

***«Forsøksordning med statlig
finansiering av omsorgstjenester»***

Rammer for forsøket og søknadsprosess

Vedlegg til sak 14/10386

Innholdsfortegnelse

| | | |
|-----|--|----|
| 1 | Om forsøket | 2 |
| 1.1 | Målsetting og rammer for modell A | 2 |
| 1.2 | Målsetting og rammer for modell B | 3 |
| 2 | Økonomiske rammer | 3 |
| 2.1 | Inntektspåslag | 4 |
| 3 | Finansiering - modell A | 5 |
| 3.1 | Prismodell | 5 |
| 4 | Finansiering - modell B | 6 |
| 5 | Kriterier for tjenestetildeling – modell A | 6 |
| 5.1 | Rutiner for arbeidsprosess | 7 |
| 5.2 | Tjenestekriterier | 8 |
| 6 | Roller og ansvar i forsøksordningen | 9 |
| 6.1 | Forberedelse av forsøket i kommunen | 9 |
| 6.2 | Avtale - modell A | 9 |
| 6.3 | Avtale – modell B | 11 |
| 7 | Rapportering | 12 |
| 8 | Evalueringsprosess | 12 |
| 9 | Søknadsprosess | 12 |

1 OM FORSØKET

Regjeringen har i statsbudsjettet for 2015 foreslått at det skal gjennomføres et forsøk med statlig finansiering av omsorgstjenestene. Forsøksordningen skal inkludere 20 kommuner og vare i 3 år med oppstart 01.05.16.

Forsøket skal ikke føre til en forringelse av tjenestene til nåværende og fremtidige brukere.

Det legges til grunn at forsøket skal omfatte to modeller (modell A og modell B)

- I kommuner innenfor modell A skal tjenester tildeles etter statlige tildelingskriterier, en retningsgivende budsjetttramme og en statlig finansierings- og prismodell. Eventuelle budsjettoverskridelser må dekkes av en statlig overslagsbevilgning.
- I kommuner innenfor modell B fortsetter kommunen å tildele tjenester som i dag. Midler til kommunen gis som et øremerket tilskudd fra Helsedirektoratet. Eventuelle budsjettoverskridelser må dekkes av kommunen selv.

Helsedirektoratet har fått i oppdrag å etablere et utredningsprosjekt for å forberede forsøket. Helsedirektoratet vil også få ansvaret for å gjennomføre forsøket. Helsedirektoratet har prosjektorganisert utrednings- og forberedelsene og betegner prosjektet «Statlig initierte omsorgstjenester» (SIO-prosjektet).

Helsedirektoratet inviterer herved kommuner til å søke om deltagelse i forsøket. Det vises til www.helsedir.no/sio for nærmere informasjon om søknadsprosess og søknadsskjema.

Deltagelse i forsøket er frivillig. Kommuner som søker bestemmer ikke selv hvilken modell de skal delta i. Helsedirektoratet vil fordele kommuner på de to modellene, med en jevn fordeling av kommuner i de to modellene.

Det påregnes en avviklingsperiode på tre år. Plan for avvikling vil tilpasses den enkelte kommune som deltar i forsøkets modell A og modell B. Overordnet plan for avvikling av forsøket vil være tilgjengelig på www.helsedir.no/sio innen utgangen av oktober 2015.

1.1 MÅLSETTING OG RAMMER FOR MODELL A

I forsøkets modell A skal det prøves ut om statlige tildelingskriterier og statlig finansiering gir økt likebehandling på tvers av kommunegrenser, samt riktigere behovsdekning. Ved tildeling av omsorgstjenester skal:

- Brukerne tilbys tjenester som er individuelt tilpasset den enkeltes behov
- Brukermedvirkning skal være satt i system
- Riktig kompetanse og kunnskapsgrunnlag skal benyttes i tildelingsprosessen
- Tilrettelagte arbeidsverktøy skal benyttes i tildelingsprosessen

Nåværende tildelingsansvarlige skal fortsette å håndtere tildelinger og opprettholder sitt ansettelsesforhold i kommunen. Forsøket innebærer ingen avvik fra arbeidsmiljøloven. Ansatte ved tildelingstjenesten inngår i et tett samarbeid med Helsedirektoratet og skal etter avtale mellom Helsedirektoratet og kommunen følge statlige kriterier for tjenestetildeling.

