

Forskrift om kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten og kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter

Fastsatt av Helse- og omsorgsdepartementet 18. november 2011 med hjemmel i lov 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. §§ 11-3 og 11-4 tredje ledd.

Kapittel 1. Formål og virkeområde

§ 1 Formål

Forskriften skal bidra til bedre arbeidsfordeling mellom tjenestenivåene i helse- og omsorgstjenesten, skape gode pasientforløp og kostnadseffektive løsninger som kan gi pasienter et like godt eller bedre tilbud i kommunens helse- og omsorgstjeneste som i spesialisthelsetjenesten.

§ 2 Virkeområde

Forskriften regulerer kommunens medfinansieringsansvar for egne innbyggers behandling innen somatikk i spesialisthelsetjenesten og betaling for utskrivningsklare pasienter som blir liggende på sykehus i påvente av et kommunalt tilbud. Med egne innbyggere menes personer som er folkeregistrert i kommunen.

Forskriften gjelder ved behandling i offentlige sykehus og private sykehus som har avtale med regionalt helseforetak, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a sjette ledd.

Forskriften gjelder ikke

- a) behandling hos privatpraktiserende avtalespesialister
- b) behandling innen psykisk helsevern
- c) tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengige
- d) opphold i private rehabiliteringsinstitusjoner
- e) polikliniske laboratorie- og røntgentjenester.

Kapittel 2. Kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten

§ 3 Kommunens medfinansieringsplikt for pasientbehandling i spesialisthelsetjenesten

Kommunen skal medfinansiere behandlingen av kommunens pasienter i spesialisthelsetjenesten etter systemet for diagnoserelaterte grupper (DRG-systemet).

Medfinansieringsplikten gjelder ikke for innleggelser og polikliniske konsultasjoner gruppert til diagnoserelaterte grupper med følgende hovedinnhold

- a) kirurgiske inngrep
- b) fødsler
- c) behandling av nyfødte barn
- d) behandling med nærmere bestemte kostbare legemidler.

Departementet fastsetter den konkrete DRG-baserte avgrensningen av hvilke somatiske tjenestetyper som omfattes av kommunal medfinansiering gjennom regelverket for innsatsstyrt finansiering.

§ 4 Kommunens medfinansieringsandel

Medfinansieringsandelen er 20 prosent av prisen for ett DRG-poeng.
Medfinansieringsandelen skal likevel ikke overstige mer enn 20 prosent av inntil fire DRG-poeng for ett enkeltopphold.

Prisen for ett DRG-poeng i kommunal medfinansiering fastsettes i statsbudsjettet.

§ 5 Datagrunnlag for beregning av kommunens medfinansiering

Grunnlaget for beregning av kommunal medfinansiering er data fra Norsk pasientregister.

§ 6 Administrasjon av det økonomiske oppgjøret

Helsedirektoratet utarbeider grunnlaget for det økonomiske oppgjøret ved kommunal medfinansiering i henhold til bestemmelsene i dette kapitlet.

Kapittel 3. Kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter

§ 7 Vurdering av en pasient som legges inn på sykehus

Når en pasient legges inn på sykehus, skal helsepersonellet på sykehuset gjøre en vurdering av om pasienten kan ha behov for hjelp fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten etter utskrivning fra sykehuset.

§ 8 Varsling til kommunen om innlagt pasient

Viser vurderingen etter § 7 at pasienten kan ha behov for hjelp fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten etter utskrivning, skal sykehuset varsle kommunen om dette innen 24 timer etter innleggelsen. Dersom vurderingen tilsier at pasienten ikke har behov for hjelp etter utskrivning, men dette endrer seg i løpet av sykehusoppholdet, skal fristen løpe fra det tidspunktet det blir klart at et slikt behov foreligger.

Varselet etter første ledd skal inneholde

- a) pasientens status
- b) antatt forløp
- c) forventet utskrivningstidspunkt.

Dersom det antas å være behov for omfattende eller langvarig behandling på sykehus, eller det på grunn av pasientens helsetilstand ikke er mulig å foreta vurderingene etter andre ledd innen 24 timer etter innleggelsen, skal vurderingene foretas og kommunen varsles så snart det lar seg gjøre.

Sykehuset skal varsle kommunen dersom det blir endringer i forventet utskrivningstidspunkt eller hjelpebehov.

§ 9 Vilkår for at en pasient er utskrivningsklar

En pasient er utskrivningsklar når lege på sykehus vurderer at det ikke er behov for ytterligere behandling i spesialisthelsetjenesten. Vurderingen skal være basert på en individuell helsefaglig vurdering, og følgende punkter skal være vurdert og dokumentert i pasientjournalen

- a) problemstillingen(e) ved innleggelse, slik disse var formulert av innleggende lege, skal være avklart
- b) øvrige problemstillinger som har fremkommet skal være avklart

- c) dersom enkelte spørsmål ikke avklares skal dette redegjøres for
- d) det skal foreligge et klart standpunkt til diagnose(r), og videre plan for oppfølging av pasienten
- e) pasientens samlede funksjonsnivå, endring fra forut for innleggelsen, og forventet framtidig utvikling skal være vurdert.

