



FAGFORBUNDET

**Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep.**

0030 OSLO

Deres ref.

**Vår ref / Saksbehandler
16/5216-5 G00 &13
Tonje Thorbjørnsen**

**Dato:
30.09.2016**

**HØRING - OPPFØLGING AV FORSLAG I PRIMÆRHELSETJENESTEMELDINGEN
OG OPPGAVEMELDINGEN M.V.**

Fagforbundet har mottatt ovennevnte til høring. Vedlagt følger vårt høringssvar.

Med hilsen
FAGFORBUNDET

**Mette Nord
forbundsleder**

**Signe Hananger
avdelingsleder**

*Vedlegg: 1
Kopi:*

Høringssvar – oppfølging av Primærhelsetjenestemeldingen og Oppgavemeldingen mv.

Fagforbundet har mottatt ovennevnte til høring. Vi har valgt å kommentere utvalgte kapitler i høringsnotatet slik det fremkommer under.

- 3.2 Fagforbundet er for en profesjonsnøytral lovgiving og støtter ikke forslaget om opplisting av visse profesjoner som kommunene skal ha knyttet til seg. Hvis Stortinget likevel vedtar en slik liste mener Fagforbundet denne må utvides til også å omfatte helsefagarbeidere, vernepleiere og sosionomer.
- 3.3 Fagforbundet støtter forslaget om lovfesting av veiledningsplikt overfor spesialisthelsetjenesten.
- 3.4 Fagforbundet støtter forslaget om krav til ledelse i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.
- 3.5 Fagforbundet støtter ikke forslaget om en egen formulering om krav til opplæringen av pårørende i helse- og omsorgstjenesteloven.
- 4 I forslaget om forsøksordning hvor kommuner kan få ansvar for å drifte DPS tar Fagforbundet utgangspunkt i hva vi mener tjener arbeidstakernes interesser. Vi anbefaler at alternativ 2, utleiemodellen, prøves ut. Fagforbundet er avventende til om forsøket vil ha den ønskede virkningen med et mer helhetlig tilbud til pasienter og bedre samordning mellom kommune og DPS.
- 5 Fagforbundet støtter ikke overføring av ansvaret for tannhelsetjenester fra fylkeskommunen til kommunen.
- 8 Fagforbundet mener at de økonomiske og administrative konsekvensene av omleggingene som foreslås i høringsnotatet undervurderes.
- 8 Fagforbundet mener at de stordriftsfordeler man seg for seg bygger på forventninger til utvikling og organisering (jf. ny kommunereform) som per i dag ikke er realistisk.

3 Oppfølging av forslag i Meld. St. 26 (2014-2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet

Fagforbundet er Norges største arbeidstakerorganisasjon med over 353 000 medlemmer og organiserer arbeidstakere i kommunale, fylkeskommunale, statlige, private og offentlige virksomheter og i sykehusene med alle støttefunksjoner.

Fagforbundet har i forbindelse med fremlegging av Meld. St. 26 (2014-2015) (Primærhelsemeldingen) og den påfølgende høringen i Stortinget, gjort rede for vårt syn på denne og vi gjentar noen av våre standpunkter her, knyttet til de foreslåtte lovendringene.

3.1 Innledning

Det vises innledningsvis til Primærhelsemeldingen som igjen viser til at regjeringens politiske plattform som «... gir tydelig uttrykk for den politiske viljen til å forbedre den kommunal helse- og omsorgstjenesten.» (s.14). I Primærhelsemeldingen ble det pekt ut særlig tre satsingsområder; økt kompetanse, bedre ledelse og teamorganisering.

Fagforbundet støtter satsingen på pasientens helsetjeneste i kommunene. Vi er ikke uenig i at disse tre områdene er svært viktige, men de kan ikke alene løse utfordringene man står overfor i

kommunenes helse- og omsorgstjeneste. Kommunene må tilføres tilstrekkelig ressurser og tjenesten må organiseres på en hensiktsmessig måte. Fagforbundet mener offentlig drift gir et bedre utgangspunkt for teamorganisering, forebyggende tiltak og godt koordinerte tjenester. Fagforbundet mener at privatisering av tjenester, herunder bestiller-utførermodellen, svekker mulighetene til forebygging, tverrfaglig samarbeid og koordinering.

