

Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep.
0030 OSLO

Oslo, 07.12.2020
Vår ref. 20/2162-8
/GOBJ
Deres ref. 20/3105

Att:

Høring - Forslag om godkjenningsmodell for fritt brukervalg i de kommunale helse- og omsorgstjenestene

Landsorganisasjonen i Norge (LO) viser til høringsnotat om forslag til ny godkjenningsmodell for fritt brukervalg sendt på høring fra Helse- og omsorgsdepartementet den 8. september med høringsfrist 8. desember.

Departementet anfører at formålet med lovendringen er å:

- Være ressursbesparende for kommuner siden de selv slipper å utrede de rettslige rammene
- Oppnå økt legitimitet for alternative måter å organisere kommunale helse- og omsorgstjenester
- Sende et politisk signal fra lovgiver om at valgfrihet for pasienter, brukere og pårørende er et prioritert område.
- Motvirke en todelt helsetjeneste ved i større grad å sikre befolkningen lik tilgang til de ulike aktørene i markedet

Lovforslaget bygger på den svenske modellen *lag om valgfrihetssystem* (LOV 2008: 962), som trådte i kraft i 2009. Fritt brukervalg innebærer at den som har krav på en tjeneste fra kommunen, selv skal kunne velge hvem som utfører den, kommunen eller en privat tilbyder. Det er fremdeles kommunen som avgjør hvem som har krav på tjenesten og som betaler for den. Og det er kommunen som står ansvarlig overfor brukeren for at tjenesten som leveres er forsvarlige.

I dag har flere kommuner innført fritt brukervalg, hvor leverandører er valgt ut etter en anskaffelsesmodell. Det er etter LOs syn viktig å påpeke at det er store forskjeller mellom å anskaffe helse- og omsorgstjenester etter regelverket for offentlige anskaffelser og etter den foreslåtte godkjenningsmodellen, da godkjenningsmodellen legger opp til en ytterligere liberalisering.

Den foreslåtte godkjenningsmodell innfører fri etableringsrett for private leverandører av kommunale helse- og omsorgstjenester.

Ettersom kompensasjonen for tjenesteytingen på forhånd er fastsatt av kommunen, konkurrerer leverandørene kun på kvalitet. Dette i motsetning til ved anskaffelser hvor leverandørene konkurrerer både på pris og kvalitet. Slik overføres mye av ansvaret for utvelgelse og kvalitetskontroll til brukeren.



I det følgende påpeker vi konsekvenser for de ulike aktørene som berøres av forslaget; kommunene, brukerne, leverandører og de ansatte. Deretter vurderer vi de samfunnsøkonomiske konsekvensene av forslaget, før vi konkluderer.

Men innledningsvis vil vi først påpeke noen uklarheter om de rettslige sidene ved forslaget.

Rettslige konsekvenser:

LO vil bemerke at varigheten av godkjenningen ikke fremgår av lovforslaget. Siden ulike vilkår for å tilbakekalle godkjenning er omtalt, for eksempel at den kan tilbakekalles dersom leverandøren ikke lenger oppfyller vilkårene for godkjenning, kan det synes som om godkjenningen er evigvarende. Høringsnotatet omtaler ikke kommunens rettslige og faktiske mulighet for å avvike modellen dersom en skulle komme til at den ikke fungerer etter hensikten. Konsekvenser av at modellen eventuelt er irreversibel burde vært drøftet, da disse potensielt kan være meget stor for en kommune som av ulike grunner ønsker å gå tilbake til produksjon i egenregi.

Videre sies om nivået på kompensasjonen til de private aktørene at «utgangspunktet bør være at de eksterne leverandørene skal motta samme kompensasjon som etter kommunens egenregi. Dette for å sikre konkurransenøytralitet.» Det kan her synes som om departementet mener at EU-prinsippene om likebehandling mv som er omtalt i pkt. 6.7 også omfatter kommunens egenproduksjon. Både om dette er departementets syn, og ikke minst konsekvensene av et slikt syn burde gått tydelig frem av høringsnotatet. Et slikt syn kan potensielt har store konsekvenser for organiseringen av offentlig finansierte velferdstjenester.

Konsekvenser for kommunene:

Innføring av den skisserte godkjenningsmodellen stiller krav til ressurser og kompetanse i kommunene av en annen art enn hva som er nødvendig for drive helse- og omsorgstjenester i egenregi eller for å anskaffe tjenester via anskaffelsesregelverket.