Plikten til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten, slik at tjenestens omfang og innhold er i samsvar med krav fastsatt i lov eller forskrift, jf helse- og omsorgstjenestelovens § 3-1, tredje ledd skal opprettholdes i forsøksperioden. Kommunens planleggingsansvar for å imøtekomme fremtidige behov innen omsorgstjenestene opprettholdes. Kommunen skal i forsøksperioden sikre nødvendige investeringer i heldøgns omsorgsplasser.

På samme måte som i dag vil kommunen stå ansvarlig for kvaliteten på tjenesten. Forsøket innebærer ingen avvik fra helse- og omsorgstjenesteloven sett fra brukers side. Klagehåndtering og tilsyn med tjenestene blir som i dag.

Forsøkets modell A skal evalueres, jf kapittel 8.

1.2 MÅLSETTING OG RAMMER FOR MODELL B

I forsøkets modell B skal det prøves ut om øremerket sektortilskudd til kommunen gir økt likebehandling på tvers av kommunegrenser, samt riktigere behovsdekning.

Plikten til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten, slik at tjenestens omfang og innhold er i samsvar med krav fastsatt i lov eller forskrift, jf helse- og omsorgstjenestelovens § 3-1, tredje ledd skal opprettholdes i forsøksperioden. Kommunens planleggingsansvar for å imøtekomme fremtidige behov innen omsorgstjenestene opprettholdes. Kommunen skal i forsøksperioden sikre nødvendige investeringer i heldøgns omsorgsplasser.

Forsøkets modell B skal evalueres, jf kapittel 8.

2 ØKONOMISKE RAMMER

Omsorgstjenestene finansieres i dag gjennom kommunens frie inntekter (skatteinntekter og rammetilskudd), egenbetaling fra brukere, inntekter fra evt. salg av tjenester, tilskudd fra eksisterende øremerkede ordninger, toppfinansieringsordningen for ressurskrevende tjenester og andre inntekter direkte knyttet til omsorgsvirksomheten.

I forsøksperioden vil finansieringen som stammer fra frie inntekter bortfalle. Øvrige inntekter videreføres som før.

Det legges til grunn at egenbetalingsordninger videreføres på samme reelle nivå, og at kommuner som deltar i forsøksordningen fortsatt utnytter de muligheter som ligger i eksisterende øremerkede tilskuddsordninger. Kommunene viderefører arbeidsgiveransvaret for sine ansatte på

tildelingskontoret, slik at retten til å kreve kompensasjon fra NAV for fravær, videreføres for forsøkskommunene på linje med andre kommuner.

Kommunene kompenseres for bortfall av frie inntekter tilsvarende kommunens netto driftsutgifter til omsorgstjenester året forut for forsøksperioden, tillagt den generelle veksten i kommunerammen (kompensasjon for lønns- og prisvekst, samt realinntektsvekst til blant annet å dekke demografiske endringer). Grunnlaget vil være foreløpige regnskapstall for 2015, jf. KOSTRA-publisering 15.3.2016, og uttrekket vil ta utgangspunkt i kommunenes netto driftsutgifter på KOSTRA-funksjonene 234, 253, 254 og 261. Dersom særskilte forhold skulle tilsi det, f.eks. dersom det har vært feilføringer på de respektive funksjonene e.l., vil det også kunne tas hensyn til dette i fastsettelsen av uttrekket.

