

RAPPORT

IDEELLE OG KOMMERSIELLE AKTØRER I HELSE- OG OMSORGSSEKTOREN



MENON-PUBLIKASJON NR. 96/2021

Av Erik W. Jakobsen, Lars Hallvard Lind og Caroline Aarre Halvorsen



Forord

På oppdrag fra NHO Service og Handel har Menon Economics kartlagt rådende definisjoner og regelverk knyttet til adgangen offentlige institusjoner har til å reservere anbudskonkurranser innenfor helse- og omsorgssektoren for ideelle aktører. Vi presenterer her også nøkkeltall og analyse av den finansielle utviklingen i utvalgte bransjer i helse- og omsorgsnæringen, for både kommersielle og ideelle aktører. I tillegg har Menon vurdert konsekvensene av en eventuell utfasing av kommersielle leverandører til offentlig finansierte velferdstjenester.

Formålet med denne rapporten er å synliggjøre den private helse- og omsorgsnæringens rolle innenfor de offentlig finansierte velferdstjenestene samt identifisere hvilke konsekvenser en utfasing av kommersielle aktører kan ha for den totale helse- og omsorgssektoren.

Prosjektet har vært ledet av Erik W. Jakobsen, Lars Hallvard Lind har vært prosjektleder og Caroline Aarre Halvorsen har vært prosjektmedarbeider.

Menon Economics er et forskningsbasert analyse- og rådgivningsselskap i skjæringspunktet mellom foretaksøkonomi, samfunnsøkonomi og næringspolitikk. Vi tilbyr analyse- og rådgivningstjenester til bedrifter, organisasjoner, kommuner, fylker og departementer. Vårt hovedfokus ligger på empiriske analyser av økonomisk politikk, og våre medarbeidere har økonomisk kompetanse på et høyt vitenskapelig nivå.

Vi takker for et spennende oppdrag, og for gode innspill underveis i prosessen. Forfatterne står ansvarlig for alt innhold i rapporten.

Oktober 2021

Erik W. Jakobsen
Prosjektleder
Menon Economics

Innhold

SAMMENDRAG	3
1. INNLEDNING OG BAKGRUNN	6
Leseveiledning	6
2. REGELVERK OG KRAV TIL LEVERANDØRER AV VELFERDSTJENESTER	8
2.1. Kommersielle og ideelle leverandører – rådende definisjoner	9
2.2. Muligheten for å reservere anbudskontrakter for ideelle organisasjoner	9
3. KRAV I ANBUDSKONKURRANSER OM HELSE- OG SOSIALTJENESTER – KRAV VED ANVENDELSE AV § 30-2A?	13
3.1. Kravspesifikasjoner i anbudskonkurranser om helse- og omsorgstjenester	14
3.2. Gjennomgang av anbud reservert for ideelle aktører – konklusjoner	16
4. IDEELLE OG KOMMERSIELLE AKTØRERS ROLLE I HELSE- OG OMSORGSTJENESTENE	17
4.1. Den norske helse- og omsorgsnæringen – overordnede tall	17
4.2. Rehabilitering og spesialisert behandling	22
4.3. Barnevern	25
4.4. Psykisk helse og avhengighet	27
4.5. Sykehjem og hjemmebasert omsorg	28
4.6. Bo og omsorg	29
5. KONKURRANSEUTSETTING AV HELSE- OG OMSORGSTJENESTER	31
5.1. Konkurransenutsetting av offentlig finansierte tjenester	31
5.2. Kommersielle og ideelle aktører i helse- og omsorgssektoren	34
5.3. Konsekvenser av en utfasing av private kommersielle aktører i helse- og omsorgssektoren	40
VEDLEGG 1: NÆRMERE OM DEFINISJON OG AVGRENSING AV BRANSJER I HELSE- OG OMSORGSNÆRINGEN	45

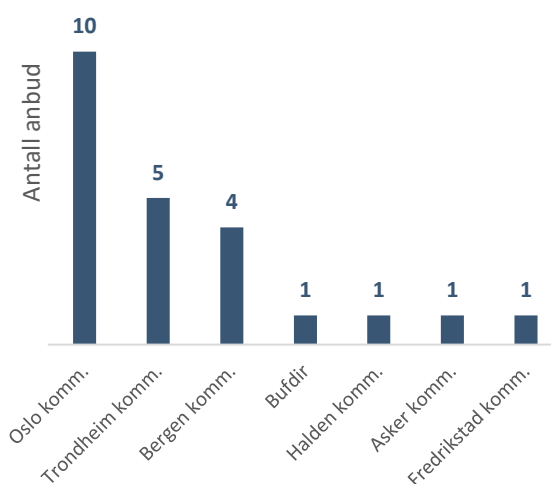
Sammendrag

En utfasing av private kommersielle aktører fra den offentlige helse- og omsorgstjenesten vil trolig føre til en redusert kostnadseffektivitet i offentlig sektor og lengre helsekøer innen enkelte tjenestoområder på kort sikt. Vi forventer at de negative effektene vil være størst i distriktskommuner. Dette fordi kommersielle virksomheter i langt større grad enn de ideelle i dag er til stede i hele landet, mens de ideelle aktørenes virksomhet i større grad er konsentrert i og rundt storbykommunene.

I vår kartlegging av den finansielle stillingen og utviklingen i den private helse- og omsorgsnæringen finner vi at næringens driftsmarginer de siste ti årene har ligget på nivå med resten av norsk næringsliv. Vi finner at private kommersielle har en noe høyere lønnsomhet enn private ideelle aktører, men dette kan delvis tilskrives at det er ulik sammensetning mellom ulike bransjer og at de er ulikt distribuert rundt om i landet.

De siste årene har det blitt åpnet for at offentlige innkjøpere kan reservere offentlige anbud av helse- og omsorgstjenester for ideelle aktører. Dette er begrunnet i et ønske om å bevare og styrke leverandørmangfoldet i sektoren. Vi kartlegger i denne rapporten bruken av denne adgangen og finner at det nesten utelukkende er de største kommunene i landet som har benyttet seg av denne muligheten. At det nesten bare er kommunesektoren som har benyttet seg av muligheten antyder at det ikke er mange nok ideelle aktører med tilstrekkelig kvalitet til at man får gjennomført en god konkurranse ved kun å gi adgang til ideelle aktører innen mer komplekse helseområder (som i spesialisthelsetjenesten). At det nesten bare er storbykommuner, og ingen små kommuner, som har benyttet seg av adgangen er trolig en konsekvens av at ideelle helse- og omsorgsaktører i hovedsak er lokalisert i sentrale strøk.

Figur 0-1: Antall anbud innen helse- og omsorgstjenester reservert for ideelle aktører (2016-2021). Kilde: Doffin.no og Menon



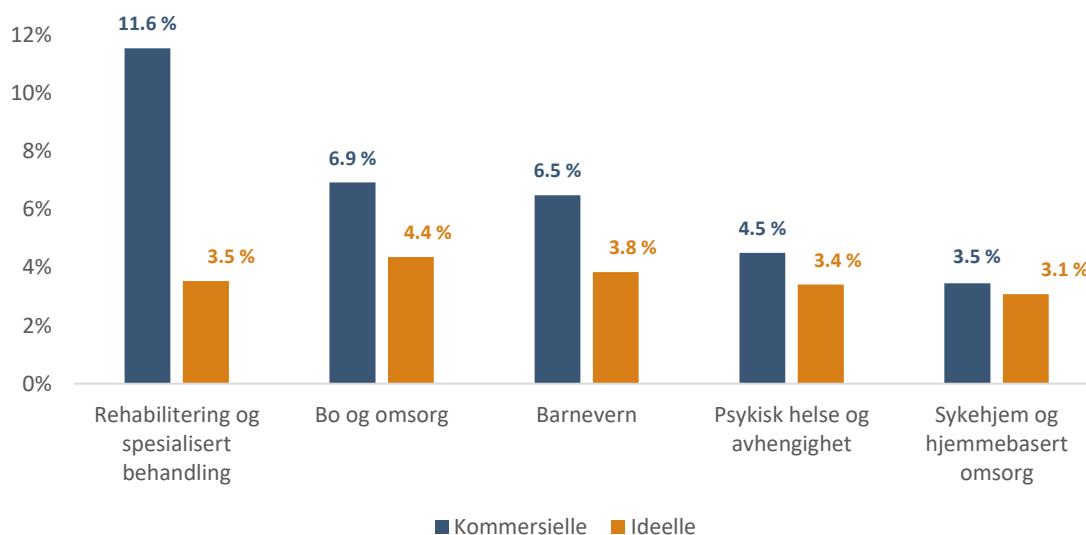
Vi undersøker i denne rapporten om det forekommer systematiske forskjeller i kravspesifikasjoner eller vektning av tildelingskriterier mellom anbud som henholdsvis er reservert for ideelle aktører og anbud som også er åpne for kommersielle aktører. Vi finner ingen slike forskjeller. Gjennomgangen finner imidlertid at det er en høyere andel kansellerte anbudskonkurranser i anbudene som var reservert for ideelle aktører. Dette antyder at det i denne typen anbud oftere forekommer at bestiller ikke får tilbud av tilstrekkelig kvalitet til at en avtale kan inngås.

