har verge eller hjelpeverge som har i oppdrag å ivareta beboerens økonomiske interesser, *kan vedtaket bare fattes dersom* vergen eller hjelpevergen har samtykket i en ordning som nevnt. *Beslutningen skal fattes i samråd med nærmeste pårørende og den som har det daglige ansvaret for beboeren.* Vedtaket kan gjøres tidsavgrenset. Spørsmålet om fortsatt disposisjonsrett skal i så fall tas opp til ny vurdering minst tre måneder før perioden utløper.

Når beboeren ikke har verge eller hjelpeverge skal det alltid foreligge uttalelse fra lege som omhandler vedkommendes evne til å disponere egne midler.

§ 4 Om vedtaket

Vedtaket *etter § 3 tredje ledd* skal være skriftlig og det skal føres inn i beboerens journal. *Beboeren, dennes verge eller* hjelpeverge, nærmeste pårørende, *kommunens helse- og omsorgstjeneste* og fylkesmannen skal ha kopi av vedtaket.

§ 5 Fullmakt

I tilfelle som nevnt i § 3 bestemmer ledelsen for *institusjonen eller boligen, i samråd med verge, hjelpeverge eller pårørende,* hvem som skal ha fullmakt til å utta midler på beboerens konto og om kontroll med bruk av midlene.

Institusjonens ledelse gir skriftlig fullmakt til den som kan ta ut midler fra beboerens bankkonto, og fører kontroll med bruken av midlene.

§ 6 Om disposisjonene

Midlene skal disponeres slik at de kommer beboeren til gode med sikte på å dekke *vedkommendes* personlige behov, interesser og ønsker. Midlene kan ikke nyttes til dekning av driftsutgifter.

Så fremt beboeren har pårørende, *verge eller hjelpeverge* som har god personlig kontakt med beboeren, skal vedkommende tas med på råd når det dreier seg om større disposisjoner. *Det skal avtales hvilket beløp som skal regnes som en større disposisjon.*

§ 7 Beløpsgrenser

Den myndighet ledelsen for boformen har etter bestemmelsene i § 3 og § 6 til å disponere midler på beboerens konto gjelder ikke eventuelt oppsparte midler som overstiger 3/4 av folketrygdens grunnbeløp, jf. *folketrygdloven § 22-4*. Dersom midler som overstiger denne ramme, ikke kan overføres til overformynderiet, skal de settes inn på særskilt konto, som bare ved spesielle behov for beboeren kan disponeres av helseinstitusjonen. Også disse midler innsatt på spesiell konto skal være undergitt vanlig revisjon (institusjonens revisjon).

Den særskilte konto for overskytende midler kan disponeres av institusjonen hvis beboeren har behov for utbetalinger som ikke kan dekkes over vedkommendes ordinære konto. Ved slike behov kan institusjonen tilbakeføre midler fra den spesielle konto til beboerens ordinære konto.

§ 8 *Avvikling*

Ved beboerens død skal det i meldingen til lensmann *eller* skifterett gis opplysninger om avdødes formuesstilling, herunder om størrelsen av midler i bank *som disponeres av ledelsen* eller midler som er overført til overformynderiet. *Bankens navn og kontonummer skal oppgis. Etter anmodning skal bankbøker og andre midler overlates til lensmannen, tingretten eller til personer som kan legge frem skifteattest og eventuelt skriftlig fullmakt fra øvrige arvinger.*

§ 9 *Regnskap*

Ledelsen for boformen skal føre regnskap for bruken av de midler som tas ut av de enkelte beboerkonti, for beboere som ikke selv er i stand til å disponere midlene. Det skal føres særskilt regnskap for hver enkelt beboer. Regnskapet skal undergis revisjon av kommunerevisor. Utskrift av revidert regnskap og bankkonto for beboer skal sendes nærmeste pårørende eller verge en gang årlig.

§ 10 *Trivselsråd*

Hvor felles trivselsordning er opprettet, eller ønskes opprettet, i medhold av *folketrygdloven § 22-5* forvaltes denne av institusjonen med bistand av et trivselsråd.

Trivselsrådet skal ikke ha mer enn 5 medlemmer. I rådet bør beboeren, foreldre/pårørende og institusjonen være representert. Vedtektene for trivselsordningen bør angi nærmere hvordan rådet skal oppnevnes og sammensettes.

Rådet skal fremme forslag til konkrete trivselstiltak og på andre måter arbeide for å fremme trivselsordningens formål.

Departementet kan godkjenne avvik fra bestemmelsene om trivselsråd når særlige grunner foreligger.

§ 11 *Bruk av midlene*

Midlene skal nyttes til trivselstiltak som kan komme flest mulig av beboerne til gode, eventuelt vekslende grupper over lengre tidsrom. Det bør legges opp til varierte tiltak der det så vidt mulig tas hensyn til individuelle behov og interesser. Det bør være et siktemål at beboerne så langt mulig gjøres delaktige i samfunnets generelle fritids- og kulturtilbud. Trivselsmidlene kan ikke nyttes til dekning av driftsutgifter, og heller ikke til tiltak som vil medføre driftsutgifter for institusjonen eller som kan påregnes å ville få

budsjettmessige konsekvenser, med mindre saken på forhånd er godkjent av bevilgende myndigheter.

I saker som vedrører anskaffelse av varige trivselsgoder som f.eks. fast eiendom til feriested, bil eller annen formuesgjenstand av betydelig verdi, treffes avgjørelsen av styret.

Trivselsmidlene skal stå på særskilt bankkonto. Uttak av midler kan bare foretas av institusjonens ledelse eller den ledelsen gir fullmakt.

Det skal føres regnskap for bruken av midlene, og ved utgangen av hvert kalenderår skal trivselsrådet tilstilles regnskapsutdrag. Regnskapet skal undergis vanlig revisjon.

Departementet kan samtykke i at to eller flere institusjoner etablerer en felles trivselsordning.

§ 12 *Vedtekter og opphør*

Vedtektene skal godkjennes av departementet.

Vedtektene for trivselsordningen skal alltid angi:

1. Formålet med trivselsordningen.
2. Den institusjon, avdeling eller beboergruppering som trivselsordningen omfatter.
3. Størrelsen av innskudd, som pr. år ikke må overstige 25 prosent av folketrygdens grunnbeløp.
4. Trivselsrådets størrelse og sammensetning, dets oppgaver og regler for dets virksomhet.
5. Regler i tilknytning til opphør av medlemskap i og om opphør av trivselsordningen.

Ved opphør av trivselsordning skal departementet treffe nærmere bestemmelser om hvordan det skal forholdes med trivselsordningens midler.

§ 13 *Rapport til fylkesmannen*

Institusjonens ledelse, eller den som er bemyndiget til det, skal hvert år innen utløpet av februar måned sende rapport til fylkesmannen om de trivselstiltak som er gjennomført i foregående kalenderår. Rapporten skal inneholde en kortfattet omtale av de viktigste konkrete tiltak som er gjennomført, og ellers gi opplysninger om eventuelle muligheter for en ytterligere bedring av beboerens aktivitets- og trivselsmuligheter. Utdrag av regnskapet for felleskontoen skal følge rapporten som vedlegg.

§ 14 *Klage*

Vedtak som treffes i medhold av denne forskriften, kan klages inn til fylkesmannen.

Merknader til forskriften:

Merknadene er ikke en del av forskriften, kun en utdypende forklaring av hvordan departementet ser for seg at forskriften bør praktiseres.

Regelen om at det er institusjonen som skal avgjøre hvilken bank Arbeids- og velferdsetaten skal benytte, er innført av praktiske grunner for å hindre at en institusjon må forholde seg til en rekke forskjellige banker. Bestemmelsen er ikke til hinder for at pasienter som ønsker å fortsette med en bestemt bankforbindelse kan gjøre dette.

Institusjonen disponerer kontantytelsene for pasienter som ikke er i stand til å disponere midler. Denne situasjonen skaper usikkerhet overfor enkelte pårørende som føler seg

tilsidesatt og er engstelige for hvordan de praktiske rutiner for innkjøp til pasienten skal ordnes. Forskriftene gir institusjonsledelsen adgang til å bestemme hvem som skal ha fullmakt til å utta midler på pasientens bankkonto. Denne bestemmelse er ikke til hinder for at institusjonene kan gi pårørende som har varig og god kontakt med pasienten fullmakt til å disponere midlene etter nærmere avtale. Institusjonens ledelse bør vurdere denne situasjonen for hver enkelt pasient og komme frem til praktiske løsninger som både vil være til glede for beboer/pårørende og til hjelp/avlastning for institusjonen.

I hvilken grad man skal stille krav om regnskap og dokumentasjon av pårørendes forvaltning må vurderes i det enkelte tilfelle. Dersom det er ektefelle som gis fullmakt til å disponere midler, finner departementet det rimelig at kravet til dokumentasjon og regnskapsførsel ikke stilles for strengt. Hvis ingen pårørende gis fullmakt, kan ledelsen for institusjonen gi en eller to av de ansatte fullmakt til å utta midler fra beboerens konto. Kontroll må føres med uttak av midler. En hensiktsmessig måte kan være å fremlegge kvittering for uttak og kjøp. Det er institusjonens ledelse som skal sikre nødvendig kontroll.

Departementet vil anbefale at de muligheter som ligger i regelverket til å komme frem til fleksible løsninger til beste for alle parter blir benyttet.

6.3 Vederlag for kommunale helse- og omsorgstjenester utenfor institusjon

6.3.1 Bakgrunn og gjeldende rett

Ifølge kommunehelsetjenesteloven § 2-3 første ledd skal mottakeren betale vederlag for hjelp fra kommunens helsetjeneste, herunder også privatpraktiserende og institusjon eller organisasjon som arbeider etter avtale med kommunen som nevnt i § 4-1, når dette følger av lov eller forskrift.

Etter sosialtjenesteloven § 11-2 første ledd kan kommunen pålegge den som mottar tjenester etter loven, å dekke kostnadene helt eller delvis. Kongen kan gi nærmere forskrifter om slik egenbetaling. Kostnadsdekning kan bare kreves innenfor rammen av beboerens inntekter. Beboeren skal videre beholde en tilstrekkelig andel av ytelsene for å dekke personlige behov og bære sitt ansvar som forsørger.

Adgangen til å kreve betaling for tjenester utenfor institusjon er regulert i kapittel 8 i forskrift 4. desember 1992 nr. 915 til sosialtjenesteloven. Det følger av forskriften § 8-1 at kommunen kan kreve vederlag for ”*de tjenester etter lov om sosiale tjenester § 4-2 bokstav a som det ikke er gjort unntak for i forskriftens § 8-2 nr 2*”. § 4-2 bokstav a regulerer praktisk bistand og opplæring. I § 8-2 reguleres hvilke tjenester kommunen ikke kan kreve vederlag for:

1. hjemmesykepleie etter kommunehelsetjenesteloven § 1-3
2. praktisk bistand og opplæring etter sosialtjenesteloven § 4-2 bokstav a til personlig stell og egenomsorg

3. avlastningstiltak for personer og familier som har et særlig tyngende omsorgsarbeid etter sosialtjenesteloven § 4-2 bokstav b
4. støttekontakt som tildeles personer eller familier som nevnt i sosialtjenesteloven § 4-2 bokstav c
5. omsorgslønn til personer som har et særlig tyngende omsorgsarbeid etter sosialtjenesteloven § 4-2 bokstav e.

Tjenestene det kan kreves egenbetaling for, er typiske hjemmehjelpstjenester, som for eksempel rengjøring, klesvask, matlaging og annet praktisk arbeid i forbindelse med husholdningen. I forskriften § 8-4 andre ledd er det gitt skjermingsregler for slike tjenester.

Ny helse- og omsorgstjenestelov § 11-2 første ledd bestemmer at *”for hjelp fra kommunens helse- og omsorgstjeneste, herunder privat virksomhet som driver etter avtale med kommunen, kan kommunen kreve vederlag av pasient og bruker når dette følger av lov eller forskrift”*. Departementet er gitt kompetanse til å gi nærmere bestemmelser om vederlag i forskrift.

6.3.2 Departementets vurderinger og forslag

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 i det videre.

Etter sosialtjenesteloven § 11-2 første ledd kan kommunen pålegge den som mottar tjenester etter loven å dekke kostnadene helt eller delvis. Men 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.

Vederlag for praktisk bistand og opplæring etter sosialtjenesteloven § 4-2 bokstav a som ikke er personlig stell og egenomsorg, er regulert nærmere i § 8-1 andre ledd og §§ 8-3 til 8-4 i forskrift til sosialtjenesteloven. Departementet foreslår å videreføre disse bestemmelsene, kun med nødvendige tekniske tilpasninger.

6.3.3 Økonomiske og administrative endringer

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. Forskriften vil bli enklere å forstå for brukerne.

6.3.4 Forslag til forskrift om vederlag for kommunale helse- og omsorgstjenester utenfor institusjon

Forskrift om vederlag for kommunale helse- og omsorgstjenester utenfor institusjon

Fastsatt av Helse- og omsorgsdepartementet XX desember 2011 med hjemmel i lov 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. § 11-2

(Merket med kursiv er materielle endringer sammenlignet med forskrift til sosialtjenesteloven §§ 8-1 andre ledd og 8-3 – 8-5.)

§ 1 Kommunens adgang til å fastsette betalingssetser mv. for praktisk bistand og opplæring

Kommunen kan selv fastsette regler for betaling av vederlag og betalingssetser for *praktisk bistand og opplæring etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 6 bokstav b som ikke er personlig stell og egenomsorg, herunder for brukerstyrt personlig assistanse.*

Vederlag kan bare kreves av den som mottar tjenesten. Dersom det ytes tjenester i hjemmet på grunn av et mindreårig barns hjelpebehov, anses hjelpen ytt til foreldrene.

Vederlaget må likevel ikke overstige kommunens egne utgifter til angjeldende tjeneste (selvkost). Betales tjenestene etter en abonnementsordning kan vederlaget ikke overstige kommunens samlede selvkost for tjenestene til den enkelte i den måneden abonnementet omfatter.

Selvkost beregnes til en gjennomsnittlig timelønn for den tjenesten som utføres, tillagt sosiale utgifter samt administrasjonsutgifter som skal utgjøre 10 prosent av timelønnen og sosiale utgifter. Tidsforbruket rundes av til nærmeste halvtime.

Vederlaget kan ikke settes høyere enn at vedkommende beholder tilstrekkelig til å dekke personlige behov og bære sitt ansvar som forsørger.

Det kan ikke kreves dekning i vedkommendes formue.

§ 2 Samlet inntektsgradert utgiftstak for praktisk bistand og opplæring

Når kommunen bestemmer det maksimale vederlag en person skal betale pr. år for tjenester som nevnt i § 1 skal betalingen beregnes på grunnlag av husstandens samlede skattbare nettoinntekt før særfradrag. Siste tilgjengelige skatteligning pr. 1. januar i det aktuelle året legges til grunn med mindre inntekten er vesentlig endret. Til inntekten

legges også hjelpestønad fra folketrygden til hjelp i huset, mens omsorgslønn etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-6 skal trekkes fra inntektsgrunnlaget.

Dersom husstandens samlede skattbare nettoinntekt før særfradrag er under 2 G, skal samlet vederlag for tjenester som nevnt i § 1 ikke overstige et utgiftstak på kroner 165 pr. måned.

Til husstanden regnes bare ektefeller eller samboere og i tillegg barn under 18 år, dersom hjelpen ytes på grunnlag av barnets omsorgs- eller pleiebehov.

Hvis et av husstandens medlemmer betaler vederlag for langtidsopphold etter forskrift XX.YY.ZZZZ om vederlag for opphold i institusjon eller mottar avkortede trygdeytelser på grunn av opphold utenfor hjemmet, regnes vedkommende ikke som medlem av husstanden etter bestemmelsen i andre ledd.

Departementet gir veiledende retningslinjer for beregningen av vederlag for tjenester som nevnt i § 1.

§ 3 Klage

Vedtak om betaling etter denne forskrift kan påklages til Fylkesmannen. Fylkesmannen kan prøve alle sider av vedtaket. Når det gjelder prøving av det frie skjønn, skal Fylkesmannen *legge stor vekt på hensynet til det kommunale selvstyret ved prøving av vedtak om betaling for tjenester som nevnt i § 2.*

6.4 Vederlag for kommunal legehjelp og fysikalsk behandling

6.4.1 Departementets vurdering og forslag

Departementet foreslår å videreføre forskrift om vederlag for legehjelp og fysikalsk behandling ved kommunens helsetjeneste, med hjemmel i helse- og omsorgstjenesteloven § 11-2 andre ledd. Det foreslås kun å erstatte helsetjeneste med begrepet ”helse- og omsorgstjeneste” og å erstatte henvisningen til den opphevede folketrygdloven av 1966 § 2-5, til folketrygdloven §§ 5-4 og 5-8.

Det følger av forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos lege (normaltariffen) § 3 nr. 4 at det ytes stønad etter honorartakst (uten egenandel) ved behandling hvor pasientens tilstand er til hinder for at legen kan innkreve egenandelen, for eksempel ved behandling etter pasientrettighetsloven kapittel 4 A. Unntaket gjentas ikke i forskriftsforslaget.

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

Forskrift om vederlag for kommunal legehjelp og fysikalsk behandling

Fastsatt av Helse- og omsorgsdepartementet XX desember 2011 med hjemmel i lov 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. § 11-2 andre ledd

(Endringene er merket med kursiv.)

Forskriften skal lyde:

§ 1

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

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

§ 2

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

6.5 Konsekvenser for vederlag i tannhelsetjenesten

Forslag til ny kommunal helse- og omsorgstjenestelov vil ha konsekvenser for bestemmelser i lov om tannhelsetjenesten. Dette gjelder vilkårene for rett til nødvendig tannhelsehjelp og vederlag for tannhelsetjenester. Konsekvensene skyldes blant annet at hjemmesykepleie ikke inngår i lovforslaget.

Etter lov av 3. juni 1983 nr. 54 om tannhelsetjenesten § 1-3 første ledd skal den offentlige tannhelsetjenesten blant annet gi et regelmessig og oppsøkende tilbud til grupper av eldre, langtidssyke og uføre i institusjon og hjemmesykepleie. Videre fremgår det av § 2-1 første ledd at de samme personene har rett til nødvendig tannhelsehjelp i den fylkeskommune der de bor eller midlertidig oppholder seg. Av § 2-2 andre ledd fremgår det at fylkeskommunen ikke kan kreve vederlag for tannhelsetjenester til de nevnte personene. Med hjemmel i tannhelsetjenesteloven er det gitt en forskrift om vederlag for tannhelsetjenester i den offentlige tannhelsetjenesten, forskrift 24. mai 1984 nr. 1268. Forskriften og merknadene til forskriften gir utfyllende bestemmelser av bestemmelser om vederlag for tannhelsetjenester til personer i institusjon og hjemmesykepleie.

Departementet har under utarbeidelse et høringsnotat om forslag til revisjon av lov om tannhelsetjenesten. Det tas sikte på at et høringsnotat sendes ut i løpet av 2011. Høringsnotatet vil drøfte endringer i bestemmelsene om omfanget av den offentlige tannhelsetjenesten og vederlag for tannpleie i den offentlige tannhelsetjenesten. Departementet vil i dette arbeidet vurdere nødvendige endringer i lys av ny kommunal helse- og omsorgstjenestelov. Inntil forslag til revisjon av lov om tannhelsetjenesten foreligger, vil departementet på egnet måte orientere om hvordan bestemmelser i tannhelsetjenesten skal forstås. Utgangspunktet er at forslag til ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester ikke vil få rettslige eller økonomiske konsekvenser for rett til vederlagsfrie tannhelsetjenester fra fylkeskommunen.