- Kommuner som deltar i modell a kompenseres gjennom en kombinasjon av et øremerket tilskudd og en statlig prismodell.
- Kommuner som deltar i modell b kompenseres gjennom et øremerket tilskudd

Tabell 1: Omsorgstjenester som inngår i forsøksordningens modell A og B:

| Helsetjenester i hjemmet, inkl. i omsorgsbolig | Institusjonstjenester Sykehjem, barnebolig, institusjoner for rus/psykiatri | Avlastning | Dag og aktivitetstilbud | Personlig assistanse | Omsorgslønn |
|--|--|---|---|--|-------------|
| Hjemmesykepleie | Tidsbegrenset opphold – inkludert rullerende korttid | Avlastning besøkshjem / weekendhjem | Dagsenter for personer med nedsatt funksjonsevne | Praktisk bistand – daglige gjøremål | |
| Fysioterapi i hjemmet | Tidsbegrenset opphold – behandling / utredning /observasjon | Avlastning dagsenter | Dagsenter for eldre | Praktisk bistand - opplæring | |
| Ergoterapi i hjemmet | Tidsbegrenset opphold - rehabilitering | Avlastning timer/døgn i hjemmet | Dagsenter for demente | Praktisk bistand - BPA | |
| Trygghetsalarm | Langtidsopphold i institusjon | Avlastning institusjon / bolig | Ulike dag og aktivitetstilbud som gis i eget hjem | Støttekontakt | |
| Habilitering / rehabilitering i hjemmet | Langtidsopphold i institusjon – forsterket sykehjemsplass | Avlastning timer utenfor hjemmet | Aktivitetstilbud kan også gis på kveld og i helgene | Trygghetsalarm | |
| Hverdagsrehabilitering i hjemmet | Langtidsopphold i institusjon – skjermet sykehjemsplass | Barnebolig | Støttekontakt | Habilitering/ rehabilitering i hjemmet | |
| Innsatsteam | | Avlastning praktisk bistand husholdning | | Hverdagsrehabilitering i hjemmet | |
| | | Avlastning privat leverandør | | Innsatsteam | |
| | | Trygghetsalarm | | | |
| | | Støttekontakt | | | |

2.1 INNTEKTSPÅSLAG

Forsøkskommunene vil få et eget inntektspåslag tilsvarende 4 % av netto driftsutgifter til omsorgstjenester (grunnlaget som angitt i punkt 2.0). Inntektspåslaget er oppad begrenset til 25 mill.

kr. per år for en enkelt kommune. Påslaget vil bli gitt med 8 måneders effekt i 2016, 12 måneders effekt i 2017 og 2018, og 4 måneders effekt i 2019.

Utmålingen av det øremerkede tilskudd vil skje våren 2016, forut for forsøksperioden, men etter at forsøkskommunene er bestemt.

I modell A skal inntektpåslaget gå til tjenesteproduksjon. Inntil 500 000 kroner per kommune per år kan øremerkes til utgifter knyttet til prosjektgjennomføring i kommunene. I modell B gis inntektpåslaget som en del av det øremerkede tilskuddet til omsorgstjenester, uten ytterligere bindinger.

Inntektpåslaget vil etter at forsøket er avsluttet bli trappet ned over 3 år.

3 FINANSIERING - MODELL A

Budsjettmidler til utførerenhet, for å finansiere tjenester som tildeles den enkelte bruker, vil følge av vedtaket. Størrelsen på de budsjettmidler som følger tildelingen av tjenester vil bestemmes av en prismodell.

Kostnader som ligger fast, og som i liten grad påvirkes av vedtak om tildeling av tjenester til den enkelte bruker, blir tilført kommunen som en øremerket årlig rundsumstilskudd. Eksempler på slike kostnader er drift av tildelingskontor og den faste ledelsen i kommunens omsorgstjeneste. Rundsumstilskuddet vil også omfatte tjenester som kommunen tilbyr som åpne eller oppsøkende tjenester (eksempelvis eldresentre og oppsøkende hjemmebesøk) og uten at brukere må ha vedtak om denne tjenesten.