Den samlede omsetningen til private virksomheter i helse- og omsorgssektoren var i 2019 på 28 milliarder, som grovt sett utgjør mellom 5 og 10 prosent av de totale helse- og omsorgsutgiftene. Om lag 20 prosent av omsetningen blant de private helse- og omsorgsaktørene er inntjent av ideelle aktører. Dette betyr igjen at mellom én og to prosent av helse- og omsorgsutgiftene i Norge finansierer tjenester som ytes av private ideelle aktører, mens mellom fire og åtte prosent ytes av private kommersielle aktører.

Vi finner at det i perioden fra 2010 til 2019 har vært en høyere vekst blant de private aktørenes, enn i den offentlige forvaltningens samlede helseutgifter. Sykehjem og hjemmebasert omsorg, samt bo og omsorg er bransjene som har hatt den høyeste veksten de siste årene. En naturlig forklaring er overordnede demografiske trender – en høy vekst i andelen eldre i befolkningen. Barnevern er bransjen som har hatt den laveste veksten av de fem bransjene vi utreder i denne rapporten. En viktig forklaring på dette er trolig en nedgang i asylinnvandring etter asylkrisen (som nådde toppen i 2016). Samlet sett står kommersielle aktører for en relativt stor andel av omsetningen, med noen forskjeller mellom de ulike gruppene.

Lønnsomheten blant private leverandører av helse- og omsorgstjenester er omtrent på samme nivå som i det private næringslivet samlet. Kommerielle aktører har i gjennomsnitt en noe høyere lønnsomhet enn de ideelle aktørene, med driftsmarginer på hhv. 6,6 og 3,6 prosent. Samtidig, som det fremkommer av Figur 0-2, ser vi at dette varierer mellom bransjene vi omtaler her.

Figur 0-2: Gjennomsnittlig driftsmargin for ideelle og kommersielle aktører, fordelt etter bransje gjennom perioden 2010-2019. Kilde: Menon

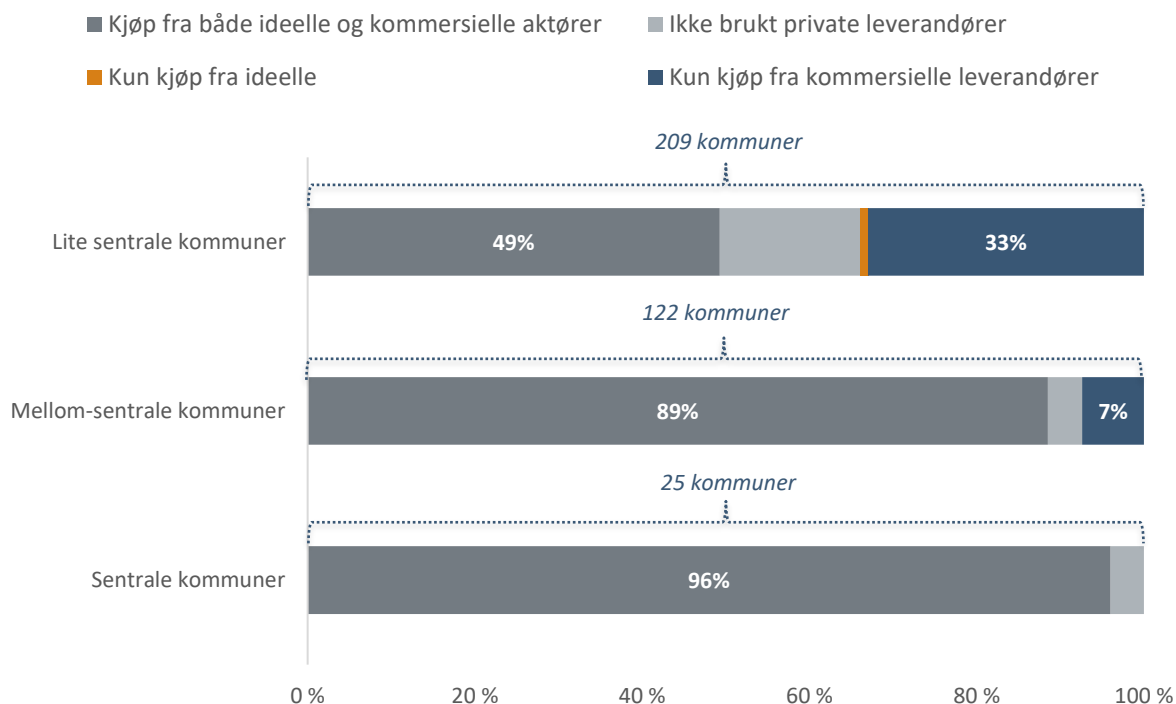


For rehabilitering og spesialisert behandling er lønnsomhetsforskjellene mellom kommersielle og ideelle aktører betydelig. Dette skyldes at det store volumet av spesialiserte helsetjenester, hvor lønnsomhetsmarginene er høye, domineres av kommersielle aktører. Dersom man utelater rehabiliteringstjenester fra denne gruppen, finner vi ingen nevneverdige forskjeller i lønnsomhet mellom kommersielle og ideelle aktører.

Innføring av lover eller tiltak med formål å fase ut private kommersielle aktører fra helse- og omsorgstjenesten vil føre til at antallet leverandører i markedet reduseres, i hvert fall på kort sikt. Selv om enkelte av aktørene som i dag er kommersielle vil tilpasse seg situasjonen ved å «bli ideelle», eller ved å kjøpes opp av etablerte ideelle aktører, må man regne med at også en hel del aktører vil legge om driften mot andre markeder eller legges ned. Et redusert antall leverandører svekker konkurranseintensiteten i anbudskonkurranser, som igjen gir økte kostnader for de som utlyser anbudene. Denne effekten vil være sterkere i distriktene enn i sentrale strøk. Som det fremkommer av Figur 0-3, viser vi i denne rapporten at de om lag 60 prosentene av kommunene i landet som av SSB defineres som å ha «lav sentralitet» (i realiteten distriktskommunene) i langt større grad enn de resterende kommunene er avhengig av private kommersielle aktører. Én tredel av disse kommunene, som utgjør 20 prosent av alle landets kommuner, benyttet seg kun av private kommersielle leverandører av helse- og omsorgstjenester i perioden fra 2017 til 2019, og hadde ingen ideelle leverandører av denne typen tjenester.

Årsaken til dette er trolig at ideelle aktører er langt mer sentralisert med henblikk på områdene de opererer i, enn hva kommersielle aktører er.

Figur 0-3: Andelen kommuner i ulike sentralitetsklasser sine tilpasninger i bruken av private leverandører av helse- og omsorgstjenester. Data fra 2017-2019 samlet. Kilder: Leverandør databasen, SSB og Menon



Vi vil også trekke frem at ulike tiltak som påvirker markedet alltid bør sees i sammenheng. I debatten om innføring av tiltak for å fase ut private kommersielle aktører fra den offentlige helse- og omsorgstjenesten er det viktig at slike tiltak sees i sammenheng med eventuelle begrensninger i bruk av innleid personell. Ved en utfasing av kommersielle aktører i helse- og omsorgssektoren vil kommuner og helseforetak trolig måtte utføre en del av tjenestene som i dag er konkurranseutsatt, i egenregi. Det uforutsigbare behovet for funksjoner som akutte barnevernstjenester og midlertidig bo- og omsorgstilbud for personer med akuttpsykiatriske lidelser fordrer en bemanningsfleksibilitet som normalt vil løses gjennom bruk av innleid personell i perioder med høy etterspørsel. I en situasjon hvor en kommune ikke kan konkurranseutsette slike tjenester, fordi det ikke er ideelle aktører i kommunen som tilbyr dette, og kommunen selv ikke kan leie inn midlertidig personell, må kommunen være permanent bemannet med tilstrekkelig kapasitet til å levere tjenester i perioder med høy etterspørsel. Dette vil være svært lite effektivt og langt mer ressurskrevende enn dagens situasjon hvor privatmarkedet innenfor mange tjenesteområder representerer den varierende kapasiteten som er nødvendig for å at kommuner og helseforetak kan levere et forutsigbart og kostnadseffektivt helse- og omsorgstilbud.

1. Innledning og bakgrunn

Det har lenge pågått en debatt om private aktørers rolle i den offentlig finansierte helse- og omsorgstjenesten. Et helt sentralt tema i denne debatten er betydningen offentlige innkjøpere skal tillegge de private aktørenes forretningsmessige motiver, som henholdsvis kommersielle eller ideelle. Etter en politisk prosess over flere år ble det i 2020 lovfestet i anskaffelsesregelverket at offentlige oppdragsgivere kan reservere anbudskonkurranser om kjøp av en rekke helse- og omsorgstjenester for ideelle aktører.

Denne rapporten utreder konsekvensene av en mulig utfasing av kommersielle aktører i utøvelsen av slike offentlig finansierte helse- og omsorgstjenester. En slik utredning innebærer både en utfyllende gjennomgang av eksisterende definisjoner av hhv. kommersielle og ideelle aktører, en kartlegging av hvilke regelverk som gjelder for kommersielle og ideelle private foretak, samt en kvantitativ kartlegging av omfanget av disse respektive typene aktører.

I første del av denne rapporten kartlegges regelverk og definisjoner i tillegg til at vi presenterer resultatene fra en kvalitativ gjennomgang av anbudsdokumentene knyttet til konkurranser hvor denne reservasjonsretten er anvendt. Dette er gjort med mål om å undersøke hvorvidt det stilles andre krav i konkurranser som reserveres til ideelle aktører, sammenlignet med konkurranser som også er åpne for kommersielle aktører.