7 Forskrift om institusjon i den kommunale helse- og omsorgstjenesten

7.1 Innledning

For at kommunen skal kunne sørge for at personer i kommunen tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester skal kommunen blant annet ha tilbud om plass i institusjon, herunder sykehjem, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 6 bokstav c. Om et kommunalt tjenestetilbud regnes som institusjon har betydning i flere rettslige sammenhenger, blant annet for enkeltvedtak og pasient- og brukerbetaling. Det er derfor etter departementets vurdering behov for å klargjøre i forskriftsbestemmelser hva som regnes som institusjon etter helse- og omsorgstjenesteloven, jf. forslag til forskrift om kommunal helse- og omsorgsinstitusjon § 1 i punktene 7.2 og 7.5.

Pasientskadelovens virkeområde er i forbindelse med ny helse- og omsorgstjenestelov endret til å omfatte institusjon under den kommunale helse- og omsorgstjenesten (i tillegg til institusjon under spesialisthelsetjenesten), jf. pasientskadelovens § 1 første ledd bokstav a. I merknadene i Prop. 91 L (2010-2011) side 79 er forholdet til pasientskadeloven omtalt. Der uttales det at institusjoner der formålet med oppholdet primært ikke er å motta helsehjelp fortsatt bør holdes utenfor virkeområdet til pasientskadeloven. Det er behov for å presisere dette i forskrift. Departementet foreslår at aldershjem og boliger med heldøgns helse- og omsorgstjenester til rusmiddelavhengige fortsatt holdes utenfor virkeområdet til pasientskadeloven. Barneboliger, herunder avlastningsboliger, er foreslått omfattet. Se punktene 7.3 og 7.5.

Helsepersonelloven § 3 fjerde ledd er endret på bakgrunn av Prop. 91 L (2010-2011) slik at med helseinstitusjon menes institusjon som hører under lov om den kommunale helse- og omsorgstjeneste, i tillegg til lov om spesialisthelsetjenesten. Endringen medfører at samtlige institusjoner etter helse- og omsorgstjenesteloven i utgangspunktet omfattes av helsepersonellovens bestemmelser om helseinstitusjon. Det er i samme bestemmelse gitt forskriftshjemmel for at departementet kan gi nærmere bestemmelser om hvilke institusjoner som skal omfattes. Departementet foreslår forskrift som unntar aldershjem og bolig med heldøgns helse- og omsorgstjenester for rusmiddelavhengige fra de av helsepersonellovens bestemmelser som pålegger helseinstitusjoner plikter. Se punktene 7.4 og 7.5.

7.2 Hva som skal regnes som institusjon etter helse- og omsorgstjenesteloven

7.2.1 Innledning

Det fremgår av helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 om kommunens overordnede ansvar for helse- og omsorgstjenester at kommunen skal sørge for at personer som oppholder seg

i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester. For å oppfylle dette ansvaret er kommunen pålagt å tilby et minimum av tjenester etter loven § 3-2, blant annet plass i institusjon (§ 3-2 nr. 6 bokstav c).

Av merknadene til bestemmelsen fremgår det at bestemmelsen er en videreføring av kommunehelsetjenestelovens § 1-3 andre ledd nr. 6: sykehjem eller boform for heldøgns omsorgs og pleie og sosialtjenestelovens § 4-2 bokstav d: plass i institusjon eller bolig med heldøgns omsorgstjenester til dem som har behov for det på grunn av funksjonshemming, alder eller av andre årsaker.

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, se punktene 6.3 og 6.6.
- I institusjon kan det fattes vedtak om disponering av kontantytelser fra folketrygden for beboere som ikke er i stand til å disponere egne midler, jf. punkt 6.2.
- Staten, gjennom folketrygden, dekker som hovedregel utgifter til hjelpemidler utenfor institusjon, mens kommunene dekker utgifter til hjelpemidler i institusjon.

Listen ovenfor illustrerer at det, av hensyn til pasienter, brukere og regelverksanvendere, er behov for å klargjøre i forskrift hva som regnes som institusjon etter loven.

7.2.2 Gjeldende rett

7.2.2.1 Sosialtjenesteloven

Det følger av sosialtjenesteloven § 4-2 bokstav d at kommunens sosiale tjenester også skal omfatte plass i institusjon eller bolig med heldøgns omsorgstjenester til dem som har behov for det på grunn av funksjonshemming, alder eller av andre årsaker. I kapittel 7 i forskrift til sosialtjenesteloven er det gitt bestemmelser om hva som skal regnes som bolig med heldøgns omsorgstjeneste. Begrepet ”bolig med heldøgns omsorgstjenester” er i § 7-2 i forskriften avgrenset til å omfatte aldershjem, boliger for barn og unge under 18 år som bor utenfor foreldrehjemmet som følge av behov for særlig omsorg, herunder avlastningsboliger (barneboliger), og privat forpleining. Det er videre bestemt at Fylkesmannen avgjør i tvilstilfeller hva som skal regnes som bolig med heldøgns omsorgstjenester, jf. forskriften § 7-3.

Begrepene ”institusjon” og ”bolig med heldøgns omsorgstjenester” i loven er til dels uklare. Uklarheten er blitt større etter rusreformen ble innført fra 2004. Fylkeskommunens ansvar for institusjoner for rusmiddelmissbrukere ble da overført til de regionale helseforetakene. Frem til rusreformen var lovens system at institusjonsbegrepet i hovedsak var knyttet til de fylkeskommunale rusinstitusjonene. Det har ikke vært tilsiktet at kommunale eller private institusjoner som ikke ble overført til de regionale

helseforetakene ved rusreformen, av den grunn skulle bli ulovfestede tiltak uten hjemmel i sosialtjenesteloven.

Departementet har derfor tolket begrepet ”institusjon” i sosialtjenestelovens § 4-2 bokstav d slik at det omfatter kommunale rusinstitusjoner som tilbyr omsorgstjenester til rusmiddelavhengige, der tjenestene ikke er å anse som tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk etter spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 bokstav a nr. 5.

7.2.2.2 Kommunehelsetjenesteloven

Av kommunehelsetjenesteloven § 1-3 fremgår det at kommunen blant annet skal sørge for deltjenesten sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie, for å løse kommunens oppgaver etter loven.

Med hjemmel i kommunehelsetjenesteloven § 6-9 er det gitt forskrift om sykehjem og boform for heldøgns pleie og omsorg. Forskriften angir sykehjemmenes formål og oppgaver, regler om beboernes rettigheter og fysiske krav til boformen og gir klagerett til Helsetilsynet i fylket over forhold vedrørende boformens drift.

7.2.2.3 Andre boliger og boformer

Kommunene har utviklet et vidt spekter av botilbud for pasienter og brukere av kommunens helse- og omsorgstjenester og har til dels en ulik begrepsbruk på området. Betegnelsen bo- og servicesenter brukes i dag i kommunene både for rene sykehjem, for selvstendige omsorgsboliger kombinert med bofellesskap og fellesareal, for omsorgsboliger i bokollektiv og for kombinerte tilbud med omsorgsboliger bygd i tilknytning til sykehjem. Betegnelsen bo- og rehabiliteringssenter kan også omfatte både sykehjem og boliger med heldøgns omsorgstjenester og omsorgsboliger.

Det er viktig å merke seg at omsorgsboligene ikke er regulert som en egen tjeneste eller institusjon, men betraktes som personen som bor der sitt eget hjem. Tjenestene som ytes følger de alminnelige bestemmelsene i sosialtjenesteloven og kommunehelsetjenesteloven. Leieforholdet reguleres av husleieloven.

7.2.3 Departementets vurderinger og forslag

7.2.3.1 Definisjon av 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. Det er derfor etter departementets vurdering behov for å klargjøre i forskrift hva som regnes som institusjon etter loven.

Med hjemmel i sosialtjenesteloven er det gitt forskrift som uttømmende angir hva som skal regnes som bolig med heldøgns omsorgstjeneste etter loven. Departementet har valgt

å bygge videre på denne forskriften og foreslår en positiv og uttømmende angivelse av hva som skal regnes som institusjon etter lov om helse- og omsorgstjenesteloven.

Ulempen med en slik positiv angivelse av hva som skal regnes som institusjon, er at reguleringen blir mer statisk og derfor muligens ikke tar tilstrekkelig høyde for mangfoldet i og utviklingen av det kommunale tjenestetilbudet. På den annen side kan en positiv angivelse gi et mer oversiktlig regelverk.

Departementet foreslår at dagens institusjoner og boliger/boformer med heldøgns pleie og omsorg videreføres som institusjoner, slik at følgende regnes som institusjoner etter helse- og omsorgstjenesteloven: Sykehjem, aldershjem, bolig med heldøgns helse- og omsorgstjenester for barn og unge under 18 år som bor utenfor foreldrehjemmet som følge av behov for tjenester, herunder avlastningsboliger, og bolig med heldøgns helse- og omsorgstjenester for rusmiddelavhengige. De forskjellige institusjonsformene redegjøres det for nedenfor.

7.2.3.2 De enkelte institusjonsformene

Sykehjem

Forslaget er en videreføring av kommunehelsetjenesteloven. Sykehjem er også særskilt nevnt som institusjon i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 6 bokstav c. Sykehjem er et innarbeidet begrep og innholdet i tjenesten er kjent. Departementet har derfor ikke funnet det nødvendig å foreslå å endre begrepet for i større grad å angi innholdet i tjenesten.

Departementet har i forhold til dagens regelverk valgt ikke å foreslå ”boform for omsorg og pleie” videreført som institusjon etter ny helse- og omsorgstjenestelov. Begrunnelsen er at denne boformen brukes i svært liten grad (om noen) i dag, slik at det så vidt departementet kan se ikke er nødvendig å nevne ”boform for omsorg og pleie” i tillegg til de andre formene for institusjoner som er foreslått i forskriften.

Som en konsekvens av dette vil departementet foreslå en teknisk endring i sykehjemsforskriften, slik at denne kun vil omfatte sykehjem (og altså ikke boform for omsorg og pleie). Denne tekniske endringen vil bli foretatt sammen med de andre tekniske endringene som må foretas i forbindelse med ny helse- og omsorgstjenestelov, se kapittel 1.

Aldershjem

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.

Bolig med heldøgns helse- og omsorgstjenester for barn og unge under 18 år som bor utenfor foreldrehjemmet som følge av behov for tjenester, herunder avlastningsboliger.

Forslaget er en videreføring av ”bolig for barn og unge under 18 år som bor utenfor foreldrehjemmet som følge av behov for særlig omsorg, herunder avlastningsboliger” som etter forskrift faller inn under begrepet ”bolig med heldøgns omsorgstjenester” etter dagens sosialtjenestelov.

Det er vanlig å omtale disse boligene som barneboliger. Det er også vanlig å skille mellom ”barnebolig” og ”avlastningsboliger” som undergrupper, avhengig av om barnet bor fast i boligen eller i perioder.

For på en bedre måte å beskrive tjenestetilbudet, foreslår departementet enkelte språklige endringer i benevnelsen av tilbudet, blant annet at helsetjenester nevnes i tillegg til omsorgstjenester.

Nordlandsforsknings kartlegging av barneboliger som omsorgstiltak ”Barnebolig – beste eller nest beste alternativ?” fra 2007 og Statens helsetilsyns rapport 2/2010 (se nedenfor) viser at et flertall av barne- og avlastningsboligene har autorisert helsepersonell ansatt i boligen, eller autorisert helsepersonell som jevnlig er involvert i tjenesteytingen til barna. Ifølge Nordlandsforsknings kartlegging er de mest vanlige personalgrupper i boligene:

- hjelpepleiere som er representert i 78 prosent av boligene,
- ufaglærte i 77 prosent og
- vernepleiere i 75 prosent.

Deretter kommer førskolelærere (44 prosent), lærere (38 prosent) og sykepleiere (37 prosent). ”Annet” (44 prosent) består i hovedsak av ”omsorgsarbeidere”, samt noen ”barne- og ungdomsarbeidere” og ”aktiviteter” og ”fysioterapeuter”.

Nordlandsforsknings kartlegging viser videre at de vanligste kategoriene funksjonshemming blant barna som bor i barnebolig er ”multifunksjonshemmet” (32 prosent), og ”psykisk utviklingshemmet” (30 prosent).

Statens helsetilsyn påpeker i sin rapport 2/2010 ”Det vil helst gå bra...” (basert på tilsyn med barne- og avlastningsboliger) at barna som oppholder seg i boligene ofte har utstrakt behov for helsehjelp – herunder legemiddelhåndtering av en karakter som krever sykepleiefaglig kompetanse eller tilsvarende. Videre skriver Helsetilsynet at i mange tilfeller vil hjelpen barna trenger være kompetansemessig sidestilt med tjenester som ytes i sykehjem.

Departementet antar på bakgrunn av dette at en stor andel av tjenestene som ytes i barneboligene er helsehjelp og at et sentralt formål med tilbudet i mange tilfeller vil være å yte helsehjelp til barna, i tillegg til den avlastningen dette gir for foreldrene. Dette er også bakgrunnen for at departementet foreslår at barneboliger skal falle inn under virkeområdet til pasientskadeloven, se punkt 7.3.

Alle heldøgns helse- og omsorgstjenestetilbud utenfor foreldrehjemmet for barn og unge som har behov for tjenester på grunn av funksjonshemninger skal regnes som institusjon

etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 6 bokstav c. Dette gjelder ikke tiltak der barna eller de unge oppholder seg der bare på dagtid.

Avlastning for disse barna/unge kan organiseres på mange måter. Hvis kommunen har særskilte boliger som regelmessig benyttes til avlastningsopphold, skal imidlertid disse regnes som institusjon etter helse- og omsorgstjenestelov § 3-2 første ledd nr. 6 bokstav c.

Bolig med heldøgns helse- og omsorgstjenester for rusmiddelavhengige

Som det er redegjort for ovenfor under punkt 7.2.2, har departementet fortolket institusjonsbegrepet i sosialtjenesteloven § 4-2 d slik at det omfatter rusinstitusjoner som tilbyr omsorgstjenester til rusmiddelavhengige, der tjenestene ikke er å anse som tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk etter spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a nr. 5. Dette foreslås videreført, men presisert i forskriften. Dette tydeliggjør rusarbeidets plass i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Departementet foreslår også her at helsetjenester tas inn i benevnelsen på institusjonen i tillegg til omsorgstjenester. I motsetning til hva som er tilfellet for barneboliger, antar departementet at de tjenestene som ytes i boliger med heldøgns tjenester til rusmiddelavhengige i all vesentlighet vil være praktisk bistand og opplæring i dagliglivets gjøremål, og ikke helsetjenester.

Forslaget omfatter ikke omsorgsboliger der personene som bor i boligen betaler husleie og mottar helse- og omsorgstjenester etter behov, på lik linje med andre som bor i egne hjem. Omsorgsboligen betraktes som den enkeltes private hjem.

Privat forpleining foreslås ikke videreført som institusjon etter helse- og omsorgstjenesteloven

Boliger med heldøgns omsorgstjenester etter sosialtjenesteloven omfatter ifølge forskrift til loven også ”privat forpleining”. I rundskriv I-1/93 går det frem at dette var en avleggs omsorgsform, og at det primært var eksisterende forpleiningskontrakter etter tidligere lov om sosial omsorg som skulle fanges opp av bestemmelsen, selv om forskriftens ordlyd ikke gir en slik avgrensning. Departementet kan ikke se at det er behov for å videreføre ”privat forpleining” som en institusjonsform etter helse- og omsorgstjenesteloven.

7.2.3.3 Rett til å bringe tvilstilfeller inn for Fylkesmannen

Departementet foreslår å videreføre bestemmelsen i forskrift til sosialtjenesteloven om at Fylkesmannen avgjør i tvilstilfeller hva som skal regnes som kommunal helse- og omsorgsinstitusjon.

Kommunen har ansvaret for å organisere det nødvendige bolig- og tjenestetilbudet. I dette ligger også å kartlegge og klarlegge hvilke tjenestetilbud som skal regnes som institusjon etter helse- og omsorgstjenesteloven.

Tvilstilfeller kan oppstå der kommunen ikke har tatt standpunkt til boligens eventuelle lovtilknytning og dette medfører inkonsekvent bruk av de regler som gjelder for henholdsvis institusjon og for tjenester i hjemmet. Fylkesmannen bør da ta saken opp med kommunen for å få en avklaring. Om nødvendig kan Fylkesmannen treffe vedtak om hva som skal regnes som institusjon.

7.3 Hva som skal regnes som institusjon under den kommunale helse- og omsorgstjenesten etter pasientskadeloven

7.3.1 Innledning

Pasientskadelovens virkeområde er i forbindelse med ny helse- og omsorgstjenestelov endret til å omfatte institusjon under den kommunale helse- og omsorgstjenesten (i tillegg til institusjon under spesialisthelsetjenesten), jf. pasientskadeloven § 1 første ledd bokstav a. I merknadene til helse- og omsorgstjenesteloven er det uttalt at departementets forslag til ny lov om helse- og omsorgstjenester ikke er ment å skulle utvide virkeområdet til pasientskadeloven, se Prop. 91 L (2010-2011) punkt 9.5. Dette innebærer en videreføring av gjeldende rett. Det vises i den forbindelse til Stortingets behandling av Ot. prp. nr. 31 (1998-1999) om erstatning ved pasientskader (pasientskadeloven), der det ble lagt til grunn at institusjoner der formålet med oppholdet primært ikke er å motta helsehjelp fortsatt bør holdes utenfor virkeområdet til pasientskadeloven.

Helselovgivningen er et sammenhengende regelverkssystem. De enkelte lovene hviler på bestemmelser og begrepsbruk i andre helselover. Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 andre ledd og helsepersonelloven § 3 fjerde ledd gir hjemmel for å fastsette nærmere bestemmelser med krav til innholdet i de kommunale helse- og omsorgstjenestene og å fastsette hvilke institusjoner som skal omfattes av helseinstitusjonsbegrepet.

Gjeldende rett er beskrevet i Prop. 91 L (2010-2011) punkt 9.5.1.

7.3.2 Departementets vurderinger og forslag

Etter en helhetsvurdering har departementet kommet til at barneboliger ikke bør unntas fra å være omfattet av institusjonsbegrepet i pasientskadeloven § 1 første ledd bokstav a.

Etter gjeldende rett favner pasientskadelovens virkeområde allerede barn og unge i barnebolig som ved svikt ved ytelsene kommer til skade når de mottar helsehjelp fra helsepersonell, jf. pasientskadeloven § 1 første ledd bokstav c. Selv om en stor andel av personalet i barneboligene er autorisert helsepersonell, vil det kunne tenkes situasjoner der et barn blir utsatt for en skade fra annen type personell (for eksempel skader etter å bli badet i for varmt vann). Dette ville kunne bli regnet som pasientskade dersom det er et helsepersonell som yter ”tjenesten”, men altså ikke dersom ”tjenesten” ytes av annen type personell. Selv om sannsynligheten for at slike situasjoner oppstår er liten, er det, etter departementets mening, uheldig med en slik tilfeldig forskjellsbehandling av denne sårbare gruppen barn.

Som det fremgår under punkt 7.2.3, er en stor andel av tjenestene som ytes i barneboligene helsehjelp. I mange tilfeller vil det sentrale formålet med tilbudet være å yte helsehjelp til barna, i tillegg til den avlastningen dette gir for foreldrene.

Det er grunn til å anta at de omsorgsutfordringene man har i barneboliger ikke er større enn de man har i sykehjem. Norsk pasientskadeerstatning har behandlet svært få saker knyttet til sykehjem i perioden 2001 til 2010. De økonomiske og administrative konsekvensene ved å la barneboliger omfattes av pasientskadelovens virkeområde, vil

derfor etter departementets vurdering bli marginale, se under punkt 7.6. Departementet foreslår på denne bakgrunn at barneboliger omfattes av pasientskadeloven.