Ved oppstart av forsøket vil tjenestetildelingen og finansiering av tjenestene være knyttet til vedtak om tjenester som er fattet før forsøksordningen igangsettes. Den statlige kriterie- og prismodellen, vil gradvis bli innfaset i forsøksperioden. Midlene beholdes av staten og betales ut forskuddsvis a konto til kommunene, med etterskuddsvis avregning ut fra forbruk.

3.1 PRISMODELL

Størrelsen på de budsjettmidler som følger vedtak om tjenester eller annen form for tildeling av omsorgstjenester, vil følge av en felles prismodell for forsøkskommunene. Enhetsprisene (prisene for de ulike typer tjenester) blir bestemt av hva som er aktivitets/kostnadsdrivere for de enkelte tjenester. Nasjonale gjennomsnittssatser vil legges til grunn for prismodellen.

Prisene i prismodellen vil være felles for forsøkskommunene. Prisene vil likevel bli korrigert for ulikhet i arbeidsgiveravgiftssats, ulikheter i reiseavstand for tjenester i hjemmet. Kommuner som har høyere driftsutgifter enn det som følger av pris pr tjeneste må påregne omstilling eller dekning av merkostnader innenfor kommunens ramme så langt merutgiften ikke kan dekkes av inntektpåslaget.

Prismodellen vil for hjemmebaserte tjenester angi enhetspriser for de tjenester det gjøres vedtak om. For pleie og bistand i hjemmet vil enhetsprisen typisk være per vedtakstime, mens enhetspriser

for andre tjenester kan være per besøk, aktivitet eller annen form for tildeling. Det utvikles en tjenestemeny som gir oversikt over tjenester som inngår i prismodellen.

Prismodellen vil ta høyde for at kommunene kan ha etablert avtale med private/ideelle tilbydere i forkant av forsøksperioden, eller at det kan bli etablert slike avtaler i løpet av forsøksperioden.

For tjenester i institusjon, vil prismodellen angi pris per plass i flere nivå der de ulike nivåene reflekterer ulikheter i krav til bemanningsfaktor og kompetanse avhengig av brukerens funksjonsnivå. Korttidsplass og plass på skjermet enhet vil således utløse en høyere pris enn vedtak om ordinær langtidsplass på institusjon. Plassprisene vil inkludere kapitalkostnader og andre bygningsrealterte kostnader.

Direktoratet vil legge vekt på at prismodellen skal være mulig å praktisere. Det vil si at modellen er enkel nok til å forstås av de som skal bruke modellen, men samtidig i rimelig grad differensierer mellom ulikhet i kostnader ved å tilby ulike typer tjenester og tjenesteomfang i hjemmet og institusjon. Prismodellen vil reflektere ulikheter i lønnsutgifter mellom kommuner, blant annet som følge av ulike arbeidsavgiftssatser.

Finansierings- og prismodell vil være tilgjengelig på Helsedirektoratets nettsider www.helsedir.no/sio i løpet av oktober 2015.

4 FINANSIERING - MODELL B

Modell B innebærer at kommuner står fritt i tildeling av tjenester innenfor hva regelverket tilsier.

Kommunene i modell B blir tilført det øremerkede tilskuddet til omsorgstjenester forskuddsvis per kvartal etter avtale med Helsedirektoratet. Som angitt i pkt. 2.1 skal inntektspåslaget gå til videreutvikling av kommunale omsorgstjenester, med vekt på kvalitetshevende tiltak, forebyggende tjenester og utvikling av nye tjenester. For øvrig avgjør kommunen selv den nærmere budsjettfordelingen av det øremerkede tilskuddet, så lenge det skjer til omsorgstjenester.

5 KRITERIER FOR TJENESTETILDELING – MODELL A

Modell A innebærer at det skal benyttes statlige rutiner og tjenestekriterier ved tildeling av omsorgstjenester.

Det er et formål at tjenestene så langt som mulig baseres på tidlig intervensjon, ut fra tanken om at tjenesten gis raskt ved behov og avsluttes ved egenmestring. Denne forebyggende tankegangen skal være med på å sikre innbyggernes selvstendige liv, god ressursutnyttelse, og er i tråd med nasjonale føringer.