§ 10 Varsel til kommunen om utskrivningsklar pasient

Når en pasient er definert som utskrivningsklar, jf. § 9, skal sykehuset straks varsle kommunen. Dette gjelder ikke utskrivningsklare pasienter som ikke har behov for et kommunalt helse- og omsorgstjenestetilbud.

§ 11 Melding til sykehuset om når kommunen kan ta imot pasienten

Kommunen skal etter å ha mottatt varsel om en utskrivningsklar pasient, jf. § 10, straks gi beskjed om kommunen kan ta imot pasienten. Dette gjelder ikke dersom det foreligger omstendigheter utenfor kommunens kontroll som hindrer dette.

Dersom kommunen ikke kan ta imot pasienten, skal sykehuset varsles om når et kommunalt tilbud antas å være klart. Kommunen skal straks gi beskjed når et kommunalt tilbud er klart for pasienten.

§ 12 Overføring av utskrivningsklar pasient fra sykehuset til kommunen

Sykehuset kan overføre utskrivningsklar pasient når kommunen har bekreftet at et kommunalt helse- og omsorgstjenestetilbud til pasienten er klart.

Ved utskrivning fra sykehuset skal epikrise eller tilsvarende informasjon sendes det helsepersonell som trenger opplysningene for å kunne gi pasienten forsvarlig oppfølging, jf. forskrift om pasientjournal § 9.

§ 13 Betaling for utskrivningsklare pasienter på sykehus i påvente av et kommunalt tilbud

Kommunen skal betale for utskrivningsklare pasienter som er innlagt i sykehus i påvente av et kommunalt helse- og omsorgstjenestetilbud.

Betalingsplikten inntreffer fra og med det døgnet pasienten blir erklært utskrivningsklar og vilkårene i §§ 8 til 10 er oppfylt, og kommunen har gitt beskjed om at den ikke kan ta imot pasienten. Betalingsplikten inntreffer også dersom kommunen ikke har svart på varselet etter § 10 om utskrivningsklar pasient.

Sykehuset skal rapportere at pasienten er utskrivningsklar til Norsk pasientregister når vilkårene i andre ledd er oppfylt.

Døgnpris for opphold for utskrivningsklar pasient i sykehus fastsettes i statsbudsjettet.

§ 14 Krav på redegjørelse

Kommunen kan kreve å få en redegjørelse for de vurderinger sykehuset har foretatt etter § 9. Redegjørelsen skal inneholde tilstrekkelig og nødvendig informasjon slik at kommunen kan etterprøve vurderingene foretatt av sykehuset.

De alminnelige regler om taushetsplikt gjelder ved utlevering av opplysninger etter første ledd.

§ 15 Det økonomiske oppgjøret

De regionale helseforetakene skal sørge for at det sendes regning til kommunen for betaling av utskrivningsklare pasienter som er blitt liggende på sykehus i påvente av et kommunalt tilbud, jf. § 13.

Kapittel 4. Ikrafttredelse

§ 16 Ikrafttredelse

Forskriften trer i kraft 1. januar 2012. Fra samme tidspunkt oppheves forskrift 16. desember 1998 nr. 1447 om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter.

Merknader til forskriften om kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten og kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter

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

Generell merknad

Forskriften er generelt utformet. For å få til et godt samarbeid er det viktig at forskriften tilpasses lokale forhold. Det varierer hvordan ulike helseregioner og kommuner har organisert sitt helse- og omsorgstjenestetilbud. Det er derfor viktig at partene, dvs. de regionale helseforetakene (helseforetakene) og kommunene, i de lovpålagte samarbeidsavtalene forsøker å løse de ulike lokale utfordringene i samarbeidet mellom tjenestenivåene. Det innebærer at for en del problemstillinger som ikke løses på et generelt nivå i forskriften, legges det opp til at partene finner gode lokale løsninger. Et eksempel kan være å etablere faste kontaktpunkter på begge tjenestenivåene eller rutiner for hvordan varsel mellom partene skal foregå i forbindelse med utskrivningsklare pasienter. I den forbindelse vises det til helse- og omsorgstjenesteloven § 6-2 nr. 5 hvor det fremgår at partene skal avtale retningslinjer for samarbeid om utskrivningsklare pasienter som antas å ha behov for kommunale tjenester etter utskrivning fra institusjon. Videre fremgår det av samme bestemmelse nr. 2, at partene skal bli enige om retningslinjer for samarbeid i tilknytning til innleggelse, utskrivning, habilitering, rehabilitering og lærings- og mestringstilbud for å sikre helhetlige og sammenhengende helse- og omsorgstjenester med behov for koordinerte tjenester.