Videre presenterer vi resultatene fra en kvantitativ kartlegging av den finansielle situasjonen og utviklingen blant private virksomheter som i stor grad leverer tjenester på oppdrag fra offentlig sektor. Disse resultatene viser utviklingen for både ideelle og kommersielle aktører samlet sett. I dette arbeidet har vi delt inn næringen i fem spesifikke tjenesteområder. Inndelingen i bransjer er gjort på foretaksnivå slik at ett enkelt foretak kun er kategorisert i én bransje. De fem bransjene vi her ser nærmere på er:¹

- Rehabilitering og spesialisert behandling
- Barnevern
- Psykisk helse og avhengighet
- Sykehjem og hjemmebasert omsorg
- Bo og omsorg

I siste del av rapporten utreder vi konsekvensene av en utfasing av kommersielle aktører, med utgangspunkt i data over alle landets anskaffelser av helse- og omsorgstjenester de siste årene. Først redegjør vi for når det er hensiktsmessig å konkurranseutsette offentlige helse- og omsorgstjenester, basert på teori og empiri. Videre ser vi på hvilke effekter en utfasing av kommersielle aktører vil ha på ulike deler av sektoren, før vi avslutningsvis diskuterer konsekvensene et slikt tiltak vil medføre.

Leseveiledning

I kapittel 2 redegjør vi for hvilke regelverk og krav som stilles til leverandører av hel- eller delvis offentlig finansierte velferdstjenester. Vi har samlet de ulike definisjonene på hva som kjennetegner en ideell og en

¹ Se Vedlegg 1 for en utfyllende definisjon av de ulike bransjene i helse- og omsorgssektoren.

kommersiell aktør og kartlagt hvorvidt, og hvordan de blir stilt overfor ulike regelverk og krav, betinget av hvorvidt de er ideelle eller kommersielle.

I kapittel 3 ser vi nærmere på hvilke krav som stilles overfor de private leverandørene av offentlig finansierte velferdstjenester i anbudskonkurranser, og vurderer hvorvidt det finnes noen systematiske forskjeller mellom anbudskonkurranser som er reservert for ideelle aktører.

I kapittel 4 presenterer vi en regnskapsmessig gjennomgang av de private foretakene i helse- og omsorgssektoren hvor vi legger til grunn at alle stiftelser i næringen er ideelle aktører, mens foretak med andre selskapsformer kategoriseres som kommersielle. Videre i kapittel 4 presenterer vi en finansiell regnskapsanalyse som inneholder resultater rundt omsetningsvekst, andel ideell/kommersiell aktivitet samt lønnsomhet for hver av de fem utvalgte bransjene i helse- og omsorgsnæringen.

Kapittel 5 analyserer og drøfter konsekvensene av utfasing av kommersielle aktører ut ifra sentrale premisser. Argumentene i dette kapitlet underbygges i stor grad av regnskapsanalysen utført i del 1, samt data fra Leverandørdatabasen som består av data på kommunale tjenestekjøp fra private aktører, gjennom perioden 2017 til 2019.

2. Regelverk og krav til leverandører av velferdstjenester

Hva er en velferdstjeneste? Enkelt sagt kan begrepet defineres som en tjeneste som bedrer mottakerens livskvalitet. I den nylig publiserte utredningen til Velferdstjenesteutvalget (NOU 2020:13) argumenteres det imidlertid for at en slik definisjon er for bred, da en slik betydning av begrepet vil inkludere tjenester som politi, brannvesen og rettstat – funksjoner få i Norge i dag vil definere som eksempler på *velferdstjenester*.

En smalere definisjon av velferdstjenester er at dette er hjelp, rådgivning og/eller behandling som finner sted mellom minst to personer – en tjenestemottager og en tjenesteyter.² Velferdssektoren i Norge i dag domineres av offentlig sektor, men det er også en rekke tjenester som de fleste vil karakterisere som velferdstjenester som ikke er hel- eller delfinansiert av offentlig sektor. Dette gjelder for eksempel tannlegetjenester til voksne, plastikkirurgiske inngrep av ren kosmetisk karakter og en rekke typer samtalerterapi.

For at en tjeneste skal kunne karakteriseres som en *offentlig* velferdstjeneste legger Velferdstjenesteutvalget tre premisser til grunn. Dette er:

- Det er lovgivning som avgrensner *hvem* som har rett til å motta tjenesten
- Det er regler som definerer *tjenesteinnholdet og -kvaliteten* tjenestemottageren har rett på
- Det forekommer en regulering av tjenesteyterens *inntekt* fra å levere tjenesten

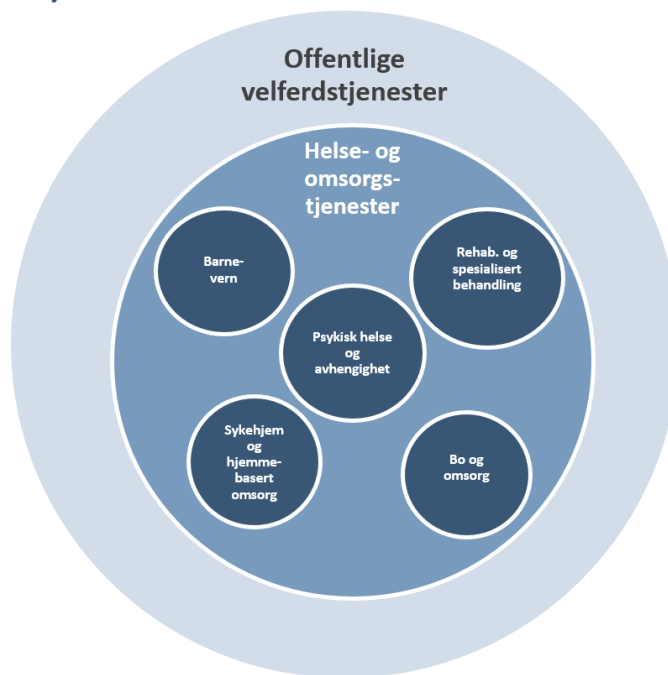
Bredden av tjenester som faller innenfor denne definisjonen er stor. Herunder store deler av utdanningssektoren, arbeidsmarkedstiltak, diverse sosiale tjenester (botilbud, rådgivning fra NAV etc.) og asylmottak. Denne rapporten fokuserer på helse- og omsorgstjenester. I kroner og i tjenesteomfang utgjør dette en klar majoritet av den offentlige velferdssektoren i Norge.

For å gjøre en dypere analyse av effektene ved en utfasing av kommersielle aktører, samt tydeliggjøre de store forskjellene mellom ulike deler av helse- og omsorgssektoren, har vi valgt ut fem *bransjer* i helse- og omsorgssektoren. Dette er:

- Sykehjem og hjemmebasert omsorg
- Bo og omsorg
- Psykisk helse og avhengighet
- Rehabilitering og spesialisert behandling
- Barnevern

De ovennevnte definisjonene og avgrensningene kan summeres i et hierarki som illustrert i figuren til høyre (merk at størrelsene på de ulike sirklene ikke er ment å uttrykke relative størrelsesforhold).

Figur 2-1: Illustrasjon av definisjoner og avgrensninger av den offentlige velferdssektoren, helse- og omsorgssektoren og utvalgte bransjer innunder denne. Kilde: Menon



² NOU 2020:13 – *Private aktører i velferdsstaten* («Velferdstjenesteutvalget»)

Omfanget av private leverandører innenfor disse bransjene varierer betydelig. Private aktørers rolle (målt i omsetning) er for eksempel vesentlig lavere innenfor *Rehabilitering og spesialisert behandling* (hvor de offentlige helseforetakene utgjør en betydelig størrelse) enn i for eksempel *Psykisk helse og avhengighet*.

2.1. Kommersielle og ideelle leverandører – rådende definisjoner

Anledningen til *kommersiell* drift av velferdstjenester, på oppdrag fra offentlig sektor, har i flere år vært utsatt for politisk debatt. Det er imidlertid ikke offentlig sektors anledning til å benytte seg av *private* leverandører som har skapt uenighet – det er nemlig en bred tilslutning om at private *ideelle* aktører skal kunne levere velferdstjenester på oppdrag fra offentlig sektor. Det er leverandører med et *kommersielt* motiv som er det politiske stridstemaet. Det er bred enighet i det politiske ordskiftet om å sikre at en størst mulig andel av offentlige midler anvendes til produksjon av velferdstjenester, men uenigheten er knyttet til kommersielle aktørers rolle. Flere politiske partier og sentrale deler av fagbevegelsen, anser det å legge begrensninger på private kommersielle aktørers anledning til å yte slike tjenester på oppdrag fra offentlig sektor å være den beste måten å nå dette overordnede målet.

