

Helse- og omsorgsdepartementet

Oslo, 08. desember 2020

## **Høring om endringer i helse- og omsorgstjenesteloven – forslag om godkjenningsmodell for fritt brukervalg i de kommunale helse- og omsorgstjenestene**

Norsk Fysioterapeutforbund (NFF) vil først påpeke at vi ikke er på listen over høringsinstanser i denne saken. NFF er tilhenger av medvirkning og at tjenestene skal tilpasses enkeltmenneskets behov, livssituasjon og hva som er viktig for den enkelte. Vi er opptatt av at det enkelte individet har mulighet til å påvirke tjenestene de mottar. Kommunehelsetjenesten er en svært kompleks virksomhet. For å kunne yte tjenester av høy kvalitet er det en forutsetning at den enkelte fagperson kjenner lokale forhold og lokale samarbeidspartnere. Videre er NFF opptatt av at Norge skal ha en god offentlig helsetjeneste for alle, vi ønsker å fremme likeverdig tilgang og motvirke todeling. NFF mener at dette lovforslaget ikke fremmer hverken kvalitet eller mangfold i den offentlige helsetjenesten, likeverdig tilgang på helsetjenester, eller gode arbeids- og ansettelsesforhold for helsepersonell. På bakgrunn av dette kan ikke NFF støtte høringsforslaget.

Ordnningen med fritt brukervalg er en kopi av den svenske modellen Lag Om Valfrihetssystem (LOV). Høringsnotatet refererer til hva som var hensikten med innføringen av LOV i Sverige. Departementets høringsnotat har i svært liten grad referert til svenske offentlige utredninger og den ekstensive forskningslitteraturen som har undersøkt om hensiktene ved LOV ble nådd. Litteraturen fremhever en rekke slagsider ved LOV, og at LOV har medført negative konsekvenser for den offentlige helsetjenesten, innbyggernes helsetilbud og helsepersonells arbeidsvilkår. NFF er kritisk til at dette ikke er utredet i høringsnotatet.

NFF er videre svært skeptisk til at fysioterapitjenesten ikke er eksplisitt utelukket fra å innlemmes i ordningen med fritt brukervalg, på lik linje med fastlegene. Det er flere hovedgrunner til dette.

- Kommunene mottar fastlønnstilskudd for ansatte fysioterapeuter. Det gjør at kommunenes selvkost for fysioterapitjenester er lavere enn for andre profesjoner der de ikke mottar dette tilskuddet.
- Pasientene har direkte tilgang til fysioterapeut, det betyr at pasientene allerede selv kan velge fysioterapeut.
- Det er svært få pasienter som mottar fysioterapi i kommunene, som har et vedtak på å motta fysioterapi.
- Fysioterapi er en helsetjeneste. Det kreves derfor større helsekompetanse for å velge fysioterapeut enn en pleie- og omsorgstjeneste. Dette gjelder spesielt for pasientene som vil være omfattet av denne ordningen.
- Flere tjenestetilbydere i offentlig helsetjeneste gir risiko for dårligere koordinering og samarbeid mellom aktører, mindre kontinuitet, forringelse av fagmiljø og forvitring av faglig ansvar.

## Finansiering av fysioterapitjenesten

Kommunene kan organisere fysioterapitjenesten i kommunen slik de ønsker ved å velge mellom å fast ansette fysioterapeuter eller å utlyse avtalehjemler og tilhørende driftstilskudd. Noen kommuner har både ansatte fysioterapeuter og avtalehjemler, noen kommuner har bare ansatte eller bare avtalehjemler. Selvstendig næringsdrivende fysioterapeutene med kommunalt driftstilskudd mottar refusjon fra Helfo etter gitte satser. Kommunene mottar fastlønnstilskudd fra staten for ansatte fysioterapeuter. Tilskuddet har til hensikt å gi kommunene et kostnadsnøytralt valg mellom å ansette fysioterapeuter eller å utlyse driftstilskudd, i tillegg til å sikre fysioterapitjenester i alle landets kommuner.

Finansieringen av fysioterapitjenesten skiller seg vesentlig fra hvordan annet helsepersonell i kommunen er finansiert. Fysioterapeutene er statssubsidiert, noe for eksempel sykepleierne ikke er. Vi ser at dette er en utfordring som høringsnotatet ikke har tatt høyde for, og som vi mener innebærer at fysioterapitjenesten uansett ikke kan innlemmes i en slik ordning.