Et viktig prinsipp for all tildeling vil være LEON-prinsippet og at mindre ressurskrevende tjenester skal være vurdert og eventuelt forsøkt før kostnadskrevende tjenester innvilges. For eksempel skal

hjemmetjenester i stort omfang ha vært vurdert og om mulig forsøkt, før langtids institusjonsplass innvilges.

Kommunens tjenestetilbud innen helse – og omsorg skal dekke et bistandsbehov basert på en individuell vurdering av brukerens funksjonsevne og stilpasset den enkeltes behov for tjenester. Den enkelte bruker og pårørende skal trekkes aktivt med i tildelingsprosessen.

Hensikten med kriterier for tildeling av tjenester er først og fremst å sikre søkerne en helhetlig, tverrfaglig og likeverdig vurdering i forhold til de ulike omsorgstjenestene som tilbys. Målet er at det fattes vedtak om tjenester som bidrar til å ivareta og utvikle den enkeltes evne til å mestre dagliglivets utfordringer både i og utenfor hjemmet.

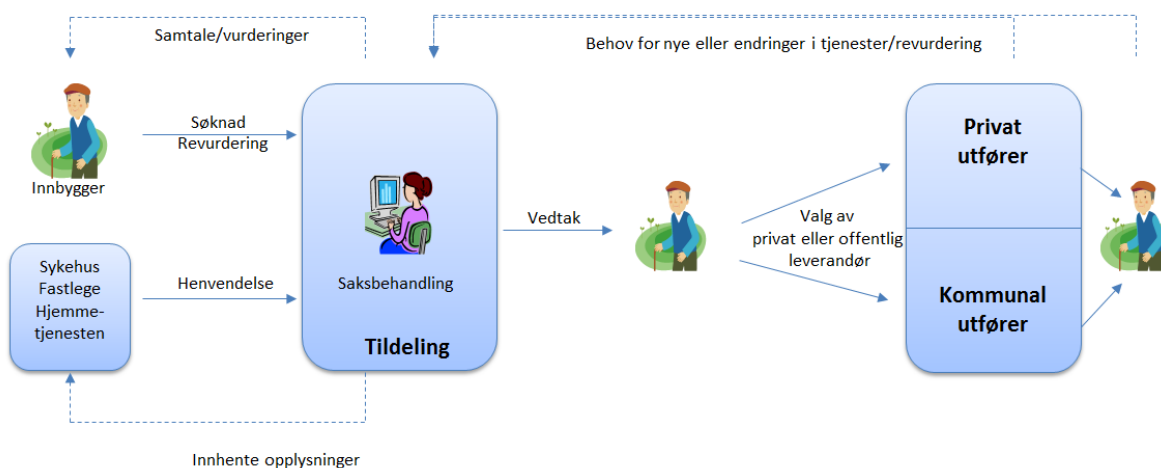
Hesledirektoratet utvikler kriterier for tildeling av omsorgstjenester som omfatter

- Rutiner for arbeidsprosessen ved tildeling
- Tjenestekriterier

5.1 RUTINER FOR ARBEIDSPROCESS

Rutiner og kriterier for arbeidsprosessen ved tildelingskontorene skal bidra til å sikre en god og lik tilnærming ved tildeling av tjenester.

Å sikre en mest mulig lik tilnærming i arbeidet med å utrede og tildele tjenester, vurderes å være den viktigste faktoren for å få til mest mulig likhet på tvers av kommunene. Det lages derfor kriterier for arbeidsprosessen som alle som jobber med tildeling i forsøket må følge.



Figur 1: Illustrasjon av saksgang i tildeling og revurdering av søknader.