Aktørene i debatten er imidlertid sjelden konkrete om hvor grensedragningen mellom kommersielle og ideelle aktører skal gå ved et eventuelt forbud mot, eller begrensninger i bruken av, kommersielle aktører. Sagt på en annen måte er det uklart hvordan man skal definere henholdsvis kommersielle og ideelle velferdsaktører. Denne uklarheten påpekes også av Velferdstjenesteutvalget, som konstaterer at det per i dag ikke er etablert en klar definisjon av hva en ideell aktør er. Et bilde på dette er at ulike deler av offentlig sektor i dag opererer med ulike definisjoner av ideell virksomhet. SSB definerer en ideell aktør som en organisasjon som «... *produserer og leverer varer og tjenester til husholdningene til priser som er ubetydelige, og uten å oppnå fortjeneste for enhetene som har stiftet, kontrollerer eller finansiere dem*». I anskaffelsesregelverket defineres ideell virksomhet ved at organisasjonen «... *[ikke har] avkastning på egenkapital som hovedformål [...] En ideell organisasjon kan i begrenset omfang drive kommersiell aktivitet som støtter opp om virksomhetens sosiale formål.*»³

Ingen av ovennevnte definisjonene utelukker et rom for skjønn i en vurdering av om en virksomhet er ideell eller kommersiell. Dette understrekes også av Nærings- og fiskeridepartementet i sitt høringsnotat vedrørende adgangen til å reservere anskaffelser av helse- og sosialtjenester for ideelle organisasjoner.⁴ Ved et eventuelt forbud mot bruk av kommersielle aktører som leverandører av velferdstjenester på oppdrag for offentlig sektor vil man dermed måtte gjøre en skjønnsmessig vurdering av hvorvidt en aktuell leverandør kan anses å være *ideell*, basert på de gjeldende formuleringene i virksomhetens stiftelsesdokument og vedtekter.

2.2. Muligheten for å reservere anbudskontrakter for ideelle organisasjoner

I februar 2020 endret regjeringen anskaffelsesforskriften slik at det ble gitt anledning til å reservere offentlig anbud innenfor helse- og sosialsektoren for ideelle organisasjoner. Det uttalte formålet med denne forskriftsendringen var et ønske om å «*bevare mangfoldet i helse- og sosialtjenestene ved å gjøre det lettere å bruke ideelle leverandører*».

³ *Definisjonene fra både SSB og fra anskaffelsesregelverket er her hentet fra siteringer i Velferdstjenesteutvalgets utredning*

⁴ *Høring – forslag til ny forskriftsbestemmelse om adgangen til å reservere anskaffelser av helse- og sosialtjenester for ideelle organisasjoner (28.08.2018). Se kapittel 5.2*

Offentlige institusjoner hadde imidlertid anledning til å reservere anbudskonkurranser for kun ideelle aktører også i årene før denne forskriftsendringen. Vi har identifisert en rekke anbudskunngjøringer i årene fra 2016 til 2019 hvor en slik reservasjon er gjort. Før forskriftsendringen ser vi at det som regel henvises til en ulovfestet adgang til å reservere denne anbud for ideelle aktører i henhold til en veileder⁵ utgitt av Nærings- og fiskeridepartementet samt forskrift om offentlige anskaffelser, § 2-4 bokstav h.

I dagens anskaffelsesforskrift (som ble endret i februar 2020) fremgår det nå eksplisitt at det tydelig skal fremkomme av anbudsutlysningen om konkurransen er reservert for ideelle organisasjoner.

2.2.1. Innspill og kritikk av anledningen til å reservere anbudskonkurranser for ideelle aktører

Både før og etter endringen i anskaffelsesforskriften i februar 2020 har det blitt problematisert at offentlige institusjoner gis en reservasjonsrett i anbudskonkurranser. Det forekommer i dag også enkelte konkrete eksempler som synliggjør noen av argumentene som tidligere har blitt fremmet mot anbudskonkurranser som reserveres for ideelle virksomheter. Dette presenteres kort i det videre.

Uklar definisjon av «ideell» virksomhet vil føre til økt ressursinnsats for oppdragsgiver

Som det fremgår av diskusjonen i kapittel 2.1 finnes det i dag ikke en presis legaldefinisjon av hva en «ideell» organisasjon faktisk er. Denne uklarheten trekkes frem som en potensiell kilde til økt ressursbruk (for både oppdragsgiver og leverandører) ved bruk av reservasjonsretten av både Helse Nord RHF og Helse Midt-Norge RHF, i deres høringsvar ifm. regjeringens forslag til forskriftsendring.

For det første trekkes det frem at anbudskonkurranser hvor reservasjonsretten benyttes vil kreve en omfattende utredning av om tilbyderne faktisk er ideelle, i tråd med veiledningen i anskaffelsesforskriften. For det andre medfører uklarheten i definisjonen av en «ideell» aktør at oppdragsgivere løper en prosessrisiko og det ventes et ikke ubetydelig antall klager og søksmål fra både kommersielle og ideelle aktører som vurderes å ikke møte vilkårene. For det tredje trekkes det frem at det vil kreve ressurser fra oppdragsgiver å følge opp anbudsvinnerne opp gjennom kontraktperioden, herunder å kontrollere om leverandøren opprettholder et organisasjons- og regnskapsmessig skille av den ideelle virksomheten og eventuell annen kommersiell virksomhet. Det stilles også spørsmål om hvem som skal bære kostnadene av om det oppdages avvik fra «ideell virksomhet» blant en leverandør i kontraktperioden.⁶

En åpning for å bryte likebehandlingsprinsippet i offentlige anskaffelser

Det har også i Sverige de siste årene pågått en debatt om mulighetsrommet for å fremme ideell virksomhet, herunder om muligheten til å kunne reservere anbudskonkurranser for denne typen virksomheter. Som i Norge ble det også i Sverige nedsatt et offentlig utvalg som utredet disse spørsmålene. Utvalgets rapport konkluderer med at det i henhold til EU-retten er et mulighetsrom for å reservere anbudskonkurranser for ideelle virksomheter.⁷

⁵Nærings- og fiskeridepartementet (2017), *Brosjyre/veiledning: «Adgangen til å reservere konkurranser om anskaffelser av helse- og sosialtjenester for ideelle leverandører.»*

⁶Se høringsvarene fra både Helse Nord RHF og Helse Midt-Norge RHF til NFDs høringsnotat «Forslag til ny forskriftsbestemmelse om adgangen til å reservere anskaffelser av helse- og sosialtjenester for ideelle organisasjoner» (2018)

⁷SOU 2019:56 (2019), «Idéburen välfärd»

Av hørings svarene til denne utredningen er særlig innspillene fra Konkurransverket, det svenske motstykket til det norske Konkurransetilsynet, interessante. Som en rekke andre aktører trekker frem i både den norske og svenske debatten uttrykker også Konkurransverket at det er en betydelig usikkerhet om en slik reservasjonsrett faktisk vil være i tråd med EU-retten, og da spesifikt om prinsippet om ikke-diskriminering. Konkurransverket stiller seg også på generelt grunnlag kritisk til å gi oppdragsgivere for mye skjønnsmessig frihet til selv å avgjøre hvilke leverandører som kan levere tilbud i offentlige anbudskonkurranser. Verket påpeker at dette vil skape et rom for at oppdragsgivere kan handle etter «eget hode» ved tildeling og oppfølging av kontrakter, noe som etter deres syn vil øke risikoen for korrupsjon betydelig.⁸ Konkurransetilsynet i Norge kom også med sin høringsuttalelse knyttet til NOU 2020:13 *Private aktører i velferdsstaten* hvor de var særlig tilfredse med hvordan utvalget vurderer reguleringer eller mangelen på reguleringer påvirker konkurransen i markedet. Samtidig påpeker de hvordan gjennomgangen kunne vært styrket dersom man tok i bruk OECDs anbefalte metodikk for vurdering av reguleringer i konkurranse. Likevel bemerker de seg at, i tråd med Utvalget, «at det ikke foreligger tilstrekkelig kunnskapsgrunnlag for å si noe om effekten av å favorisere ideelle i konkurransen om velferdstjenester».⁹

Reserverte anbudskonkurranser gir færre tilbydere og potensielt lavere kvalitet på tjenestene

Å ekskludere kommersielle aktører fra å delta i en anbudskonkurranse vil per definisjon redusere antall mulige tilbydere. Dette kan medføre svekket konkurranse, noe som igjen kan resultere i en høyere pris for oppdragsgiver og/eller lavere kvalitet, enn i en konkurransesituasjon med flere tilbydere.

Hva angår kvalitet er det naturligvis vanskelig å vurdere og konkludere om hvorvidt allerede gjennomførte anbudskonkurranser som var reservert for ideelle aktører har gitt en lavere kvalitet på tjenestene enn hva som kunne vært oppnådd, om konkurransen også var åpen for kommersielle aktører. Det finnes imidlertid enkelt-eksempler på anbudprosesser hvor dette har blitt løftet frem og diskutert offentlig. Et slikt eksempel er Helse Nords anskaffelse av behandlingsskapasitet innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling i 2020. Anslått kontraktsverdi på anskaffelsen var på 1,2 milliarder kroner, og kontrakten skulle gå over seks år. I etterkant av anbudsutlysningen stilte en stortingsrepresentant spørsmål til helseministeren om hvorfor denne konkrete anbudskonkurransen ikke ble reservert for ideelle aktører (som ville vært i tråd med målsetningen om å øke de ideelles innslag i helseforetakene). Ifølge helseministeren valgte Helse Nord å ikke reservere denne anbudskonkurransen fordi de mente en slik reservasjon ville innebære en betydelig risiko for at helseforetaket ikke ville kunne levere de tjenestene de er forpliktet til.¹⁰ Dette er således et eksempel på at det i hvert fall på kort sikt ikke er tilstrekkelig kvalitet og kapasitet i ideell sektor i hele landet til å kunne tilby helsetjenestene som helseforetakene etterspør.