### **Fastlønnstilskuddet**

Ettersom kommunene mottar fastlønnstilskudd vil kommunenes selvkost for fysioterapi utført av ansatt fysioterapeut være vesentlig lavere per time enn for eksempelvis ergoterapi eller sykepleie. Det vil innebære at kommunens selvkost for fysioterapi er vesentlig lavere enn faktisk kostnad. Det vil være et hinder for selvstendig næringsdrivende som ønsker å tilby den samme tjenesten da de vil ha lavere inntekt, men skal likevel konkurrere på kvalitet.

Det vil ikke være mulig, slik regelverket er i dag, å inkludere fastlønnstilskuddet i kommunens selvkost da dette er en inntekt som er betinget av at kommunen har ansatte fysioterapeuter.

### **Driftstilskudd**

Den samme argumentasjonen vil gjelde for selvstendig næringsdrivende fysioterapeuter som mottar driftstilskudd. En del av deres inntekt kommer fra kommunen. Størstedelen av inntektene består av aktivitetsbaserte honorarer; statlige trygderefusjoner og egenandeler fra pasienter<sup>1</sup>. Å bli tildelt en avtalehjemmel med tilhørende driftstilskudd er det som utløser retten til å kreve refusjon fra Helfo.

Siden 2018 har ikke kommunene lenger anledning til å inngå avtaler om å tildele driftstilskudd til selskap, såkalte selskapsavtaler eller flerpraksiser. Selskapsavtaler innebærer at kommunen inngår en avtale om å tildele flere hjemler til et selskap som i sin tur ansetter fysioterapeuter. Ordningen ble avvirket da kommunene anså den som problematisk ettersom de fikk mindre styring og innflytelse både på hvem som tildeles avtalehjemmelen og den faglige aktiviteten i hjemmelen.<sup>2</sup> Kommunene må nå lyse ut og tildele hver fysioterapihjemmel. Det er ikke tillatt å lyse ut hjemler på mindre enn 50%. Det sier seg dermed selv at denne finansieringsformen med tilhørende lover, reguleringer og avtaler ikke er egnet for en ordning med fritt brukervalg.

---

<sup>1</sup> <https://www.regjeringen.no/contentassets/6fdbab754a2a4348a3983c84d16061c0/horingsnotat-11131240.pdf>

<sup>2</sup> Ibid.

For øvrig er det allerede direkte tilgang til selvstendig næringsdrivende fysioterapeuter med driftstilskudd, noe som i prinsippet innebærer fritt brukervalg.

### **Fysioterapeuter i privat primærhelsetjeneste**

Det er flere selvstendig næringsdrivende fysioterapeuter uten driftshjemler i kommunene. Gitt begrunnelsene overfor, der kommunens selvkost for fysioterapitjenester er lavere grunnet delt finansiering med staten, vil ikke kommunens selvkost være tilstrekkelig inntektsgrunnlag for de fleste selvstendig næringsdrivende fysioterapeutene. Dette da de ikke vil motta den delen av inntekten som staten i dag subsidierer.

### **Statsstøtterettslige vurderinger**

Høringsnotatet inneholder statsstøtterettslige vurderinger. Departementet har gitt en overordnet vurdering, men påpeker at det tilligger den enkelte kommune å gjøre en konkret vurdering av statsstøttereglenes anvendelse på de tjenestene som kommunen finansierer.

NFF har ikke foretatt en egen rettslig vurdering. Vi har imidlertid vært i kontakt med ESA. På generelt grunnlag, basert på opplysninger fra NFF, bekrefter de det som står i høringsnotatet: «heller ikke private virksomheter anses å drive økonomisk aktivitet og være omfattet av statsstøttereglene når de på vegne av det offentlige leverer helsetjenester som er finansiert gjennom statsbudsjettet». Dette gjelder de tjenestene som i dag leveres av ansatte fysioterapeuter.

ESA bekrefter også det som fremkommer i en betenkning skrevet av advokatfirmaet Thommessen i 2013. Der står det at EU-domstolen har slått fast at selvstendig næringsdrivende legespesialister, som mottar betaling fra deres pasienter for tjenester de yter, og som selv bærer risikoen ved deres virksomhet, yter økonomisk aktivitet. Advokatfirmaet mener derfor at det fremstår som lite tvilsomt at drift av privat praksis som fastleger, legespesialist, psykologspesialist og fysioterapeut er å anse som økonomisk aktivitet. Når virksomheten til selvstendig næringsdrivende fysioterapeuter ansees som økonomisk aktivitet vil disse være omfattet av statsstøtteregelverket.