3.2 Lovfesting av kompetansekrav i den kommunale helse- og omsorgstjenesten

I høringsnotatets kapittel 3 varsles at det vil bli lovpålagt for kommunene å knytte til seg følgende profesjoner for å løse kommunenes utfordringer innen helse- og omsorgstjenestene: Lege, sykepleier, helsesøster, jordmor, psykolog, fysioterapeut og ergoterapeut og tannlege. Det understrekes både i kapittel 3 og i kapittel 9 (Spesielle merknader til lovendringer) at listen ikke er uttømmende, men angir kjernekompetansen enhver kommune må ha knyttet til seg. Listen er ikke tenkt å endre tjenestetilbudet i kommunen.

Fagforbundet er prinsipielt for en *profesjonsnøytral lovgivning*, og en mulighet for kommunene å sette sammen sin arbeidsstokk med bakgrunn i den enkelte kommunes behov og til beste for pasienter og brukere. Vårt syn er at godt tverrfaglig samarbeid gir det beste grunnlaget for god tjenesteyting til beste for pasient og bruker. Vi mener lovfesting av såkalt kjernekompetanse bidrar til å rangere de ulike yrkesgruppene og profesjonene. Fagforbundet mener det er en fare for at kommunene vil prioritere de gruppene som er hjemlet i loven, mens annen og nødvendig kompetanse blir prioritert ned i en presset økonomisk situasjon. Vi er derfor ikke tilhengere av en opplisting av profesjoner som alle kommuner skal pålegges å knytte til seg, selv om Stortingets flertall sluttet seg til forslaget.

Fagforbundet mener også at betydningen av sosialfaglig og sosialpedagogisk kompetanse er underkommunisert i høringsnotatet. Det er bekymringsfullt hvis helsebegrepet snevres inn sammenlignet med det som er intensjonen med og definisjonen av kommunale helse- og omsorgstjenester. Både helse- og sosialfaglig kompetanse er nødvendig for å kunne møte bredden og kompleksiteten i de behov som ulike pasienter og brukere har og for å sikre faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester. Vi etterlyser også en tilsvarende tilnærming til ernæringskompetanse. Ulike yrkesgrupper med kompetanse innen kost- og ernæring kan utgjøre en sentral rolle i en helhetlig, tverrfaglig arbeidsstokk kommunalt.

Fagforbundet har tidligere uttrykt skuffelse over den gjennomførte usynliggjøringen av over halvparten av de ansatte i kommunenes helse- og omsorgstjeneste i Primærhelsemeldingen; nemlig helsefagarbeidere/hjelpepleiere og assistenter. Andelen årsverk utført av personell med utdanning fra videregående nivå er rundt 40 prosent, mens andelen uten formell helsefaglig utdanning ligger på i overkant av 25 prosent (Kilde: SSB, KOSTRA).

Flere av komiteens medlemmer på Stortinget understreket også betydningen av å rekruttere, inkludere og satse på helsefagarbeiderne, i tillegg til gruppene fra høgskole og universitet. Fagforbundet registrerer at man i høringsnotatet erkjenner at helsefagarbeidere, hjelpepleiere og omsorgsarbeidere er sentrale for kommunens ytelse av helse- og omsorgstjenester og at man ikke kunne drevet tjenestene uten den erfaring og kompetanse disse faggruppene representerer (s. 27-28).

Behovet for høyere kompetanse i helse- og omsorgstjenestene, da forstått som personell med universitets- og høgskoleutdanning, er sterkt fremhevet i Primærhelsemeldingen. Behovet for

fagarbeidere generelt og helsefagarbeidere spesielt nevnes som regel i generelle vendinger når det er snakk om rekruttering til sektoren og behovet for å redusere andelen «ufaglærte».

Riktignok finnes det noen tilskuddsordninger i det nye Kompetanseløft 2020 rettet mot rekruttering av helsefagarbeider (og sykepleiere) til kommunene, kvalifisering av voksne uten formell kompetanse (f.eks. «Menn i helse») og fagskoleutdanning.