Reserverte anbudskonkurranser kan føre til høyere priser for oppdragsgiver

På samme måte som at en begrensning i antallet tilbydere potensielt kan medføre lavere kvalitet, som følge av svakere konkurranse, kan det også gi seg utslag i en høyere pris for oppdragsgiver. I sitt hørings svar til regjeringens forslag til forskriftsbestemmelse trekker Helse Midt-Norge frem et konkret eksempel på at bruken av ideelle aktører ikke nødvendigvis bidrar til «budsjettmessig/økonomisk effektivitet».

⁸ *Nettsak fra anbud365.no (4.06.2020), «Avviser forslag om reserverte kontrakter for ideelle»*

⁹ *Høringsuttalelse – NOU 2020: 13 Private aktører i velferdsstaten, fra Konkurransetilsynet (15. mars 2021)*

¹⁰ *Nettsak fra anbud365.no (30.09.2020), «Valgte å sikre helsetilbud, droppet Stortingets krav om å reservere for ideelle»*

Helse Midt-Norge henviser til en sak i KOFA (Klagenemda for offentlige anskaffelser) fra 2017 hvor de ble klagd inn av en ideell aktør som mente at vedkommende ikke fikk konkurrere på like vilkår som andre tilbydere.¹¹ Helse Midt-Norge noterer i sitt høringssvar til departementet at den aktuelle klageren hadde tilbudt en pris som var vesentlig høyere enn øvrige tilbydere (herunder kommersielle tilbydere). Etter å ha levert et revidert tilbud ble klageren tildelt kontrakten for tilbudet for to av ti pasientgrupper (hvor klager for øvrig var eneste tilbyder). Den aktuelle klageren fikk ikke medhold i sin klage i KOFA.

¹¹ KOFA 2017:105

3. Krav i anbudskonkurranser om helse- og sosialtjenester – andre krav ved anvendelse av § 30-2a?

I høringsnotatet fra Nærings- og fiskeridepartementet fremkommer det at det sentrale premisset for innføringen av en reservasjonsadgang i offentlige anskaffelser er at ideelle aktører har positive særegenheter som har en verdi, men at ideelle aktører (i for stor grad) taper i tradisjonelle anbudskonkurranser. Årsaken til det sistnevnte er blant annet at det er utfordrende å spesifisere og vektlegge de ideelles positive særegenheter i anbudskonkurranser.

Ved å reservere en anbudskonkurranse for kun ideelle aktører er målet å få en om lag tilsvarende kvalitet på den utlyste tjenesten, som man ville oppnådd i en tradisjonell anbudskonkurranse, til en om lag lik pris. I tillegg håper man å få realisert de positive særegenhetene som ideelle aktører tilfører helse- og omsorgstjenesten.

Å vurdere om reservasjonsadgangens målsetning blir oppfylt fordrer en sammenligning av kvalitet og ressurs-effektivitet i ulike konkrete anbud, noe som er svært utfordrende. En måte å vurdere konsekvensene av reservasjonsadgangen på er imidlertid å sammenligne anbudskonkurranser innenfor lignende helse- og omsorgstjenester som henholdsvis er og ikke er reservert for ideelle aktører. Om man finner at det stilles ulike krav i anbudskonkurranser hvor reservasjonsadgangen benyttes, sammenlignet med i anbudskonkurranser om tilsvarende tjenester som også er åpne for kommersielle aktører, antyder dette at reservasjonsadgangen ikke fungerer etter hensikten.

For eksempel kan *mildere* krav i anbudskonkurranser hvor reservasjonsadgangen har blitt anvendt være en konsekvens av at man frykter at det blir for svak konkurranse – i betydningen for få tilbydere – dersom man stiller tilsvarende krav som i «åpne» konkurranser. Dette kan gjelde krav til økonomi og driftshistorie eller konkrete faglige krav til utdanning eller erfaring blant ansatte. Frykt for svak konkurranse kan også gi seg uttrykk gjennom tildelingskriterier – hvor en lav vektning av pris som kriterium er ment å motivere flere aktører til å delta i konkurransen.

Det kan også være at det motsatte er tilfelle – at det i anbudskonkurranser hvor reservasjonsadgangen er anvendt gjennomgående stilles *strengere* krav enn i sammenlignbare «åpne» konkurranser. Årsaken kan også i dette tilfellet være svak konkurranse. I frykt for at man skal ende i en monopol- eller oligopol-situasjon i konkurransen velger oppdragsgiver å stille strengere og mer konkrete krav til ytelsen som skal ytes, for å sikre at den svake konkurransesituasjonen i anbudskonkurransen ikke har (for store) konsekvenser på kvaliteten på tjenestene som er utlyst. Om dette er tilfelle er det også naturlig at pris vektet relativt høyere som tildelingskriterium, enn i sammenlignbare «åpne» konkurranser.

Vi har selv gjennomført en kvalitativ gjennomgang av kravspesifikasjoner og tildelingskriterier i en rekke kunnjorte anbudskonkurranser hvor reservasjonsadgangen er anvendt de siste årene. Vi har identifisert sammenlignbare anbudskonkurranser hvor også kommersielle aktører har kunnet delta, og sammenlignet kravspesifikasjoner, tildelingskriterier og utfallene i disse anbudene. Resultatene fra denne gjennomgangen følger i det videre.

3.1. Kravspesifikasjoner i anbudskonkurranser om helse- og omsorgstjenester

I perioden fra 2016 til utgangen av juni 2021 har vi identifisert 23 kunngjøringer av anbudskonkurranser innenfor helse- og omsorgssektoren hvor offentlige aktører har benyttet seg av adgangen til å reservere konkurransen for ideelle virksomheter. Vi finner at alle bortsett fra én av disse anbudskonkurransene er utlyst av kommuner (Bufdir er her unntaket).¹²

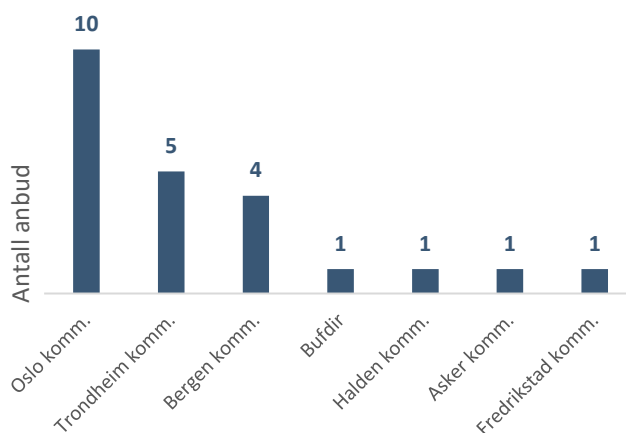
Landets tre største kommuner (Oslo, Bergen og Trondheim) har utlyst 19 av de 23 identifiserte anbudskonkurransene som er reservert for ideelle aktører i denne perioden (se Figur 3-1).

Den første anbudsutlysningen etter helse- og omsorgstjenester som var reservert for ideelle aktører (som vi har identifisert) ble lyst ut i august 2016, av Asker kommune.¹³ Som det fremgår av Figur 3-2 økte antallet reserverte anbudskonkurranser jevnt frem til utgangen av 2019. I 2020 brytes trenden, noe som muligens kan knyttes til den ekstraordinære situasjonen hele samfunnet, og ikke minst den kommunale helse- og omsorgssektoren, sto i dette året. Etter seks av tolv måneder i 2021 ser vi at antallet reserverte anbud nesten er på nivå med totalantallet i 2019. Det kan dermed forventes at det samlede antallet reserverte anbudskonkurranser i 2021 vil overstige 2019 med god margin.

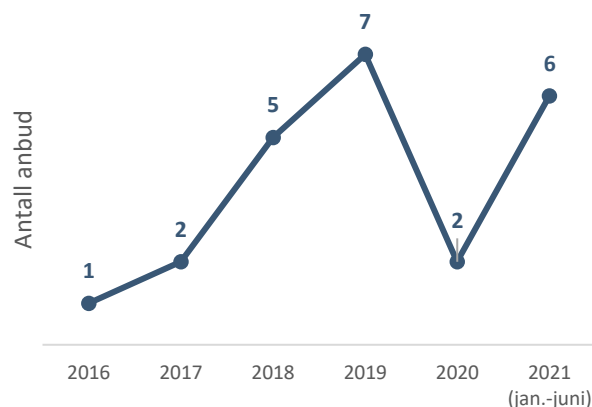
De 23 anbudene av helse- og omsorgstjenester som er reservert for ideelle aktører er i overveiende grad utlysninger etter omsorgstjenester (barnevern, rusbehandling og syke-/omsorgshjem). Like fullt dekker disse anbudene et bredt spenn av tjenestetyper med til dels svært ulike krav til kompetanse og kapasitet for oppdragstaker.

I gjennomgangen av disse anbudskonkurransene har vi identifisert sammenlignbare anbudskonkurranser som ikke er reservert for ideelle aktører. Dette for å kunne vurdere om det stilles ulike krav i anbudskonkurranser

Figur 3-1: Antall anbud, innen helse- og omsorgsområdet, reservert for ideelle aktører. Periode: 2016 – juni 2021. Kilde: Doffin.no og Menon



Figur 3-2: Utvikling i antall anbudskonkurranser innenfor helse- og omsorgssektoren, reservert for ideelle aktører, gruppert etter når konkurransene er kunngjort. Kilde: Doffin.no og Menon



¹² Ved hjelp av et egenutviklet nettskrapingsverktøy har vi hentet ut informasjon om alle relevante anbud registrert i Database for Offentlig Innkjøp («Doffin»). Ved bruk av tekstgjenkjenningsverktøy har vi videre identifisert alle anbudene som er reservert for ideelle aktører.