Kommunene vil få overført over 5,6 milliarder kroner i 2012 i forbindelse med innføringen av samhandlingsreformen. Midlene skal gå til kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten og kommunalt betalingsansvar for utskrivningsklare pasienter. Midlene blir fordelt til kommunene gjennom inntektssystemet for kommunene etter alderssammensetningen i befolkningen. Når det gjelder midlene til utskrivningsklare pasienter, kan de brukes til å bygge opp gode lokale tilbud i kommunen for å ta imot utskrivningsklare pasienter, eller til å betale sykehuset dersom slike tilbud enda ikke er opprettet i kommunen. Overføringen er basert på historiske tall for utskrivningsklare pasienter (2007-2009) og tar utgangspunkt i en betalingssats på 4 000 kroner i 2012 og 140 000 liggedøgn.

Det skal i 2011 igangsettes en følgeevaluering av samhandlingsreformen i regi av Norges forskningsråd. Følgeevalueringen skal gi nyttig informasjon gjennom planperioden. I tillegg vil departementet etablere et forvaltningsmessig følge med-opplegg, og vurdere eventuelle justeringer dersom dette er nødvendig.

For å begrense den økonomiske risikoen for små kommuner omfatter kommunens medfinansieringsplikt ikke kirurgi, fødsler, behandling av nyfødte barn og behandling med kostbare legemidler. I tillegg er det satt et øvre tak på om lag kr 30 000 (2012-tall) for enkeltopphold som omfattes av ordningen. Helse- og omsorgsdepartementet og Helsedirektoratet vil fortløpende følge utviklingen mht. kommunal medfinansiering og utskrivningsklare pasienter, herunder situasjonen vedrørende gjentatte innleggelser for samme sykdom, og vurdere endringer dersom ordningene får uheldige eller utilsiktede virkninger.

Spesielle merknader

Kapittel 1. Formål og virkeområde

Til § 1 Formål

Forskriftens formål er å bidra til bedre arbeidsfordeling mellom tjenestenivåene i helse- og omsorgstjenesten, skape gode pasientforløp og kostnadseffektive løsninger som kan gi pasienter et like godt eller bedre tilbud i kommunens helse- og omsorgstjeneste som i spesialisthelsetjenesten. Kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten og kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter skal bidra til denne utviklingen.

Det er likevel viktig å understreke at denne forskriften ikke skal regulere hvor pasienten skal få behandling, eller i hvilket omfang pasienten skal gis tilbud om behandling. Dette følger av andre bestemmelser i helselovgivningen, for eksempel i pasient- og brukerrettighetsloven, helse- og omsorgstjenesteloven, spesialisthelsetjenesteloven og helsepersonelloven. Det grunnleggende er at pasienten skal få forsvarlig behandling. Vurderingen av hvor pasienten skal få behandling og i hvilket omfang pasienten skal få behandling, skal ta utgangspunkt i en helsefaglig forsvarlighetsvurdering.

Til § 2 Virkeområde

Forskriften regulerer to ulike ordninger. Den første ordningen er kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten. Denne ordningen reguleres i forskriftens kapittel 2. Den andre ordningen er kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter som reguleres i forskriftens kapittel 3.

I *første ledd* avgrenses kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten til kun å gjelde behandling innen somatikk. Videre avgrenses kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter til kun å gjelde utskrivningsklare pasienter som blir liggende på sykehus i påvente av et kommunalt tilbud. For begge ordningene presiseres det at betalingsplikten er relatert til personer som er folkeregistrert i kommunen. Dette innebærer at det er kommunen hvor pasienten er folkeregistrert som skal betale for pasientens opphold på sykehus, enten det gjelder kommunal medfinansiering eller i tilfeller hvor vedkommende oppholder seg der i påvente av et kommunalt helse- og omsorgstjenestetilbud.

I *andre ledd* presiseres det at forskriften gjelder ved behandling i offentlige sykehus og private sykehus som har avtale med et regionalt helseforetak, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a sjette ledd. Presiseringen er en naturlig konsekvens av at de regionale helseforetakene inngår avtale med andre private sykehus om levering av helsetjenester. Det innebærer at behandling ved private sykehus uten avtale med et regionalt helseforetak ikke er omfattet av ordningene.

Det fremgår av *tredje ledd* at visse typer behandling og behandling hos bestemte tjenesteytere, ikke er omfattet i ordningene med kommunal medfinansiering og betaling for utskrivningsklare pasienter.

Kapittel 2. Kommunal medfinansiering

Til § 3 Kommunens medfinansieringsplikt for pasientbehandling i spesialisthelsetjenesten

Det følger av *første ledd* at kommunen skal finansiere deler av behandlingen av kommunens pasienter i spesialisthelsetjenesten etter systemet for diagnoserelaterte grupper. Det innebærer at kommunen skal delvis dekke sykehusets kostnader for behandling av somatiske pasienter.