Det som ikke finnes, er en analyse av hvilken rolle og posisjon helsefagarbeideren, som den fortsatt største gruppen i kommunenes pleie- og omsorgstjeneste, skal ha i fremtidens tjenester. I forlengelsen av en analyse bør det utarbeides mål og en plan med tiltak på ulike nivå. Per i dag synes tiltakene som rettes mot helsefagarbeidere å være lite forankret i overordnede målsettinger (med unntak av å redusere andelen uten formell kompetanse) og fremstår mer som «plaster på såret».

Fagforbundet mener at neglisjeringen av helsefagarbeidergruppen i de viktigste styringsdokumentene kanskje er en av de største truslene mot rekruttering på sikt og fornuftig bruk og utvikling av faggruppen. At andelen med høgskole- og universitetsutdanning øker i de kommunale helse- og omsorgstjenestene, er i tråd med en ønsket utvikling som også Fagforbundet støtter. Økningen vil på sikt imidlertid neppe kompensere for nedgangen i andelen med fagutdanning. Skal ungdom se verdien av å ta fagbrev og å begynne å arbeide i helse- og omsorgstjenestene, må der også være en plass og et rom for disse som det er mulig å utvikle seg i. Med fastlåste karrieremønstre og lite anledning for utvikling er det innlysende at mange velger seg bort fra yrket – selv om de i utgangspunktet ønsket en jobb nær pasient eller bruker. Fagforbundet mener at tilbudet til pasienter og brukere i kommunenes helse- og omsorgstjeneste blir bedre om man satser på et sterkt fagarbeidersjikt som inngår i tverrfaglig samarbeid med andre grupper.

Fagforbundet gjentar at vi ønsker en profesjonsnøytral lovgivning. Dersom Stortinget vedtar en opplisting av profesjoner mener Fagforbundet at flere grupper må inkluderes. Både helsefagarbeidere, vernepleiere og sosionomer har kompetanse som bør defineres som kjernekompetanse i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Listen er fremdeles ikke uttømmende. Det finnes flere grupper, f.eks. helsesekretærene, som har en svært viktig rolle i førstelinjen i primærhelsetjenesten og som bindeledd til spesialisthelsetjenesten. Når vi ikke foreslår en lovfesting av enda flere grupper, er det fordi vi ønsker å opprettholde kommunenes handlefrihet i sammensetningen av personell.

Mot denne bakgrunnen foreslår Fagforbundet at ordlyden i § 3-2 bør være:

For å oppfylle ansvaret etter § 3-1 skal kommunen ha knyttet til seg lege, sykepleier, fysioterapeut, jordmor, helsesøster, ergoterapeut, helsefagarbeider, psykolog, sosionom, vernepleier, tannlege og tannpleier.

3.3 Lovfesting av den kommunale helse- og omsorgstjenestens veiledningsplikt overfor spesialisthelsetjenesten

Fagforbundet støtter departementets forslag til lovregulering av den kommunale helse- og omsorgstjenestens veiledningsplikt overfor spesialisthelsetjenesten. Ansatte i kommunene kan i mange tilfeller sitte inne med kunnskap om pasienter som det er viktig at spesialisthelsetjenesten får kjennskap til ved behandling på sykehus eller poliklinikk. Slik veiledning skjer i praksis også i dag. Fagforbundet mener det er viktig å anerkjenne og benytte den kompetansen ansatte i den

kommunale helse- og omsorgstjenesten bygger opp rundt den enkelte pasient. Forslaget om veiledningsplikt understreker at overføring av informasjon og veiledning mellom nivåene i helsetjenesten er likeverdig.