I forsøket vektlegges:

- system for brukermedvirkning,
- kompetanse hos ansatte ved tildelingskontor

- tverrfaglig samarbeid både internt i kommunen og i forhold til andre sektorområder
- bruk av kartleggingsverktøy og prosedyrer for vedtak

I tillegg til nye rutiner for arbeidsprosessen ved tildelingskontor, vil «Veileder for «saksbehandling og dokumentasjon i pleie – og omsorgstjenesten» komme i ny utgave høsten 2015. Anbefalinger i veilederen legges til grunn for all saksbehandling. De nye rutinene bygger på veilederen og utdyper og beskriver hvordan de ovenfor nevnte områder skal ivaretas.

5.2 TJENESTEKRITERIER

Helsedirektoratet utvikler kriterier for tildeling av hjemmetjenester og institusjonstjenester. Det tas utgangspunkt i utvalgte tjenester etter helse – og omsorgstjenesteloven § 3-2, 5 og 6 ledd, §§ 3-6 og 3-8.

Med utgangspunkt i kommunale kriteriedokument og tjenester som rapporteres i IPLOS, har Helsedirektoratet utformet kriterier på et sett av tjenester. Helsedirektoratet har valgt å gjøre et tydelig skille mellom bolig og tjenester. Tjenestene er delt opp i to hovedkategorier; hjemmetjenester og institusjonstjenester, jf. tabell under.

Tabell 2: Tjenester der det utvikles statlige kriterier til bruk i forsøksordningen.

| Hjemmetjenester | Institusjonstjenester |
|--|---|
| Helsetjenester i hjemmet, herunder <ul style="list-style-type: none"> • sykepleie • ergoterapi • fysioterapi | Tidsbegrenset opphold, herunder <ul style="list-style-type: none"> • avlastning, • behandling, • rehabilitering • annet, herunder omsorg ved livets slutt |
| Rehabilitering og habilitering utenfor institusjon | Langtidsopphold i institusjon, herunder <ul style="list-style-type: none"> • ordinær sykehjemsplass • forsterket sykehjemsplass • skjermet sykehjemsplass |
| Praktisk bistand, herunder <ul style="list-style-type: none"> • daglige gjøremål • opplæring • støttekontakt • BPA | |
| Omsorgslønn | |
| Avlastning | |

Tjenester kommunen tilbyr ut over dette omfattes ikke av statlige tjenestekriterier, men anbefales tilbudt i henhold til dagens praksis. Rutiner for arbeidsprosess skal følges for all tildeling av tjenester.

De enkelte tjenester beskrives i forhold til:

- Hva tjenesten består av/kan bestå av

- Lovregulering
- Formål med tjenesten
- Målgruppe for tjenesten
- Vurderingskriterier

Det åpnes for at rutiner og kriterier endres i forsøksperioden ut fra evalueringresultater og erfaringer gjort i forsøket.

Rutiner for arbeidsprosess og tjenestekriterier vil være tilgjengelig for kommuner som vurderer å søke om deltagelse i forsøksordningen fra medio oktober 2015.

6 ROLLER OG ANSVAR I FORSØKSORDNINGEN

6.1 FORBEREDELSE AV FORSØKET I KOMMUNEN

I forkant av forsøkets oppstart vil Helsedirektoratet sørge for at det bli gjennomført opplæring i de statlige rutineene, tjenestekriteriene og alle forhold knyttet til økonomien i prosjektet. Dette vil blant annet skje i form av felles samlinger med erfaringsutvekslinger og ved møter i kommunene. Helsedirektoratet vil også underveis i forsøket arrangere samlinger for erfaringsutveksling.

Kommunene i forsøkets modell A må fra 15. januar sette av tid til å samarbeide med Helsedirektoratet om informasjon til kommunens innbyggere og ansatte, gjennomgang av avtale og sikre felles forståelse av forsøket. Videre må alle ansatte ved tildelingskontor frigjøre tid til deltagelse i felles samlinger og opplæring, leder av tildelingskontoret må påregnes å kunne stille i regelmessige møter med Helsedirektoratet både før og etter forsøksordningens oppstart.

Kommunen må innen 01.03.16 ha en prosjektleder på plass som er Helsedirektoratets samarbeidspart og som tilrettelegger for gjennomføring av forsøket i kommunen.