Når det gjelder aldershjem og rusinstitusjoner, kan argumentene ovenfor tildels anføres for at disse institusjonene også bør være omfattet av ordningen. Aldershjem er en institusjonsform som er på vei ut og departementet har ikke tilstrekkelig oversikt over tjenestetilbudet (personell og tjenestebehovene til de som bor på slike institusjoner). Departementet antar likevel at hovedformålet med aldershjem ikke er helsehjelp. Tjenestene som ytes i boliger med heldøgns helse- og omsorgstjenester til rusmiddelavhengige vil, som det fremgår i punkt 7.2.3, i all vesentlig grad vil være praktisk bistand og opplæring i dagliglivets gjøremål og ikke helsetjenester.

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. Pasientskadelovens virkeområde omfatter likevel beboere ved slike institusjoner i de tilfeller beboerne skades når de mottar helsehjelp fra helsepersonell med autorisasjon eller lisens, eller fra personer som opptrer på vegne av disse, jf. pasientskadeloven § 1 første ledd bokstav c. Det er denne type handlinger som i størst grad vil utsette den enkelte for risiko for pasientskade. Den enkelte vil dermed i all hovedsak være sikret en like god erstatningsrettslig stilling som pasienter som mottar helsehjelp i mer klassiske helseinstitusjoner. Krav om personskadeerstatning som gjelder forhold som faller utenfor pasientskadelovens virkeområde vil uansett kunne forfølges etter de alminnelige erstatningsrettslige regler.

7.4 Hva som skal regnes som helseinstitusjon under helse- og omsorgstjenesteloven etter helsepersonelloven § 3 fjerde ledd

7.4.1 Innledning

Helsepersonelloven § 3 fjerde ledd er endret på bakgrunn av Prop. 91 L (2010-2011) slik at med helseinstitusjon menes institusjon som hører under lov om den kommunale helse- og omsorgstjeneste, i tillegg til lov om spesialisthelsetjenesten. Endringen medfører at samtlige institusjoner etter helse- og omsorgstjenesteloven i utgangspunktet omfattes av helsepersonellovens bestemmelser om helseinstitusjon. Det er i samme bestemmelse gitt forskriftshjemmel for at departementet kan gi nærmere bestemmelser om hvilke institusjoner som skal omfattes.

7.4.2 Departementets vurderinger og forslag

Som det fremgår av punkt 7.2.3 tyder tilbakemeldinger til departementet på at en stor andel 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. Disse institusjonene er det

derfor ikke grunn til å unnta fra helsepersonellovens bestemmelser som pålegger helseinstitusjoner plikter.

Når det gjelder aldershjem og boliger med heldøgns helse- og omsorgstjenester for rusmiddelavhengige, har departementet liten oversikt over personalsammensetningen og typer tjenester som ytes, men legger til grunn at dette er institusjoner der helsehjelp ikke er et sentralt formål med virksomheten. Dersom helsepersonell yter helsehjelp i disse institusjonene, vil disse ha selvstendige plikter etter helsepersonelloven.

Helsepersonellovens plikter vil derfor være godt nok dekket i disse institusjonene. Etter departementets vurdering er det ikke nødvendig å pålegge disse institusjonene institusjonsplikter som helsepersonelloven ellers legger på helseinstitusjoner.

Institusjonspliktene i helsepersonelloven (§§ 39-41) henger også nært sammen med helsepersonells journalføringsplikt, som ikke kommer til anvendelse for personell som ikke yter helsehjelp etter helse- og omsorgstjenesteloven, jf. punkt 8.3

Departementet foreslår på denne bakgrunn forskriftsbestemmelser som unntar aldershjem og bolig med heldøgns helse- og omsorgstjenester for rusmiddelavhengige fra helsepersonellovens bestemmelser som pålegger helseinstitusjoner plikter.

7.5 Forslag til forskrift om kommunal helse- og omsorgsinstitusjon

Forskrift om kommunal helse- og omsorgsinstitusjon

Fastsatt ved kongelig resolusjon XX desember 2011 med hjemmel i lov 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. § 3-2 andre ledd og lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell mv. § 3 fjerde ledd. Fremmet av Helse- og omsorgsdepartementet

§ 1 Institusjon etter helse- og omsorgstjenesteloven

Som institusjon etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 6 bokstav c regnes:

- a) Sykehjem
- b) Aldershjem
- c) Bolig med heldøgns helse- og omsorgstjenester for barn og unge under 18 år som bor utenfor foreldrehjemmet som følge av behov for tjenester, herunder avlastningsboliger
- d) Bolig med heldøgns helse- og omsorgstjenester for rusmiddelavhengige

Fylkesmannen avgjør i tvilstilfeller hva som skal regnes som institusjon etter helse- og omsorgstjenesteloven.

§ 2 Institusjon under den kommunale helse- og omsorgstjenesten etter pasientskadeloven

Som institusjon etter pasientskadeloven § 1 første ledd bokstav a regnes institusjon etter § 1 i forskriften her, med unntak av institusjoner der formålet med oppholdet primært ikke er å motta helsehjelp, herunder aldershjem og bolig med heldøgns helse- og omsorgstjenester til rusmiddelavhengige.

§ 3 *Helseinstitusjon under helse- og omsorgstjenesteloven etter helsepersonelloven § 3*

Som helseinstitusjon under helse- og omsorgstjenesteloven etter helsepersonelloven § 3, regnes institusjon etter § 1 i forskriften her, med unntak av aldershjem og bolig med heldøgns helse- og omsorgstjenester til rusmiddelavhengige.

§ 4 *Endring av forskriften*

Departementet kan endre denne forskriften.

7.6 Administrative og økonomiske konsekvenser av forslagene

Institusjon etter helse- og omsorgstjenesteloven

Forskriften § 1 som definerer hva som regnes som institusjon etter helse- og omsorgstjenesteloven er en videreføring av gjeldende rett, og vil derfor ikke ha noen økonomiske og administrative konsekvenser for kommunene eller klage- og tilsynsmyndigheten.

Institusjon under den kommunale helse- og omsorgstjenesten etter pasientskadeloven

Som det fremgår av punkt 7.2.3, er en stor andel av personellressursene i barneboliger autorisert helsepersonell. I den grad barna i disse institusjonene skades når de mottar helsehjelp fra dette helsepersonellet, vil pasientskadeloven få anvendelse i dag.

Tall fra Norsk pasienterstatning (NPE) viser at det er en svært liten andel av NPEs saker som er knyttet til kommunehelsetjenesten (10 prosent i perioden 2001-2007). I perioden 2001-2010 har det vært utbetalinger i 10 saker knyttet til sykehjem og bo- og behandlingssentre (25 saker ble avslått). Det er totalt utbetalt 528 000 kroner i disse sakene. Eksempler på skader er fallskader og liggeskader som følge av pleiesvikt.

Det er grunn til å anta at det er de samme omsorgsutfordringer man har i barneboliger som i sykehjem, jf. Statens helsetilsyns rapport 2/2010 som omtalt under punkt 7.2.3, slik at skadepotensialet ikke vil være større i disse boligene. Barneboligene er dessuten mindre enheter³ enn sykehjem, og barna bor der i mange tilfeller i lengre perioder. Personellet vil derfor antagelig ofte ha bedre tilsyn med og oversikt over barnas behov i slike boliger enn personellet har i et sykehjem. Dette tilsier at skadepotensialet vil kunne være mindre i barneboliger enn i sykehjem.

Antallet plasser i barneboliger (ca. 1250) er i tillegg betydelig mindre enn antallet plasser i sykehjem (ca. 39 500).

³ I veiledende retningslinjer om bygninger og utstyr, bemanning m.v. i boliger med heldøgns omsorgstjenester for barn og unge, inntatt i Rundskriv I-1/93, fremgår det at det ikke bør etableres boliger som skal brukes av mer enn 4 barn eller unge.

På denne bakgrunnen er det grunn til å anta at saksmengden og eventuelle utbetalinger som følge av at barneboligene omfattes av pasientskadeordningen vil bli svært begrenset.

Forskriften om hva som skal regnes som institusjon under den kommunale helse- og omsorgstjenesten etter pasientskadeloven § 1 første ledd bokstav a, vil derfor etter departementets vurdering ha marginale administrative og økonomiske konsekvenser for Norsk pasienterstatning.

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.

Helseinstitusjon under helse- og omsorgstjenesteloven etter helsepersonelloven § 3

Forslaget til forskrift som unntar aldershjem og boliger med heldøgns helse- og omsorgstjenester for rusmiddelavhengige fra helsepersonellovens bestemmelser som pålegger helseinstitusjoner plikter, vil ikke ha administrative eller økonomiske konsekvenser for kommunene eller klage- og tilsynsmyndigheten.

8 Helsepersonellovens anvendelse

8.1 Innledning

Av § 2-1 i helse- og omsorgstjenesteloven følger det at helsepersonelloven skal gjelde tilsvarende for alle som yter helse- og omsorgstjenester i henhold til loven. Bestemmelsen åpner imidlertid for at det i forskrift kan gjøres unntak fra dette prinsippet.

Bestemmelsen er nærmere omtalt i Prop. 91 L (2010-2011), jf. særlig proposisjonens punkt 9.3 (side 77-78), punkt 10.3.4.1 (side 100-101) og i de spesielle merknadene til bestemmelsen (side 485-486).

I dette kapitlet drøftes behovet for å gjøre unntak fra ovennevnte hovedregel etter helse- og omsorgstjenesteloven § 2-1. Det første spørsmålet er om helsepersonelloven ikke skal gjelde for enkelte personellgrupper som yter tjenester etter loven, jf. høringsnotatets punkt 8.2. Det andre spørsmålet er om det for noen personellgrupper skal gjøres unntak fra enkelte av helsepersonellovens bestemmelser, nærmere bestemt journalføringsplikten, jf. høringsnotatets punkt 8.3. I punkt 8.4 drøftes behov for endringer i forskrift om begrensninger i helsepersonells adgang til å motta gave, provisjon, tjeneste eller annen ytelse.

8.2 Mottakere av omsorgslønn

8.2.1 Innledning og gjeldende rett

I Prop. 91 L (2010-2011) har departementet vist til at helsepersonells yrkesutøvelse i dag er regulert av helsepersonelloven, mens tilsvarende regulering ikke finnes for personell som yter tjenester etter sosialtjenesteloven. Deler av dagens ”sosialpersonell” og helsepersonell arbeider i stadig større grad innenfor de samme feltene. Ofte vil personellet arbeide side ved side og avløse hverandre. Dette gjelder særlig innen kommunens pleie- og omsorgstjeneste, psykisk helsearbeid og i arbeidet med rusmiddelavhengige og utviklingshemmede. Tjenester gis i mange tilfeller vekselvis av helsepersonell og ”sosialpersonell”, og samme personell kan yte både helsetjenester og sosiale tjenester. Til tross for dette varierer personellets plikter etter lovgivningen. I proposisjonen er det uttalt at en slik situasjon er uheldig.

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester opphever det lovmessige skillet mellom helsetjenester og sosialtjenester i kommunen. I proposisjonen er det vist til at en konsekvens av dette vil være at det også blir vanskelig å skille mellom helsepersonell og annet personell i ny lov. Behovet for samordnet regulering av kommunens personell blir derfor enda sterkere.

Under henvisning til ovenstående vurderinger foreslo derfor departementet i proposisjonen at helsepersonelloven skal gjelde tilsvarende for alle som yter helse- og

omsorgstjenester i henhold til loven, jf. § 2-1 første punktum i lov om kommunale helse- og omsorgstjenester.

Endringen i forhold til dagens regelverk består i at også personell som yter annen hjelp etter loven enn det som etter helsepersonelloven § 3 er å anse for helsehjelp, vil reguleres av helsepersonellovens bestemmelser. Eksempler på dette kan være tjenester i form av praktisk bistand og støttekontaktordninger. Personell som i dag yter tjenester etter sosialtjenesteloven vil dermed i utgangspunktet omfattes av helsepersonellovens bestemmelser, herunder bestemmelser om krav til forsvarlig yrkesutøvelse og krav til taushetsplikt. For personell som i dag yter tjenester etter sosialtjenesteloven, vil endringen medføre en utvidelse og klargjøring av plikter overfor den enkelte tjenestemottaker og med hensyn til tjenesteutøvelsen.

Departementet foreslo også at departementet i forskrift kan gi ”nærmere bestemmelser til utfylling og gjennomføring av denne bestemmelsen, herunder om at enkelte bestemmelser i helsepersonelloven ikke skal gjelde for personell som yter bestemte tjenester etter loven her”, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 2-1 andre punktum. I slik forskrift vil det være mulig å gjøre unntak eller særskilte tilpasninger for personell som ikke er helsepersonell, herunder at enkelte bestemmelser i helsepersonelloven ikke skal gjelde for personell som yter bestemte tjenester etter den nye loven. Det vil for eksempel kunne gis nærmere bestemmelser om personellets dokumentasjonsplikt, jf. nærmere om dette i punkt 8.3.

Stortinget har sluttet seg til denne delen av lovforslaget, se Innst. 424 L (2010-2011) side 25 om dokumentasjonsplikt.

8.2.2 Departementets vurdering og forslag til ny forskrift

I proposisjonen har departementet lagt til grunn at personer som mottar omsorgslønn, jf. lovforslaget § 3-7, ikke vil være omfattet av helsepersonelloven. Det er vist til at det her er snakk om økonomiske ytelser som gis til en annen enn den enkelte pasient eller bruker, typisk en pårørende, og at det ikke er naturlig å se det slik at denne personen yter helsehjelp i henhold til helsepersonelloven. Departementet har i den forbindelse vist til at lovens § 2-1 andre punktum gir adgang til i forskrift å fastsette at personer som mottar omsorgslønn ikke skal anses som personell som yter tjenester etter lov om kommunale helse og omsorgstjenester.

I tillegg til ovennevnte, vil departementet påpeke at det heller ikke kan sies å være samme behov for at helsepersonelloven skal gjelde for mottakere av omsorgslønn, som for personell som yter andre tjenester etter loven. Mottak av omsorgslønn er vesensforskjellig fra de andre tjenestene som kan ytes etter loven. Det er en økonomisk tjeneste som typisk tildeles en pasient eller brukers pårørende, noe som også tilsier at det vil være mindre behov for den personellmessige regulering som følger av helsepersonelloven.

Under henvisning til ovenstående, og med hjemmel i helse- og omsorgstjenesteloven § 2-1 andre punktum, foreslår departementet at det i forskrift presiseres at helsepersonelloven ikke skal gjelde for personer som mottar omsorgslønn etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-6. Se høringsnotatets punkt 8.5.1 hvor forslaget er inntatt.

8.3 Dokumentasjonsplikt for personell som yter tjenester som ikke er å anse for helsehjelp

8.3.1 Innledning

Som nevnt i punkt 8.1 er det i helse- og omsorgstjenesteloven § 2-1 lovfestet en hjemmel for at departementet i forskrift kan regulere nærmere på hvilken måte de ulike bestemmelsene i helsepersonelloven skal gjelde for personell som ikke er helsepersonell, for eksempel vil det kunne gis nærmere bestemmelser om personellets dokumentasjonsplikt.

8.3.2 Gjeldende rett

Helsepersonells plikt til å nedtegne og dokumentere sin virksomhet, dokumentasjonsplikten, er regulert i helsepersonelloven kapittel 8. Utdypende bestemmelser er gitt i forskrift 21. desember 2000 nr. 1385 om pasientjournal.

Pasientjournalen er et arbeidsverktøy for helsepersonell i tilknytning til at helsehjelp gis. Journalen skal blant annet gi oversikt over hvilke tiltak som er satt i verk, observasjoner og vurderinger, samt bidra til kommunikasjon mellom helsepersonell. Journalen skal også tjene som bevis og tidsnært kildemateriale i pasientskadesaker eller tilsynssaker.

Bestemmelsene i helsepersonelloven retter seg mot helsepersonell og virksomheter (herunder kommuner) som yter helsehjelp. Av helsepersonelloven § 16 følger det at virksomheter som yter helsehjelp skal organiseres slik at helsepersonellet blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter, herunder dokumentasjonsplikten. Alle virksomheter som yter helsehjelp har også en selvstendig plikt til å opprette journalsystem etter pasientjournalforskriften § 4.

Helsepersonell har plikt til å nedtegne eller registrere opplysninger i en journal for den enkelte tjenestemottaker, jf. helsepersonelloven § 39 første ledd første punktum. Plikten vil gjelde personell som yter selvstendig hjelp. Plikten til å føre journal gjelder ikke samarbeidende personell som gir hjelp etter instruksjon eller rettleiding fra annet personell, jf. bestemmelsens første ledd andre punktum, med mindre de rent faktisk er alene om å gi den aktuelle hjelpen eller for øvrig har en selvstendig rolle. Dette betyr at underordnet eller støttende personell ikke vil ha noen selvstendig journalføringsplikt.

Av helsepersonelloven § 39 andre ledd følger at det i helseinstitusjoner skal utpekes en person som skal ha det overordnede ansvaret for den enkelte journal. Departementet foreslår i forskrift å gi nærmere bestemmelser om hvilke institusjoner som skal regnes som institusjoner i henhold til lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, se omtale i høringsnotatets kapittel 7.

I helsepersonelloven § 40 er det oppstilt krav til journalens innhold. Etter bestemmelsen skal alt personell som yter hjelp eller tjenester føre relevante og nødvendige opplysninger om pasienten og den helsehjelpen som gis i journal, i samsvar med god yrkesskikk. Det skal også journalføres opplysninger som er nødvendige for å oppfylle lovpålagt melde- eller opplysningsplikt.

Reglene i helsepersonelloven § 41 om plikt til å gi pasienter innsyn i journal, § 42 om retting av journal, § 43 om sletting av journalopplysninger og § 44 om journal på feil person, korresponderer med pasientrettighetslovens kapittel 5 om rett til innsyn i journal. I tillegg gir bestemmelsene selvstendige plikter for personellet uavhengig av tjenestemottakerens rettigheter.

I helsepersonelloven § 45 er det gitt regler om overføring, utlevering av og tilgang til journal og journalopplysninger. Pasienten kan motsette seg at opplysningene i journalen gis til andre som yter tjenester etter loven.

I forskrift 21. desember 2000 nr. 1385 om pasientjournal er det gitt utdypende bestemmelser om journalføringsplikten. I forskriften er det blant annet fastsatt krav til journalsystemer (§ 4), bestemmelser om oppretting og organisering av journal (§ 5), bestemmelser om at det i helseinstitusjoner skal utpekes en person som skal ha det overordnede ansvaret for den enkelte journal (§ 6) og nærmere krav til journalens innhold (§ 8). Det fremgår her at opplysninger bare skal dokumenteres i pasientjournal dersom de er ”relevante og nødvendige”. I forskriften er det i tillegg blant annet gitt bestemmelser om personvern (§ 10) og om innsyn (§11).

Sosialtjenesteloven kapittel 4A om rettssikkerhet ved bruk av tvang og makt overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemning inneholder bestemmelser som stiller krav til dokumentasjon. Reglene er videreført i helse- og omsorgstjenesteloven, der det fremgår av § 9-10 at reglene i helsepersonelloven kapittel 8 om dokumentasjonsplikt og forskrift om pasientjournal gjelder. Ut over dette har personell som yter tjenester etter dagens sosialtjenestelov ingen lovpålagt dokumentasjons- eller journalføringsplikt, annet enn det som følger av de alminnelige krav til saksbehandlingen som følger av forvaltningsloven. I Helsedirektoratets veileder IS-1040 om saksbehandling og dokumentasjon for pleie- og omsorgstjenester fremgår det at det i løpende tjenesteforhold kan være formålstjenlig å foreta dokumentasjon av observasjoner, vurderinger, beslutninger og iverksatte tiltak og tjenester. Dette for å bidra til kvalitetssikring i tjenestetilbudet, og for å få et dokumentasjonsgrunnlag for evaluering og eventuell endring av tjenestetilbudets art og omfang.