Kommunen skal utarbeide kriterier for godkjenning, fastsette kompensasjon, inngå og løpende følge opp kontrakten med leverandørene. Kommunen er privatrettslig avtalepart i henhold til kontrakten. I tillegg har kommunen med grunnlag i den offentligrettslige regulering et ansvar overfor brukerne for at leverandørene driver forsvarlig. Dette ansvaret gjelder uavhengig av hva som måtte være regulert i kontrakten. Men manglende regulering i kontrakt vil kunne gjøre det vanskeligere for kommunen å føre tilsyn.

Det er etter LOs syn viktig å forstå de kostnadmessige konsekvensene av at det etter kommunelovens § 25-1 ligger en ubetinget plikt for kommunen til å følge opp private aktører som har oppdrag om å utføre oppgaver som er pålagt kommunene i lov.¹ For slike oppgaver vil kommunen alltid ha ansvaret for at innbyggerne får de tjenestene de har krav på uansett om de utfører oppgaven selv eller gjennom private. Kommunen kan sette bort utføringen av oppgaven, men ikke ansvaret for den.

Høringsnotatet drøfter ikke de økonomiske konsekvensene av økt kontroll og oppfølgingsbyrde på kommunene som følge av å innføre en godkjenningsmodell som innebærer fri etablering for alle som oppfyller de på forhånd fastsatte krav. Ei heller drøfter notatet de kostnadmessige konsekvenser av at

¹ Se Prop. 46 L (2017–2018) punkt 23.4.2 og Prop. 81L (2019-2020) Endringer av internkontrollregler i sektorlovgivningen (tilpasning til ny kommunelov) pkt. 4.3.2



kommunen kan forvente tvister om forståelsen av vilkår mv for godkjenning. Det er på side 17 i høringsnotatet listet opp 19 eksempler på vilkår som kommunen kan stille i kvalifikasjonsgrunnlaget. Hvorvidt slike vilkår er oppfylt vil være gjenstand for skjønn. Dette stiller krav til juridisk kompetanse som mange kommuner ikke har. Det innebærer en risiko for at kommuner som blir møtt med leverandørens advokater, vil velge ikke å forfølge saken rettslig uavhengig av sakens substans, med de følger det kan komme til å få for kvaliteten på tjenestene.

I tillegg har kommunene etter departementets lovforslag plikt til å sørge for «informasjon og beslutningsstøtte til pasienter, brukere og pårørende om valg og bytte av leverandør». Det kan forsiktig uttrykt, være svært ressurskrevende og noe som vil øke med antallet leverandører som tilfredsstiller vilkårene for godkjenning.

Kommunen skal også sørge for at det til enhver tid er et tilbud i kommunal egenregi for de personer som ikke kan eller vil velge. Videre har kommunen ansvar for å etablere kontakt mellom tjenestemottaker og leverandør.

I sum vil dette kunne påføre kommunene betydelige kostnader bare knyttet til å administrere ordningen.

Da *lag om valgfrihetssystem* (LOV 2008: 962) trådte i kraft i 2009 i Sverige, var ordningen frivillig å innføre, og det viste seg nødvendig med statlige stimuleringsmidler for å bidra til at kommunene tok modellen i bruk. I tillegg ble det gitt skatteinsentiver til privatpersoner som benyttet seg av ordningen.²

Departementets høringsnotat omtaler ikke slike insentiver. Men slike kan opplagt benyttes i ettertid for å gi kommunene insentiver til å innføre en ordning med fritt brukervalg. Som påpekt foran fremgår ikke hvordan kommunene kan avslutte ordningen. Det er derfor særdeles viktig, før kommunene eventuelt fristes med gulrøtter og låses inne, at de juridiske sidene ved modellen blir tydeliggjort.

Konsekvenser for brukerne:

Helse- og omsorgstjenester er ikke hyllevare. «Kvaliteten» på en velferdstjeneste er vanskelig å spesifisere, måle og dokumentere. Brukeren er ofte sårbar og ikke fullt ut i stand til å ta rasjonelle valg på egne vegne. Å velge leverandør kan for mange tjenester sies å være en integrert del av tjenesten som kommunen plikter å yte, og er ikke noe som kan eller skal overlates til brukeren. At en godkjenningsmodell i realiteten overlater kvalitetskontrollen til brukerne er derfor rettssikkerhetsmessig betenkelig og vil i mange tilfelle bryte med begrunnelsen for å yte tjenester.³ Erfaringer fra Sverige viser at mange brukere synes det er vanskelig å sammenligne leverandørene og derfor ønsker at kommunen skal velge for dem. Fritt brukervalg har derfor begrenset verdi for de fleste brukere av kommunale helse- og omsorgstjenester.