6.2 AVTALE - MODELL A

Staten ved Helsedirektoratet instruerer gjennom avtaleinngåelse med kommunene om

- Forebyggende tjenester
- Bruk av statlige kriterier
- Bruk av statlig prismodell
- Rapportering fra kommunene
- Møter med kommuneledelse, prosjektleder i kommunen og leder ved tildelingskontor
- Opplæring og oppfølging av ansatte ved tildelingskontor
- Involvering i forbindelse med klagesaksbehandling

Staten ved Helsedirektoratet skal ikke ta del i den ordinære saksbehandlingen og vedtak om tjenester.

Helsedirektoratet vil inngå en avtale med de kommunene som skal delta i forsøkets modell A. Denne avtalen vil regulere og beskrive kommunens og Helsedirektoratets roller og ansvar i forsøksperioden.

Det vil bli presisert i avtalen mellom kommunen og Helsedirektoratet at direktoratet har mulighet til å gripe inn og på generelt grunnlag instruere enkeltkommuner i tildelingssaker dersom kommunen bryter med føringene som er gitt i tildelingskriterier og rutiner for vedtak eller bryter med de overordnede målene for forsøket. Forsøket skal bidra til riktigere behovsdekning og mer likeverdig behandling av tjenestetilbud mellom kommuner enn det som er tilfelle med dagens organisering.

Momenter som avtalen vil inneholde:

- **Generelle forhold**
 - Juridiske rammer for forsøket og beskrivelser/grenseganger mellom forsøket og gjeldende rett.
 - Konsekvenser ved avtalebrudd – både for hvis kommunen trekker seg, eller staten avviker forsøket.

- **Helsedirektoratets instruksjonsrett og ansvar**
 - Instruksjonsrett ovenfor kommunens bestillerfunksjoner
 - Bruk av statlige rutiner og tjenestekriterier
 - Bruk av statlig prismodell
 - Deltagelse i opplæring og informasjonsmøter
 - Instruksjonsrett ovenfor kommunen
 - Rapportering av vedtaks- og kostnadsutvikling
 - Fremskaffelse av tjenester kommune ikke har i egen kommune
 - Tildelingskontorets funksjon, kompetanse og rutiner
 - Tilgang til kommunens budsjett, regnskap og aktivitetsdata for omsorgstjenesten
 - Informasjon og opplæring
 - Informasjon til kommunens ledelse og ansatte som ivaretar tildeling av omsorgstjenester
 - Opplæring, råd og veiledning av ansatte som ivaretar tildeling av omsorgstjenester
 - Finansiering
 - Overføring av midler til kommunen
 - Samarbeide med kommunen om klagesaksbehandling

- **Kommunens ansvar**
 - Prosjektgjennomføring:
 - Tilrettelegge for gjennomføring av forsøket i kommunen

- Etablere en prosjektorganisasjon med ansvar for gjennomføring av forsøket i kommunen og være kontaktpunkt mot Helsedirektoratet
- Sikre nødvendig kompetanse for bestiller delen av kommunen
- Opprettholde ansettelsesforhold for ansatte som ivaretar tildeling av omsorgstjenester
- Tilrettelegge for at ansatte kan delta på den opplæring og oppfølging som helsedirektoratet har ansvaret for
- Tildeling av omsorgstjenester
 - Ansvar for tildeling av tjenester og behandling av klagesaker med å bruke statlige fastsatte rutiner og tjenestekriterier. Tjenestene skal tildeles ut fra LEON-prinsippet
 - I løpet av 2016 sikre at alle vedtak om tildeling av tjenester er oppdaterte og i henhold til gjeldende lovverk og statlige kriterier
 - Samarbeide med Helsedirektoratet om klagesaksbehandling
- Tjenestetilbud
 - Tilbud av tjenester som er faglig forsvarlig og innenfor gjeldende rettigheter som verdighetsgaranti ect.
 - Tjenester må fremskaffes i egen kommune, i andre kommuner eller gjennom avtaler med private
- Samarbeid med den instans som evaluerer
- **Avvikling av forsøket**
 - Tilrettelegge for avvikling av forsøket over tre år

Utkast til avtale vil foreligge i oktober 2015 og vil være tilgjengelig på www.helsedir.no/sio
Avtalen vil tilpasses den enkelte deltagende kommune ut fra særskilte behov.