3.4. Krav til ledelse i den kommunale helse- og omsorgstjenesten

Departementet viser til forslag til ny forskrift om styringssystem i helse- og omsorgstjenesten som ble sendt på høring høsten 2015. Fagforbundet har i sitt høringssvar av 1. februar 2016 i hovedsak støttet forslaget. Fagforbundet håper den foreslåtte endringen vil bidra til at internkontroll i større grad blir en integrert del av styringssystemene i kommunenes helse- og omsorgstjeneste, og at ansatte sikres aktiv medvirkning i det lokale internkontrollarbeidet enn hva som er tilfelle i dag. Dessverre ser altfor mange ledere i kommunenes helse- og omsorgstjenester avviksmelding og varsling som kritikk fra ansatte. Avviksmeldinger bør i større grad ses på som konstruktive innspill (forbedringsmeldinger) i kvalitetssikring av tjenestene – til pasientens beste.

3.5 Tydeliggjøring av ansvaret for pasient-, bruker- og pårørendeopplæring i den kommunale helse- og omsorgstjenesten

Fagforbundet mener plikten til opplæring av pasienter og brukere i stor grad ligger implisitt i gjeldende lovregulering av kommunal helse- og omsorgstjeneste, noe departementet også langt på vei slår fast i høringsnotatet. Opplæring og veiledning av pasienter og brukere vil ofte være en integrert del av forebyggende, rehabiliterende og behandlende virksomhet. Pasient og brukers selvbestemmelse, herunder uttrykte ønsker og behov, skal være sentralt i opplærings- og veiledningsarbeid.

Pårørende er ofte en aktiv bidragsyter i omsorgen for langvarig og kronisk syke eller funksjonshemmede pasienter og brukere. Fagforbundet er positiv til tiltak som kan gi den enkelte pårørende økte rettigheter både økonomisk og i form av støtte og avlastning.

Mange familier med alvorlig syke eller sterkt funksjonshemmede familiemedlemmer får for lite bistand fra det offentlige helsevesenet. Pårørende, som i mange tilfeller er kvinner, kan indirekte bli presset til å kutte ned på eget arbeid, helt eller delvis. Dette har ofte negative økonomiske og sosiale konsekvenser både på kortere og lengre sikt. En del pårørende blir sågar selv sykemeldt for å kunne fortsette privat omsorgsyting i hjemmet.

Fagforbundet støtter derfor ikke forslaget om en egen formulering om opplæring av pårørende i helse- og omsorgstjenesteloven. Vi mener dette lett kan oppfattes som en avspeiling av en plikt for pårørende til å yte omsorg, noe de ikke har. Slett ikke alle pasienter og brukere ønsker hjelp og omsorg fra sine nærmeste, mens andre ikke har nære pårørende.

Fagforbundet mener at pårørende og frivillige ikke kan forventes å kompensere for de økte behovene i kommunal helse- og omsorgstjeneste i årene framover.

4 Etablering av forsøksordning hvor større kommuner kan få ansvar for å drifte distriktpsykiatriske sentre (DPS)

Innledning

Det fremgår av departementets høringsnotat i punkt 4.6 at forsøksordningen innebærer at kommuner kan få ansvar for å drifte DPS på vegne av et regionalt helseforetak. Det forslås at forsøksordningen etableres med hjemmel i forsøksloven av 26. juni 1992 nr. 87 om forsøk i offentlig forvaltning.

Poenget med forsøksloven er at den hjemler en tidsbegrenset overføring av oppgaver. Departementet vil utarbeide et «rammeverk» på forsøksordningen etter at høringsinstansene har fått anledning til å uttale seg. Departementet tar sikte på at rammeverket kan være på plass, slik at samarbeidet mellom kommunene og de regionale helseforetakene kan starte våren 2017. Ut over dette kan vi ikke se at det i høringsnotatet er sagt noe om hvor lenge forsøksordningene tar sikte på å gjelde. Det fremgår imidlertid at forsøket skal evalueres på et «senere tidspunkt».

Fagforbundet er avventende til om forsøket vil ha den ønskede virkningen med et mer helhetlig tilbud til pasienter og bedre samordning mellom kommune og DPS. Vi registrerer at flere fagmiljøer er kritiske og vil følge nøye med på utviklingen.