8.3.3 Departementets vurdering og forslag

I Prop. 91 L pekte departementet på at helse- og omsorgstjenesteloven § 2-1 første punktum om at helsepersonelloven skal gjøres gjeldende for personell etter ny helse- og omsorgstjenestelov, vil medføre at helsepersonellovens regler om dokumentasjonsplikt skal gjelde tilsvarende for personell som yter tjenester etter lovforslaget uten å være helsepersonell. Dette gjelder for eksempel personell som yter praktisk bistand og støttekontakter.

På bakgrunn av de synspunkter som kom fram i høringen forut for helse- og omsorgstjenesteloven, la departementet til grunn at det ville være behov for at det i regelverket differensieres mellom hvilket personell som skal ha dokumentasjonsplikt, og mellom hvilke opplysninger som skal være journalpliktige. Det er særlig vist til at behovet for dokumentasjon vil kunne variere betraktelig mellom de ulike tjenestene som vil

omfattes av lovforslaget. Det er også vist til at det personell som tidligere ikke har hatt dokumentasjonsplikt i regelverket bør få nærmere veiledning om hvilke opplysninger som skal omfattes av en slik dokumentasjonsplikt.

Departementet viste til at det i forbindelse med forskriftsarbeidet ville kunne være mulig å ta stilling til de ulike problemstillinger høringsinstansene hadde brakt frem og som høringsinstansene mente burde være nærmere avklart i regelverket.

Stortingets behandling av Prop. 91 L har ikke medført endringer. Av lov om kommunale helse- og omsorgstjenester § 2-1 følger det at helsepersonelloven skal gjelde for alt personell som yter tjenester etter loven.

Ved harmoniseringen av kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven har det vært en overordnet føring at nytt regelverk i størst mulig grad skal være likelydende for alle tjenester og alt personell som tidligere ble regulert av henholdsvis kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven. Harmonisert regelverk vil i seg selv bidra til bedre samhandling innenfor de ulike kommunale tjenestene. I tillegg er det blant annet vist til at tjenester etter sosialtjenesteloven i mange tilfeller ytes i nær sammenheng med helsehjelp. Sosialpersonell og helsepersonell arbeider ofte tett sammen om en og samme pasient/bruker. I slike situasjoner er det u hensiktsmessig med ulikt regelverk for ulike grupper personell.

Som påpekt i Prop. 91 L reiser imidlertid spørsmålet om journalføringsplikt for personell som ikke yter helsehjelp en rekke problemstillinger som bør avklares i regelverk om journalføringsplikt for denne personellgruppen.

Pasientjournalforskriften har, naturlig nok, et sterkt helsefaglig fokus. Slik denne er utformet i dag, vil den derfor være lite egnet til å overføre direkte på personell som yter andre tjenester enn helsehjelp. Departementet viser blant annet til at forskriften § 8 om krav til journalens innhold bare i mindre grad vil være direkte relevant for ytelse av andre omsorgstjenester enn helsehjelp. I likhet med denne bestemmelsens system bør det også for personell som yter omsorgstjenester utarbeides særskilt tilpassede regler som eksemplifiserer og tydeliggjør hva som kan være relevante og nødvendige opplysninger å dokumentere i journalen.

Etter departementets vurdering kan det også for denne type tjenester være et langt mindre behov for å dokumentere tjenesteytelsens innhold. Behovet vil kunne variere i forhold til tjenestens innhold. For enkelte av disse tjenestene vil det for eksempel kunne være tilstrekkelig med dokumentasjon i form av timelister eller lignende, samt dokumentasjon av konkrete hendelser som anses relevante å dokumentere sett i forhold til formålet med tjenesteytelsen. For annen tjenesteutøvelse vil det være behov for mer utførlig dokumentasjon, jf. journalføringsplikten i helse- og omsorgstjenesteloven § 9-10.

Det at det for denne personellgruppen i mange tilfelle vil være mindre behov for å dokumentere tjenesteytelsens innhold, sammenlignet med helsepersonells ytelse av helsehjelp, bør også gjenspeiles i regelverket. Dokumentasjonsplikten kan oppleves som inngripende for den enkelte bruker, spesielt dersom det dokumenteres mer opplysninger

enn tjenstlige behov skulle tilsi. Regelverket bør derfor utformes slik at det ikke journalføres unødvendig eller lite relevant informasjon om brukere og deres familier.

Den inngripen en dokumentasjonsplikt kan representere for den enkelte bruker og deres familier, bør veies opp mot det reelle behovet for dokumentasjon av disse tjenestene. Departementet vil også vise til at personlige assistanse, for eksempel støttekontakt, i mange tilfeller vil være venner og nære bekjente av brukeren. En omfattende dokumentasjonsplikt vil kunne medføre en uheldig byråkratisering av tjenesten.

Departementet vil imidlertid vise til at tjenester som ”praktisk bistand” og ”støttekontakt” kjennetegnes av stor innholdsmessig variasjon mellom brukere. For enkelte brukere kan tjenesten ”bare” være knyttet opp til rene fritidsaktiviteter. Det kan her være mindre grunn til å stille omfattende krav til dokumentasjon av tjenesteytelsen. Andre ganger kan tjenesten innebære omfattende opplæringsformål, for eksempel i forbindelse med habilitering eller rehabilitering. Det kan her være grunn til å stille noe mer omfattende krav om dokumentasjon av tjenesteytelsen.

Spørsmålet om dokumentasjonsplikt reiser også problemstillinger knyttet til koordinator. Det er blant annet et spørsmål om koordinator også bør dokumentere sin virksomhet i den enkelte pasient eller brukers journal eller om dokumentasjonsbehovet skal ivaretas på annen måte.

Spørsmålet om dokumentasjonsplikt reiser også en rekke problemstillinger knyttet til informasjonssikkerhet og personvern, herunder hvilke krav som skal gjelde for de journalsystemer som benyttes.

Under henvisning til ovennevnte, er det departementets oppfatning at helsepersonellovens bestemmelser om dokumentasjonsplikt inntil videre ikke bør gjelde for personell som yter tjenester etter helse- og omsorgsloven som ikke er å anse for helsehjelp. Det bør først utarbeides særskilt tilpassede regler om journalføringsplikt for denne personellgruppen.

Departementet foreslår derfor at det i forskrift med hjemmel i helse- og omsorgstjenesteloven § 2-1 andre punktum fastsettes at helsepersonelloven kapittel 8 ikke skal gjelde for personell som yter tjenester etter helse- og omsorgsloven som ikke er å anse for helsehjelp

Departementet vil utrede ytterligere hva slags regler som bør gjelde for denne personellgruppens tjenesteytelse, og tar deretter sikte på alminnelig høring av forslag til slikt regelverk.

I tilknytning til herværende høringsnotat ber departementet om innspill fra høringsinstansene om hva slags dokumentasjonsplikt som bør gjelde for personell som yter tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven som ikke er å anse for helsehjelp, og dermed også innspill om hvilke konkrete problemstillinger et fremtidig regelverk bør avklare. Departementet ber også om eksempler fra høringsinstansene på hvordan man i dag dokumenterer de ulike omsorgstjenestene som i dag er regulert i sosialtjenesteloven.

8.4 Forslag til endringer i forskrift om begrensninger i helsepersonells adgang til å motta gave, provisjon, tjeneste eller annen ytelse

8.4.1 Innledning – gjeldende rett

I helsepersonelloven § 9 er det fastsatt regler om forbud mot gaver m.v. i tjenesten. Av bestemmelsens første ledd fremgår at helsepersonell verken på egne eller andres vegne må motta gave, provisjon, tjeneste eller annen ytelse som er egnet til å påvirke helsepersonells tjenestlige handlinger på en utilbørlig måte. Av andre ledd fremgår at helsepersonell heller ikke må motta fra pasient gave, provisjon, tjeneste eller annen ytelse som har mer enn en ubetydelig verdi.

Med hjemmel i tredje ledd er det i forskrift 29. august 2005 nr. 941 om begrensninger i helsepersonells adgang til å motta gave, provisjon, tjeneste eller annen ytelse, gitt nærmere bestemmelser om hvilke ytelser som er omfattet av første og andre ledd. I forskriften gis en rekke eksempler på ytelser som det kan være i strid med loven å motta. Forskriften gir også nærmere bestemmelser om den utilbørlighetsvurderingen som må gjøres i henhold til helsepersonelloven § 9, jf. forskriften § 5 hvor det heter:

”Vurderingen av om en ytelse er egnet til å påvirke helsepersonellens tjenestlige handlinger på en utilbørlig måte, (...), vil være en helhetsvurdering der det blant annet må legges vekt på hvem som gir eller tilbyr ytelsen, hvilken stilling og hvilke fullmakter helsepersonellet har, verdien av ytelsen, i hvilken sammenheng og til hvilket tidspunkt ytelsen gis eller tilbys samt med hvilken hensikt ytelsen gis eller tilbys.”

Det er ikke gitt tilsvarende regler for personell som yter tjenester omfattet av sosialtjenesteloven. Departementet viser imidlertid til at det av den alminnelige arbeidslivslovgivningen, arbeidsavtale eller arbeidsinstruks vil følge regler for arbeidstakerens adgang til å motta gaver eller andre ytelser i tjenesten. I tillegg vil også forvaltningslovens habilitetsregler komme til anvendelse, jf. lovens kapittel II. Mottak av gaver eller andre ytelser vil kunne medføre inhabilitet på grunn av svekket tillit til personellens upartiskhet. Straffelovens korrupsjonsbestemmelser vil også kunne komme til anvendelse overfor personell som mottar gaver eller andre ytelser i tjenesten.

8.4.2 Departementets vurdering og forslag til endringer

Som følge av at helsepersonelloven skal gjelde for alt personell som yter tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven, jf. loven § 2-1 første punktum, vil også gavebestemmelsen i helsepersonelloven komme til anvendelse.

Departementet har adgang til å bestemme i forskrift at enkelte bestemmelser i helsepersonelloven ikke skal gjelde for personell som yter bestemte tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven, jf. loven § 2-1 andre punktum.

Departementet kan imidlertid ikke se viktige grunner til at helsepersonelloven § 9 ikke også skal gjelde for annet personell enn helsepersonell som yter helse- og

omsorgstjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven. Etter departementets vurdering vil bestemmelsen med tilhørende forskrift tydeliggjøre plikter som i hovedsak allerede i dag følger av arbeidslivslovgivningen og interne retningslinjer eller instruksjer.

Departementet kan heller ikke se behov for å gjøre unntak eller presiseringer i forhold til de enkeltbestemmelser som følger av ovennevnte forskrift. Departementet foreslår imidlertid at det i forskriften inntas en ny bestemmelse, § 1a, for å tydeliggjøre at det med ”helsepersonell” i forskriften også menes annet personell som yter tjenester etter lov om kommunale helse- og omsorgstjenester som ikke er å anse for helsehjelp. Tilsvarende foreslås det å tydeliggjøre at det med ”pasient” i forskriften også menes personer som anmoder om eller mottar tjenester etter lov om kommunale helse- og omsorgstjenester som ikke er å anse for helsehjelp.

8.5 Forslag til ny forskrift og forslag til endringer i eksisterende forskrift

8.5.1 Ny forskrift om helsepersonellovens anvendelse

Forskrift om helsepersonellovens anvendelse for personell som yter tjenester etter lov om kommunale helse- og omsorgstjenester

Fastsatt av Helse- og omsorgsdepartementet XX desember 2011 med hjemmel i lov 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. § 2-1 andre punktum

§ 1 Helsepersonellovens anvendelse for mottakere av omsorgslønn

Lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell m.v. kommer ikke til anvendelse for personer som mottar omsorgslønn etter lov om kommunale helse- og omsorgstjenester § 3-6, jf. denne lovens § 2-1 andre punktum.

§ 2 Dokumentasjonsplikt for personer som yter tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven som ikke er å anse for helsehjelp

Helsepersonelloven kapittel 8 kommer ikke til anvendelse for personer som yter tjenester etter lov om kommunale helse- og omsorgstjenester som ikke er å anse for helsehjelp, jf. helsepersonelloven § 3 tredje ledd.

8.5.2 Forslag til endringer i gaveforskriften

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

Ny § 1a skal lyde:

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

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

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

8.6 Administrative og økonomiske konsekvenser av forslagene

Forslag til ny forskrift om helsepersonellovens anvendelse, jf. høringsnotatets punkt 8.5.1, 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.

9 Rett til helse- og omsorgstjenester til personer som oppholder seg ulovlig eller kortvarig i riket m.m.

9.1 Innledning

Rett til helse- og omsorgstjenester vil etter endringer i gjeldende pasientrettighetslov kapittel 2 bli regulert i pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 2. Gjeldende § 2-1 om rett til nødvendig helsehjelp vil bli opphevet og erstattet med to nye bestemmelser; § 2-1 a, som regulerer rett til nødvendig hjelp fra kommunens helse- og omsorgstjeneste, og § 2-1 b, som regulerer rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten. Gjeldende forskriftbestemmelser om rett til helsehjelp og rett til omsorgstjenester må samordnes og endres i samsvar med de vedtatte lovendringene.

9.2 Gjeldende rett

9.2.1 Prioriteringsforskriften § 1

Rett til helsehjelp for personer uten fast opphold i landet og personer uten lovlig opphold er regulert i prioriteringsforskriften (forskrift om prioritering av helsetjenester, rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, rett til behandling i utlandet og om klagenemnd) § 1. Denne bestemmelsen ble endret av Helse- og omsorgsdepartementet 30. juni 2011, og endringene trådte i kraft straks. Bestemmelsen avgrenser det personellmessige virkeområdet for pasientrettighetsloven kapittel 2, det vil si *hvem* som omfattes av rettighetene i dette kapitlet. Hjemmelen for avgrensningen er pasientrettighetsloven § 1-2 første ledd andre punktum, der det framgår at Kongen i forskrift kan gjøre unntak fra lovens kapittel 2 for personer som ikke er norske statsborgere eller ikke har fast opphold i riket.

Etter prioriteringsforskriften § 1 har som hovedregel alle personer som oppholder seg lovlig i riket, og som enten har fast opphold i riket, er medlemmer av folketrygden med rett til stønad ved helsetjenester eller har rett til helsehjelp i henhold til gjensidighetsavtale med annen stat, fulle rettigheter til helsehjelp i Norge. Likeledes har alle personer under 18 år som oppholder seg i landet, tilnærmet fulle rettigheter til helsehjelp her, uavhengig av om de oppholder seg ulovlig i landet eller ikke omfattes av noen av alternativene etter hovedregelen.

Alle personer som oppholder seg i Norge, har også rett til øyeblikkelig helsehjelp – både fra kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Videre har alle rett til helsehjelp som ikke kan vente. Rettighetene omfatter både somatiske og psykiske lidelser. Gravide kvinner har rett til nødvendig helsehjelp før og etter fødsel, eller eventuelt svangerskapsavbrudd etter reglene i abortloven. Alle har dessuten rett til smittevern hjelp etter reglene i smittevernloven § 6-1. I tillegg har alle personer som oppholder seg i

Norge, rett til helsehjelp som ikke bør vente til frihetsberøvelsen er opphørt, dersom vedkommende er undergitt frihetsberøvelse som nevnt i folketrygdloven § 2-17⁴.

9.2.2 Kapittel 1 i forskrift til sosialtjenesteloven

Kapittel 1 i forskrift til sosialtjenesteloven regulerer rett til sosialhjelp for personer som ikke har lovlig opphold i riket, personer som ikke har bopel i riket mv. Hjemmelen for disse bestemmelsene er sosialtjenesteloven § 1-2 første ledd andre punktum, der det framgår at Kongen kan gi forskrifter som begrenser anvendelsen av loven på personer som ikke er norske statsborgere, eller som ikke har bopel i riket.

Etter § 1-1 andre ledd i forskriften til sosialtjenesteloven har en person som ikke har lovlig opphold i riket, og som ikke kan dra omsorg for seg selv, bare rett til nødvendig omsorg etter loven inntil han eller hun etter utlendingsloven med forskrifter har plikt til å forlate landet. Forskriften § 1-3 andre ledd regulerer rett til hjelp til personer som ikke er norske statsborgere, som ikke har bopel i riket og som ikke kan dra omsorg for seg selv. Disse har bare rett til nødvendig omsorg inntil de kan forlate landet, med mindre annet følger av avtale Norge har inngått med vedkommende persons hjemland. Av § 1-4 framgår det at ”sosialkontoret” kan kreve at søker dokumenterer at vedkommende har lovlig opphold i riket.

9.3 Departementets vurderinger og forslag til ny forskrift

Prioriteringsforskriften § 1 er nylig endret, og departementet ser ikke behov for endringer i det materielle innholdet. Departementet foreslår hovedsaklig tekniske endringer som følge av vedtatte endringer i gjeldende pasientrettighetslov og som følge av regulering i en egen forskrift.

Departementet anser det som hensiktsmessig 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 én forskrift. Departementet foreslår derfor at bestemmelsen om virkeområdet for pasientrettighetsloven kapittel 2, flyttes fra prioriteringsforskriften § 1 til en ny *forskrift om rett til helse- og omsorgstjenester for personer uten fast opphold i riket*. Dette vil etter departementet mening gi et godt grunnlag for samordning av reglene.

Reglene om rett til vurdering fra spesialisthelsetjenesten foreslås videreført uten endringer, jf. forslaget til ny forskrift § 1 og prioriteringsforskriften § 1 fjerde ledd. Det samme gjelder reglene om fulle rettigheter til helsehjelp, jf. ny forskrift § 2 og prioriteringsforskriften § 1 første ledd. Rett til øyeblikkelig hjelp foreslås regulert i ny forskrift § 3. Dette forslaget omfatter både helsehjelp og omsorgstjenester, i tråd med ny § 2-1a første ledd i pasient- og brukerrettighetsloven, jf. også prioriteringsforskriften § 1 tredje ledd.

Barns rett til hjelp foreslås også regulert i samme bestemmelse, jf. ny forskrift § 4 om barns rett til helse- og omsorgstjenester og prioriteringsforskriften § 1 andre ledd.

⁴ Folketrygdloven § 2-17 er ennå ikke satt i kraft.

Departementet viser til FNs konvensjon om barnets rettigheter artikkel 24, der det framgår at ”barn har rett til å nyte godt av den høyest oppnåelige helsestandard og til behandlingstilbud for sykdom og rehabilitering”, og at partene skal ”sikre at det ytes nødvendig legehjelp og helseomsorg”. Forslaget er tilpasset pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1a andre ledd og innebærer at regelen om rett til helsehjelp for barn vil gjelde tilsvarende for omsorgstjenester. Dette betyr for eksempel at et sterkt funksjonshemmet barn med ulovlig opphold kan ha rett til nødvendige omsorgstjenester i tillegg til nødvendig helsehjelp. Departementet anser forslaget som en nødvendig følge av Barnekonvensjonen, som har forrang ved eventuell motstrid med norsk lovgivning.