NFF mener derfor at det er nødvendig med en grundig vurdering av om finansieringen av den offentlige helsetjenesten er forenlig med en ordning med fritt brukervalg. NFF mener at det er HOD sitt ansvar å utrede dette for fysioterapitjenesten, da resultatet av utredningen vil ha påvirkning på ordningens innretning og gjennomførbarhet. Dette ansvaret kan ikke overlates til hver enkelt kommune.

### **Høringsnotatets forslag til lovtekst**

Det bes om at følgende presisering inntas i ny § 3-11 første ledd som nytt tredje punktum: «Kommunale helsetjenester som fastlegeordning, kommunal fysioterapi og tilsvarende er ikke omfattet».

### **Pasientens helsetjeneste**

Slik ordningen med fritt brukervalg er presentert i høringsnotatet, så fordrer det at pasienten har et vedtak som han/hun benytter som en billett for å velge tilbyder. Svært få av pasientene som mottar fysioterapi i kommunene har et vedtak på fysioterapi. Noen har et vedtak på et opphold på institusjon. For sykehjem og rehabiliteringsplasser fattes det ikke et konkret vedtak på fysioterapi,

men på oppholdet. Det er så opp til kommunen å tilby forsvarlige tjenester i tråd med gjeldende kvalitetskrav. Det samme gjelder ved kompleks sammensatt rehabilitering som i noen kommuner tilbys i dedikerte rehabiliteringsinstitusjoner, noen steder i helsehus og noen får slik rehabilitering hjemme. Noen pasienter har vedtak på hverdagsrehabilitering i hjemmet. Felles for alle disse pasientgruppene er at de har behov for spesialisert helsehjelp, tverrfaglige tjenester og langt fra alle har tilstrekkelig helsekompetanse til å foreta et valg av tilbyder.

Personene som har vedtak på fysioterapi eller opptrening fra kommunen har ofte stort behov for behandling, for eksempel etter slag. Det er ikke alle fysioterapeuter som har kompetanse på slagrehabilitering. På samme måte har ikke alle fysioterapeuter spesiell kompetanse på barn eller eldre. Fysioterapeutene har tre år høyskole- eller universitetsutdanning og et år turnus. Deretter vil mange spesialisere seg innen deler av faget. For eksempel innen nevrologi, geriatri, barn- og unge, onkologi, lymfødem, manuellterapi, psykomotorisk fysioterapi, aktivitets- og idrettsmedisin, eller folkehelse, for å nevne noen. Fysioterapeuter har i mindre grad en generell spesialistkompetanse slik fastlegene har. Det er derfor vanskeligere for pasientene å velge en fysioterapeut med rett kompetanse, enn det er å velge en fastlege. Fastlegen har dessuten mulighet for å henvise pasienten til spesialisthelsetjenesten. Fysioterapeuten har ikke henvisningsrett, han eller hun kan bare anbefale pasienten å kontakte fastlegen eller en annen fysioterapeut dersom de selv ikke har rett kompetanse. Å kunne vise videre til en annen fysioterapeut fordrer at kommunen har fysioterapeuter med flere spesialiteter. NFF mener at ordning med fritt brukervalg ikke er forenlig med kommunenes behov for å planlegge for å dekke flere fagområder innen fysioterapi slik de kan i dag.

Et tilhørende argument er at lovverket er profesjonsnøytralt. NFF stiller seg spørrende til om kommunene kan stille mer spesifikke krav til kompetanse og profesjoner hos private tilbydere enn hva som blir stilt til dem selv. Videre er det slik at de fleste av pasientene som har vedtak på fysioterapi, opptrening og rehabilitering fra kommunen har behov for tverrfaglige tjenester fra fysioterapeuter, ergoterapeuter, logoped, sykepleiere mm. Erfaringene fra Sverige viser at LOV har medført konsentrasjon av eierskap<sup>3</sup> og at større kommersielle aktører leder til større grad av likhet og mindre mangfold for forbrukerne<sup>4</sup>. NFF er svært redd for at store private tilbydere i mindre grad vil tilby tverrfaglige helsetjenester bestående av fysioterapeuter, ergoterapeuter, logoped, sykepleiere mv. som sammen gir et helhetlig helsetilbud. Store selskap kan vise til et profesjonsnøytralt lovverk og i større grad tilby monofaglige helsetjenester, og tjenester av ikke- autorisert helsepersonell der de finner det hensiktsmessig. Vi ser risiko for forvitring av faglig ansvar, forringelse av fagmiljø og mindre kontinuitet.