Forholdet til de ansatte

I forbindelse med en prøveordning med overføring av driftsansvar for DPS fra helseforetak til kommuner, omtaler høringsdokumentet i kapittel 4.6.5 forholdet til de ansatte. Der hevdes det: «En forutsetning som ligger i forsøket er at kommunen som skal drive DPSen, også skal ha styringsrett over de ansatte i DPSen.» Det oppstilles tre ulike modeller for ansettelsesforhold:

1. Ansettelsesforhold opprettholdes i helseforetaket med instruks om å følge kommunens instruks.
2. Helseforetakets arbeidstakere leies ut til kommunen.
3. Arbeidsforholdet overføres fra helseforetaket til kommunen ved en virksomhetsoverdragelse.

Departementet mener alternativ 3 fremstår som mest hensiktsmessig for forsøksordningen, men ber høringsinstansene om særskilt å vurdere de ulike modellene.

Ad 1:

Ansettelsesforhold opprettholdes i helseforetaket med instruks om å følge kommunens instruks. I høringsnotatet vurderer departementet denne modellen som lite aktuell – blant annet fordi det er usikkert hvilken styringsrett overfor arbeidstakerne denne modellen gir kommunen. I og med at departementet anser denne modellen som lite aktuell, velger vi å se bort fra denne.

Ad 2:

Helseforetakets arbeidere leies ut til kommunen. Denne modellen innebærer at arbeidstakerne opprettholder sitt arbeidsforhold i helseforetaket og leies ut til kommunen. Modellen forutsetter at den inngås en avtale om leie av personell mellom helseforetaket og kommunen. Som innleier vil kommunen ha styringsrett over de innleide, med mindre noe annet følger av leieavtalen. Kommunen kan således lede og kontrollere de innleide på samme måte som egne ansatte.

En slik modell forutsetter at de innleide arbeidstakerne fortsatt mottar lønn fra helseforetaket, og ikke fra kommunen. Rettigheter og plikter knyttet til arbeidsforholdet vil være delt mellom helseforetaket og kommunen, som begge vil opptre som arbeidsgivere. Den egentlige arbeidsgiveren vil gjennom hele innleieperioden være helseforetaket. Arbeidstakernes stillingsvern består således overfor helseforetaket. Andre plikter, som for eksempel krav til

arbeidsmiljø i arbeidsmiljøloven kapittel 4, er det den fungerende arbeidsgiveren (kommunen) som er ansvarlig for, jf. arbeidsmiljøloven § 2-2.

Innleie av arbeidskraft er regulert i arbeidsmiljøloven kapittel 14. Formidling og utleie av arbeidskraft der arbeidstakeren skal utøve helsetjenester er unntatt fra merverdiavgiftsloven, jf. § 3-2 tredje ledd.

Ad 3:

Arbeidsforholdet overføres fra helseforetaket til kommunen ved en virksomhetsoverdragelse.

Denne modellen innebærer at arbeidstakernes arbeidsforhold overføres i sin helhet fra helseforetaket til kommunen etter reglene om virksomhetsoverdragelse i arbeidsmiljøloven kapittel 16. Forutsetningen er med andre ord at det etableres en avtale om blant annet overføring av personell mellom helseforetaket og kommunen. For de ansatte som overføres blir dermed kommunen eneste arbeidsgiver med de rettigheter og plikter som arbeidsforholdet medfører.

I høringsnotatet på side 80 hevder departementet etter en helhetsvurdering at den tredje modellen – overføring av arbeidsforhold fra helseforetaket til kommunen ved virksomhetsoverdragelse – framstår som det beste alternativet. Departementets forslag er ikke forsøkt begrunnet i noen særlig utstrekning. Det framgår imidlertid implisitt at hensynet til arbeidsgivers styringsrett trolig er tillagt stor vekt.

