

Kommunal- og regionaldepartement
Postboks 8112 Dep
0032 OSLO

Deres ref.: 10/1067
Saksbehandler: JLU
Vår ref.: 10/3009
Dato: 01.10.2010

Høringsuttalelse - Mulig ny modell for interkommunalt samarbeid - Samkommunemodellen

Vi viser til Kommunal- og regionaldepartementets høringsnotat av 26.4.2010.

Helsedirektoratet har behandlet forslaget til lovendring som gir et formelt grunnlag for at kommunene skal ha anledning til å slå seg sammen til samkommuner. Det sies i høringsnotatet at dette vil legge til rette for mer robuste og ansvarlige enheter i primærhelsetjenesten, generell effektivisering av administrasjon og forvaltning innen helse- og omsorgssektoren.

Helsedirektoratet har ansvar for å implementere nasjonal politikk på den ene av kommunenes to store sektorer; Primærhelsetjenesten. Helsedirektoratet som statlig myndighetsorgan er avhengig av at kommunene har nok kompetanse, kapasitet og økonomisk bæreevne til å møte morgendagens utfordringer inne helse- og omsorgstjenestene. I vårt arbeid med å sikre en likeverdig og sterk primærhelsetjeneste, representerer stor ulikhet mellom kommunene en faktor som vanskeliggjør dette arbeidet. Om lag 70 % av befolkningen i Norge bor i kommuner med mer enn 20 000 innbyggere (43 kommuner). Samtidig er det mange svært små kommuner, slik at omtrent halvparten av Norges kommuner har mindre enn 5000 innbyggere (243 kommuner). Både kommunens administrative kompetanse og primærhelsetjenesten blir svært sårbar i slike kommuner.

Direktoratets erfaringer tilsier at innbyggerne er tjent med en annen modell for samarbeid enn samkommunemodellen. Innholdet i dagens primærhelsetjeneste og planene for fremtidens primærhelsetjeneste burde medføre et krav til kommunene om at små kommuner må slå seg sammen til større enheter. Direktoratet har tidligere i forbindelse med Samhandlingsreformen, St.meld. nr. 47 (2008-2009), foreslått et befolkningsgrunnlag på ca. 20-30.000 for å kunne ivareta de omfattende oppgavene som helse- og omsorgstjenesten i kommunene er forutsatt å få i framtiden. Vi mener at dette bedre vil sikre innbyggerne likeverdige og tilgjengelige tjenester nær bostedet.

En samkommune vil for staten i forbindelse med styringsdialogen kunne oppfattes som et kompliserende ekstra forvaltningsnivå med uklare ansvarsforhold. Noen små kommuner vil velge å legge primærhelsetjenesten til samkommuner, andre vil velge å løse oppgavene selv, uavhengig av kommunens størrelse.

Helsedirektoratet • Divisjon primærhelsetjenester

Avd. allmennhelsetjenester

Jon-Torgeir Lunke, tlf.: 24 16 32 21

Postboks 7000 St. Olavs plass, 0130 Oslo • Besøksadresse: Universitetsgata 2, Oslo • Tlf.: 810 20 050

Faks: 24 16 30 01 • Org. nr.: 983 544 622 • postmottak@helsedir.no • www.helsedirektoratet.no

Tilrettelegging for større og mer robuste ansvarlige enheter vil være en fordel i forbindelse med rekruttering og stabilisering av nødvendig personellressurser, hvilket kan være en utfordring i små kommuner, særlig i utkantstrøk. Også ledelse og utvikling av tjenestene svekkes dersom administrasjonen mangler viktig kompetanse. For kommuner som velger å legge primærhelsetjenesten til en samkommune, vil det oppstå kompliserende grenselinjer i samarbeidet mot andre kommunale sektorer, som utdanning, sosial, rusomsorg, boligsosialt arbeid etc.

I forbindelse med Samhandlingsreformen benyttet Helsedirektoratet uttrykket "kritisk masse" (ca. 20 – 30.000 innbyggere som nevnt ovenfor), for å omtale et minstetall for en befolkning som man så for seg som en minimumsenhet i primærhelsetjenesten som kunne forsvare en god og effektiv drift av helsetjenester. Helsedirektoratet er opptatt av at et område må ha en viss størrelse for å kunne dekke vaktordningene på en forsvarlig måte og å sikre gode faglige miljøer som kan bidra til god og stabil rekruttering av personell.