Kommunal medfinansiering baserer seg på ordningen med innsatsstyrt finansiering (ISF). Gjennom innsatsstyrt finansiering gjøres deler av budsjettet til regionale helseforetak avhengig av hvor mange, og hvilke pasienter som får behandling etter systemet for diagnoserelaterte grupper (DRG). Dette systemet klassifiserer sykehusaktivitet i ulike grupper basert på medisinsk og administrativ informasjon i sykehusenes pasientadministrative systemer. Disse kodene danner ikke bare grunnlaget for innsatsstyrt finansiering og kommunal medfinansiering, men også for forskning, statistikk og styringsinformasjon.

ISF-systemet gjør det mulig å sammenlikne sykehus selv om de behandler forskjellige pasienter. Hver enkelt DRG har en kostnadsvekt som er en relativ størrelse som uttrykker hva oppholdene koster i forhold til gjennomsnittspasienten. Aktivitetsutviklingen i ISF-ordningen måles i antall DRG-poeng. En kostnadsvekt på 1 tilsvarer ett DRG-poeng.

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 kostnadene. Målet er å ha en mest mulig oppdatert finansieringsordning, men medisinsk praksis endres kontinuerlig og det vil ikke være mulig å være à jour med den medisinskfaglige utviklingen til enhver tid. Helsedirektoratet har helhetlig ansvar for forvaltning og utvikling av aktivitetsbaserte finansieringsordninger og arbeider systematisk med å gjøre ISF-ordningen mest mulig riktig.

Det følger av *andre ledd* at kommunens medfinansieringsplikt ikke omfatter DRG-er som har kirurgi, fødsler, behandling av nyfødte barn og behandling med kostbare legemidler som hovedinnhold. Som nevnt baserer kommunal medfinansiering seg på ISF-systemet, og den konkrete avgrensningen foretas der, jf. *tredje ledd*. For eksempel vil det være gråsoner mot hva som er å anse som kirurgi og hva som faller utenfor. Det innebærer at det vil fremgå av ISF-regelverket hvilke konkrete DRG-er som er omfattet av den kommunale medfinansieringsplikten. Helsedirektoratet har ansvar for å forvalte ISF-systemet og utarbeider årlige retningslinjer for ordningen. Regelverket for innsatsstyrt finansiering finnes på Helsedirektoratets hjemmesider.

De regionale helseforetakene er ansvarlige for at regelverket for innsatsstyrt finansiering gjøres kjent og følges i virksomheter som utfører helsetjenester på vegne av dem.

Til § 4 Kommunens medfinansieringsandel

I *første ledd første setning* fastslås det at kommunen som utgangspunkt skal medfinansiere 20 prosent av antall DRG-poeng for de typer pasientbehandling som er omfattet av ordningen. Det konkrete medfinansieringsbeløpet blir dermed fastsatt slik: antall DRG-poeng × prisen på ett DRG-poeng × 20 prosent = kommunal medfinansiering. Det gjelder likevel en begrensning på inntil 4 DRG-poeng for ett enkeltopphold, jf. *første ledd andre setning*. Maksimalt kommunalt medfinansieringsbeløp for ett enkeltopphold

blir dermed: $4 \text{ DRG-poeng} \times \text{prisen på ett DRG-poeng} \times 20 \text{ prosent} = \text{kommunal medfinansiering}$.

Det følger av *andre ledd* at prisen for ett DRG-poeng i kommunal medfinansiering fastsettes i statsbudsjettet. Prisen på ett DRG-poeng endres årlig. Prisen på ett DRG-poeng for 2012 er i statsbudsjettet fastsatt til kr 38 209.

Til § 5 Datagrunnlag for beregning av kommunens medfinansiering

Det følger av bestemmelsen at grunnlaget for den kommunale medfinansieringen er data fra Norsk pasientregister. Sykehusene rapporterer inn data til Norsk pasientregister som grunnlag for innsatsstyrt finansiering.

Medisinsk koding skal foretas i tråd med gjeldende nasjonal kodeveiledning fra Helsedirektoratet. Det skal være samsvar mellom den skriftlige journaldokumentasjonen og de medisinske opplysningene som er kodet. Den nasjonale kodeveiledningen oppdateres årlig. Helsedirektoratet klassifiserer den rapporterte aktiviteten (kodene) etter systemet for diagnoserelaterte grupper (DRG).

Til § 6 Administrasjon av det økonomiske oppgjøret

Det følger av bestemmelsen at det er Helsedirektoratet som skal utarbeide grunnlaget for det økonomiske oppgjøret ved kommunal medfinansiering i henhold til bestemmelsene i dette kapitlet. Det etableres følgende en sentralisert oppgjørsordning basert på data rapportert til Norsk pasientregister. Datagrunnlaget for kommunal medfinansiering vil være det samme som datagrunnlaget for ISF-ordningen. Helsedirektoratet beregner a konto-beløpene og formidler disse til de regionale helseforetakene og kommunene sammen med oversikt over forfallsdatoer og kontonummer m.v. Betalingsbeløpet per måned beregnes a konto.