¹³ Vi ser at anbudene reservert for ideelle aktører som ble kunngjort i årene før endringen av anskaffelsesforskriften i februar 2020 som regel viser til forskrift om offentlige anskaffelser, § 2-4, bokstav h samt en (på det tidspunktet) ulovfestet adgang til å reservere denne typen anbud til ideelle aktører i henhold til en veileder utgitt av Nærings- og fiskeridepartementet.

som henholdsvis er og ikke er reservert for ideelle aktører. Resultatene fra den kvalitative gjennomgangen av anbudsdokumenter redegjøres det for i det videre.

3.1.1. Ingen systematiske forskjeller i konkrete kravspesifikasjoner

Vi finner ikke tegn til at det er noen systematiske forskjeller i anbudskonkurranser som er reservert for ideelle aktører, sammenlignet med anbudskonkurranser om tilsvarende tjenester hvor også kommersielle aktører har kunnet delta.

Det må her nevnes at det generelt sett stilles få *konkrete* krav til dokumenterbar kompetanse og erfaring i anbudskonkurransene om tjenestene vi her har sett på, uavhengig av om anbudskonkurransene er reservert for ideelle aktører eller ikke. Av eksempler som hyppig går igjen er blant annet:

- 30, 40 eller 50 prosent av bemanningen som er ventet å ha brukerkontakt må ha minst treårig relevant utdanning innenfor helse- og omsorgsfag.
- Den daglige lederen eller faglederen som skal drifte den aktuelle tjenesten må ha dokumentert minst tre års utdanning innen helse- og omsorgsfag.
- Alle ansatte med brukerkontakt må beherske norsk på et gitt nivå (typisk B1-nivå).
- Alle tilbydere må kunne dokumentere erfaring med drift av tilsvarende virksomhet som det som lyses ut i den spesifikke anbudskonkurransen.

Selv om vi ikke finner noen tydelige forskjeller i kravspesifikasjoner mellom anbudskonkurranser som henholdsvis er eller ikke er reservert for ideelle aktører, kan det like fullt være reelle forskjeller i kvalitetsnivået på tjenestene som leveres av anbudsvinnerne. En mer eller mindre skjønsmessige vurdering av anbudstilbudenes *kvalitet* er et viktig tildelingskriterium i denne typen anbudskonkurranser. Det er ikke mulig å observere om det er et annet nivå på objektive kvalitetsmål hos vinnerne av anbudskonkurranser som er reservert for ideelle aktører sammenlignet med tilsvarende anbudskonkurranser der også kommersielle aktører kan delta.

3.1.2. Ingen tydelige forskjeller i vektingen av pris/kvalitet i tildelingskriterier

I anbudskonkurransene vi har vurdert finner vi at pris gjennomgående vektet med mellom 40 og 60 prosent, og kvalitet (enten samlet eller ytterligere delt opp) som det gjenstående kriteriet. Det er her ingen systematiske forskjeller mellom anbudskonkurranser som henholdsvis er reservert for ideelle aktører og konkurranser hvor også kommersielle aktører kan delta.

Oppdragsgivers tildelingskriterier oppgis som hovedregel i konkurransegrunnlagene, men det er ikke alle anbud hvor pris inngår som et selvstendig tildelingskriterium. Vi finner flere eksempler på anbud hvor den økonomiske rammen er fastsatt av oppdragsgiver i konkurransegrunnlaget og at det ikke er aktuelt å fravike denne oppgitte rammen. Dette innebærer at en vurdering av de ulike tilbudenes kvalitet er det eneste reelle tildelingskriteriet. Vi finner at slike konkurranser, med en på forhånd fastsatt økonomisk ramme, forekommer noe hyppigere i konkurranser som er reservert for ideelle aktører.

3.1.3. Noe høyere andel kansellerte anbud blant anbudskonkurranser som er reservert for ideelle aktører

Vi finner at konkurranser som er reservert for ideelle aktører i noe hyppigere grad har blitt kansellert. I dokumentasjonen som er tilgjengelig for oss fremgår det ikke hva som er årsaken til at spesifikke anbudskonkurranser kanselleres.

Én mulig årsak er at det i konkurranser reservert for ideelle aktører oftere forekommer at oppdragsgiver ikke mottar noen tilbud som tilfredsstillende kvalifikasjonskravene eller ikke mottar noen tilbud i det hele tatt. Dette som en konsekvens at antallet mulige tilbydere naturligvis er lavere.

En annen årsak er at det fremdeles er tvil om hvilke eksakte rammer den lovfestede reservasjonsadgangen faktisk gir. Et eksempel er en anbudskonkurranse utlyst av Oslo kommune i 2016 om leie av bygg og drift av sykehjem. Denne konkurransen ble kansellert i etterkant av at ESA på eget initiativ opprettet en sak knyttet til dette anbudet. Det var beslutningen om å reservere konkurransen om utleie av sykehjembygg som ESA tvilte på lovligheten av.¹⁴

3.2. Gjennomgang av anbud reservert for ideelle aktører – konklusjoner

Vi finner at det i hovedsak er noen få store kommuner som står bak de fleste anbudskonkurranser hvor reservasjonsadgangen er benyttet. Kun ett anbud er utlyst av en statlig aktør, og ingen helseforetak har utlyst anbudskonkurranser reservert for ideelle aktører. Denne fordelingen mellom kommuner og statlige institusjoner blant oppdragsgiverne er også forklarende for at tjenestene som er utlyst som reserverte anbud i overveiende grad fordrer relativt lite spesialisert helsefaglig kompetanse eller kapitalinvesteringer av betydning for potensielle leverandører.¹⁵ Dette antyder at det er for få ideelle aktører til at oppdragsgiver anser det som formålstjenlig å reservere anbud for ideelle aktører både i geografiske områder utenfor de store byene samt innenfor helse- og omsorgsfaglige områder som fordrer at leverandørene må tilby spesialisert kompetanse og fasiliteter/utstyr.

Vi finner ingen systematiske forskjeller i kravspesifikasjoner eller vektning av tildelingskriterier mellom anbud som henholdsvis er reservert for ideelle aktører og anbud som også er åpne for kommersielle aktører. Dette er imidlertid ikke ensbetydende med at utfallet av anbudskonkurranser som er reservert for ideelle aktører faktisk gir en annen kvalitet og/eller en annen kostnadseffektivitet sammenlignet med «åpne» anbud. Dette er nemlig betinget av hvordan de endelige avtalene mellom oppdragsgiverne og anbudsvinnerne er innrettet samt hva partene forplikter seg til hva angår tjenestekvalitet og endelig pris. Det at vi finner en noe høyere andel anbudskonkurranser som har blitt kansellert blant konkurransene som er reservert for ideelle aktører antyder imidlertid at oppdragsgivere i disse tilfellene finner det vanskeligere å nå ut til et tilstrekkelig antall kvalifiserte tilbydere.

¹⁴ Se nettsak i anbud365.no (1.03.2021), «Renner Oslo-sak for ESA om å reservere for ideelle aktører ut i sanden?»

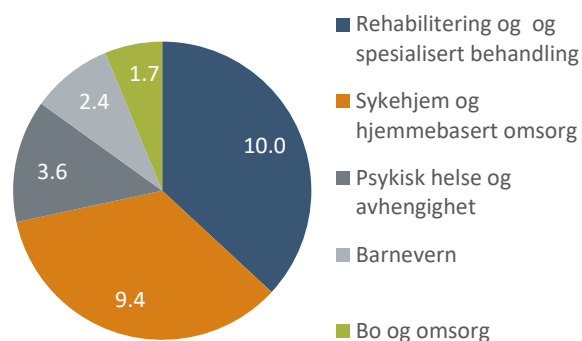
¹⁵ Majoriteten av anbudene som reserveres for ideelle aktører er typiske omsorgstjenester. En rekke av anbudene er også organisert som virksomhetsoverdragelser, noe som medfører begrensede kapitalinvesteringer for tilbyderne.

4. Ideelle og kommersielle aktørers rolle i helse- og omsorgstjenestene – en kvantitativ kartlegging

4.1. Den norske helse- og omsorgsnæringen – overordnede tall

Den samlede omsetningen til alle private bedrifter i helse- og omsorgssektoren var i 2019 på 28 milliarder kroner. Majoriteten av denne omsetningen kommer fra offentlig sektor, i hovedsak kommuner og offentlige helseforetak, som benytter tilbudet fra private bedrifter for å levere lovpålagte helse- og omsorgstjenester til innbyggere i Norge. Som det fremkommer av Figur 4-1 til høyre utgjør bransjene rehabilitering og spesialisert behandling og sykehjem og hjemmebasert omsorg til sammen over 70 prosent av omsetningen i næringen.