En av de største utfordringene i helsetjenesten er manglende koordinering og informasjons- overføring mellom tjenestenivå og innen samme tjenestenivå. Dette er et stort hinder som må overkommes før vi kan lage helhetlige og sammenhengende helsetjenester, noe som absolutt er i pasientenes interesse. I Sverige er «oppfattningen att LOV förvärrar den bristande samordningen

---

<sup>3</sup> <https://www.idunn.no/tidsskrift-for-velferdsforskning/2018/01/blir-skandinaviske-velferdstjenester-svekket-av-markedsrefo>

<sup>4</sup> <https://www.regeringen.se/contentassets/da2ccef5dc84389b79b48b06a5e000a/ordning-och-reda-i-valfarden-sou-201678>

mellan regionens och kommunens vård- och omsorgsinsatser»<sup>5</sup>. Det er allment kjent at det er store utfordringer i norsk kommunal helse- og omsorgstjeneste knyttet til digital informasjonsdeling. Systemene kommuniserer ikke på tvers av tjenestenivå og tjenestesteder. Det er utgangspunktet for Akson og én innbygger én journal. Helsedirektoratet skriver i en rapport om journalsystemene at «videreutvikling av systemene på dette området haster»<sup>6</sup>. NFF kan ikke se hvordan økt privatisering og fragmentering av helsetilbudet til den enkelte pasient kan innebære en kvalitetsheving. Vi ser potensielt store utfordringer hva gjelder koordinering og kommunikasjon.

Dersom en person kan velge mellom flere tilbydere, så kan det kalles valgfrihet. Om det er et reelt valg avhenger imidlertid av om tilbyderne i realiteten har ulike tilbud, om man får tilstrekkelig informasjon om tilbudet til å foreta et informert valg, og om personene som må foreta slike valg er i stand til å foreta valget. Selv Nasjonal kompetansetjeneste for seneffekter etter kreftbehandling uttrykker at det kan være vanskelig å få oversikt over innholdet i rehabiliteringsinstitusjonenes tilbud<sup>7</sup>. Befolkningens kunnskap om hvilke fysioterapitiltak som er best egnet ved gitte diagnoser er begrenset. Valget kan derfor i flere tilfeller begrunnes med anbefaling fra venner og familie heller enn kompetanse og kvalitet. NFF er opptatt av å ha en god offentlig helsetjeneste med dyktige profesjonsutøvere som er opptatt av kvalitet, å være faglig oppdatert og å sette pasienten i sentrum. NFF mener at selv om pasientens mening er viktig, er pasienten ikke den best egnede til å bedømme faglige kvalifikasjoner innen helsetjenesten. Det samme sier Velferdstjenesteutvalget som i NOU 2020:13 viser til at «brukerens/ pasientens rolle som kvalitetssikrer av tjenesten, kompliseres av informasjonsasymmetri, for eksempel når behandler vet mer om opphavet til sykdommen/ lidelsen, og hvilke typer behandling som er mest effektive. Dette kan medføre at brukerens seleksjonsrolle ikke fungerer»<sup>8</sup>.

## Konsekvenser for helsepersonell

I Sverige har et offentlig utvalg, tilsvarende Velferdstjenesteutvalget, avgitt en stor utredning; Ordning och reda i välfärden. I denne SOUen konkluderer de at «Välfärdstjänsterna är inte vilka tjänster som helst. Deras grundläggande betydelse för medborgarnas liv och hälsa innebär att konsekvenserna vid olika slags misslyckanden kan bli stora»<sup>9</sup>. NFF mener at innføringen av en ordning med fritt brukervalg vil få store konsekvenser for forutsigbarheten og stabiliteten i offentlig kommunal helsetjeneste. Dette vil gå ut over pasientene og pasientsikkerheten.

Hensikten med fritt brukervalg er å legge til rette for at innbyggerne som har fått et vedtak om tjenester fra kommunen kan velge tilbyder. På fysioterapiområdet betyr det at en pasient kan velge mellom en fysioterapeut ansatt i kommunen eller en selvstendig næringsdrivende fysioterapeut uten driftsavtale. Alle kan allerede velge en selvstendig næringsdrivende fysioterapeut med driftsavtale.

---

<sup>5</sup> <https://www.almega.se/app/uploads/sites/3/2019/06/lov-rapport-slutversion-i-mall-190527.pdf>

<sup>6</sup> Helsedirektoratet: Elektronisk pasientjournal i omsorgstjenesten (2014)

<sup>7</sup> Innlegg ved Lene Thorsen, prosjektleder for Samhandlingsprosjektet ved Oslo universitetssykehus. NSH konferanse: Rehabilitering - helt hjem! Oslo, 16.10.20.