Brukervalg kan imidlertid være et gode for noen, nemlig for de med ressurser og som selv kan, eller har pårørende og nettverk som har evne å sette seg inn i store mengder informasjon og kan vurdere sine individuelle behov opp mot de tjenestetilbudene fra ulike leverandører. Men dette skillet innebærer at innføring av fritt brukervalg vil føre til økt ulikhet, paradoksalt nok betalt av offentlige midler. De mest ressurssterke vil tjene på modellen. I tillegg vil de mange private leverandører kunne tilby tilleggstjenester (såkalt topping-up) utover det kommunalt finansierte tilbudet, som for eksempel oppgraderte rom, måltider, personlig assistanse mv. Dette vil forsterke ulikheten. Og i sum ha en effekt som er helt motsatt av

² Se FAFO-rapport 2019:11, s. 69.

³ Se FAFO-rapport s. 53 flg med henvisning til forskning om temaet.



regjeringens anførte mål med tiltaket om å motvirke en todelt helsetjeneste ved i større grad å sikre befolkningen lik tilgang til de ulike aktørene i markedet.

Forskning dokumenter at at brukersammensetningen i private og offentlige tjenestetilbud ikke er lik. Brukerne av privat leverte tilbud har jevnt over høyere sosioøkonomisk status enn brukerne av offentlige tilbud. Det er en tydelig tendens til at private velferdsløsninger, særlig ordninger med fritt brukervalg, gir økt segregering.⁴

Vi er også bekymret for at en slik ordning kan gå ut over kvaliteten på tjenesten, som følge av presset på lønns- og arbeidsvilkår.

Konsekvenser for leverandørene:

Dette er en ordning som sammenlignet med anskaffelsesregelverket, trolig er svært gunstig sett fra de private leverandørenes side. I stedet for å måtte dokumentere og konkurrere om å levere en optimal kombinasjon av pris og kvalitet, er vederlaget fra kommunen fast og leverandøren kan konsentrere seg om å tilfredsstille kriteriene for godkjenning for så å finne en forretningsmodell som sikrer inntjening per bruker. Det er lavere inngangsbarrierer enn for å bli leverandør etter en anskaffelse, noe som kan tiltrekke seg mindre seriøse aktører. Både i Sverige og Danmark har ordningen ført til økt andel konkurser, og dermed til at kommunene må ha tjenestetilbud og personell i beredskap for å tilby innbyggerne de lovpålagte tjenester. Dette øker kostnadene for kommunene.

Konsekvenser for de ansatte:

Helse- og omsorgstjenester er tjenester som er arbeidsintensive. I likhet med under anskaffelsesmodellen, vil et system der leverandør får fastpris føre til press nedover på de ansattes lønns-, pensjons- og arbeidsvilkår. Det er der kostnadene ligger, og der det er mulig for leverandør å gjennomføre innsparinger. Herunder at leverandørene ikke vil investere i et godt videreutdannings- og arbeidsmiljø.

Leverandørene er ikke sikret brukere selv om de får godkjenning, men må konkurrere om disse og får betalt per bruker som velger deres tilbud. De vil derfor ha behov for fleksibilitet i arbeidsstokken, og faste ansettelser vil neppe bli hovedregelen.

Forskning viser at det er en tydelig tendens til at private velferdsløsninger bidrar til å presse ned lønns- og arbeidsvilkårene for de ansatte.⁵

Vi viser til høringsinnspill fra LOs forbund for mer detaljerte beskrivelser om konsekvenser for de ansatte.

Samfunnsøkonomiske konsekvenser:

Formålet med å innføre konkurranse er å bidra til samfunnsøkonomisk bedre ressursbruk. Konkurranse i dette «markedet» er ment å føre til lavere «produksjonskostnader» enn om kommunen skulle produsere i egenregi. I tillegg kommer den antatte verdien av økt valgfrihet for brukerne. Til fradrag kommer kostnadene ved å innføre godkjenningsmodellen.