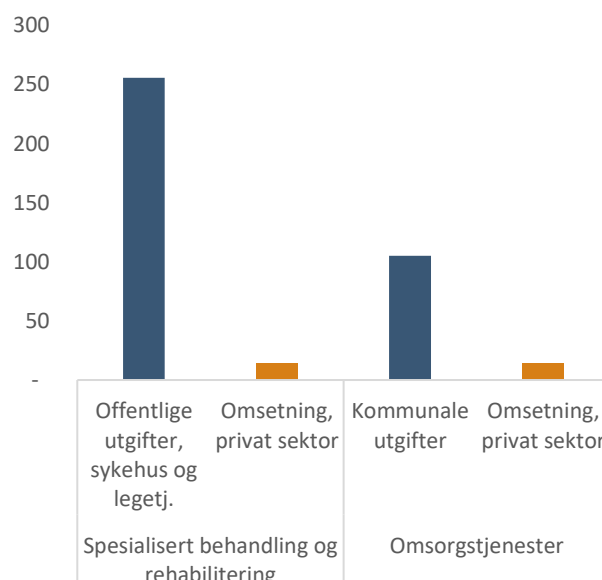
Figur 4-1: Samlet omsetning (i mrd. NOK) i den private helse- og omsorgsnæringen i 2019, fordelt på bransjer. Kilde: Menon



Fra sammenstillingen av regnskapene til de private aktørene i helse- og omsorgssektoren finner vi at det i perioden fra 2010 til 2019 har vært en høyere vekst i de private aktørenes omsetning, enn i den offentlige forvaltningens samlede helseutgifter. Dette antyder at den offentlige sektors bruk av private aktører har steget i perioden.¹⁶ Sett opp mot nivået på offentlig sektors samlede helse- og omsorgsutgifter utgjør imidlertid offentlig kjøp av tjenester fra privat sektor en liten andel i Norge (ref. Figur 4-2).

De fem bransjene i den private helse- og omsorgssektoren vi har definert kan aggregeres til to grupper; Spesialistbehandling og rehabilitering og omsorgstjenester. Førstnevnte inkluderer de to bransjene rehabilitering og spesialisert behandling og psykisk helse og avhengighet – bransjer som i hovedsak leverer tjenester på oppdrag for offentlige helseforetak. Omsorgstjenester inkluderer de tre andre bransjene, sykehjem og hjemmebasert omsorg, barnevern og bo og omsorg – bransjer som primært leverer tjenester på oppdrag for den kommunale omsorgstjenesten. I Figur 4-2 sammenligner vi offentlige utgifter til sykehus og legetjenester med den samlede omsetningen til norske bedrifter innen spesialisert behandling, samt kommunale utgifter til omsorgstjenester med den samlede omsetningen til private bedrifter innen omsorgsbransjene. Som det fremkommer utgjør

Figur 4-2: Samlede offentlige utgifter og omsetning i privat sektor (i mrd. NOK) innen hhv. spesialiserte helse- og omsorgstjenester. Kilde: SSB og Menon



¹⁶ Vi kan imidlertid ikke utelukke at den relativt sett høyere veksten i den private helse- og omsorgssektoren, enn veksten i den offentlige ressursbruken på dette området, utelukkende kan tilskrives vekst i «privat» omsetning (omsetning av såkalt «privat-privat»-omsetning – innbyggernes eget kjøp av helse- og omsorgstjenester)

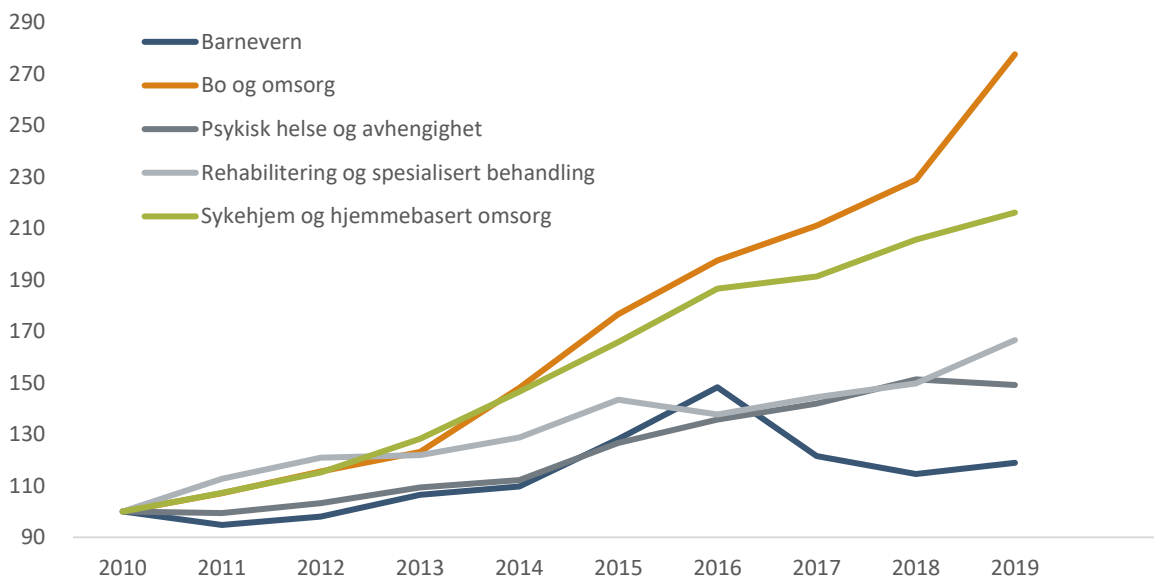
privat sektor her en forholdsvis liten andel av de samlede helse- og omsorgsutgiftene i Norge. (Merk her at ikke all omsetning til private bedrifter i helse- og omsorgssektoren kommer fra tjenestekjøp fra offentlig sektor).

4.1.1. Vekst i den private helse- og omsorgsnæringen

Omsetningen i den private helse- og omsorgsnæringen i Norge har vokst med 86 prosent i perioden fra 2010 til 2019. Dette tilsvarer en gjennomsnittlig årlig vekst på 6,7 prosent. Til sammenligning har de samlede offentlige helseutgiftene i Norge vokst med i gjennomsnitt 5,5 prosent, altså om lag 1,2 prosentpoeng lavere vekst i året, i gjennomsnitt.

De ulike bransjene i den private helse- og omsorgsnæringen har imidlertid hatt en svært ulik utvikling gjennom det siste tiåret.

Figur 4-3: Samlet omsetning (i mrd. NOK) for den private helse- og omsorgsnæringen fordelt på de ulike bransjene, (2010-2019) Kilde: Menon



Bo og omsorg har, sammen med sykehjem og hjemmebasert omsorg, hatt den høyeste veksten blant de fem bransjene gjennom perioden 2010 til 2019. Én av årsakene til dette er trolig at andelen eldre i befolkningen har steget opp gjennom perioden, samt at omsorgsbehovet per bruker har steget. Dette underbygges av statistikk fra SSB som viser at veksten i antall leverte tjenestetimer og utgifter per bruker i den kommunale helse- og omsorgstjenesten har steget langt mer enn antallet brukere, de siste ti årene. Det fremstår like fullt som at den sterke veksten i omsetningen blant private aktører i omsorgsbransjene også skyldes en vekst i bruken av private aktører, fra kommunehelsetjenestens side.

Omsetningsutviklingen i bransjene rehabilitering og spesialisert behandling og psykisk helse og avhengighet har fulgt hverandre tett i perioden fra 2010 til 2019, og hatt en jevn positiv vekst. Deler av denne utviklingen, især innenfor psykisk helse og avhengighet, må sees i sammenheng med en økende etterspørsel etter slike helsetjenester i kombinasjon med en økt politisk satsning innen psykisk helse og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB).¹⁷

¹⁷ SSB (2018), «Økt satsning på psykisk helse»

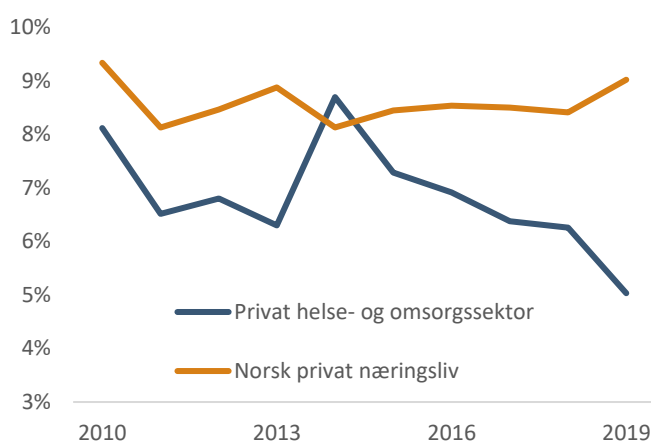
Barnevern er bransjen som har hatt den laveste veksten av de fem bransjene vi utreder i denne rapporten. Som det fremkommer av Figur 4-3 har bransjen samlet sett hatt en negativ vekst fra 2016 til 2019. En viktig forklaring på dette er trolig en nedgang i asylinnvandring etter asylkrisen (som nådde toppen i 2016).

4.1.2. Driftslønnsomhet i helse- og omsorgsnæringen

Lønnsomheten blant de private virksomhetene i helse- og omsorgssektoren er et hyppig diskusjonstema i norsk politisk debatt. Et sentralt spørsmål i debatten, som også ble utredet av Velferdstjenesteutvalget, er om de private aktørene i velferdssektoren høster en «superprofitt» – det vil si avkastning utover en forventet normalavkastning.¹⁸

Utvalgets flertall anser driftsmarginer¹⁹ for å være den mest relevante indikatoren for å vurdere lønnsomhetsnivået i velferdssektoren. Figur 4-4 illustrerer Menons beregning av utviklingen i den aggregerte driftsmarginen blant private aktører i helse- og omsorgssektoren. Vi ser at den samlede driftsmarginen til alle bedrifter i norsk næringsliv gjennomgående er høyere enn, eller tilsvarende som, den samlede driftsmarginen i helse- og omsorgsnæringen. De gjennomsnittlige driftsmarginene for norsk næringsliv generelt²⁰, og helse- og omsorgsnæringen spesifikt, gjennom årene 2010-2019 er henholdsvis 8,6 og 6,8 prosent.