<sup>8</sup> <https://www.regjeringen.no/contentassets/92c603f025264ef4a83390b51dd2ec2f/no/pdfs/nou202020200013000dddpdfs.pdf>

<sup>9</sup> <https://www.regeringen.se/contentassets/da2ccef5dc84389b79b48b06a5e000a/ordning-och-reda-i-valfarden-sou-201678>

Valgfriheten kan få svært store konsekvenser for fysioterapitjenesten og de ansatte fysioterapeutene i de aller fleste kommuner.

Norske kommuner er ikke store. Over 300 av landets kommuner har 4 eller færre ansatte fysioterapeutårsverk. Det sier seg selv at det ikke skal mange pasienter fra eller til før kommunen blir nødt til å nedbemanne eller oppbemanne tjenesten. Dette vil medføre mer utrygge tilsettingsforhold og økt bruk av midlertidige ansettelser da kommunene ikke kan planlegge fremtidig kapasitet, ettersom de ikke vet om pasientene vil velge kommunal eller privat fysioterapeut.

Ordningen med fritt brukervalg kan derfor føre til oppsigelser i kommunal helse- og omsorgstjeneste. Dette gjelder ikke bare fysioterapeuter, det gjelder også annet helsepersonell. Samtidig vet vi at det allerede er mangel på en rekke helsepersonell i norske kommuner. Det er nødvendig å innføre ordninger som styrker jobbsikkerheten og gjør den offentlige helsetjenesten til en enda mer attraktiv arbeidsplass. Ordninger slik som fritt brukervalg kan imidlertid medføre økt bruk av midlertidige stillinger og deltidsstillinger. Fritt brukervalg vil redusere kommunens mulighet til å planlegge bemanningen, og det vil begrense kommunens mulighet for å knytte til seg ønsket og nødvendig kompetanse, samt å gjennomføre langsiktige og helhetlige kompetanseplanleggings- og kompetansehevingstiltak. All den tid kommunen er forpliktet til å stille beredskap dersom private tilbydere skulle gå konkurs eller velger å avslutte driften, vil det medføre store kostnader for kommunene og det medfører kostnader for ansatt helsepersonell i form av usikkerhet, slitasje og stress.

Å ha en fysioterapitjeneste med høy faglig kvalitet krever stabile fagmiljø, og slike tar tid å bygge. NFF har flere ganger tatt til orde for at anbud ikke sikrer robuste fagmiljø. Fritt brukervalg gir enda større grad av uforutsigbarhet enn anbudsordninger. Det innebærer at ordningen ikke gir private noen garanti om å få pasienter, antall pasienter, eller noe tak på hvor mange som kan konkurrerer om de samme pasientene. For fysioterapeuter er det svært tvilsomt hvorvidt ordningen med fritt brukervalg er et tilstrekkelig insentiv for å opprette privat praksis, både fordi kundegrunnlaget i de fleste kommuner er lite og usikkert og fordi kommunens selvkost ikke speiler utgiftene en selvstendig næringsdrivende vil ha ved å drive eget institutt. NFF mener at det ikke er gjennomførbart å sikre rett dimensjonering og sammensetning av fysioterapitjenesten i kommunene når private tilbydere kan overta deler av tjenesten kontinuerlig, og kan overlate deler av tjenesten tilbake til kommunen kontinuerlig.

## Kostnader

Det står i høringsnotatet at «Innføringen av loven om fritt brukervalg i Sverige medførte i utgangspunktet ingen økte kostnader for kommunene, men ga kommunene lovregulerte rammer for innføringen av en godkjenningsmodell for fritt brukervalg». Det ble imidlertid øremerket 280 millioner kroner som stimuleringsmidler til kommunene for å forberede gjennomføringen i kommunene. Det må etter det NFF forstår bety at dette ikke var gratis. Vi ønsker også å påpeke at 280 millioner kroner er i samme størrelsesorden som det regjeringen satte av til opptrappingsplanen for habilitering og rehabilitering her hjemme.