Kommunene betaler til regionale helseforetak konto i 12 terminer, med to tertialvise avregninger i løpet av året, i tillegg til en samlet årsavregning. Kommunene gjennomfører betalingene gjennom sine respektive økonomisystemer og bankforbindelser i tråd med spesifikasjonene fra Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet holder til en hver tid oversikt over a konto-beløpenes størrelser for hver kommune og endringer i disse, samt over resultatet av foreløpige avregninger og endelig årsavregning. De regionale helseforetakene forestår betalingsoppfølging basert på opplysninger formidlet av Helsedirektoratet.

Tidspunktet for betaling hver måned vil fremgå av Helsedirektoratets hjemmesider.

Kapittel 3. Kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter

Til § 7 Vurdering av en pasient som legges inn på sykehus

For å sikre at det på et så tidlig stadium som mulig i pasientforløpet blir klarlagt om pasienten trenger hjelp fra kommunen etter utskrivning fra spesialisthelsetjenesten, skal sykehuset foreta en slik vurdering av pasienten ved innleggelsen. Det innebærer at vurderingen skal foretas så tidlig som mulig. Bestemmelsen sier ikke noe uttrykkelig om hvem som skal foreta denne vurderingen, utover at det skal være en vurdering foretatt av helsepersonell. Det er opp til sykehuset å finne gode og forsvarlige rutiner for denne innledende vurderingen.

Dersom vurderingen tilsier at pasienten ikke vil ha behov for hjelp etter at pasienten er ferdig behandlet i spesialisthelsetjenesten, kan sykehuset i utgangspunktet se bort fra de øvrige prosesskravene i forskriften. Bestemmelsen må likevel sees i sammenheng med forskriften § 8. Selv om den innledende vurderingen tilsier at pasienten ikke vil ha behov for hjelp fra kommunen ved utskrivning, kan dette endre seg i løpet av sykehusoppholdet. Sykehuset må følgelig til enhver tid vurdere om pasienten kan ha behov for hjelp etter utskrivning fra sykehuset, jf. § 8 første ledd andre setning.

Til § 8 Varsling til kommunen om innlagt pasient

I *første ledd første setning* fremgår det at sykehuset skal varsle kommunen innen 24 timer dersom den innledende vurderingen etter § 7 viser at pasienten har behov for hjelp etter utskrivning fra sykehuset. Fristen begynner å løpe fra det tidspunktet pasienten ble skrevet inn på sykehuset. Det innebærer at varselet til kommunen skal gå senest 24 timer etter selve innleggelsen. Likevel kan og bør sykehuset straks varsle kommunen etter at vurderingen av om pasienten har behov for hjelp er foretatt. Det vil si at dersom vurderingen etter § 7 er foretatt for eksempel 4 timer etter innleggelse, og man har tilstrekkelig informasjon for å foreta varsel til kommunen etter denne vurderingen, bør varselet til kommunen gå allerede på dette tidspunktet. Dette gjelder særlig i tilfeller hvor pasienten forventes utskrevet relativt kort tid etter innleggelsen.

Det fremgår av *første ledd andre setning* at selv om den innledende vurderingen etter § 7 tilsier at det ikke er behov for hjelp i fra kommunen ved utskrivning, kan dette endre seg i løpet av sykehusoppholdet. Sykehuset må følgelig til enhver tid vurdere behovet for pasienten etter utskrivning fra sykehuset. Ny 24-timers frist for varsel til kommunen begynner å løpe fra det tidspunktet vurderingen av at pasienten har behov for hjelp etter utskrivning fra sykehuset er foretatt.

I *andre ledd* fremgår det hva varselet til kommunen som et minimum skal inneholde. Varselet skal inneholde pasientens status på tidspunktet for varslingen, antatt forløp og når det kan forventes at pasienten skrives ut. Det er likevel ikke noe i veien for at sykehuset gir mer informasjon dersom dette vil være av betydning for hvordan kommunen skal innrette seg frem mot tidspunktet for utskrivning. Det er viktig å understreke at varselet ikke skal bestemme eller gi uttrykk for hvilket tilbud pasienten skal ha i kommunen etter utskrivning. Det er opp til kommunen å vurdere hvilket tilbud og hvilket omfang tilbudet til pasienten skal ha etter utskrivning, og om tilbudet i kommunen totalt sett er forsvarlig.