Reglene om helsehjelp som ikke kan vente er foreslått videreført uten endringer, jf. ny forskrift § 5 og prioriteringsforskriften § 1 fjerde ledd. I den nye forskriften § 6 er det foreslått egne regler om rett til nødvendig omsorg. Dette forslaget innebærer en videreføring av bestemmelsene i forskriften til sosialtjenesteloven § 1-1 andre ledd og § 1-3 andre ledd. De øvrige reglene i kapittel 1 i forskriften til sosialtjenesteloven foreslås ikke videreført i helse- og omsorgsregelverket fordi de i all hovedsak regulerer rett til økonomisk stønad og således ivaretas av Arbeidsdepartementet, jf. forslag fra Arbeidsdepartementet i høringsnotat om utkast til forskrift til lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen, sendt ut 12. april i år, med høringsfrist 15. juli.

Departementet foreslår videre at regelen om at det kan kreves at vedkommende dokumenterer lovlig opphold, videreføres for både helse- og omsorgstjenester. Tilsvarende bestemmelse er også foreslått av Arbeidsdepartementet. Etter Helse- og omsorgsdepartementets vurdering taler hensynet til felles saksbehandlingsregler for en slik løsning og dette antas ikke å være særlig tyngende for pasient eller bruker.

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

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

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

§ 1 Rett til vurdering fra spesialisthelsetjenesten

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

§ 2 Fulle rettigheter til helsehjelp

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

- a) a) har fast opphold i riket, det vil si opphold som er ment å vare eller har vart minst 12 måneder, eller
- b) er medlemmer av folketrygden med rett til stønad ved helsetjenester, eller

- c) har rett til helsehjelp i henhold til gjensidighetsavtale med annen stat (konvensjonspasienter).

§ 3 Rett til øyeblikkelig hjelp

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

§ 4 Barns rett til helse- og omsorgstjenester

Personer under 18 år som ikke oppfyller vilkårene etter § 2 har, i tillegg til øyeblikkelig hjelp som nevnt i § 3, rett til hjelp etter pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1a andre ledd og § 2-1b andre ledd første og andre punktum og §§ 2-3 til 2-5, med mindre hensynet til barnet tilsier at hjelpen ikke skal ytes.

§ 5 Rett til helsehjelp som ikke kan vente mv.

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

- a) helsehjelp som er helt nødvendig og ikke kan vente uten fare for nært forestående død, varig sterkt nedsatt funksjonstilstand, alvorlig skade eller sterke smerter. Dersom vedkommende er psykisk ustabil og utgjør en nærliggende og alvorlig fare for eget eller andres liv eller helse, har vedkommende uansett rett til psykisk helsevern
- b) nødvendig helsehjelp før og etter fødsel
- c) svangerskapsavbrudd etter bestemmelsene i abortloven
- d) smittevernhjelp, jf. smittevernloven § 6-1
- e) helsehjelp som ikke bør vente til frihetsberøvelsen er opphørt, dersom vedkommende er undergitt frihetsberøvelse som nevnt i folketrygdloven § 2-17.

§ 6 Rett til nødvendig omsorg

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

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

§ 7 Rett til helse- og behandlingmessige opplysninger

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

§ 8 Dokumentasjon av at opphold er lovlig

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

§ 9 Endring av forskriften

Departementet kan endre denne forskriften.

§ 10 Ikraftsetting

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

9.5 Administrative og økonomiske konsekvenser av forslagene

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.

10 Individuell plan, koordinator og koordinerende enhet

10.1 Innledning

Nye lovbestemmelser om individuell plan, koordinator og koordinerende enhet er vedtatt. Lovendringene krever endringer i gjeldende forskrift om individuell plan etter helselovgivningen og sosialtjenesteloven og forskrift om habilitering og rehabilitering. I tillegg krever lovendringene at forskrift om pasientansvarlig lege m.m. oppheves.

10.2 Forskrift om individuell plan

10.2.1 Innledning

Gjeldende forskrift om individuell plan er gitt med hjemmel i kommunehelsetjenesteloven, spesialisthelsetjenesteloven, psykisk helsevernloven og sosialtjenesteloven. Forskriften må endres i tråd med nye bestemmelser i helse- og omsorgstjenesteloven, spesialisthelsetjenesteloven, psykisk helsevernloven og helsepersonelloven.

10.2.2 Gjeldende rett

Gjeldende forskrift om individuell plan trådte i kraft 1. januar 2005. Den gir nærmere regler om formålet med individuell plan, rettigheter for pasientene og brukerne, ansvaret for å utarbeide planen, samtykke, hva planen skal inneholde, gjennomføring av planen, taushetsplikt og klage.

10.2.3 Departementets vurdering og forslag til endringer

Gjeldende forskrift om individuell plan bør videreføres, men det må gjøres endringer som følge av nye bestemmelser i helse- og omsorgstjenesteloven §§ 7-1, 7-2 og 7-3, spesialisthelsetjenesteloven §§ 2-5 og 2-5a og 2-5b, psykisk helsevernloven § 4-1 og helsepersonelloven § 38a. Disse endringene lovfester plikt til å oppnevne koordinator og til å ha koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet er lovfestet. Det er også lovfestet at koordinerende enhet skal ha overordnet ansvar for arbeidet med individuell plan og for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinator. I tillegg er det vedtatt nye bestemmelser som klargjør hvem som har ansvaret for å utarbeide individuell plan og koordinere planarbeidet i de tilfellene en pasient eller bruker har behov for tilbud både etter helse- og omsorgstjenesteloven og spesialisthelsetjenesteloven eller psykisk helsevernloven.

Departementet foreslår endringer i forskriften som gjenspeiler og tydeliggjør de vedtatte lovendringene. Tittelen på forskriften foreslås endret til *forskrift om individuell plan og koordinator etter helse- og omsorgslovgivningen*. Det foreslås videre å presisere i § 1 at forskriften også gjelder oppnevning av koordinator.

Bestemmelser om koordinator i kommunen foreslås tatt inn i ny § 4 a i forskriften. Forslaget tilsvare helse- og omsorgstjenesteloven § 7-2 første ledd. I tillegg er det presisert at kommunens plikt til å tilby koordinator gjelder uavhengig av om pasienten eller brukeren ønsker individuell plan, og at koordinator skal sikre at den enkelte pasient eller bruker får tilbud om individuell plan hvis vilkårene er oppfylt.

Koordinatorrollen innebærer blant annet å være kontaktperson og ha ansvar for å følge opp innspill fra tjenestemottaker og pårørende. Koordinator har en viktig rolle i samhandlingen med spesialisthelsetjenesten, og skal bidra til at pasienten får et ”sømløst” tilbud. Det bør ved behov etableres kontakt mellom koordinator på de to nivåene. Når koordinator ikke er fastlege, bør det etableres kontakt med fastlegen. Koordinatorrollen er profesjonsnøytral, og kommunene må selv vurdere hvem som er best egnet til å inneha koordinatorrollen i forhold til den enkelte pasient eller bruker.

Bestemmelser om koordinator i spesialisthelsetjenesten er foreslått tatt inn i ny § 4 b. Dette forslaget tilsvare spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 a første og andre ledd. I tillegg er det presisert at plikten til å oppnevne koordinator gjelder uavhengig av om pasienten ønsker individuell plan, og at koordinator skal sikre at den enkelte pasient får tilbud om individuell plan hvis vilkårene er oppfylt.

I forslag til ny § 5 a er det tatt inn bestemmelser om ansvar for å melde fra om behov for individuell plan og koordinator. Forslaget tilsvare helsepersonelloven § 38 a. Etter helse- og omsorgstjenesteloven § 2-1 skal helsepersonelloven gjelde tilsvarende for personell som yter helse- og omsorgstjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven, med mindre det er gitt forskrift om at enkelte bestemmelser i helsepersonelloven ikke skal gjelde. Departementet foreslår ikke unntak fra helsepersonelloven på dette området. Det er derfor presisert i § 5 a plikten for helsepersonell til å melde fra om pasienters og brukeres behov for individuell plan gjelder tilsvarende for annet personell som yter helse- og omsorgstjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven.

Det er også foreslått endringer i forskriften § 6 om ansvar for å utarbeide individuell plan. Her er det i nytt andre ledd presisert at koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering har det overordnede ansvaret for individuell plan. Dette samsvarer med helse- og omsorgstjenesteloven § 7-3 og forslag til endringer i forskrift om habilitering og rehabilitering §§ 8 og 13. I § 6 tredje ledd er det foreslått nye bestemmelser om hvem som har ansvaret for å utarbeide individuell plan og koordinere planarbeidet i de tilfellene en pasient eller bruker har behov for langvarige og koordinerte tjenester både etter helse- og omsorgstjenesteloven og spesialisthelsetjenesteloven eller psykisk helsevernloven. Forslaget tilsvare helse- og omsorgstjenesteloven § 7-1 andre ledd og spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 andre ledd.

Tekst fra de aktuelle lovparagrafene gjentas i flere paragrafer i forslaget til forskrift. Det kan hevdes at dette er unødvendig, men etter departementets vurdering er det av hensyn til brukerne, pasientene og personellet viktig at forskriften gir en tilstrekkelig dekkende oversikt over hvilke regler som skal gjelde om individuell plan og koordinator.

Det er også foreslått flere tekniske endringer i forskriften. Dette gjelder særlig begrepsbruken, som bringes i samsvar med de nye lovbestemmelsene. Begrepet ”tjenestemottaker” er erstattet med ”pasient og bruker”. Gjeldende forskrift § 3 foreslås derfor opphevet. I tillegg er henvisninger til de aktuelle lovparagrafene endret og supplert.

10.2.4 Forslag til endring av forskrift om individuell plan og koordinator etter helse- og omsorgslovgivningen.

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

Forskrift om individuell plan og koordinator etter helse- og omsorgslovgivningen

§ 1 Virkeområde

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

§ 2 Formål

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

- a. å bidra til at *pasienten og brukeren* får et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud,
- b. å styrke samhandlingen mellom tjenesteyter og *pasient og bruker* og eventuelt pårørende, og mellom tjenesteytere og etater innen et forvaltningsnivå eller på tvers av forvaltningsnivåene.

§ 3 oppheves

§ 4 Pasientens og brukerens rettigheter

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

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

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

§ 4 a Koordinator i kommunen

For pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven, skal kommunen tilby koordinator, jf. helse-omsorgstjenesteloven § 7-2. Dette gjelder uavhengig av om pasienten eller brukeren ønsker individuell plan.

Koordinatoren skal sørge for nødvendig oppfølging av den enkelte pasient eller bruker og sikre at vedkommende får tilbud om individuell plan hvis vilkårene i første ledd er oppfylt. Koordinator skal også sikre samordning av tjenestetilbudet og fremdrift i arbeidet med individuell plan.

§ 4 b Koordinator i spesialisthelsetjenesten

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

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

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

§ 5 Samtykke

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

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

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

Helsepersonell skal snarest mulig gi melding om pasienters og brukeres behov for individuell plan og koordinator, jf. helsepersonelloven § 38 a. Det samme gjelder annet personell som yter helse- og omsorgstjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 2-1. Helsepersonell som yter spesialisthelsetjenester, skal gi melding til koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet i spesialisthelsetjenesten. Annet personell skal gi melding til koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet i kommunen.

§ 6 Ansvar for å utarbeide individuell plan

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

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

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

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

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

§ 7 Innholdet i individuell plan

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

- a. en oversikt over pasientens og brukerens mål, ressurser og behov for tjenester,
- b. en oversikt over hvem som deltar i arbeidet med planen,
- c. en angivelse av hvem som er koordinator,
- d. en oversikt over hva pasient og bruker, tjeneste- og bidragsyterne og ev. pårørende vil bidra med i planarbeidet,
- e. en oversikt over hvilke tiltak som er aktuelle og omfanget av dem, og hvem som skal ha ansvaret for disse,
- f. en beskrivelse av hvordan tiltakene skal gjennomføres,
- g. en angivelse av planperioden og tidspunkt for eventuelle justeringer og revisjoner av

planen,

- h. Pasientens og brukerens samtykke til at planen utarbeides og eventuelt samtykke til at deltakere i planleggingen gis tilgang til taushetsbelagte opplysninger og
- i. en oversikt over nødvendig eller ønskelig samarbeid med andre tjenesteytere, institusjoner eller etater.

§ 8 Gjennomføringen av den individuelle planen

Den alminnelige ansvars- og funksjonsdelingen mellom de ulike tjenesteytere legges til grunn ved gjennomføringen av planen, dersom ikke annet avtales.

§ 9 Taushetsplikt

De alminnelige reglene om taushetsplikt, jf. forvaltningsloven § 13 til 13e, *pasient- og brukerrettighetsloven* § 3-6, helsepersonelloven kapittel 5 og *helse- og omsorgstjenesteloven* § 12-1, kommer til anvendelse.

§ 10 Klage

Ved klage på rett til individuell plan kommer bestemmelsene i pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 7 til *anvendelse*.

§ 11 Ikraftsetting

Forskriften trer i kraft 1. januar 2005.

Fra samme tidspunkt oppheves forskrift 8. juni 2001 nr. 676 om individuelle planer etter helselovgivningen.

10.3 Forskrift om pasientansvarleg lege m.m.

Forskrift om pasientansvarleg lege er gitt med hjemmel i lov om spesialisthelsetjenesteloven § 3-7. Denne bestemmelsen er opphevet og erstattet med ny § 2-5 a om koordinator i spesialisthelsetjenesten. Dette innebærer at forskrift om pasientansvarleg lege m.m. må oppheves. Ordningen er erstattet med koordinator i spesialisthelsetjenesten, jf. punkt 10.2.3.

10.4 Koordinerende enhet - forskrift om habilitering og rehabilitering

10.4.1 Innledning

Nye lovbestemmelser om plikt for kommunen og spesialisthelsetjenesten til å ha koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet er vedtatt, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 7-3 og ny bestemmelse i spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 b. Tilsvarende plikt framgår i dag av forskrift om habilitering og rehabilitering §§ 8 og 13. Disse forskriftsbestemmelsene må tilpasses lovendringene.

10.4.2 Gjeldende rett

Gjeldende forskrift om habilitering og rehabilitering trådte i kraft 1. juli 2001. I tillegg til bestemmelser om plikt for kommunen og spesialisthelsetjenesten til å ha en koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet, inneholder forskriften nærmere bestemmelser om kommunens og spesialisthelsetjenestens ansvar for habilitering og rehabilitering, planlegging, samarbeid, melding om behov for habilitering og rehabilitering mv.

10.4.3 Departementets vurdering og forslag til endringer

Departementet finner det ikke tvilsomt at gjeldende forskrift om habilitering og rehabilitering må videreføres, men det må gjøres endringer som følge av de nye lovbestemmelsene.

Departementet foreslår endringer i forskriften som gjenspeiler og tydeliggjør de vedtatte lovendringene. Forskriften § 8 foreslås endret slik at den ”bare” regulerer koordinerende enhet i kommunen. Dette innebærer at bestemmelser om planlegging og samarbeid, som i dag framgår av denne paragrafen, er flyttet til § 7. I tillegg foreslås i § 8 presisert at den koordinerende enheten skal bidra til å sikre et helhetlig tilbud til pasienter og brukere med behov for sosial, psykososial eller medisinsk habilitering og rehabilitering. Det er også presisert at koordinerende enhet skal være lett tilgjengelig for pasienter og brukere og samarbeidspartnere.

Videre foreslås en presisering av hva det innebærer at koordinerende enhet skal ha overordnet ansvar for arbeidet med individuell plan.

I forskriften § 13 foreslås presisert at det i hvert helseforetak i spesialisthelsetjenesten skal finnes en koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering. Videre foreslås tilføyelser om at enheten skal bidra til å sikre helhetlig tilbud til pasienter med behov for habilitering og rehabilitering, og at enheten skal være lett tilgjengelig for pasienter og samarbeidspartnere. Det presiseres også at enheten skal ha overordnet ansvar for individuell plan og for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinator, slik det framgår av spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 b.

I tillegg foreslås flere tekniske endringer i forskriften. Dette gjelder særlig begrepsbruken, slik at den blir i samsvar med de nye lovbestemmelsene. Begrepet ”bruker” er erstattet

”pasient og bruker”. Videre er begrepet ”habilitering og rehabilitering” erstattet med ”sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering” når det gjelder virksomhet i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, jf. forskriften kapittel 2 og helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 5.

10.4.4 Forslag til endring av forskrift om habilitering og rehabilitering

Endring av forskrift 28. juni 2001 nr. 765 om habilitering og rehabilitering

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

Kapittel 1. Formål, definisjon og virkeområde

§ 1 Formålet med forskriften

Formålet med forskriften er å sikre at personer som har behov for *sosial, psykososial eller medisinsk* habilitering og rehabilitering, tilbys og ytes tjenester som kan bidra til stimulering av egen læring, motivasjon, økt funksjons- og mestringsevne, likeverdighet og deltakelse.

Forskriften skal videre sikre at tjenestene tilbys og ytes

1. ut fra et *pasient-* og brukerperspektiv,
2. samordnet, tverrfaglig og planmessig,
3. i eller nærmest mulig *pasientens* og brukerens vante miljø, og
4. i en for *pasienten* og brukeren meningsfylt sammenheng.

§ 2 Definisjon av habilitering og rehabilitering

Habilitering og rehabilitering er tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler, hvor flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand til *pasientens* og brukerens egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet.

§ 3 Virkeområde

Forskriften gjelder for habiliterings- og rehabiliteringstjenester som tilbys og ytes etter *helse- og omsorgstjenesteloven* og spesialisthelsetjenesteloven .

Tjenestetilbudene og ytelsene skal omfatte alle personer som har behov for *sosial, psykososial eller medisinsk* habilitering og *rehabilitering*.

§ 4 Plikt til forsvarlighet

Habiliterings- og rehabiliteringstjenestene som tilbys og ytes i henhold til denne forskriften, skal være forsvarlige.

§ 5 *Pasient- og brukermedvirkning*

Kommunen og det regionale helseforetaket skal sørge for at den enkelte *pasient og bruker* kan medvirke ved gjennomføring av eget habiliterings- og rehabiliteringstilbud jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1. Med gjennomføring menes planlegging, utforming, utøving og evaluering.

Kommunen og det regionale helseforetaket bør legge til rette for at *pasient- og brukerrepresentanter* deltar i planlegging, utvikling og evaluering av re-/habiliteringsvirksomheten.

§ 6 *Taushetsplikt* oppheves (jf. § 9 andre ledd og § 14 andre ledd).

Kapittel 2. Sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering i kommunen

§ 7 *Kommunens ansvar for habilitering og rehabilitering*⁵

Kommunen skal *planlegge sin habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet* og ha en generell oversikt over behov for habilitering og rehabilitering i kommunen. *Tjenester som inngår i kommunens helse- og omsorgstjenestetilbud skal integreres i et samlet tverrfaglig re-/habiliteringstilbud.*

Kommunen skal sørge for at alle *som oppholder seg* i kommunen, tilbys nødvendig utredning og oppfølging ved behov for *sosial, psykososial medisinsk habilitering og rehabilitering*, jf. forskriften § 1 og § 2.

Re-/habiliteringstilbudet skal gis uavhengig av *pasientens og brukerens boform*.

Den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal ved behov samarbeide med andre etater.

§ 8 *Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering i kommunen*

Det skal finnes en koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomheten i kommunen, *jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 7-3. Den koordinerende enheten skal bidra til å sikre helhetlig tilbud til pasienter og brukere med behov for sosial-, psykososial eller medisinsk habilitering og rehabilitering.*

Koordinerende enhet skal ha overordnet ansvar for arbeidet med individuell plan og for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinator, jf. forskrift om individuell

⁵ Merk at forslaget til § 7 erstatter gjeldende § 7, samt at deler av gjeldende § 8 er inntatt i forslaget til ny § 7

plan og koordinator etter helse- og omsorgslovgivningen § 6. Overordnet ansvar for individuell plan innebærer at enheten blant annet skal:

- *motta meldinger om behov for individuell plan, jf. forskrift om individuell plan og koordinator etter helse- og omsorgslovgivningen § 5 a*
- *sørge for at det blir utarbeidet rutiner og prosedyrer for arbeid med individuell plan.*

§ 9 Melding om mulige behov for sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering

Kommunen skal legge forholdene til rette slik at personell i *den kommunale helse- og omsorgstjenesten* skal kunne melde mulige re-/habiliteringsbehov som personellet blir kjent med i tjenesten. Meldingen gis dit kommunen bestemmer.