⁴ Se FAFO-rapport 2019:11 s. 64, som oppsummerer tilgjengelig forskning på området.

⁵ Op cit s. 64.



Men konkurranse fungerer ikke i markeder hvor brukeren ikke opptrer som konsument, og ikke evner å orientere seg om de ulike alternativer for så å fatte en rasjonell beslutning. Konkurranse fungerer også dårlig i markeder hvor brukeren ikke er den som betaler tjenesten, slik tilfellet er her.

Det er etter LOs syn høyst tvilsomt om det er grunn til å forvente samfunnsmessige gevinster i form av kostnadsbesparelser ved å innføre konkurranse i «markedet» for kommunalt finansierte helse- og omsorgstjenester.

På den annen side kan man forvente betydelige samfunnsmessige kostnader ved å innføre denne modellen. Vi har allerede påpekt at kommunene påføres administrative kostnader til å forberede, inngå og følge opp kontrakter overfor et ukjent antall leverandører. I tillegg kommer kostnader knyttet til uenighet om hvordan vilkårene for godkjenning og kompensasjonen er å forstå og om uenighet om de faktiske forhold etter gjennomført tilsyn, jf omtalen av plikter etter kommuneloven § 25-1 over. Og atter i tillegg kommer kostnader knyttet til at kommunene plikter å være bindeledd mellom brukeren og leverandørene med informasjon og veiledning.

Dette er en modell som etter LOs oppfatning i sum vil påføre samfunnet betydelige merkostnader i forhold til kommunal egenproduksjon. LO har merket seg at departementet ikke har gjort en utredning av forslagets kostnads- og nyttevirkninger, jamfør utredningsinstruksen § 2-2 tredje ledd.

Oppsummering:

LO ønsker et velferdstilbud som er offentlig finansiert og offentlig utført. Alle sosiale grupper skal ha lik tilgang til god og attraktiv eldreomsorg og hjemmetjenester. Dette forutsetter ansatte i trygge, hele og faste stillinger med langsiktig satsing på fagmiljøer.

LO er imot å innføre en godkjenningsmodell for fritt brukervalg i helse- og omsorgstjenesteloven. Det vises til at kommuner som ønsker at innbyggerne skal kunne velge mellom ulike private leverandører i dag har mulighet for det ved å bruke anskaffelsesregelverket. LO kan ikke se at det i høringsnotatet påvises noen fordeler for kommunen eller brukerne ved å lovfeste en godkjenningsmodell for fritt brukervalg.

LO mener videre at organiseringen av offentlige finansierte tjenester bør styres av hensynet til kommuneøkonomi og brukerne, ikke av hensynet til næringsinteresser. Det vises til at Velferdstjenesteutvalget (NOU 2020:13) dokumenterte at private kommersielle aktører som produserer velferdstjenester på vegne av det offentlige, i gjennomsnitt hadde en egenkapitalavkastning på 18,5 prosent før skatt i 2018. Regjeringen legger med dette forslaget opp til ytterligere lekkasjer av felleskapets midler til eierne av disse bedriftene.

I høringsnotatet pkt 7 «Økonomiske og administrative konsekvenser» sies at forslaget ikke vil innebære noen nye kostnader for kommunene. Som påpekt vil innføring av en slik modell etter LOs syn kunne ha betydelige langsiktige økonomiske og rettslige konsekvenser for kommunene, som det ikke er redegjort for i høringsnotatet.

LO påpeker i den sammenheng at det heller ikke fremgår av høringsnotatet hvordan de oppgitte formål med ordningen skal realiseres, tvert imot så mener vi at:

- Ordningen ikke er ressursbesparende, men kostnadsdrivende for kommunen
- Ordningen vil bidra til en todelt helsetjeneste.



- Ordningen bidrar ikke til økt valgfrihet utover hva som kan oppnås med brukervalg innenfor en anskaffelsesmodell

Dette er etter LOs syn en modell som påfører kommunene betydelige og langsiktige merkostnader, og som i beste fall gir merverdi for noen få, nemlig de mest ressurssterke brukerne. Modellen har dermed også en fordelingseffekt som LO ikke kan stille seg bak.

Med vennlig hilsen
LO Norge

Peggy Hessen Følsvik
(sign.)

Roger Bjørnstad
(sign.)

Dette brevet er godkjent elektronisk i Landsorganisasjonen i Norge og har derfor ingen signatur.