I *tredje ledd* gis det unntak fra plikten til å varsle kommunen innen 24 timer. I en del tilfeller vil det være vanskelig å foreta en tidlig vurdering av hvilken hjelp det vil være behov for etter utskrivning. Dette kan enten være fordi det er behov for langvarig behandling på sykehuset, eller at det er en så omfattende behandling pasienten skal gjennomgå, at det er vanskelig å forutsi hvilken hjelp det kan være behov for etter utskrivning. I andre tilfeller kan pasientens status være så uklar i perioden etter innleggelsen, at det ikke vil det ikke være hensiktsmessig å varsle kommunen, da informasjonen vil være helt eller delvis ufullstendig. I slike tilfeller hvor det ikke er mulig eller hensiktsmessig å foreta varsling til kommunen 24 timer etter innleggelsen, plikter sykehuset så snart det lar seg gjøre å foreta en vurdering og varsle kommunen. Det

innebærer at sykehuset fortløpende må vurdere om når det er mulig å foreta en varsling til kommunen.

Det fremgår av *fjerde ledd* at sykehuset skal varsle kommunen dersom det blir endringer i forventet utskrivningstidspunkt og forventet hjelpebehov. Det vil si i de tilfeller hvor sykehuset har varslet kommunen, men hvor tilstanden for pasienten endrer seg slik at den opprinnelige informasjonen ikke lenger er riktig eller er ufullstendig. I mange tilfeller vil pasientens status og hjelpebehov endre seg i løpet av sykehusoppholdet. Det er da viktig at kommunen får denne informasjonen, og ikke baserer seg feilaktig på den informasjonen som fremkom av det første varslet. Sykehuset plikter derfor å holde kommunen informert om endringer som har betydning for innretning og omfang på den hjelp som kommunen skal yte til vedkommende pasient etter utskrivning. På samme måte plikter sykehuset å holde kommunen informert dersom utskrivningstidspunktet som det er varslet om endres. Dette for å sikre at kommunen ikke unødvendig holder av for eksempel en sengeplass på institusjon for en utskrivningsklar pasient.

Til § 9 Vilkår for at en pasient er utskrivningsklar

I *første ledd første setning* fremgår det at en pasient er utskrivningsklar når lege på sykehus vurderer at det ikke er behov for ytterligere behandling i spesialisthelsetjenesten. Det innebærer at dersom pasient er innlagt på en avdeling på et sykehus, men skal overføres til en annen avdeling, et annet sykehus eller annen behandling i spesialisthelsetjenesten, er pasienten ikke å regne som utskrivningsklar i forskriftens forstand. Det er lege på sykehus som skal fatte avgjørelsen om pasienten er utskrivningsklar.

Det er likevel presisert i *første ledd andre setning* at denne avgjørelsen skal være basert på en individuell helsefaglig vurdering. Det innebærer at legen må gjøre denne vurderingen i samråd med annet helsepersonell på sykehuset, som for eksempel sykepleier. I tillegg til den individuelle helsefaglige vurderingen, skal visse punkter være vurdert og dokumentert i pasientjournalen. Dette er en videreføring av de kravene som fremgikk av forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter i § 3. Det er imidlertid ett krav som ikke er videreført, og det er nr. 4 i dagens forskrift § 3 om blant annet videre plan for oppfølging av pasienten. Innholdet i dette kravet er i all hovedsak ivaretatt i forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator.

Til § 10 Varsel til kommunen om utskrivningsklar pasient

Det følger av *første ledd første setning* at sykehuset straks skal varsle kommunen når pasient er definert som utskrivningsklar. Det vil si når vilkårene i § 9 er oppfylt. Av pedagogiske hensyn er det tatt inn i *første ledd andre setning* at dette ikke gjelder pasienter som ikke har et behov for helse- og omsorgstjenester fra kommunen etter utskrivning.

Til § 11 Melding til sykehuset om når kommunen kan ta imot pasienten

I *første ledd første setning* fremgår det at kommunen straks skal gi beskjed til sykehuset om de kan ta imot pasienten etter å ha mottatt varsel om utskrivningsklar pasient fra sykehuset. Med "straks" menes så snart det lar seg gjøre for kommunen å avgi svar. Det innebærer ikke at kommunen kan avvente med å gi svar fordi varsel er kommet

etter ordinær arbeidstid eller fordi kommunen ikke er bemannet slik at det er mulig å avgi svar straks. Plikten til å avgi svar straks gjelder i utgangspunktet hele døgnet. Det skal bemerkes at det følger av pasient- og brukerrettighetsloven § 2-7 første ledd at forvaltningsloven kapittel IV og V om enkeltvedtak ikke gjelder ved vedtak om rett til nødvendige helse- og omsorgstjenester. Kommunen trenger derfor i utgangspunktet ikke å treffe enkeltvedtak ved overføring av pasient fra sykehus til kommunen, og det er således ingen forvaltningsmessige hindringer for at pasienten kan mottas straks. For vedtak om tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-2 første ledd bokstav nr. 6 som forventes å vare lenger enn to uker, gjelder likevel reglene i forvaltningsloven om enkeltvedtak. I slike tilfeller må kommunen fatte et vedtak i etterkant, dersom en forsvarlighetsvurdering tilsier at vedkommende pasient bør ha for eksempel institusjonsplass i mer enn to uker etter utskrivning fra sykehus. Rett til nødvendige helse- og omsorgstjenester oppstår når behovet for hjelp er til stede, og ikke fra det tidspunktet vedtaket er fattet.