NFF kan se flere elementer ved fritt brukervalg som vil medføre økte kostnader for kommunene. For det første er kommunene ansvarlige for informasjonen til innbyggerne om de ulike tjenestetilbyderne. Det vil kreve ressurser å samle denne informasjonen og presentere denne på en

lettfattelig måte på kommunenes hjemmesider eller liknende. Det vil kreve ressurser å bistå innbyggerne som må foreta et valg mellom leverandører. Som høringsnotatet trekker frem så vil «det store antallet leverandører medfører en endring av det administrative omfanget i kommunene, ettersom både forsvarlighet i tjenesten og avtaleforpliktelsene skal følges opp». Videre vil det kreve ressurser å foreta og gjennomgå rapportering og inspeksjon. Og, i mindre kommuner så vil det kreve ressurser for hver innbygger som bytter leverandør til eller fra det kommunale tilbudet da det potensielt kan kreve en nyansettelse eller oppsigelse.

For pasientene vil fritt brukervalg også innebære en kostnad da det innføres et ekstra ledd mellom dem og beslutningstakerne. Som høringsnotatet sier så er det «kommunen som vurderer og utformer tjenestetilbudet til tjenestemottakeren, og som utformer og inngår kontrakten med leverandøren.» Mange mottakere av helse- og omsorgstjenester har varierende behov for tjenester. Innad i flere kommuner er det iverksatt en tillitsreform for å gå bort fra ren bestiller og utførermodell og opprette ny dialog slik at tjenesten kan tilpasses nye behov. Ved private tilbydere kan dette bli mere tungvint. Både krever bruk av private tilbydere vedtak og kontrakt, og det kan oppstå mistillit dersom private i større omfang bruker eller ber om flere timer per pasient.

NFF må også påpeke at norske kommuner har begrenset bestillerkompetanse hva gjelder å utforme kvalifikasjonsgrunnlag for å offentliggjøre oppdrag jf. godkjenningsordningen. Erfaring viser at utilstrekkelig bestillerkompetanse kan være svært kostbart, og igjen, helse- og omsorgstjenestene er en sårbar sektor. Likeledes har kommunene svært begrenset kunnskap og erfaring hva gjelder kontraktstyring av de samme tjenestene.

Økte kostnader for helsepersonell i form av mer usikre arbeidsplasser, deltid og midlertidighet er allerede omtalt.

I høringsnotatet ligger implisitt at den kommunale helse- og omsorgstjenesten ikke har høy nok kvalitet, ikke er effektiv nok, ikke innoverer, og, man kan lese inn en begrunnelse for østehøvelkuttene som foretas i hele offentlig sektor. I statlig sektor heter det ABE-reformen, i kommunene er det en underfinansiering av nye oppgaver, satsingsområder og såkalte opptrappingsplaner. NFF mener at en ordning med fritt brukervalg har mange kostnader som ikke er utredet. Disse kostnadene vil gå ut over muligheten for å innovere og effektivisere og heve kvaliteten i offentlig helse- og omsorgstjeneste. Det er større behov for flere fysioterapeuter, ergoterapeuter, logopeder, sykepleiere osv. i norske kommuner, og at helsepersonell får kontinuerlig kompetanseoppdatering og kompetanseheving, enn det er behov for flere konsulenter med kompetanse på kontraktstyring og statsstøttereglenes anvendelse.

## En mer likeverdig og mindre todelt helsetjeneste

I Velferdstjenesteutvalgets NOU 2020:13 er en tydelig tilråding at en eventuell bruk av private aktører skal føre til en mer effektiv bruk av samfunnets ressurser. Det begrenser bruken av private aktører til der «private kan levere velferdstjenester med den kvaliteten som kreves i regelverk eller kontrakt, til en lavere samlet kostnad enn om det offentlige leverer selv. Samlede kostnader inkluderer styringskostnader, herunder transaksjonskostnader». Utvalget nevner ikke det som er høringsnotatets uttalte formål ved ordningen med fritt brukervalg; nemlig høyere kvalitet til samme pris.

Velferdstjenesteutvalget anbefaler at «det bør gjennomføres mer forskning på effekten av kostnader og kvalitet når private aktører brukes»<sup>10</sup>. Dette er i tråd med en publikasjon bestilt av det nordiske samarbeidet der det står at: «Kundval inom social omsorg är en fråga med starka ideologiska undertoner. Här finns mycket av förhoppningar, tro och tyckande men inte mycket av vetenskapligt underbyggd kunskap»<sup>11</sup>, og en tredje publikasjon som slår fast at «Kunskapen om konkurrensens konsekvenser inom insatser för äldre och funktionshindrade är bristfällig. Den forskning som ändå finns visar inte på några entydiga effekter av konkurrensutsättning och kundvalsmodeller vare sig när det gäller kostnader eller kvalitet».<sup>12</sup>