Fagforbundets vurdering

Fagforbundets vurdering tar utgangspunkt i hva vi tror tjener arbeidstakers interesser. Departementets forslag innebærer en forsøksordning som pr definisjon er tidsbegrenset. Forsøket skal evalueres på et senere tidspunkt. Dette taler etter vårt syn med en viss styrke for at alternativ 2, utleiemodellen, bør foretrekkes. Modellen innebærer at arbeidstakerne beholder sitt arbeidsforhold i helseforetaket. Det er dermed mer forutsigbart, ikke bare for arbeidstakerne, men også for helseforetaket og kommunen. Arbeidsmiljøloven har et eget kapittel som regulerer innleieforhold. Vi vil også anta at transaksjonskostnadene (både økonomiske og menneskelige) ved dette alternativet er lavere enn ved virksomhetsoverdragelsesmodellen. Det må i hvert fall gjelde dersom evalueringen av forsøksordningen tilsier at oppgaven skal tilbakeføres til de regionale helseforetakene, med påfølgende tilbakeføring av arbeidstakerne.

Dersom departementet faller ned på virksomhetsoverdragelsesmodellen, er dette en modell som ivaretar arbeidstakernes interesse på en god måte. Formålet med reglene er å sikre at arbeidstakerne ikke gis dårligere rettigheter ved virksomhetsoverdragelse. Det er flere forhold som imidlertid må klargjøres i «rammeverket».

For det første må det vurderes om arbeidstakerne skal gis en «utvidet valgrett», dvs. gis en opsjon på å opprettholde arbeidsforholdet i helseforetaket som går ut over det som følger av alminnelig ulovfestet rett. Det bør for eksempel vurderes om arbeidstakerne skal gis en «ubetinget valgrett» i et bestemt tidsrom.

For det andre må det klargjøres at arbeidstakerne har rett til å komme tilbake til helseforetaket hvis prøveordningen ikke gjøres permanent, dvs. at reglene om virksomhetsoverdragelse også gjelder i denne situasjonen.

For det tredje er det viktig at arbeidstakerne får anledning til å opprettholde sitt medlemskap i helseforetakenes kollektive pensjonsordninger under prøveperioden.

5 Overføring av ansvaret for tannhelsetjenester fra fylkeskommunen til kommunen

Fagforbundet er overrasket over Stortingets vedtak om å flytte ansvaret for den offentlige tannhelsetjenesten fra fylkeskommunen til kommunen. Stortingets vedtak er basert på noen få sider i Oppgavemeldingen. Fagforbundet etterlyser de faglige begrunnelser som etter vårt syn mangler i grunnlagsdokumentet for vedtaket. Fagforbundet, i likhet med Tannlegeforeningen og Delta, støtter ikke forslaget. Vi stiller spørsmål til om forutsetningen om store og robuste kommuner kan legges til grunn og mener dessuten at et overføringsvedtak ikke bør fattes før man vet hva man skal overføre til.

Merknaden fra komiteens flertall om at kommunene står fritt til å organisere ansvaret enten i egen regi, samarbeid med private/ideelle eller samarbeid med andre kommuner, bidrar til en uoversiktlig situasjon. Merknaden bidrar således til flere spørsmål enn svar.

Det vises til at grenseflaten opp imot blant annet kommunehelsetjenesten er et viktig argument. Denne grenseflaten vil ikke bli bedre av at det kommunale ansvaret organiseres f.eks. som interkommunalt samarbeid eller blir utført av private.

Argumentet om at større kommuner kan organisere tannhelsetjenesten på en kostnadseffektiv måte bør vurderes opp mot dagens situasjon hvor nitten fylkeskommuner har ansvaret, men der antallet trolig vil reduseres betraktelig. Hadde forslaget om overføring kommet med bakgrunn i kritikk av nåværende ordning, kunne man bedre forstått at et endringsbehov var tilstede.

Fagforbundet mener at organisering av den offentlige tannhelsetjenesten siden 1984 har vært en godt organisert tjeneste. Selv om Fagforbundet har som overordnet målsetting at tannhelsetjenesten skal være en tjeneste på linje med øvrige helsetjenester med offentlig finansiering, har vi erfart at fylkeskommunen har ivaretatt sitt tilgjengelighetsansvar og folkehelseansvar på en god måte. På dette området har man maktet å ivareta sosial utjevning. Samtidig har tannhensetilstanden i befolkningen i denne perioden blitt betydelig bedre. Oppsplitting av tannhelsetjenesten med framtidig uoversiktlig organisering, vil kunne rive bort deler av grunnlaget for en god tannhelsetjeneste.