De alminnelige reglene om taushetsplikt kommer til anvendelse, jf. helsepersonelloven § 21 flg. og forvaltningsloven §§ 13 til 13e.

§ 10 Undersøkelse, utredning og individuell plan

Kommunen skal sørge for nødvendig undersøkelse og utredning, og ved behov henvise til spesialisthelsetjenesten, før habilitering og rehabilitering settes i gang.

For utarbeidelse av individuelle planer gjelder forskrift om *individuell plan og koordinator etter helse- og omsorgslovgivningen*.

§ 11 Hjelpemidler og ergonomiske tiltak

Kommunen skal sørge for formidling av nødvendige hjelpemidler og for å tilrettelegge miljøet rundt den enkelte. Kommunen skal vurdere hjelpemidler som ett av flere alternative tiltak på grunnlag av *pasientens og brukerens* samlede behov. Om nødvendig skal kommunen be om bistand fra Arbeids- og velferdsetaten eller fra andre relevante instanser.

Kapittel 3. Habilitering og rehabilitering i spesialisthelsetjenesten

§ 12 Det regionale helseforetakets ansvar for habilitering og rehabilitering

Det regionale helseforetaket skal sørge for at personer med fast bopel eller oppholdssted i helseregionen tilbys og ytes nødvendig habilitering og rehabilitering i spesialisthelsetjenesten i og utenfor institusjon, jf. forskriften § 1 og § 2.

§ 13 Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering i spesialisthelsetjenesten

Det skal finnes koordinerende enhet i spesialisthelsetjenesten i *hvert helseforetak* som skal ha en generell oversikt over habiliterings- og rehabiliteringstiltak i helseregionen, jf. *spesialisthelsetjenesteloven § 2-5b*.

Den koordinerende enheten skal:

- *bidra til å sikre helhetlig tilbud til pasienter med behov for habilitering og rehabilitering*
- *ha oversikt over og nødvendig kontakt med habiliterings- og rehabiliteringsvirksomheten i kommunens helse- og omsorgstjeneste*
- *ha overordnet ansvar for arbeidet med individuell plan og for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinator, jf. spesialisthelsetjenesteloven §§ 2-5 og 2-5a.*

§ 14 Melding om mulige behov for habilitering og rehabilitering i spesialisthelsetjenesten

Det regionale helseforetaket skal legge forholdene til rette slik at personell i spesialisthelsetjenesten skal kunne melde mulige behov for habilitering og rehabilitering som personellet blir kjent med i tjenesten. Meldingen gis dit det regionale helseforetaket bestemmer.

De alminnelige reglene om taushetsplikt kommer til anvendelse, jf. helsepersonelloven § 21 flg. og forvaltningsloven §§ 13 til 13 e.

§ 15 Oppgaver som krever spesialisert tilrettelegging mv.

Det regionale helseforetaket skal sørge for nødvendig undersøkelse og utredning av brukere med behov for habilitering og rehabilitering i spesialisthelsetjenesten.

Det regionale helseforetaket skal videre

1. sørge for trening og oppøving av funksjon og ulike individuelle ferdigheter som krever spesialisert tilrettelegging og veiledning,
2. sørge for intensiv trening som inngår i individuelle habiliterings-/rehabiliteringsplan, eller som et nødvendig, spesialisert tilbud etter behandling,
3. sørge for tilrettelagt opplæring for *pasienter* som trenger det, og tilrettelegge rammebetingelser som kan bidra til økt mestring.

§ 16 Særlig om råd, veiledning og samarbeid

Det regionale helseforetaket skal sørge for

1. råd og veiledning til kommunen om opplegg for *enkeltpasienter*,
2. samarbeid med kommunen om opplegg for *enkeltpasienter* og utarbeiding av individuelle planer,
3. generelle råd og veiledning til ansatte i kommunen, og
4. samarbeide med andre etater når det er nødvendig for utredning, tilrettelegging og

gjennomføring av tilbudet til den enkelte.

§ 17 *Ambulerende tjeneste*

Habiliterings- og rehabiliteringstjenester i spesialisthelsetjenesten skal gis ambulant dersom slike tjenester ikke mest hensiktsmessig kan gis i institusjon.

Kapittel 4. Ikrafttredelse

§ 18 *Ikrafttredelse*

Denne forskriften trer i kraft 1. juli 2001.

10.5 Administrative og økonomiske konsekvenser av forslagene

Forslagene om individuell plan innebærer i hovedsak en videreføring og tydeliggjøring av gjeldende rett. Det samme gjelder forslaget om koordinator i kommunen. Departementet legger til grunn at forslagene ikke vil medføre særlige administrative eller økonomiske konsekvenser.

Forslagene om at koordinator skal erstatte pasientansvarlig lege, og at de koordinerende enhetene skal ha overordnet ansvar for arbeidet med individuell plan og for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinator, innebærer endringer i forhold til gjeldende rett, men forskriftsendringene innebærer ikke nye plikter for kommunene eller spesialisthelsetjenesten i forhold til det som framgår av de vedtatte lovendringene. Departementet har i Prop. 91 L (2010-2011) lagt til grunn at disse endringene ikke vil medføre store administrative eller økonomiske konsekvenser, og fastholder dette.

11 Andre forslag

11.1 Nærmere om profesjonsnøytralitet – diverse forskriftsjusteringer som vil bli foretatt

I Prop. 91 L (2010-2011) om lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. har departementet foreslått en profesjonsnøytral lov. Det innebærer at det ikke er foreslått spesifikke innholds- eller kompetansekrav i loven. For nærmere omtale og begrunnelse av dette vises det til proposisjonens punkt 14.2.3.2 og 15.5.2.3. Dette er fulgt opp av helse- og omsorgskomiteen og det vises til Innst. 424 L (2010-2011). 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 personellmessige løsninger. Det sentrale må være at den enkelte kommune har et forsvarlig tjenestetilbud som oppfyller de minstestandarder som gjelder innenfor sektoren. Det fremgår av helse- og omsorgstjenesteloven § 4 først ledd bokstav d at kommune skal tilrettelegge tjenestene slik at det sikres tilstrekkelig fagkompetanse. I den sammenheng vil departementet påpeke 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.

Når Stortinget har vedtatt en profesjonsnøytral lov, er departementet av den oppfatning at profesjonsspesifikke forskrifter og forskriftsbestemmelser etter dagens kommunehelsetjenestelov som hovedregel ikke bør videreføres. Departementet vil likevel understreke, slik det også blir gjort i Prop. 91 L (2010-2011), at departementet vil legge opp til en evaluering av loven. Et sentralt element ved en slik evaluering vil være om en mindre profesjonsspesifikk lovregulering og mindre detaljert regulering av kommunens måte å organisere de ulike tjenestene på, har medført en nedprioritering av tidligere profesjonsspesifikke tjenester eller om manglende profesjonsangivelse i loven har medført at kommunene velger å ansette personell uten nødvendig fagkompetanse innefor ulike deltjenester. Dersom evalueringen skulle bekrefte en slik utvikling, vil departementet vurdere egnede tiltak.

11.2 Forskrift om oppjustering av driftsavtalehjemler til fysioterapeuter

11.2.1 Innledning

Dersom kommunene ønsker å knytte til seg fysioterapeuter i sin helsetjeneste kan dette gjøres ved å ansette fysioterapeuter på fast lønn eller ved å inngå driftsavtale med privatpraktiserende utøvere. I sistnevnte tilfelle inngår kommunen en driftsavtale med fysioterapeuten og utbetaler, i tråd med det avtalte arbeidsvolum, et månedlig driftstilskudd. En slik driftsavtale gir også rett til refusjon fra folketrygden, jf. folketrygdloven § 5-8.

Helse- og omsorgsdepartementet har i flere sammenhenger, blant annet i St.prp. 1 S for 2009, 2010 og 2011, og i dialogmøter med KS beskrevet problemet med oppsplitting av driftsavtalehjemler. I St. prp. 1 S (2010-2011) heter det:

”Som utgangspunkt skal det inngås 100 pst driftsavtalehjemmel dersom praksisen ikke drives på deltid. Kommunene skal bare utlyse deltidshjemler når dette samsvarer med det reelle tjenestebehovet. Deltidshjemler skal være minimum 40 pst. Fysioterapeuter med driftsavtale med kommunen kan ikke kreve egenandeler eller andre honorarer utover det som er fastsatt av staten, jf. kommunehelsetjenesteloven § 2-3.”

Bakgrunnen for disse formuleringene er en oppsplitting av driftsavtalehjemler som kommunene i flere år har foretatt, og som ble aktualisert da staten startet en omlegging av finansieringen av den avtalebaserte fysioterapitjenesten i honorartarifforhandlingene våren 2009 mellom staten, Kommunesektorens interesse- og arbeidsgiverorganisasjon (KS) og Norsk Fysioterapeutforbund (NFF).

I honorartarifforhandlingene i 2009 og 2010 ble det flyttet beløp fra refusjonstakstene over til det kommunale driftstilskuddet. Formålet var å legge et større finansieringsansvar til kommunene. Dette medførte også at fysioterapeutene ville miste et viktig insentiv til å arbeide utover sin driftsavtalehjemmel med kommunene, og en oppsplitting til små deltidshjemler ville bli mindre attraktivt for kommunene.

En del fysioterapeuter har varslet etter omleggingen at de vil si opp sin driftsavtalehjemmel med kommunen fordi det ikke er økonomisk grunnlag for videre drift. Dette vil kunne føre til en kapasitetsreduksjon innen den kommunale fysioterapitjenesten dersom kommunen ikke utlyser nye driftsavtalehjemler med større hjemmelsstørrelse, eller ansetter fysioterapeuter på fastlønn.

11.2.2 Bakgrunn for omlegging av finansieringen av den avtalebaserte fysioterapitjenesten

Fysioterapeuter med driftsavtale med kommunen har i dag ulik hjemmelsstørrelse. I 2009 og 2010 var 54 prosent av hjemlene under 100 prosent driftsavtalehjemler. Aktiviteten i driftsavtalehjemlene tilsvarer likevel ofte et fullt årsverk eller mer. Bakgrunnen for denne utviklingen er at privat avtalefysioterapi som driftsform er en populær tilknytningsform til

kommunen for mange fysioterapeuter. Driftsavtalen gir tilgang til oppgjørsavtale med HELFO og refusjonsrett med trygden.

Ved innføring av kommunehelsetjenesteloven og innføring av driftsavtalesystemet i 1984 ble det i stor grad opprettet fulltidshjemler. I de tilfeller det ble opprettet deltidshjemler var det på bakgrunn av fysioterapeutenes eget ønske om lavere aktivitet.

Etter dette tidspunktet har kommunene i økende grad opprettet fastlønnsstillinger. Det har vært begrenset oppretting av faste stillinger og driftsavtalehjemler i kommunehelsetjenesten i forhold til utdanningsvolumet. Økningen i antall årsverk siden 1984 har vært ca. 500. Departementet har ikke oversikt over utviklingen i antall hjemler fra 1984 til 2009⁶, men det antas at det har vært en betydelig økning siden 1984. En av årsakene til dette er at kommunene i stor grad har splittet opp hele driftsavtalehjemler i deltidshjemler med en forutsetning om fulltidsvirke.

For kommunens del har denne praksisen vært gunstig fordi kommunen har fått stort tjenestevolum for kostnaden til en deltidshjemmel. På grunn av et vanskelig arbeidsmarked for fysioterapeuter og gode lønnsvilkår grunnet god økonomisk uttelling fra takstene, har fysioterapeuter etterspurt slike deltidshjemler. Enkelte praksiseiere har særlig etterspurt flere fysioterapeuter til å dele driftskostnadene med. På den måten har praksiseier fått flere leietagere inn i praksisen og flere å dele driftsutgifter på, noe som igjen har medført bedre inntjening i praksisen. I tillegg er kommunens venteliste for fysioterapi redusert. Gjennom en slik praksis er det blitt en dreining av finansieringsansvaret fra utgangspunktet når ordningen ble innført, ved at mer av finansieringsansvaret blir lagt på staten gjennom høye refusjonsuttak, mens kommunene får redusert sine utgifter ved lavere utgifter til driftstilskudd.

For å begrense en videre utvikling av oppsplitting av driftsavtaler ga Stortinget sin tilslutning til å starte en omlegging av finansieringen av den avtalebaserte fysioterapitjenesten i takstforhandlingene fra 2009. Omleggingen tok sikte på å overføre midler fra folketrygden til det kommunale driftstilskuddet. Bakgrunnen for omleggingen var å legge mer av finansieringsansvaret for tjenesten til kommunene. Ved innføring av driftsavtalesystemet i 1984 var forutsetningen at fysioterapeutens inntekt skulle bestå av 40 prosent fra det kommunale driftstilskuddet, 40 prosent fra egenandeler fra pasienten og 20 prosent fra folketrygden. Før omleggingen av finansieringen startet, utgjorde det kommunale driftstilskuddet gjennomsnittlig 23 prosent av fysioterapeutens omsetning. Med omleggingen startet et press fra fysioterapeuter overfor kommunene for å få en økning av sin driftsavtale fordi takstene utgjorde mindre av inntekten, og incitamentet for å arbeide utover avtalen ble mindre.

Staten har på sin side oppfordret kommunene til å øke hjemmelen til fysioterapeuter med deltidshjemler slik at denne er i tråd med det faktiske arbeidsvolum. For å begrense kommunenes mulighet til å splitte opp hjemler ned til det som opprinnelig var minimum 20 prosent, ble det i takstforhandlingene 2008 enighet mellom partene om at minimumsgrensen for oppretting av nye deltidshjemler var 40 prosent hjemmel, det vil si

⁶ 2009 var det 3466 driftsavtalehjemler

14,4 timer per uke. Fortsatt var det ved siste registrering i KOSTRA (2009) 356 hjemler med mellom 20 til 40 prosent størrelse i kommunene.

Flere kommuner har den senere tid ønsket å øke hjemmelsstørrelsen i de eksisterende hjemlene. Det har imidlertid vært uklart hvorvidt kommunehelsetjenesteloven § 4-2 første ledd gir adgang til å oppjustere en eksisterende avtalehjemmel ved intern utlysning i kommunen, eller om kommunen må utlyse eksternt. Denne rettslige usikkerheten har medført at en del kommuner ikke har foretatt endringer i driftsavtalehjemlene, selv om det har vært et ønske både fra kommunen og fysioterapeuten som har avtale med kommunen.

11.2.3 Gjeldende rett

Departementet tar sikte på at forslaget til ny forskrift trer i kraft fra 1.1.2012. Fra samme dato vil ny kommunal helse- og omsorgstjenestelov tre i kraft. Av den grunn finner departementet det ikke hensiktsmessig å beskrive gjeldende rett etter dagens kommunehelsetjenestelov. Følgelig vil fremstillingen nedenfor forholde seg til ny kommunal helse- og omsorgstjenestelov.

Det fremgår av helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 første ledd at ”kommunen skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester”. Videre følger det av femte ledd at tjenestene ”kan ytes av kommunen selv eller ved at kommunen inngår avtale med andre offentlige eller private tjenesteytere”. Det vil si at forholdet mellom fysioterapeuter som har avtale med kommunen ikke eksplisitt er regulert i helse- og omsorgstjenesteloven. Som begrunnelse for denne løsningen uttales det på side 164 i Prop. 91 L (2010-2011) at uavhengig av om det er et krav i loven eller ikke, vil en kommune måtte inngå avtale med en selvstendig næringsdrivende eller et selskap dersom kommunen ønsker at disse skal yte helse- og omsorgstjenester for kommunen. Det ble derfor ikke foreslått en lovregulering av at det skal inngås avtale dersom kommunen ønsker at en fysioterapeut skal utføre helse- og omsorgstjenester for dem.

Når det gjelder tildeling av avtale uttales det i Prop. 91 L (2010-2011) på side 164-165 at kommunen vil uavhengig av bestemmelsene i ny helse- og omsorgstjenestelov måtte følge de alminnelige reglene for ansettelser og avtaleinngåelse. Ifølge det ulovfeste kvalifikasjonsprinsippet er hovedregelen krav om utlysning av offentlige stillinger og at den best kvalifiserte søkeren skal få stillingen. Disse kravene gjelder enhver yrkesgruppe i kommunal sektor. Av den grunn fant departementet ikke grunn til å videreføre kommunehelsetjenesteloven § 4-2 første ledd i ny kommunal helse- og omsorgstjenestelov.

I § 3-2 fjerde ledd gis departementet hjemmel til å gi forskrift med ”nærmere bestemmelser om privat helse- og omsorgsvirksomhet i kommunen”. Det uttales på side 165 i Prop. 91 L at departementet i slike forskrifter vil blant annet kunne regulere hvordan tildeling av avtalehjemler til fastleger og fysioterapeuter skal foregå og hvilke kriterier og avtalevilkår som skal gjelde.

11.2.4 Departementets vurdering og forslag til ny forskrift

11.2.4.1 Vurdering

Gjennomgangen av gjeldende rett etter ny kommunal helse- og omsorgstjenestelov viser at problemstillingen om oppjustering av allerede inngått driftsavtalehjemmel ikke reguleres i loven. Beskrivelsen av bakgrunnen for omleggingen av finansieringsordningen viser likevel at dette er en viktig problemstilling som etter departementets oppfatning bør avklares i forskrift. For det første mener departementet at det er viktig å sikre at de kommuner som ønsker og ser et behov for å oppjustere eksisterende driftsavtalehjemler faktisk får muligheten til det. For det andre er departementet av den oppfatning at det er viktig å bidra til at man kommer tilbake til slik ordningen i utgangspunktet var tiltenkt i 1984, nemlig at driftsavtalehjemmelens størrelse er lik praksisomfanget. Den økonomiske modellen som ligger bak driftsavtaleordningen tilsier at det er samsvar mellom driftstilskuddsandelen og refusjonsandelen. På denne bakgrunn vil departementet foreslå en forskrift om oppjustering av driftsavtalehjemler for fysioterapeuter.

I forslag til forskriftens § 1 om virkeområde vil departementet tydeliggjøre at forskriften kun vil få anvendelse ved oppjustering av allerede inngått driftsavtalehjemmel mellom fysioterapeut og kommune. Det innebærer at forskriften ikke vil gjelde for andre yrkesgrupper som har avtale med kommunen om å utføre helse- og omsorgstjenester, og heller ikke for fysioterapeuter som er ansatt i kommunen. Departementet vil på sikt vurdere å gi forskrift med nærmere bestemmelser om private tjenesteytere som har avtale med kommunen, herunder kvalitets- og funksjonskrav. Denne vurderingen vil bli foretatt etter at departementet har lagt frem en stortingsmelding om kvalitet og pasientsikkerhet.

I forslag til § 2 første setning vil departementet klargjøre at kommunen kan uten ekstern utlysning øke en inngått driftsavtalehjemmel. Dette gjelder både driftsavtaler inngått før og etter forskriftens ikrafttredelse. Det innebærer at kommunen ikke behøver å utlyse stillingen ekstern, dersom kommunen ønsker å oppjustere en driftsavtalehjemmel med en fysioterapeut som allerede har avtale med kommunen. Begrunnelsen for oppjustering kan enten være for å få samsvar mellom hjemmel og praksisomfang, eller for å øke praksisomfanget til vedkommende fysioterapeut fordi behovet for fysioterapi i kommunen har økt. I § 2 første ledd siste setning vil departementet klargjøre at en oppjustering forutsetter enighet mellom fysioterapeuten og kommunen. Med andre ord gir ikke bestemmelsen hjemmel for kommunen til ensidig å øke en driftsavtalehjemmel.