NFF mener at før det vurderes å innføre en modell med fritt brukervalg, så er det helt nødvendig med en gjennomgang av erfaringene som er gjort i Sverige etter at de innførte LOV. LOV, altså fritt brukervalg, har ikke gitt økt kvalitet eller lavere utgifter i helse- og omsorgstjenesten<sup>13,14,15,16</sup>. Det har ikke gitt økt variasjon i tilbudet<sup>17,18</sup>. Det har ført til økt risiko for midlertidige ansettelser, redusert bemanning, oligopolisering og maskulinisering av markedet<sup>19,20,21</sup>. Og, det har ført til at flere private tjenestetilbydere tar ut stadig større profitt<sup>22</sup>. De store kjedene har tatt over.

Høringsnotatet slår fast at en ordning med fritt brukervalg fører til en mer likeverdig og en mindre todelt helsetjeneste. NFF vil påpeke at høringsnotatet benytter begge begrepene på en annen måte enn konvensjonen og vanlig forståelse av begrepene. En todelt helsetjeneste kan ikke motvirkes ved at flere har tilgang på de ulike aktørene i markedet. Å motvirke en todelt helsetjeneste ville være å tilby helsetjenester på et nivå som gjør at et flertall av befolkningen ikke ville se behovet for å kjøpe ekstra tjenester i markedet eller å kjøpe seg forbi køen. Høringsnotatet skriver også at en ordning med fritt brukervalg kan bidra til å sikre likeverdig tilgang til helse- og omsorgstjenester. En av de største kildene til ulik tilgang til helsetjenester i Norge er ulik kommuneøkonomi<sup>23</sup>. Likeledes kan ressurssterke familier få flere tjenester enn andre<sup>24</sup>. Å kunne velge tilbyder av helsetjenester sikrer ikke likeverdighet.

Fritt brukervalg skal, ifølge høringsnotatet, gi mer makt til pasienten. For i de situasjonene innbyggerne mottar et vedtak om helse- og omsorgstjenester er de pasienter. De er syke og de er

---

<sup>10</sup> <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2020-13/id2788017/>

<sup>11</sup> <http://norden.diva-portal.org/smash/get/diva2:700656/FULLTEXT01.pdf>

<sup>12</sup> [https://snsse.cdn.triggerfish.cloud/uploads/2020/02/sos\\_kk\\_0.pdf](https://snsse.cdn.triggerfish.cloud/uploads/2020/02/sos_kk_0.pdf)

<sup>13</sup> Ibid.

<sup>14</sup> <https://www.fafu.no/images/pub/2013/20314.pdf>

<sup>15</sup> [https://samfunnsforskning.brage.unit.no/samfunnsforskning-xmlui/bitstream/handle/11250/2442438/Rapport\\_R\\_01\\_2016\\_v5-1.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://samfunnsforskning.brage.unit.no/samfunnsforskning-xmlui/bitstream/handle/11250/2442438/Rapport_R_01_2016_v5-1.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

<sup>16</sup> [https://www.idunn.no/tidsskrift\\_for\\_velferdsforskning/2018/01/blir\\_skandinaviske\\_velferdstjenester\\_svekket\\_av\\_markedsrefo](https://www.idunn.no/tidsskrift_for_velferdsforskning/2018/01/blir_skandinaviske_velferdstjenester_svekket_av_markedsrefo)

<sup>17</sup> Ibid.

<sup>18</sup> <https://www.regeringen.se/contentassets/da2cceb5dc84389b79b48b06a5e000a/ordning-och-reda-i-valfarden-sou-201678>

<sup>19</sup> <https://ecpr.eu/Filestore/PaperProposal/96ea44b4-42c5-43be-b376-5ccccf2d1c514.pdf>

<sup>20</sup> <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/08038740.2019.1698653>

<sup>21</sup> <https://www.diva-portal.org/smash/record.jsf?pid=diva2%3A651556&dswid=-3670>

<sup>22</sup> <https://www.regeringen.se/contentassets/da2cceb5dc84389b79b48b06a5e000a/ordning-och-reda-i-valfarden-sou-201678>

<sup>23</sup> <http://ojs.ub.gu.se/ojs/index.php/sipa/article/view/3567>

<sup>24</sup> <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1527154409357108>



pleietrengende. Et system der man må gå aktivt ut og samle informasjon om ulike tilbydere og foreta et valg favoriserer de ressurssterke, og de med ressurssterke pårørende. Slik NFF ser det vil en ordning med fritt brukervalg innen helse- og omsorgstjenestene favorisere de som allerede har tilgang på flere tilbydere. De uten større ressurser, som har kognitiv svikt, fremmedspråklige, de sykeste, vil kunne bli tapere i et slikt system. Det vil være svært ressurskrevende for kommunen å til enhver tid ha oversikt over tilgjengelige tilbydere og å veilede hver enkelt ut fra personlig preferanser og behov. Det er nærliggende å anta at pasientene heller vil henvises til en tilbyder med ledig kapasitet. Vi kan derfor ikke forstå annet enn at et slikt system vil føre til et mer todelt helsevesen, selv om tilbudet er betalt av det offentlige.