Helsedirektoratet har i arbeidet med oppfølging av St.meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen skissert et mål bilde for helse- og omsorgstjenesten i kommunene i framtiden.

Sentralt i dette målbildet er de såkalte lokalmedisinske sentrene der kjernevirksomhetene er tjenester som skal ivareta kommunale tilbud før, istedenfor og etter sykehusopphold. Institusjoner med senger for observasjon og behandling av pasienter for eksempel kronikere, lindrende behandling og rehabilitering er en viktig del i dette bildet. I tillegg må kommunene ha muligheter for å drive de lovmessig pålagte tjenester som legevaktordninger, allmennlegetjenester, rehabilitering og habilitering samt helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Kommunene skal få ansvar for pasienter på døgnbasis, noe som vil kreve både kompetanse og nok kvalifisert helsepersonell til en hver tid.

I det følgende vil Helsedirektoratet kommentere KRDs forslag om samkommuner, med utgangspunkt i at forslaget ikke legger opp til sammenslåing av kommuner slik vi mener er hensiktsmessig ift å nå de målsetninger som er satt for Samhandlings - reformen og oppfølgingen av denne. De videre kommentarene i høringsinnspillet her må sees i lys av dette overordnede hensynet. Helsedirektoratet vil også vise til arbeidet i Helse- og omsorgsdepartementet når det gjelder forslag til ny kommunal helse- og omsorgslov. Forslagene til endringer i aktuelle høring må ses i sammenheng med dette lovarbeidet som blir fremlagt til høring høsten 2010.

Her følger vårt syn på de tre punktene departementet spesifikt ber om:

1) Samkommune hvor både kommuner og fylkeskommuner deltar – punkt 3.7

Det er foreslått at deltakerne i en samkommune skal overføre like oppgaver både i art og omfang til en samkommune. Dersom både fylkeskommune og kommuner deltar i en og samme samkommune, kan det lett bli uklårheter med avgrensning av oppgaver og overføring av kompetanse.

Tannhelseområdet er et område som kan vurderes i denne sammenheng. Men dette er et nokså "smalt" område og må ikke blokkere for en kommunes mulighet for å delta i et annet og mer omfattende samkommunarbeid. Helsedirektoratet vil advare mot at en kommune deltar i flere samkommuner.

2) Bør det stilles et særlig krav til kommunenes vedtak om å delta i en samkommune? – punkt 3.8

Det er viktig at samkommunen har en høy grad av oppslutning blant de folkevalgte. Samkommunen skal ivareta de sentrale lovpålagte, innbyggerrettede tjenester. Det er med andre ord betydelige myndighetsoppgaver som legges til sammenslutningen. I helsesektoren blir det et stadig større behov for helse- og omsorgstjenester i kommunene, og det er viktig med kontinuitet i denne tjenesten. I dag er det rekrutteringsproblemer, for legene og annet helsepersonell i de små kommunene i utkantstrøkene.

Et samkommunesamarbeid kan føre til betydelige økonomiske forpliktelser over lang tid, for eksempel bygging av et nytt forsterket sykehjem, lokalmedisinske sentre eller tildeling av nye avtalehjemler for leger og annet privatpraktiserende helsepersonell.

Lav oppslutning om deltagelse i en samkommune, gir økt risiko for at samarbeidet kan sprekke når økonomiske eller andre utfordringer oppstår. Mangelfull stabilitet og forpliktelse i samarbeidsrelasjonen vil kunne påføre samarbeidspartene uønskede økonomiske og administrative kostnader. I tillegg vil manglende organisatorisk kontinuitet medføre vesentlig risiko for svikt i tjenestetilbudet til befolkningen.

Helsedirektoratet mener derfor at spørsmålet om deltakelse i en samkommune bør kreve 2/3 flertall fra de deltakende kommuner, og at avtaler må gis lang oppsigelsestid.

3) Bør det åpnes for at en samkommune kan eie aksjeselskaper, interkommunale selskaper mv. – punkt 3.9.2

Helsedirektoratet er enig i at samkommunens rettslige handleevne bør avgrenses ved at den ikke skal kunne delta i andre sammenslutninger, eller etablere stiftelser. Dersom det er behov for å kunne eie selskaper mv. kan det åpnes for at dette løses innenfor den enkelte særlov. Dette kan for eksempel være aktuelt innenfor helsesektoren i forbindelse med oppfølging av samhandlingsreformen.