Forslaget til § 2 første setning innebærer imidlertid ikke at kommunene kan oppjustere driftsavtalehjemler uten en forsvarlig saksbehandling. Forskriften vil kun gi kommunen anledning til å foreta en intern utlysning. Kravet til forsvarlig saksbehandling er særlig aktuelt dersom flere fysioterapeuter i kommunen ønsker å få oppjustert sin driftsavtalehjemmel. I sin vurdering må kommunen foreta en konkret avveining av hvilken fysioterapeut som er den best kvalifiserte sett hen til utlysningsteksten og kommunens behov. I det alt vesentlige vil vurderingstemaene være de samme som ved en ekstern utlysning, herunder eventuelle lov- og avtalefestede krav, og den enkeltes utdanning, arbeidserfaring og personlig skikkethet.

I forslag til § 3 gis departementet hjemmel til å fastsette når forskriften skal tre i kraft. Departementet tar sikte på at forskriften skal tre i kraft samtidig med ny kommunal helse- og omsorgstjenestelov, det vil si i fra 1.1.2012.

11.2.5 Forslag til forskrift om oppjustering av driftsavtalehjemler 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.

11.2.6 Administrative og økonomiske konsekvenser av forslagene

Forslaget til forskrift om regulering av oppjustering av inngått driftsavtalehjemmel vil ikke innebære administrative eller økonomiske konsekvenser.

11.3 Nærmere om forskriftsarbeid knyttet til kvalitetsforbedring, pasient- og brukersikkerhet og internkontroll

Som kjent foreslo departementet i Prp. 91 L (2010-2011) en ny bestemmelse om plikt til å sørge for at virksomheten arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet i ny helse- og omsorgstjenestelov § 4-2 og spesialisthelsetjenesteloven § 3-4 b. Videre ble det forelått at en eventuell ytterligere presisering av krav til systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet kunne tas inn i forskrift med hjemmel i bestemmelsens andre ledd. Det ble også foreslått at en eventuell endring av navn på dagens internkontrollforskrift til ”forskrift om styringssystem” vurderes ved en eventuell revisjon av forskriften.

Departementet vil sende de ovennevnte forskriftsendringene på høring på et senere tidspunkt. Forslagene til forskrift krever en nærmere utredning og det er 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.

12 Forslag til endringer i eksisterende forskrifter

12.1 Forslag til endring av Norsk pasientregisterforskriften

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

§ 1-2 skal lyde:

§ 1-2. Norsk pasientregisters formål

Norsk pasientregister har til hovedformål å danne grunnlag for administrasjon, styring og kvalitetssikring av spesialisthelsetjenester, herunder den aktivitetsbaserte finansieringen, *kommunal medfinansiering og betalingsordningen for utskrivningsklare pasienter*.

I tillegg har Norsk pasientregister til formål å:

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

§ 3-3 skal lyde:

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

Opplysninger nødvendige for drift og utvikling av etablerte aktivitetsbaserte finansieringsordninger innen spesialisthelsetjenesten, *kommunal medfinansiering og betalingsordningen for utskrivningsklare pasienter* skal legges til rette av Norsk pasientregister og utleveres til Helsedirektoratet for gjennomføring av drift og utvikling. Det skal ikke utleveres opplysninger med direkte personidentifiserbare kjennetegn.

Opplysningene som mottas til formål som følger av første ledd skal slettes så snart oppgavene er utført og kan ikke oppbevares lenger enn inntil 5 år etter avsluttet driftsår. Opplysninger som skal benyttes til utredninger av vesentlige endringer eller utvidelser *av ordningene som er nevnt i første ledd* skal bare utleveres i henhold til § 3-4, § 3-5 og § 3-6 i denne forskrift.

12.2 Forslag til endring av gaveforskriften

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

Ny § 1a skal lyde:

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

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

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

12.3 Forslag til endring av forskrift om individuell plan og koordinator etter helse- og omsorgslovgivningen.

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

Forskrift om individuell plan og koordinator etter helse- og omsorgslovgivningen

§ 1 Virkeområde

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

§ 2 Formål

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

- a. å bidra til at *pasienten og brukeren* får et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud,
- b. å styrke samhandlingen mellom tjenesteyter og *pasient og bruker* og eventuelt pårørende, og mellom tjenesteytere og etater innen et forvaltningsnivå eller på tvers av forvaltningsnivåene.

§ 3 oppheves

§ 4 Pasientens og brukerens rettigheter

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

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

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

§ 4 a Koordinator i kommunen

For pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven, skal kommunen tilby koordinator, jf. helse-omsorgstjenesteloven § 7-2. Dette gjelder uavhengig av om pasienten eller brukeren ønsker individuell plan.

Koordinatoren skal sørge for nødvendig oppfølging av den enkelte pasient eller bruker og sikre at vedkommende får tilbud om individuell plan hvis vilkårene i første ledd er oppfylt. Koordinator skal også sikre samordning av tjenestetilbudet og fremdrift i arbeidet med individuell plan.

§ 4 b Koordinator i spesialisthelsetjenesten

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

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

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

§ 5 Samtykke

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

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

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

Helsepersonell skal snarest mulig gi melding om pasienters og brukeres behov for individuell plan og koordinator, jf. helsepersonelloven § 38 a. Det samme gjelder annet

personell som yter helse- og omsorgstjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 2-1. Helsepersonell som yter spesialisthelsetjenester, skal gi melding til koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet i spesialisthelsetjenesten. Annet personell skal gi melding til koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet i kommunen.

§ 6 Ansvar for å utarbeide individuell plan

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

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

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

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

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

§ 7 Innholdet i individuell plan

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

- a. en oversikt over pasientens og brukerens mål, ressurser og behov for tjenester,
- b. en oversikt over hvem som deltar i arbeidet med planen,
- c. en angivelse av hvem som er koordinator,
- d. en oversikt over hva pasient og bruker, tjeneste- og bidragsyterne og ev. pårørende vil bidra med i planarbeidet,

- e. en oversikt over hvilke tiltak som er aktuelle og omfanget av dem, og hvem som skal ha ansvaret for disse,
- f. en beskrivelse av hvordan tiltakene skal gjennomføres,
- g. en angivelse av planperioden og tidspunkt for eventuelle justeringer og revisjoner av planen,
- h. Pasientens og brukerens samtykke til at planen utarbeides og eventuelt samtykke til at deltakere i planleggingen gis tilgang til taushetsbelagte opplysninger og
- i. en oversikt over nødvendig eller ønskelig samarbeid med andre tjenesteytere, institusjoner eller etater.

§ 8 Gjennomføringen av den individuelle planen

Den alminnelige ansvars- og funksjonsdelingen mellom de ulike tjenesteytere legges til grunn ved gjennomføringen av planen, dersom ikke annet avtales.

§ 9 Taushetsplikt

De alminnelige reglene om taushetsplikt, jf. forvaltningsloven § 13 til 13e, *pasient- og brukerrettighetsloven* § 3-6, helsepersonelloven kapittel 5 og *helse- og omsorgstjenesteloven* § 12-1, kommer til anvendelse.

§ 10 Klage

Ved klage på rett til individuell plan kommer bestemmelsene i pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 7 til *anvendelse*.

§ 11 Ikraftsetting

Forskriften trer i kraft 1. januar 2005.

Fra samme tidspunkt oppheves forskrift 8. juni 2001 nr. 676 om individuelle planer etter helselovgivningen.

12.4 Forslag til endring av forskrift om habilitering og rehabilitering

Forskrift 28. juni 2001 nr. 765 om habilitering og rehabilitering

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

Kapittel 1. Formål, definisjon og virkeområde

§ 1 Formålet med forskriften

Formålet med forskriften er å sikre at personer som har behov for *sosial, psykososial eller medisinsk* habilitering og rehabilitering, tilbys og ytes tjenester som kan bidra til stimulering av egen læring, motivasjon, økt funksjons- og mestringsevne, likeverdighet og deltakelse.

Forskriften skal videre sikre at tjenestene tilbys og ytes

1. ut fra et *pasient-* og brukerperspektiv,
2. samordnet, tverrfaglig og planmessig,
3. i eller nærmest mulig *pasientens* og brukerens vante miljø, og
4. i en for *pasienten* og brukeren meningsfylt sammenheng.

§ 2 Definisjon av habilitering og rehabilitering

Habilitering og rehabilitering er tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler, hvor flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand til *pasientens* og brukerens egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet.

§ 3 Virkeområde

Forskriften gjelder for habiliterings- og rehabiliteringstjenester som tilbys og ytes etter *helse- og omsorgstjenesteloven* og spesialisthelsetjenesteloven .

Tjenestetilbudene og ytelsene skal omfatte alle personer som har behov for *sosial, psykososial eller medisinsk* habilitering og *rehabilitering*.

§ 4 Plikt til forsvarlighet

Habiliterings- og rehabiliteringstjenestene som tilbys og ytes i henhold til denne forskriften, skal være forsvarlige.

§ 5 Pasient- og brukervedvirkning

Kommunen og det regionale helseforetaket skal sørge for at den enkelte *pasient* og bruker kan medvirke ved gjennomføring av eget habiliterings- og rehabiliteringstilbud jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1. Med gjennomføring menes planlegging, utforming, utøving og evaluering.

Kommunen og det regionale helseforetaket bør legge til rette for at *pasient-* og brukerrepresentanter deltar i planlegging, utvikling og evaluering av re-/habiliteringsvirksomheten.

§ 6 *Taushetsplikt* oppheves (jf. § 9 andre ledd og § 14 andre ledd).

Kapittel 2. Sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering i kommunen

§ 7 Kommunens ansvar for habilitering og rehabilitering⁷

Kommunen skal *planlegge sin habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet* og ha en generell oversikt over behov for habilitering og rehabilitering i kommunen. *Tjenester som inngår i kommunens helse- og omsorgstjenestetilbud skal integreres i et samlet tverrfaglig re-/habiliteringstilbud.*

Kommunen skal sørge for at alle *som oppholder seg* i kommunen, tilbys nødvendig utredning og oppfølging ved behov for *sosial, psykososial medisinsk habilitering og rehabilitering*, jf. forskriften § 1 og § 2.

Re-/habiliteringstilbudet skal gis uavhengig av *pasientens og brukerens boform*.

Den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal ved behov samarbeide med andre etater.

§ 8 Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering i kommunen

Det skal finnes en koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomheten i kommunen, *jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 7-3. Den koordinerende enheten skal bidra til å sikre helhetlig tilbud til pasienter og brukere med behov for sosial-, psykososial eller medisinsk habilitering og rehabilitering.*

Koordinerende enhet skal ha overordnet ansvar for arbeidet med individuell plan og for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinator, jf. forskrift om individuell plan og koordinator etter helse- og omsorgslovgivningen § 6. Overordnet ansvar for individuell plan innebærer at enheten blant annet skal:

- *motta meldinger om behov for individuell plan, jf. forskrift om individuell plan og koordinator etter helse- og omsorgslovgivningen § 5 a*
- *sørge for at det blir utarbeidet rutiner og prosedyrer for arbeid med individuell plan.*

§ 9 Melding om mulige behov for sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering

Kommunen skal legge forholdene til rette slik at personell i *den kommunale helse- og omsorgstjenesten* skal kunne melde mulige re-/habiliteringsbehov som personellet blir kjent med i tjenesten. Meldingen gis dit kommunen bestemmer.

⁷ Merk at forslaget til § 7 erstatter gjeldende § 7, samt at deler av gjeldende § 8 er inntatt i forslaget til ny § 7

De alminnelige reglene om taushetsplikt kommer til anvendelse, jf. helsepersonelloven § 21 flg. og forvaltningsloven §§ 13 til 13e.

§ 10 Undersøkelse, utredning og individuell plan

Kommunen skal sørge for nødvendig undersøkelse og utredning, og ved behov henvise til spesialisthelsetjenesten, før habilitering og rehabilitering settes i gang.

For utarbeidelse av individuelle planer gjelder forskrift om *individuell plan og koordinator etter helse- og omsorgslovgivningen*.

§ 11 Hjelpemidler og ergonomiske tiltak

Kommunen skal sørge for formidling av nødvendige hjelpemidler og for å tilrettelegge miljøet rundt den enkelte. Kommunen skal vurdere hjelpemidler som ett av flere alternative tiltak på grunnlag av *pasientens og brukerens* samlede behov. Om nødvendig skal kommunen be om bistand fra Arbeids- og velferdsetaten eller fra andre relevante instanser.

Kapittel 3. Habilitering og rehabilitering i spesialisthelsetjenesten

§ 12 Det regionale helseforetakets ansvar for habilitering og rehabilitering

Det regionale helseforetaket skal sørge for at personer med fast bopel eller oppholdssted i helseregionen tilbys og ytes nødvendig habilitering og rehabilitering i spesialisthelsetjenesten i og utenfor institusjon, jf. forskriften § 1 og § 2.

§ 13 Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering i spesialisthelsetjenesten

Det skal finnes koordinerende enhet i spesialisthelsetjenesten i hvert helseforetak som skal ha en generell oversikt over habiliterings- og rehabiliteringstiltak i helseregionen, jf. *spesialisthelsetjenesteloven § 2-5b*.

Den koordinerende enheten skal:

- bidra til å sikre helhetlig tilbud til pasienter med behov for habilitering og rehabilitering
- ha oversikt over og nødvendig kontakt med habiliterings- og rehabiliteringsvirksomheten i kommunens helse- og omsorgstjeneste
- ha overordnet ansvar for arbeidet med individuell plan og for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinator, jf. *spesialisthelsetjenesteloven §§ 2-5 og 2-5a*.

§ 14 Melding om mulige behov for habilitering og rehabilitering i spesialisthelsetjenesten

Det regionale helseforetaket skal legge forholdene til rette slik at personell i spesialisthelsetjenesten skal kunne melde mulige behov for habilitering og rehabilitering som personellet blir kjent med i tjenesten. Meldingen gis dit det regionale helseforetaket bestemmer.

De alminnelige reglene om taushetsplikt kommer til anvendelse, jf. helsepersonelloven § 21 flg. og forvaltningsloven §§ 13 til 13 e.

§ 15 *Oppgaver som krever spesialisert tilrettelegging mv.*

Det regionale helseforetaket skal sørge for nødvendig undersøkelse og utredning av brukere med behov for habilitering og rehabilitering i spesialisthelsetjenesten.

Det regionale helseforetaket skal videre

1. sørge for trening og oppøving av funksjon og ulike individuelle ferdigheter som krever spesialisert tilrettelegging og veiledning,
2. sørge for intensiv trening som inngår i individuelle habiliterings-/rehabiliteringsplan, eller som et nødvendig, spesialisert tilbud etter behandling,
3. sørge for tilrettelagt opplæring for *pasienter* som trenger det, og tilrettelegge rammebetingelser som kan bidra til økt mestring.

§ 16 *Særlig om råd, veiledning og samarbeid*

Det regionale helseforetaket skal sørge for

1. råd og veiledning til kommunen om opplegg for *enkeltpasienter*,
2. samarbeid med kommunen om opplegg for *enkeltpasienter* og utarbeiding av individuelle planer,
3. generelle råd og veiledning til ansatte i kommunen, og
4. samarbeide med andre etater når det er nødvendig for utredning, tilrettelegging og gjennomføring av tilbudet til den enkelte.

§ 17 *Ambulerende tjeneste*

Habiliterings- og rehabiliteringstjenester i spesialisthelsetjenesten skal gis ambulant dersom slike tjenester ikke mest hensiktsmessig kan gis i institusjon.

Kapittel 4. Ikrafttredelse

§ 18 *Ikrafttredelse*

Denne forskriften trer i kraft 1. juli 2001.

12.5 Forslag om opphevelse av forskrift om pasientansvarleg lege m.m.

Forskrift om pasientansvarleg lege er gitt med hjemmel i lov om spesialisthelsetjenesteloven § 3-7. Denne bestemmelsen er opphevet og erstattet med ny § 2-5 a om koordinator i spesialisthelsetjenesten. Dette innebærer at forskrift om pasientansvarleg lege m.m. må oppheves. Ordningen er erstattet med koordinator i spesialisthelsetjenesten, jf. punkt 12.3.

13 Forslag til nye forskrifter

13.1 Forslag til 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 sykehus⁸ fastsettes i statsbudsjettet.

§ 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.

⁸ Det legges opp til at betalingsatsen for et døgn skal settes til kr. 4000,- i 2012.

§ 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.

Beregningsgrunnet er data fra Norsk pasientregister.

§ 10 Ikrafttredelse

Forskriften trer i kraft fra den tid departementet fastsetter.

13.2 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 innleggelse i spesialisthelsetjenesten, og poliklinisk utredning og behandling.

Forskriften gjelder ikke privatpraktiserende avtalespesialister, psykisk helsevern, tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengige og opphold i private opptreningsinstitusjoner.

§ 2 Medfinansieringsplikt

Kommunen skal finansiere deler av egne innbyggers forbruk av spesialisthelsetjenester innen somatikk etter den medfinansieringsprosent som til enhver tid gjelder, jf. § 3.

Kommunal medfinansiering gjelder ikke for kirurgi, fødsler, nyfødte barn og behandling med nærmere bestemte kostbare legemidler. Departementet fastsetter nærmere avgrensning av somatiske pasientgrupper som omfattes av kommunal medfinansiering i henhold til regelverket for Innsatsstyrt finansiering.

§ 3 Medfinansieringsandel

Betalingsplikten etter § 2 første ledd er 20 prosent av enhetsprisen for ett DRG-poeng.

Medfinansieringsansvaret etter første ledd er avgrenset til 20 prosent av inntil 4 DRG-poeng for en enkeltbehandling.

§ 4 Generelle beregningsregler

Kommunal medfinansiering beregnes med grunnlag i DRG-poeng i henhold til regelverket for Innsatsstyrt finansiering.

Enhetsprisen for ett DRG-poeng⁹ fastsettes i statsbudsjettet.

§ 5 Beregningsgrunnlag

Beregningsgrunnlaget for kommunal medfinansiering er data fra Norsk pasientregister.

§ 6 Administrasjon av ordningen

⁹ Ett DRG-poeng i 2011 er kr. 36 968.

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.

13.3 Forslag til forskrift om kommunens dekning av utgifter til helse- og omsorgstjenester

Forskrift om kommunens dekning av utgifter til helse- og omsorgstjenester

Fastsatt av Helse- og omsorgsdepartementet XX desember 2011 med hjemmel i lov 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. § 11-1 andre ledd

§ 1 Hovedregel

Kommunen skal dekke kostnadene ved de helse- og omsorgstjenestene som den har ansvar for å yte eller sette i verk etter helse- og omsorgstjenesteloven.

§ 2 Refusjon

For den som oppholder seg i institusjon kan kommunen kreve refusjon av den kommunen som var oppholdskommune forut for inntak i institusjonen for utgifter til personlig assistanse, herunder praktisk bistand og opplæring og støttekontakt, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 6 bokstav b.

Kommunen kan kreve refusjon av den kommunen som var oppholdskommune forut for inntak i institusjonen for utgifter til plass i aldershjem, barneboliger og bolig med heldøgns helse- og omsorgstjenester for rusmiddelavhengige, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd bokstav c.