Det er imidlertid svært viktig at kommunen og sykehuset i de lovpålagte samarbeidsavtalene blir enige om gode rutiner for varsling mellom partene, slik at overføring av utskrivningsklare pasienter kan skje på en rask og god måte. Sykehusene har normalt rutiner for når pasienter blir skrevet ut, og dette skjer vanligvis på dagtid. Sykehusene bør derfor normalt søke å varsle om utskrivningsklar pasient på dagtid.

I *første ledd andre setning* gis det et unntak fra plikten til å gi beskjed straks. Unntaket gjelder når det er foreliggende omstendigheter utenfor kommunens kontroll som ikke gjør det mulig for kommunen å avgi svar straks. Dette er en snever unntaksregel, og vil som regel kun være aktuell når IKT-systemer eller andre kommunikasjonssystemer som brukes ved varsling til sykehuset er ute av drift. Varsel til sykehuset skal foretas så snart det lar seg gjøre etter at de omstendigheter som har medført at det ikke har vært mulig å avgi svar, er rettet opp eller ikke lenger er til stede.

Det følger av *andre ledd første setning* at dersom kommunen ikke kan ta imot pasienten, skal kommunen varsle sykehuset om når man antar at man kan ta imot pasienten. Med andre ord har kommunen to valg når man mottar varsel om utskrivningsklar pasient fra sykehuset, enten gi beskjed om at man kan ta imot pasienten eller gi beskjed om når man kan ta imot pasienten, for eksempel om to dager. I *andre ledd andre setning* fremgår det at dersom kommunen først har gitt beskjed om at de ikke kan ta imot pasienten og gitt et tidspunkt til sykehuset om når man antar at man kan ta imot pasienten, skal kommunen straks gi beskjed når tilbudet til pasienten er klart.

Til § 12 Overføring av utskrivningsklar pasient fra sykehuset til kommunen

Av *første ledd* fremgår det sykehuset kan overføre utskrivningsklar pasient etter at kommunen har bekreftet at de er i stand til å ta imot pasienten. Det innebærer at sykehuset har en plikt til å ta vare på pasienten frem til kommunen har gitt beskjed om at vedkommende pasient kan tas imot. Videre er det sykehuset som har ansvaret for at pasienten fysisk overføres til kommunen, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a første ledd nr. 6. Det innebærer at dersom pasienten blir liggende på sykehuset etter at kommunen har gitt beskjed om de kan ta imot pasienten, inntreffer ikke betalingsplikten. Det

er viktig at partene i de lovpålagte samarbeidsavtalene blir enige om gode rutiner for overføring av utskrivningsklare pasienter fra sykehuset til kommunen.

I *andre ledd* er det presisert at sykehuset skal sende med epikrise eller tilsvarende informasjon ved utskrivning slik at det helsepersonellet som skal motta pasienten i kommunen kan gi pasienten forsvarlig oppfølging. Dette kravet følger i all hovedsak allerede av forskrift om pasientjournal § 9, men er tatt med av pedagogiske hensyn. Det er imidlertid et nytt tillegg ved at begrepet ”tilsvarende informasjon” er tatt inn. Dette er tatt med fordi epikrise i en del tilfeller ikke vil være ferdig på utskrivningstidspunktet, og det presiseres derfor at det i slike tilfeller ikke vil være nødvendige å sende denne, men at tilsvarende informasjon skal vedlegges. Pasienten kan motsette seg at epikrise eller tilsvarende informasjon utleveres, jf. helsepersonelloven § 45. I enkelte tilfeller vil imidlertid tungtveiende grunner gjøre det rettmessig at de opplysninger som er strengt nødvendig for å iverksette en forsvarlig oppfølging av pasienten utleveres. Det vises til merknadene til helsepersonelloven § 45 og merknadene til forskrift om pasientjournal §§ 8 og 10.

Til § 13 Betaling for utskrivningsklare pasienter på sykehus i påvente av et kommunalt tilbud

I *første ledd* fremkommer betalingsplikten. Kommunen skal betale for utskrivningsklare pasienter som er innlagt i sykehus i påvente av et kommunalt helse- og omsorgstjenestetilbud. Dette fremkommer også av helse- og omsorgstjenesteloven § 11-4 første ledd, men er tatt med av pedagogiske hensyn. Dette er pasienter kommunen i utgangspunktet er forpliktet både til å yte og finansiere tjenester til, jf. helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-1 og 11-1. Følgelig er kommunen pålagt en betalingsplikt for pasienter de i utgangspunktet skulle tatt ansvar for, men som blir liggende på sykehus i påvente av et kommunalt tilbud.