6.3 AVTALE – MODELL B

Helsedirektoratet vil inngå en avtale med de kommunene som skal delta i forsøkets modell B. Denne avtalen vil regulere og beskrive kommunens og Helsedirektoratets roller og ansvar i forsøksperioden. Momenter som avtalen vil inneholde er:

- Overføring av øremerket tilskudd til kommunen fra Helsedirektoratet
- Kommunens ansvar for å samarbeide med instans som evaluerer, jfr pkt 8 i dette dokumentet
- Tilrettelegge for avvikling av forsøket over tre år

Utkast til avtale vil foreligge i oktober 2015 og vil være tilgjengelig på www.helsedir.no/sio

7 RAPPORTERING

Rapportering av økonomi- og tjenestedata fra kommunene, vil i størst mulig grad baseres på gjenbruk av den ordinære rapporteringen som skjer gjennom KOSTRA og IPLOS. Det kan bli aktuelt å kreve ytterligere rapportering når dette er nødvendig for å framstille resultater av statlig kriterier og prismodell og/eller er nødvendig for å ivareta reglementer for øremerkede tilskudd.

Samlet opplegg for rapportering fra forsøkskommunene vil bli slutført i dialog med kommunene, før oppstart av forsøket.

8 EVALUERING

Forsøksordningen skal evalueres. Følgeevalueringen vil særlig rette fokus på måloppnåelse, effekt av endret finansiering og av statlige tildelingskriterier. I tillegg vil det gjennom evalueringen fokuseres på effekter for brukere, på brukermedvirkning, kompetanse og praksis hos medarbeidere, tildelingskontorenes samhandling med tjenestene i og utenfor kommunen og andre forhold som viser seg viktig for kvaliteten på omsorgstjenesten.

Følgeevalueringen vil starte opp fra det tidspunkt kommuner er valgt ut for deltagelse, senest 1.3.2016. Kommunene som skal delta i forsøket må påregne å samarbeide med den som evaluerer om fremskaffelse av nødvendige data, tilrettelegge for brukerundersøkelser med mere.

Forsøkskommunene vil bli invitert til statusgjennomgang før forsøket starter opp, under og etter forsøksperioden.

9 SØKNADSPROSESS

Det vil bli utarbeidet et eget søknadsskjema som må fylles ut av kommunen. Søknadsskjema vil være tilgjengelig på Helsedirektoratets nettsider innen utgangen av august.

For informasjon om innhold i søknadsskjema se www.helsedir.no/sio

Søknadsfrist er 1. desember 2015

Kriterier for deltagelse:

- Kommunestyret må ha vedtatt deltakelse i forsøksordningen.
- Kommuner som søker om deltagelse i forsøksordningen må ha oppgaven «tildeling av omsorgstjenester» adskilt fra tjenesteproduksjonen, eller enkelt kunne skille disse før forsøksoppstart.
- Kommunens ansatte som ivaretar oppgaven med tildeling av omsorgstjenester bør ha helse- og sosialfaglig kompetanse på høgskolenivå.
- Kommunen må ha tilstrekkelig ressurser for å løse oppgaven med tildeling av omsorgstjenester.
- Kommunen må tilrettelegge for å kunne kjøpe tjenester fra andre leverandører hvis tjenesten ikke kan leveres av kommunen selv.

- Deltagende kommuner må fra 15. januar 2016 kunne inngå i et tett samarbeid om forsøksordningen med Helsedirektoratet

Det kan påregnes at valg av deltagende kommuner er foretatt innen 15. januar 2016.