For tjenester i forbindelse med utskriving og etablering fra institusjon, i den grad behovet for disse tjenestene oppstår før utskrivingen, kan kommunen kreve refusjon for utgifter til følgende tjenester av den kommunen som var oppholdskommune forut for inntak i institusjon:

- a) personlig assistanse, herunder praktisk bistand og opplæring og støttekontakt, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 6 bokstav b,
- b) avlastningstiltak, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 6 bokstav d
- c) omsorgslønn, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-6
- d) brukerstyrt personlig assistanse, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-8

(Etter utskrivingen fra institusjon kan den kommunen der vedkommende tar opphold kreve refusjon for utgifter til tjenester som nevnt i andre ledd av den kommunen som var oppholdskommune forut for inntak i institusjon.)

Krav om refusjon etter bestemmelsene her kan bare fremmes i den grad det er oppnådd enighet med den kommunen som var oppholdskommune forut for inntak i institusjonen.

§ 3 Vederlag

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

13.4 Forslag til om disponering av kontantytelser fra folketrygden under opphold i institusjon som nevnt i helse- og omsorgstjenesteloven og felles trivselsordning

Departementet foreslår **primært** å oppheve forskriftene om institusjonenes disposisjonsrett. **Subsidiært**, - dersom høringsuttalelsene viser fortsatt behov for slik forskrift, foreslår departementet forskriftsbestemmelsene i §§ 1 til 9, samt § 14, i forslaget nedenfor.

Forskriftsbestemmelsene om trivselsordning i §§ 10 til 14 foreslås uansett videreført, men med tekniske endringer.

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

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

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

§ 1 Virkeområde

Denne forskrift gjelder disponering av kontantytelser fra folketrygden til beboere i institusjon som nevnt i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 6 bokstav c som ikke er i stand til å disponere ytelsen selv.

Likeledes gjelder forskriften for kontantytelser fra tjenestepensjonsordning eller personskadetrygd som omfattes av lov om samordning av pensjons- og trygdeytelser og som utbetales under ett gjennom Arbeids- og velferdsetaten til beboere som nevnt.

§ 2 Utbetaling av kontantytelser

Kontantytelser fra folketrygden til beboer som omfattes av denne forskriften skal fra og med den annen måned etter *at vedtak etter § 3 er fattet* innbetales av Arbeids- og velferdsetaten til bank eller postsparebank *etter institusjonens nærmere anvisning*. Beboeren avgjør hvilken bank som bør benyttes. Midlene skal anbringes på rentebærende konto for hver enkelt beboer.

Institusjonen kan bestemme at også trygdeytelser som beboeren er berettiget til i tiden før den annen kalendermåned etter vedtaket, skal innbetales på bankkonto som nevnt i første ledd.

§ 3 Ledelsens disposisjonsrett

Ledelsen for *institusjonen* skal disponere kontantytelse som nevnt i § 1 for de beboere som ikke selv er i stand til å disponere midler. *Det er ikke anledning til å ta beslutning i henhold til første punktum for pasienter som er mentalt friske, men som av fysiske årsaker er ute av stand til å disponere over sine midler.*

Dersom beboeren ikke har verge eller hjelpeverge, skal institusjonen melde fra til fylkesmannen dersom det anses for å være behov for umyndiggjørelse eller hjelpeverge, jf. umyndiggjørelsesloven av 28. november 1898 § 3 andre ledd andre punktum.

Vedtaket om slik disposisjonsrett som nevnt i første ledd skal fattes av *institusjonens lege eller* kommunelegen. Dersom beboeren har verge eller hjelpeverge som har i oppdrag å ivareta beboerens økonomiske interesser, *kan vedtaket bare fattes dersom* vergen eller hjelpevergen har samtykket i en ordning som nevnt. *Beslutningen skal fattes* i samråd med nærmeste pårørende og *den som har det daglige ansvaret for beboeren*. Vedtaket kan gjøres tidsavgrenset. Spørsmålet om fortsatt disposisjonsrett skal i så fall tas opp til ny vurdering minst tre måneder før perioden utløper.

Når beboeren ikke har verge eller hjelpeverge skal det alltid foreligge uttalelse fra lege som omhandler vedkommendes evne til å disponere egne midler.

§ 4 Om vedtaket

Vedtaket *etter § 3 tredje ledd* skal være skriftlig og det skal føres inn i beboerens journal. *Beboeren, dennes verge eller* hjelpeverge, nærmeste pårørende, *kommunens helse- og omsorgstjeneste* og fylkesmannen skal ha kopi av vedtaket.

§ 5 Fullmakt

I tilfelle som nevnt i § 3 bestemmer ledelsen for *institusjonen eller boligen, i samråd med verge, hjelpeverge eller pårørende*, hvem som skal ha fullmakt til å utta midler på beboerens konto og om kontroll med bruk av midlene.

Institusjonens ledelse gir skriftlig fullmakt til den som kan ta ut midler fra beboerens bankkonto, og fører kontroll med bruken av midlene.

§ 6 Om disposisjonene

Midlene skal disponeres slik at de kommer beboeren til gode med sikte på å dekke *vedkommendes* personlige behov, interesser og ønsker. Midlene kan ikke nyttes til dekning av driftsutgifter.

Så fremt beboeren har pårørende, *verge* eller *hjelpeverge* som har god personlig kontakt med beboeren, skal vedkommende tas med på råd når det dreier seg om større disposisjoner. *Det skal avtales hvilket beløp som skal regnes som en større disposisjon.*

§ 7 Beløpsgrenser

Den myndighet ledelsen for boformen har etter bestemmelsene i § 3 og § 6 til å disponere midler på beboerens konto gjelder ikke eventuelt oppsparte midler som overstiger 3/4 av folketrygdens grunnbeløp, jf. *folketrygdloven § 22-4*. Dersom midler som overstiger denne ramme, ikke kan overføres til overformynderiet, skal de settes inn på særskilt konto, som bare ved spesielle behov for beboeren kan disponeres av helseinstitusjonen. Også disse midler innsatt på spesiell konto skal være undergitt vanlig revisjon (institusjonens revisjon).

Den særskilte konto for overskytende midler kan disponeres av institusjonen hvis beboeren har behov for utbetalinger som ikke kan dekkes over vedkommendes ordinære konto. Ved slike behov kan institusjonen tilbakeføre midler fra den spesielle konto til beboerens ordinære konto.

§ 8 Avvikling

Ved beboerens død skal det i meldingen til lensmann *eller* skifterett gis opplysninger om avdødes formuesstilling, herunder om størrelsen av midler i bank *som disponeres av ledelsen* eller midler som er overført til overformynderiet. *Bankens navn og kontonummer skal oppgis. Etter anmodning skal bankbøker og andre midler overlates til lensmannen, tingretten eller til personer som kan legge frem skifteattest og eventuelt skriftlig fullmakt fra øvrige arvinger.*

§ 9 Regnskap

Ledelsen for boformen skal føre regnskap for bruken av de midler som tas ut av de enkelte beboerkonti, for beboere som ikke selv er i stand til å disponere midlene. Det skal føres særskilt regnskap for hver enkelt beboer. Regnskapet skal undergis revisjon av kommunerevisor. Utskrift av revidert regnskap og bankkonto for beboer skal sendes nærmeste pårørende eller verge en gang årlig.

§ 10 Trivselsråd

Hvor felles trivselsordning er opprettet, eller ønskes opprettet, i medhold av *folketrygdloven § 22-5* forvaltes denne av institusjonen med bistand av et trivselsråd.

Trivselsrådet skal ikke ha mer enn 5 medlemmer. I rådet bør beboeren, foreldre/pårørende og institusjonen være representert. Vedtektene for trivselsordningen bør angi nærmere hvordan rådet skal oppnevnes og sammensettes.

Rådet skal fremme forslag til konkrete trivselstiltak og på andre måter arbeide for å fremme trivselsordningens formål.

Departementet kan godkjenne avvik fra bestemmelsene om trivselsråd når særlige grunner foreligger.

§ 11 Bruk av midlene

Midlene skal nyttes til trivselstiltak som kan komme flest mulig av beboerne til gode, eventuelt vekslende grupper over lengre tidsrom. Det bør legges opp til varierte tiltak der det så vidt mulig tas hensyn til individuelle behov og interesser. Det bør være et siktemål at beboerne så langt mulig gjøres delaktige i samfunnets generelle fritids- og kulturtilbud. Trivselsmidlene kan ikke nyttes til dekning av driftsutgifter, og heller ikke til tiltak som vil medføre driftsutgifter for institusjonen eller som kan påregnes å ville få budsjettmessige konsekvenser, med mindre saken på forhånd er godkjent av bevilgende myndigheter.

I saker som vedrører anskaffelse av varige trivselsgoder som f.eks. fast eiendom til feriested, bil eller annen formuesgjenstand av betydelig verdi, treffes avgjørelsen av styret.

Trivselsmidlene skal stå på særskilt bankkonto. Uttak av midler kan bare foretas av institusjonens ledelse eller den ledelsen gir fullmakt.

Det skal føres regnskap for bruken av midlene, og ved utgangen av hvert kalenderår skal trivselsrådet tilstilles regnskapsutdrag. Regnskapet skal undergis vanlig revisjon.

Departementet kan samtykke i at to eller flere institusjoner etablerer en felles trivselsordning.

§ 12 Vedtekter og opphør

Vedtektene skal godkjennes av departementet.

Vedtektene for trivselsordningen skal alltid angi:

1. Formålet med trivselsordningen.
2. Den institusjon, avdeling eller beboergruppering som trivselsordningen omfatter.
3. Størrelsen av innskudd, som pr. år ikke må overstige 25 prosent av folketrygdens grunnbeløp.
4. Trivselsrådets størrelse og sammensetning, dets oppgaver og regler for dets virksomhet.
5. Regler i tilknytning til opphør av medlemskap i og om opphør av trivselsordningen.

Ved opphør av trivselsordning skal departementet treffe nærmere bestemmelser om hvordan det skal forholdes med trivselsordningens midler.

§ 13 Rapport til fylkesmannen

Institusjonens ledelse, eller den som er bemyndiget til det, skal hvert år innen utløpet av februar måned sende rapport til fylkesmannen om de trivselstiltak som er gjennomført i foregående kalenderår. Rapporten skal inneholde en kortfattet omtale av de viktigste konkrete tiltak som er gjennomført, og ellers gi opplysninger om eventuelle muligheter for en ytterligere bedring av beboerens aktivitets- og trivselsmuligheter. Utdrag av regnskapet for felleskontoen skal følge rapporten som vedlegg.

§ 14 Klage

Vedtak som treffes i medhold av denne forskriften, kan klages inn til fylkesmannen.

13.5 Forslag til forskrift om vederlag for kommunale helse- og omsorgstjenester utenfor institusjon

Forskrift om vederlag for kommunale helse- og omsorgstjenester utenfor institusjon

Fastsatt av Helse- og omsorgsdepartementet XX desember 2011 med hjemmel i lov 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. § 11-2

(Merket med kursiv er materielle endringer sammenlignet med forskrift til sosialtjenesteloven §§ 8-1 andre ledd og 8-3 – 8-5.)

§ 1 Kommunens adgang til å fastsette betalingssetser mv. for praktisk bistand og opplæring

Kommunen kan selv fastsette regler for betaling av vederlag og betalingssetser for praktisk bistand og opplæring etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 6 bokstav b som ikke er personlig stell og egenomsorg, herunder for brukerstyrt personlig assistanse.

Vederlag kan bare kreves av den som mottar tjenesten. Dersom det ytes tjenester i hjemmet på grunn av et mindreårig barns hjelpebehov, anses hjelpen ytt til foreldrene.

Vederlaget må likevel ikke overstige kommunens egne utgifter til angjeldende tjeneste (selvkost). Betales tjenestene etter en abonnementsordning kan vederlaget ikke overstige kommunens samlede selvkost for tjenestene til den enkelte i den måneden abonnementet omfatter.

Selvkost beregnes til en gjennomsnittlig timelønn for den tjenesten som utføres, tillagt sosiale utgifter samt administrasjonsutgifter som skal utgjøre 10 prosent av timelønnen og sosiale utgifter. Tidsforbruket rundes av til nærmeste halvtime.

Vederlaget kan ikke settes høyere enn at vedkommende beholder tilstrekkelig til å dekke personlige behov og bære sitt ansvar som forsørger.

Det kan ikke kreves dekning i vedkommendes formue.

§ 2 Samlet inntektsgradert utgiftstak for praktisk bistand og opplæring

Når kommunen bestemmer det maksimale vederlag en person skal betale pr. år for tjenester som nevnt i § 1 skal betalingen beregnes på grunnlag av husstandens samlede skattbare nettoinntekt før særfradrag. Siste tilgjengelige skatteligning pr. 1. januar i det aktuelle året legges til grunn med mindre inntekten er vesentlig endret. Til inntekten legges også hjelpestønad fra folketrygden til hjelp i huset, mens omsorgslønn etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-6 skal trekkes fra inntektsgrunnlaget.

Dersom husstandens samlede skattbare nettoinntekt før særfradrag er under 2 G, skal samlet vederlag for tjenester som nevnt i § 1 ikke overstige et utgiftstak på kroner 165 pr. måned.

Til husstanden regnes bare ektefeller eller samboere og i tillegg barn under 18 år, dersom hjelpen ytes på grunnlag av barnets omsorgs- eller pleiebehov.

Hvis et av husstandens medlemmer betaler vederlag for langtidsopphold etter forskrift XX.YY.ZZZZ om vederlag for opphold i institusjon eller mottar avkortede trygdeytelser på grunn av opphold utenfor hjemmet, regnes vedkommende ikke som medlem av husstanden etter bestemmelsen i andre ledd.

Departementet gir veiledende retningslinjer for beregningen av vederlag for tjenester som nevnt i § 1.

§ 3 Klage

Vedtak om betaling etter denne forskrift kan påklages til Fylkesmannen. Fylkesmannen kan prøve alle sider av vedtaket. Når det gjelder prøving av det frie skjønn, skal Fylkesmannen *legge stor vekt på hensynet til det kommunale selvstyret ved prøving av* vedtak om betaling for tjenester som nevnt i § 2.

13.6 Forslag til forskrift om vederlag for kommunal legehjelp og fysikalsk behandling

Forskrift om vederlag for kommunal legehjelp og fysikalsk behandling

Fastsatt av Helse- og omsorgsdepartementet XX desember 2011 med hjemmel i lov 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. § 11-2 andre ledd

(Endringene er merket med kursiv.)

§ 1

Den som har rett til medisinsk stønad etter lov om folketrygd skal betale vederlag for hjelp for lege eller fysioterapeut ansatt i kommunens *helse- og omsorgstjeneste*, dersom det ikke i forskrifter etter *folketrygdloven § 5-4 og 5-8* er bestemt at det skal ytes fri hjelp.

Det samme gjelder for den som har rett til slik stønad i henhold til gjensidighetsavtale med annet land om sosial trygghet, inngått i medhold av lov om folketrygd § 18-12.

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

§ 2

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

13.7 Forslag til forskrift om kommunal helse- og omsorgsinstitusjon

Forskrift om kommunal helse- og omsorgsinstitusjon

Fastsatt ved kongelig resolusjon XX desember 2011 med hjemmel i lov 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. § 3-2 andre ledd og lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell mv. § 3 fjerde ledd. Fremmet av Helse- og omsorgsdepartementet

§ 1 Institusjon etter helse- og omsorgstjenesteloven

Som institusjon etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 6 bokstav c regnes:

- a) Sykehjem
- b) Aldershjem
- c) Bolig med heldøgns helse- og omsorgstjenester for barn og unge under 18 år som bor utenfor foreldrehjemmet som følge av behov for tjenester, herunder avlastningsboliger
- d) Bolig med heldøgns helse- og omsorgstjenester for rusmiddelavhengige

Fylkesmannen avgjør i tvilstilfeller hva som skal regnes som institusjon etter helse- og omsorgstjenesteloven.

§ 2 Institusjon under den kommunale helse- og omsorgstjenesten etter pasientskadeloven

Som institusjon etter pasientskadeloven § 1 første ledd bokstav a regnes institusjon etter § 1 i forskriften her, med unntak av institusjoner der formålet med oppholdet primært ikke er å motta helsehjelp, herunder aldershjem og bolig med heldøgns helse- og omsorgstjenester til rusmiddelavhengige.

§ 3 Helseinstitusjon under helse- og omsorgstjenesteloven etter helsepersonelloven § 3

Som helseinstitusjon under helse- og omsorgstjenesteloven etter helsepersonelloven § 3, regnes institusjon etter § 1 i forskriften her, med unntak av aldershjem og bolig med heldøgns helse- og omsorgstjenester til rusmiddelavhengige.

§ 4 *Endring av forskriften*

Departementet kan endre denne forskriften.

13.8 Forslag til forskrift om helsepersonellovens anvendelse

Forskrift om helsepersonellovens anvendelse for personell som yter tjenester etter lov om kommunale helse- og omsorgstjenester

Fastsatt av Helse- og omsorgsdepartementet XX desember 2011 med hjemmel i lov 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. § 2-1 andre punktum

§ 1 Helsepersonellovens anvendelse for mottakere av omsorgslønn

Lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell m.v. kommer ikke til anvendelse for personer som mottar omsorgslønn etter lov om kommunale helse- og omsorgstjenester § 3-6, jf. denne lovens § 2-1 andre punktum.

§ 2 Dokumentasjonsplikt for personer som yter tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven som ikke er å anse for helsehjelp

Helsepersonelloven kapittel 8 kommer ikke til anvendelse for personer som yter tjenester etter lov om kommunale helse- og omsorgstjenester som ikke er å anse for helsehjelp, jf. helsepersonelloven § 3 tredje ledd.

13.9 Forslag til forskrift om rett til helse- og omsorgstjenester til personer uten fast opphold i riket

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

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

§ 1 Rett til vurdering fra spesialisthelsetjenesten

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

§ 2 Fulle rettigheter til helsehjelp

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

- a) a) har fast opphold i riket, det vil si opphold som er ment å vare eller har vart minst 12 måneder, eller
- b) er medlemmer av folketrygden med rett til stønad ved helsetjenester, eller

- c) har rett til helsehjelp i henhold til gjensidighetsavtale med annen stat (konvensjonspasienter).

§ 3 Rett til øyeblikkelig hjelp

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

§ 4 Barns rett til helse- og omsorgstjenester

Personer under 18 år som ikke oppfyller vilkårene etter § 2 har, i tillegg til øyeblikkelig hjelp som nevnt i § 3, rett til hjelp etter pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1a andre ledd og § 2-1b andre ledd første og andre punktum og §§ 2-3 til 2-5, med mindre hensynet til barnet tilsier at hjelpen ikke skal ytes.

§ 5 Rett til helsehjelp som ikke kan vente mv.

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

- a) helsehjelp som er helt nødvendig og ikke kan vente uten fare for nært forestående død, varig sterkt nedsatt funksjonstilstand, alvorlig skade eller sterke smerter. Dersom vedkommende er psykisk ustabil og utgjør en nærliggende og alvorlig fare for eget eller andres liv eller helse, har vedkommende uansett rett til psykisk helsevern
- b) nødvendig helsehjelp før og etter fødsel
- c) svangerskapsavbrudd etter bestemmelsene i abortloven
- d) smittevernhjelp, jf. smittevernloven § 6-1
- e) helsehjelp som ikke bør vente til frihetsberøvelsen er opphørt, dersom vedkommende er undergitt frihetsberøvelse som nevnt i folketrygdloven § 2-17.

§ 6 Rett til nødvendig omsorg

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

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

§ 7 Rett til helse- og behandlingmessige opplysninger

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

§ 8 Dokumentasjon av at opphold er lovlig

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

§ 9 Endring av forskriften

Departementet kan endre denne forskriften.

§ 10 Ikraftsetting

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

13.10 Forslag til forskrift om oppjustering av driftsavtalehjemler 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.