I *andre ledd første setning* reguleres når betalingsplikten inntre. Betalingsplikten inntre fra det tidspunkt spesialisthelsetjenesten har foretatt en konkret helsefaglig vurdering av pasienten og kommet frem til at pasienten er utskrivningsklar, og de prosessuelle vilkårene i §§ 8 til 10 er oppfylt, og kommunen har gitt beskjed om at den ikke kan ta imot pasienten. Det er altså tre hovedvilkår som må være oppfylt for at betalingsplikten skal inntre; 1) pasienten er definert som utskrivningsklar, 2) de prosessuelle vilkårene er oppfylt, og 3) kommunen har gitt beskjed om at de ikke kan ta imot pasienten. Betalingsplikten inntre fra og med den dagen disse vilkårene er oppfylt. I *andre ledd andre setning* presiseres det at betalingsplikten også vil inntre dersom de to første hovedvilkårene er oppfylt, men hvor kommunen ikke svarer sykehuset på varsel om utskrivningsklar pasient. Det innebærer at dersom kommunen ikke ”straks” gir beskjed om når den kan ta imot utskrivningsklar pasient, vil betalingsplikten inntre (forutsatt at de andre vilkårene er oppfylt). Betalingsplikten vil opphøre fra den dagen kommunen gir beskjed om at den kan ta imot pasienten, jf. § 11 andre ledd siste setning. Det er da sykehuset sitt ansvar å få overført pasienten til kommunen, jf. § 12.

Det følger av *tredje ledd* at sykehuset plikter å rapportere til Norsk pasientregister når en pasient er utskrivningsklar i forskriftens forstand. Det vil si at sykehuset først skal rapportere til Norsk pasientregister når alle vilkårene i forskriften er oppfylt.

Av *fjerde ledd* fremgår det at døgnpris for opphold for utskrivningsklar pasient i sykehus fastsettes i statsbudsjettet. Døgnprisen for 2012 er fastsatt i statsbudsjettet til 4000 kroner.

Til § 14 Krav på redegjørelse

Det følger av *første ledd* at kommunen kan kreve å få en redegjørelse for de vurderinger sykehuset har foretatt etter § 9. Bestemmelsen gir ikke rett til innsyn i pasientjournalen, men gir sykehuset en plikt til å gi nødvendig og tilstrekkelig informasjon til kommunen slik at den kan etterprøve hvorvidt vilkårene i § 9 er oppfylt. Det avgjørende er at kommunen får tilstrekkelig informasjon til å kunne foreta en egen vurdering av om vilkårene er oppfylt. Partene bør avtale hvilken informasjon som skal gis og hvordan denne informasjonen skal formidles til kommunen i de lovpålagte samarbeidsavtalene.

I *andre ledd* presiseres det at de alminnelige reglene om taushetsplikt gjelder ved utlevering av opplysninger etter første ledd. Det innebærer at kommunens kontrollbehov må ivaretas innenfor de rammer lovgivningen setter om utlevering av personsensitiv informasjon.

Til § 15 Det økonomiske oppgjøret

Det følger av bestemmelsen at de regionale helseforetakene skal sørge for at det sendes regning til kommunen for betaling av utskrivningsklare pasienter som er blitt liggende på sykehus i påvente av et kommunalt tilbud. Det legges følgelig opp til en desentralisert oppgjørsløsning, basert på beste praksis i dag, og slik at personvernmessige hensyn ivaretas. Det regionale helseforetaket kan bestemme at helseforetakene skal ha ansvaret for å sende regningene.

Det er det regionale helseforetaket som har ansvaret for at regningene er korrekte, det vil si at det er beregnet korrekt antall dager i henhold til bestemmelsene i dette kapitlet. Grunnlaget for det økonomiske oppgjøret skal være dokumentert gjennom rapportering til Norsk pasientregister. Videre forutsettes det at kommunene kan gjennomføre tilstrekkelig kontroller med betalingsgrunnlaget, likevel slik at personsensitive opplysninger ikke utleveres til andre enn dem som allerede er kjent med opplysningene. På Helsedirektoratets hjemmesider vil det bli publisert hva fakturaen kan og bør inneholde av informasjon, og hvorledes kommunene kan kontrollere fakturakravet basert på informasjon helse- og omsorgstjenesten i kommunen fra før har om den enkelte utskrivningsklare pasient.

Partene bør bli enige i de lovpålagte samarbeidsavtalene etter helse- og omsorgstjenesteloven § 6-1, om hvordan en eventuell uenighet vedrørende betaling skal løses. Et alternativ kan være å bruke det nasjonale tvisteløsningsorganet.

Kapittel 4. Ikrafttredelse

Til § 16 Ikrafttredelse

Forskriften trer i kraft samtidig som helse- og omsorgstjenesteloven, 1. januar 2012. Fra samme tidspunkt oppheves forskriften som reguler kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter.