

Moderniseringsdepartementet

Postboks 8004 Dep.
0030 Oslo

Deres ref.:

Vår ref.: 2005/426
MAB-M6 INBR 540

Saksbeh.:

Dato: 13.05.2005

■ Høringsuttalelse - NOU 2005:3 Fra stykkevis til helt – en sammenhengende helsetjeneste

Konkurransetilsynet viser til brev av 29. mars 2005 fra Moderniseringsdepartementet vedrørende høring fra Helse- og omsorgsdepartementet om ovennevnte. Moderniseringsdepartementet ber om merknader fra Konkurransetilsynet innen 16. mai 2005.

1 Høringsforslaget

Et offentlig utvalg ble satt ned i oktober 2003 med hovedformål å vurdere samhandlingen mellom den kommunale helsetjenesten og spesialisthelsetjenesten og å vurdere endringer i rammebetingelsene for å bedre samhandlingen. Utvalgets arbeid resulterte i NOU 2005:3.

I utvalgets mandat heter det at "Store pasientgrupper er avhengig av at den kommunale helsetjenesten og spesialisthelsetjenesten fungerer som en sammenhengende behandlingsskjede som gir et helhetlig tilbud. Samhandlingen er i mange tilfeller ikke god nok. Dette kan medføre sviktende behandlingstilbud, unødvendige innleggelser på sykehus, og mangelfull oppfølging fra hjemmesykepleie/sykehjem og legetjenesten". Med samhandling i helsetjenesten mener utvalget aktivt samarbeid og handlinger mellom alle som direkte eller indirekte er involvert i pasientbehandlingen. Samhandlingen vil kunne gjelde pasienter, pårørende, pasient- og brukerorganisasjoner, tjenesteutøvere i ulike deler av hjelpeapparatet, interesseorganisasjoner, kontrollmyndigheter og klageinstanser. I tillegg kan ulike fagmyndigheter og fagmiljøer, utdanningsinstitusjoner og forskningsmiljøer være viktige premissleverandører for hvorledes det samhandles mellom disse.

Høringsforslaget omfatter tre hovedområder; tiltak rettet mot helsesektorens rammebetingelser, tiltak som styrker pasientperspektivet, og tiltak som støtter samhandlingen mellom tjenesteyterne.

2 Konkurransetilsynets merknader

Konkurranseloven har til formål å fremme konkurranse for derigjennom å bidra til effektiv bruk av samfunnets ressurser. En av Konkurransetilsynets oppgaver er å påpeke konkurranseregulerende virkninger av offentlige tiltak, eventuelt ved å fremme forslag med sikte på å styrke konkurransen og lette adgangen for nye konkurrenter.

Konkurransetilsynet vil i det følgende kommentere en del av forslagene utvalget har utarbeidet. Kommentarene er gitt ut fra det konkurransemessige synspunktet at det i størst mulig grad bør være like rammebetingelser for private og offentlige aktører.

Økonomiske og organisatoriske rammebetingelser

Hovedstrukturen i helsetjenesten er karakterisert ved et ansvarsmessig og organisatorisk skille mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. I utvalgets mandat legges det til grunn at dagens todelte ansvarsfordeling videreføres, og utvalgets vurdering er også at helt nye prinsipper for organisering ikke vil løse samhandlingsutfordringene. Utvalget er av den oppfatning at organisatoriske forsøk som går utover dagens rammer kan være nyttig for å vinne flere erfaringer.

Sameie og langsiktige avtaler

I kapittel 10.4.2 om forsøk med nye organisasjoner foreslår utvalget å åpne for sameie av tjenestearnaer/ felles eie av utførerenheter mellom kommuner og helseforetak. Forslaget innebærer at en eller flere kommuner og foretak i fellesskap kan eie enheter hvor det utføres første- og andrelinjetjenester. Utvalget foreslår i første omgang å åpne for forsøk der kommuner og foretak kan eie utførerenhetene sammen.

Bakgrunnen for forslaget om felles foretak er at man ønsker å vurdere et alternativ til dagens samarbeidsavtaler mellom kommuner og foretak, som har blitt et av virkemidlene for å oppnå et formalisert samarbeid mellom tjenestenivåene for derigjennom å ivareta pasientens behov for en sammenhengende behandlingsskjede. Utvalget er i tvil om en selskapsform vil gi et mer effektivt grunnlag for samarbeid mellom partene enn det dagens avtalemulighet gir. Utvalget mener at en slik organisatorisk modell bør være gjenstand for forsøk som kan gi mer kunnskap om betydningen for helhet i helsetjenesten.

Utvalget foreslår at ansvaret for tjenestene forblir hos det opprinnelige forvaltningsnivået selv om selve utførelsen av tjenestene ytes av et selskap i felles eie. Kommunene vil således være ansvarlig for å sørge for kommunale tjenester til innbyggerne, mens foretaket beholder ansvaret for å yte spesialisthelsetjenester. Utvalget foreslår at felleseie som nevnt ovenfor utformes som selvstendige rettssubjekt, for eksempel som et selskap hvor partene er solidarisk ansvarlig for tjenestene utad og med et nærmere avtalt forholdsvis ansvar seg i mellom. Hensikten med dette er å unngå ansvarsfraskrivning eller problemer i forhold til arbeidsgiveransvar, erstatning mv. De nye enhetene vil overta de delene av kommunale og foretakenes oppgaver som det er ønskelig å slå sammen (antageligvis tjenester hvor samhandlingshensyn anses som særlig viktige.)

Utvalget peker på at en slik organisasjonsmodell bærer mange likhetstrekk med å etablere interkommunale selskap, men er annerledes ved at deltagerne omfatter helseforetak i tillegg til kommuner.

Dannelsen av et joint venture av to eller flere uavhengige foretak kan utløse meldeplikt etter konkurranseloven. Hvorvidt meldeplikt utløses vurderes etter konkurranseloven § 17 annet ledd. I tillegg må det vurderes om kommunen i de aktuelle tilfellene opptrer som foretak. Hva som er foretak er definert i konkurranseloven § 2. Foretaksbegrepet er funksjonelt, og vurderingen av hva som er foretak må gjøres konkret fra sak til sak. Dette innebærer at et organ kan være foretak for visse deler av virksomheten, selv om ikke hele virksomheten er det.

Konkurransetilsynet vurderer det slik at samhandling mellom kommuner og foretak organisert etter en modell hvor oppgaver slås sammen/ samlokaliseres og ressurser samles i et foretak for å gi økt samhandling kan bidra til at samfunnet utnytter sine ressurser mer effektivt og til fordel for pasientene ved at det kan tilbys et mer helhetlig helsetilbud.

Det er mange positive argumenter for en slik integrering av tjenestenivåene, men Konkurransetilsynet mener at det ved en tettere integrering mellom tjenester utført av helseforetak og kommuner vil kunne oppstå en viss fare for at private aktører stenges ute.

Når det inngås langsiktige avtaler med aktører, vil det videre kunne oppstå en konkurranse *om* markedet i stedet for konkurranse *i* markedet. Faren for at aktører faller ut av markedet må derfor veies opp mot fordelene som eventuelt kan oppnås ved en slik integrering.

Finansieringsordninger

I kapittel 10.4.4 *generelt om økonomiske virkemidler* drøfter utvalget betydningen av finansieringsordninger for samhandling i helsetjenesten. Utvalget har ikke som mandat å foreta en ny utredning knyttet til finansiering av helsetjenesten, men har likevel vurdert enkelte justeringer/tiltak innenfor dagens hovedsystem som kan bedre insentivene for samhandling i pasientbehandlingen¹.

I forhold til ordningen med stykkprisfinansieringen i helsesektoren, frykter utvalget at dagens høye refusjonssetter² reduserer samhandlingspotensialet ettersom samhandling ofte ikke utløser refusjon. Utvalget mener at samhandlingen i helsetjenesten vil være tjent med at stykkprisandelen reduseres.

Konkurransetilsynet er negative til en reduksjon av ordningen som sikrer at pengene følger pasienten. Tilsynet vil derfor heller foreslå at det utredes muligheter for å bruke insentivsystem som også premierer samhandling.

Utvalget mener videre at finansieringsordningene må tilpasses lokalt. Utvalget anbefaler at de regionale helseforetak og kommuner i større grad understøtter samhandling med lokalt tilpassede finansieringsordninger. Gjennom en mer aktiv bruk av finansiering som lokalt virkemiddel vil også det lokale prioriteringsansvaret bli tydelig.

Utvalget peker også på det prinsipielle vanskelige i at flere tjenesteytere i helsetjenesten finansieres gjennom såkalte "tredjeparts"ordninger. Utvalget mener at når refusjoner går direkte fra Rikstrykdeverket til den enkelte tjenesteyter gir det liten overordnet styring med ressursene og tjenestene. Utvalget mener det bør utredes en større omlegging av finansieringsordningene for kommunale helsetjenester i retning av et system som sterkere understøtter kommuner som bestiller av tjenester og kommunen som ansvarlig for å sørge for at befolkningen har et godt samlet helsetjenestetilbud.³ Utvalget mener at en større styring med de samlede ressursene gir kommuner og foretak bedre mulighet til å foreta riktige prioriteringer i helsetjenesten. Det kan også være aktuelt se på refusjonsordninger til private aktører i denne sammenhengen.

Konkurransetilsynet har ved flere anledninger anbefalt at det i spesialisthelsetjenesten bør innføres et sterkere skille mellom "sørge-for" og utførerrollen til de regionale helseforetak.