Framtidige utviklingstrekk med flere og eldre innbyggere, økende forekomst av livsstilssykdommer og et mer flerkulturelt samfunn, vil kreve mer også av tannhelsetjenesten. Fagforbundet kan være enig i at disse utviklingstrekkene fører til behov for en robust organisasjon, men vi mener at denne allerede finnes i fylkeskommunen. Den fylkeskommunale tilhørigheten gir også grunnlag for et bredt fagmiljø som er mindre sårbar ved fravær, oppgaveendringer og behov for omstrukturering enn hva som vil kunne være tilfelle ved kommunal organisering. Det synes også som om departementet legger til grunn nåværende organisering som best egnet, selv om konklusjonen er den stikk motsatte.

Fagforbundet vil, selv om Stortinget har fattet et vedtak, anbefale at tannhelsetjenesten opprettholdes etter dagens modell som også innebærer en egen lov om tannhelsetjenester. En eventuell flytting av ansvaret fra fylkeskommune til kommune bør ikke skje før man har gjennomført en grundig utredning av konsekvenser målt opp mot nåværende forvaltningsmodell.

Fagforbundet registrerer også at bestemmelsen om gratis tannbehandling (for visse grupper) tas ut av loven og skal reguleres i en egen vederlagsforskrift. Det betyr at enkelte pasientgruppers rettigheter kan begrenses uten at det går via Stortinget.

8 Administrative og økonomiske konsekvenser av de samlede forslagene

Når det gjelder de økonomiske konsekvenser av de ulike forslag vises det i flere kapitler til at:

- Utgiftene er beskjedne og må kunne dekkes innenfor den enkelte kommunes budsjett.
- Endringen ikke vil innebære vesentlige administrative eller økonomiske konsekvenser
- Avhengig av organisering av tjenesten vil dette kunne medføre økonomiske konsekvenser
- Forventning om innsparinger og stordriftsfordeler må forventes
- Endringen vil ikke ha økonomiske og administrative konsekvenser av betydning.

Disse merknader er forutsetninger som tas, og som undervurderer de administrative og økonomiske konsekvenser i omlegginger det vises til i Primærhelsetjenestemeldingen og Oppgavemeldingen. Det vises også til muligheter for besparelser ved stordriftsfordeler. Disse besparelser bygger på en forventning om en utvikling i organisering av tjenesten og en kommunereform som per i dag ikke er realistisk.

Kommunene har i en lang periode fått flere oppgaver innenfor området som løses på en god måte, men uten å være fullfinansiert. Dette går på bekostning av ansatte og de kommunale tjenestene som helhet. Kommunen utarmes økonomisk, og vil ikke ha mulighet til å overta oppgaver uten økonomisk kompensasjon.

En oppbygging av en lokal kommunal tjeneste som f.eks. tannhelse har en utgiftsside som ikke må undervurderes, ei heller spise av andre kommunale tjenesters ressurser.

Et annet eksempel er psykososial beredskap og oppfølging. Det er liten tvil om at behovet for tjenesten lokalt er viktig. Dette for å forebygge senskader og fremtidige kommunale utgifter til denne gruppen. Men de fleste kommuner må bygge ut og opp tjeneste for å tilfredsstille nye krav, og dette vil medføre økte utgifter som ikke kan tas fra andre kommunale områder. Kommunene kan heller ikke ta til inntekt eventuelt fremtidige mindreutgifter og dekke dagens utgifter med disse midler. Det er også mangel på personer med denne kompetansen i Norge, og en ny organisering vil ikke avhjelpe dette forholdet.

En økonomisk utarming av offentlig sektor vil medføre et ulikt tjenestetilbud til innbyggerne. Et godt tjenestetilbud er avhengig av en god og forutsigbar kommuneøkonomi hvor nye oppgaver blir finansiert med nye friske penger.

En kommuneøkonomi hvor det kommunale inntektssystem medfører sentralisering, en ny kommunelov som svekker kommunen som en samfunnsutvikler og reduserer de folkevalgtes innflytelse, er ikke veien å gå for en bedre kommunal helse- og omsorgstjeneste.