I dag er det slik at ett av alternativene for interkommunalt samarbeid består av etablering av interkommunale selskap (IKS). Dette reguleres gjennom IKS-loven. Denne loven var nødvendig fordi man ikke på annen måte hadde anledning til å opprette egne juridiske enheter på tvers av kommunegrensene. Dersom det etableres samkommune skulle det ikke lenger være behov for at samkommunen også skal eie et interkommunalt selskap, særlig ikke hvis det dreier seg om et IKS mellom de samme kommunene. Da vil man også bli kvitt et problem som har avtegnet seg for de interkommunale selskapers vedkommende, nemlig det å føle seg fritatt for vanlige prioriteringer og føle seg skjermet for politisk innsyn.

Eventuelle begrensninger i hvilke typer selskap en samkommune kan eie eller samarbeide med om utføring av helse- og omsorgstjenester, bør følge noen av de samme prinsippene som ligger til grunn i helseforetaksloven.

Det vil stille seg annerledes dersom det er behov for samarbeid med kommuner som ikke er en del av samkommunen. Helsedirektoratet mener at det her vil kunne forsvares at samkommunen deltar i et slikt IKS på et område som for øvrig er en del av innholdet i samkommunen og kan løses innenfor særlovgivningen.

Andre uttalelser og kommentarer til utkastet

Overføring av oppgaver til samkommunen

Samkommunemodellen er utformet med tanke på samarbeid om kommunale kjerneoppgaver, herunder innbyggerrettet tjenesteyting og myndighetsutøvelse. Kommunene plikter å opprette en samarbeidsavtale hvor bl.a. hvilke oppgaver og hvilken avgjørelsesmyndighet som skal legges til samkommunen. Det er her viktig med avgrensning i oppgavene, og det kan da tas utgangspunkt i særlovene. Helse- og omsorgstjenesten er en av de største og viktigste oppgave for kommunene og det er viktig å se sammenhengen og helheten i tjenestetilbudet. Vi vil advare mot å overføre enkeltparagrafer fra kommunehelsetjenesteloven eller sosialtjenesteloven til en samkommune, lovene som helhet må overføres.

Oppsigelsestid

Departementet foreslår en oppsigelsestid på ett år. Helsedirektoratet vil foreslå å vurdere dette en gang til. Vi foreslår å forlenge oppsigelsestiden til to år. Dette fordi det vil ta tid for den enkelte kommune å ha et alternativt godt tilbud klart, særlig for helsetjenestens oppgaver er det behov for en lengre overgangperiode.

Samkommunens økonomi

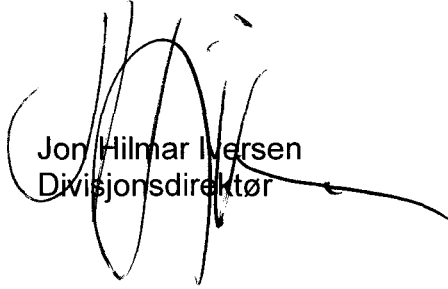
Helsedirektoratet er enig i at det kan være vanskelig å beregne de økonomiske konsekvensene det vil få for kommuner som velger å benytte seg av den nye organisasjonsmodellen.

Et økt aktivitetsnivå i tråd med samhandlingsreformens intensjoner vil bety økte kostnader til administrasjon i kommunene, men det vil sannsynligvis føre til mindre kostnadskrevende løsninger dersom kommunene velger å organisere tjenestene ved å etablere en samkommune. Det er sannsynlig at transaksjonskostnader knyttet til opprettelsen av en samkommune vil jevne seg ut over tid, fordi det vil skje en samordning av de administrative ordninger i samkommunen og den administrasjonen som fortsatt må ligge i deltakerkommunene.

Forutsigbare økonomiske rammer for kommunene, derigjennom også for samkommunene, og gode finansieringsformer for helsetjenester både i kommunene og i helseforetakene er en forutsetning for vellykkede samkommuner på helse- og omsorgsområdet.

Vennlig hilsen

Bjørn-Inge Larsen
Helsedirektør


Jon Hilmar Iversen
Divisjonsdirektør

Dokumentet er godkjent elektronisk

Kopi:
Helse- og omsorgsdepartementet Postboks 8011 Dep 0030 OSLO