¹ Viktige problemstillinger knyttet til finansiering er/ har nylig vært under utredning (jf. St. meld 5 2003-2004 om fremtidig hovedstruktur for finansieringen av spesialisthelsetjenesten).

² 60 prosent av ISF-ordningen.

³ I spesialisthelsetjenesten har man allerede delvis endret finansieringsordningen i en slik retning. Som en oppfølging av St. meld. 5 2002-2003 går nå refusjoner til poliklinikker og sykehus direkte til de regionale helseforetakene for videre oppgjør med den enkelte tjenesteyter.

Rollekonflikten som oppstår når samme aktør får tildelt begge rollene gjør det vanskeligere for private aktører å tilby helsetjenester til det offentlige. I de tilfeller hvor kommunen uansett ikke utfører konkurrerende virksomhet vil ikke dette problemet gjøre seg gjeldende (for eksempel fastlegeordningen), men hvis det finnes tilfeller hvor kommunen utfører konkurrerende virksomhet med private aktører vil tilsynet advare mot at det innføres en modell som kan gi en slik uheldig rollekonflikt.

Forslag knyttet til pasientperspektivet

Konkurransetilsynet har ingen merknader til forslagene.

Forslag knyttet til samhandling mellom tjenesteutøvere

Basistilskudd, takster og egenandeler

Utvalget peker på at finansieringsordningen for fastlegene kan være et virkemiddel som kan påvirke fastlegens praksis i ønsket retning. Utvalget anbefaler at partene (Staten og legeföreningen) gjennom de neste forhandlingene tilstreber en dreining av finansieringsordningen i retning av mer uttelling på basistilskuddet⁴ og respektivt mindre på takster og egenandeler⁵. Basistilskuddet anbefales innrettet som en kombinasjon av listetilskudd og et driftstilskudd. Samtidig anbefales det at listens lengde får mindre betydning og at listens alderssammensetning gir større økonomisk uttelling. Utvalget mener også at takstinnretningen kan endres for å øke satsingen på pasienter med store og sammensatte behov.

Konkurransetilsynet er i utgangspunktet negativ til forslaget om å gi mer uttelling på basistilskuddet og respektivt mindre på takster og egenandeler, da det er usikkert om dette vil gi positive insentiv til økt samhandling i helsetjenesten.

Avtaler med privatpraktiserende helsepersonell

Under punkt 10.3.2 om annet privatpraktiserende personell foreslår utvalget at det i avtalene for privatpraktiserende helsepersonell inkluderes klare funksjons- og kvalitetskrav, bla. for å sikre bedre tjenester til personer med store og sammensatte behov. Bakgrunnen for forslaget er at kommuner og regionale helseforetak gir uttrykk for at driftsavtaler mellom private aktører og kommuner/foretak ikke i tilstrekkelig grad gir dem de styringsmuligheter de ønsker. Utvalget er særlig bekymret for at avtalene ikke gir muligheter for å sikre at avtalepersonellet bidrar i arbeid med samhandlingskrevende pasienter.

I den grad klare funksjons- og kvalitetskrav i avtalene som inngås med privatpraktiserende helsepersonell vil bidra til å gi de private aktørene bedre mulighet for å innrette sine ressurser slik at de står bedre rustet til å vinne kontrakter om utføring av helsetjenester, vil dette kunne styrke konkurransen og Konkurransetilsynet stiller seg derfor positivt til forslaget.

Avtaler mellom foretak og kommuner

I kapittel 10.3.3 om krav til formaliserte avtaler mellom foretak og kommuner ber utvalget om synspunkt på forslaget om å pålegge kommuner og foretak en gjensidig plikt til å inngå samarbeidsavtale med sikte på å oppnå en mer helhetlig pasientbehandling. Utvalget mener det har en stor verdi at foretak og kommuner utarbeider en formalisert avtale som ivaretar samhandlingsbehovet mellom tjenestenivåene.

⁴ Basistilskuddet er listetilskuddet, som bidrar til at legen tar ansvar for en bestemt pasientpopulasjon.

⁵ Honorartakstene (stykkpris-komponenten) bidrar til at legen yter tjenester til personene på sin liste.

Tilsynet stiller seg positiv til forslaget i den grad gjensidig plikt til inngåelse av samarbeidsavtale kan gi økt samhandling og bedre utnyttelse av ressursene i forhold til å tilby helhetlige helsetjenester til pasienter med sammensatte behandlingsbehov.

Muligheten for kommuner og foretak til å etablere slike forpliktende samarbeidsavtaler vil imidlertid generelt kunne medføre en tettere integrering av tjenester utført av helseforetak og kommuner. Konkurransetilsynet er opptatt av at slike samarbeidsavtaler utformes på en slik måte at de ikke virker begrensende på private aktørers mulighet for å levere helsetjenester til den offentlige helsetjenesten.

Konkurransetilsynet har for øvrig ingen merknader til høringsforslaget.