Private tilbydere er avhengig av et marked for å oppnå lønnsomhet. Erfaringene fra Sverige er at små, spredtbygde kommuner har problemer med å tiltrekke seg private tilbydere innen pleie- og omsorgstjenester.<sup>25</sup> Av Sveriges 290 kommuner har 16 færre enn 5.000 innbyggere.<sup>26</sup> I Norge har nesten halvparten av kommunene (174) færre enn 5.000 innbyggere.<sup>27</sup> Fritt brukervalg vil dermed være et alternativ for noen få store kommuner. NFF undrer hvordan det vil bidra til likeverdighet i tjenestetilbudet.

## Konklusjon

NFF støtter ikke forslaget som er fremmet i denne høringen.

NFF er tilhenger av en sterk offentlig helsetjeneste, en offentlig helsetjeneste som fremme likeverdighet, hindrer todeling, og som er en attraktiv arbeidsplass for helsepersonell. Slik vi ser det innebærer en attraktiv arbeidsplass at den fremmer forutsigbarhet, fremmer kompetanse og faglige beslutninger, robuste fagmiljø med helsepersonell som kjenner hverandre og som utnytter hverandres styrker. Det er dette som bidrar til kvalitet i helsetjenesten. NFF er enig i at vi trenger økt oppmerksomhet rundt alternative måter å organisere kommunale helse- og omsorgstjenester på, og at enkeltmennesket skal ha større innflytelse over egen hverdag. Vi mener at dette er mulig å løse innen den offentlige helsetjenesten, men da må fokus ligge på kontinuerlig forbedringsarbeid og kompetanseheving. Ressursene må brukes på å bedre de pasientrettede helsetjenestene, ikke på administrative og byråkratiske rutiner for å kontraktstyre og koordinere mange tilbydere.

I den offentlige kommunale helse- og omsorgstjenesten er kapasitet, koordinering, informasjonsutveksling og kompetanse den største utfordringen. Privatisering vil ikke bøte på dette grunnleggende problemet. Heller enn å sikre gode arbeidsvilkår og sikre arbeidsplasser der ansatt helsepersonell kan bidra til å utvikle tjenesten i ønsket retning, som et lag rundt pasienten, så kan ordningen med fritt brukervalg forvitte eksisterende kompetansemiljø.

NFF mener at forslaget vil føre til en mer todelt helsetjeneste, ikke en mindre todelt tjeneste slik høringsnotatet anfører hele 3 ganger. Vi mener at Helse- og omsorgsdepartementet må ta inn over seg hvilke erfaringer som er gjort i Sverige etter at de innførte LOV. LOV har ikke gitt økt kvalitet eller lavere utgifter i helse- og omsorgstjenesten. Det har ikke gitt økt variasjon i tilbudet. Det har ført til økt risiko for midlertidige ansettelser, redusert bemanning, oligopolisering og maskulinisering av

---

<sup>25</sup> <https://www.almega.se/app/uploads/sites/3/2019/06/lov-rapport-slutversion-i-mall-190527.pdf>

<sup>26</sup> [http://www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/sv/ssd/START\\_BE\\_BE0101\\_BE0101A/BefolkningNy/](http://www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/sv/ssd/START_BE_BE0101_BE0101A/BefolkningNy/)

<sup>27</sup> <https://www.ssb.no/statbank/table/07459/>

markedet. Og, det har ført til at flere private tjenestetilbydere tar ut stadig større profitt. De store kjedene har tatt over.

NFF mener at for å få økt reell valgfrihet i helse- og omsorgstjenestene er ikke privatisering veien å gå, men en styrket kommuneøkonomi med satsing på helse- og omsorg der kommunene har rom til å innovere og styrke den offentlige helsetjenesten.

Med hilsen



Gerty Lund  
Forbundsleder



Christine Thokle Martens  
Seniorrådgiver