Figur 4-4: Aggregerte driftsmarginer i den private helse- og omsorgssektoren og for norsk privat næringsliv samlet (ekskl. offentlige helseforetak, olje- og gassnæringen, samt finanssektoren) Kilde: Menon



Den private helse- og omsorgsnæringen hatt en jevnt fallende utvikling i aggregert driftsmargin. Et fremtredende unntak fra denne trenden er året 2014, hvor næringens driftsmargin økte vesentlig. Dette skyldes imidlertid i stor (om ikke utelukkende) grad endringer i pensjonsregler (se Tekstboks 1 for nærmere omtale).

¹⁸ Normalavkastning er den avkastningen på kapital man kan forvente for tilsvarende risikable prosjekter i andre deler av næringslivet. Superprofitt angir en avkastning som overstiger denne normalavkastningen. (Velferdstjenesteutvalget)

¹⁹ Driftsmarginen er driftsresultatet (resultatet før finanskostnader og -inntekter, skatt og av- og nedskrivninger) som andel av omsetning.

²⁰ Her viser vi det samlede private næringslivet ekskl. olje- og gassnæring, samt finanssektoren. Disse to sektorene er tatt ut av grunnlaget fordi de har ekstraordinært høy lønnsomhet.

Tekstboks 1

Regnskapsmessig effekt for helse- og omsorgssektoren av endringer i pensjonssystemet

Regelendring knyttet til levealdersjustering av offentlig tjenstepensjon og avtalefestet pensjonsordninger medførte en betydelig regnskapsmessig engangseffekt for et betydelig antall foretak i helse- og omsorgsnæringen i 2014. Endringen medførte isolert sett at ansatte får en lavere årlig pensjon enn tidligere antatt. Dette er ekvivalent med at arbeidsgiver får redusert sine fremtidige pensjonsforpliktelser. Dette hadde ingen likviditetseffekt for arbeidsgiverne, men medførte (for enkelte foretak) en betydelig engangsreduksjon i regnskapsmessige lønnskostnader.

I tillegg ble det i 2015 innført nye uførepensjonsregler, med regnskapsmessig virkning i 2014. Som levealdersjusteringen av AFP-ordningen medførte dette også en engangseffekt i arbeidsgivers pensjonsforpliktelser, i form av reduserte regnskapsmessige lønnskostnader.

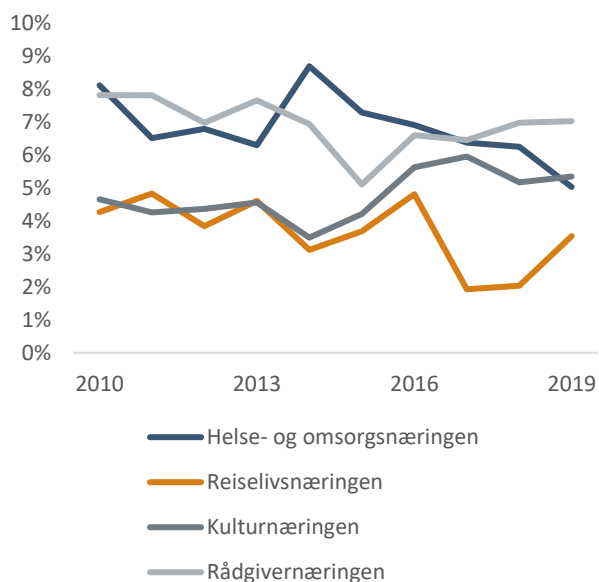
En reduksjon i lønnskostnader øker et foretaks beregnede driftsmargin, ettersom lønnskostnader inngår i *driftskostnader*. Det at effekten av de ovennevnte regelendringene er særlig store i helse- og omsorgsnæringen må sees i sammenheng med at lønnskostnader utgjør en betydelig andel av denne typen foretaks samlede kostnader, samt at det er langt mer vanlig med AFP-ordninger i denne sektoren, sammenlignet med andre arbeidsintensive næringer i norsk næringsliv.

Kilder: *Revisjon og Regnskap (nr. 1, 2015)*, «Pensjon i 2014-regnskapet» og SSB-artikkel «Reduserte kostnader på grunn av nye pensjonsregler» (20. mars, 2017).

Menon Economics gjennomfører regelmessig analyser av ulike næringer i norsk økonomi. Flere av disse næringene er arbeidsintensive og har, som helse- og omsorgsnæringen, en lav kapitalintensitet. Tre eksempler er reiselivsnæringen, kulturnæringen og rådgivernæringen. En sammenligning av nivået på driftsmarginene i disse næringene gir en bedre anledning til å vurdere om det er og har vært en ekstraordinær høy lønnsomhet i den private velferdssektoren de siste årene.

Som det fremgår av Figur 4-5 har lønnsomheten i helse- og omsorgssektoren vært høyere enn både kultur- og reiselivsnæringen de siste årene. Fra 2015 har imidlertid lønnsomheten vært fallende. Driftsmarginen i helse- og omsorgssektoren var på i overkant av 5 prosent i 2019 – to prosentpoeng lavere enn i rådgivernæringen og på nivå med lønnsomheten i kulturnæringen.

Figur 4-5: Samlede driftsmarginer i helse- og omsorgsnæringen, samt i tre andre næringer med lav kapitalintensitet. Kilde: Menon



4.1.3. Lønnsomhet blant ideelle og kommersielle aktører i helse- og omsorgsnæringen

En kartlegging av lønnsomhetsnivå og -utvikling blant henholdsvis kommersielle og ideelle aktører i helse- og omsorgsnæringen viser at de kommersielle aktørene samlet sett har en høyere lønnsomhet. (Se Tekstboks 2 nedenfor for en nærmere redegjørelse av kategoriseringen av ideelle og kommersielle aktører i regnskapsmessig forstand).

Tekstboks 2

Kommersielle og ideelle aktører – en regnskapsmessig inndeling

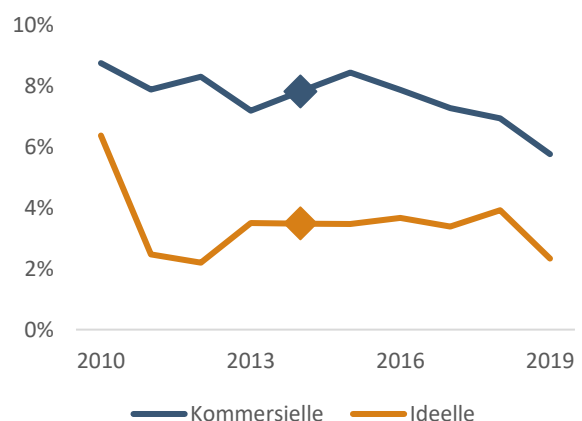
I kapittel 2.1 diskuterer vi de i dag rådende definisjonene av henholdsvis *kommersielle* og *ideelle* aktører i velferdssektoren, herunder hvilke krav som typisk stilles for å kunne anses som en ideell aktør. I en kvantitativ analyse av private aktører i helse- og omsorgsnæringen må det imidlertid anvendes definisjoner som er gjensidig utelukkende og som dekker alle foretakene i næringen. Velferdstjenesteutvalget noterer at kommersielle aktører som et hovedmønster er organisert som aksjeselskaper, mens ideelle organisasjoner ofte er organisert som stiftelser.* Foretakenes *selskapsform* kan dermed anvendes som en indikasjon på hvorvidt et foretak har et ideelt eller kommersielt formål. I det videre presenterer vi resultater fra en regnskapsmessig gjennomgang av de private foretakene i helse- og omsorgsnæringen, der vi legger til grunn at alle stiftelser i næringen er ideelle aktører, mens foretak med andre selskapsformer kategoriseres som kommersielle. Vi har foretatt en kvalitativ gjennomgang av de største foretakene i alle bransjer og kategorier og anser denne approksimasjonen for å være tilstrekkelig treffsikker til at vi kan trekke overordnede konklusjoner om de sentrale utviklingstrekkene i omsetningsvekst og lønnsomhets i henholdsvis ideell og kommersiell sektor i helse- og omsorgsnæringen.

* Merk at det er mange unntak fra denne hovedregelen. Herunder aksjeselskap som driver ideell virksomhet og stiftelser som er innrettet slik at deler av virksomheten er kommersielt rettet for å finansiere andre aktiviteter som har ideelt formål.

Resultatene som fremkommer i Figur 4-6, hvor vi ser at den aggregerte driftsmarginen blant de kommersielle aktørene gjennomgående har vært høyere enn blant ideelle aktører de siste ti årene, kamouflerer imidlertid viktige nyanser og forskjeller mellom ulike bransjer i næringen. Herunder størrelsesforskjeller mellom bransjene, ulike andel ideelle aktører samt strukturelle forskjeller mellom ideelle og kommersielle aktører innad i de enkelte bransjene.

Videre presenterer vi bransjespesifikke resultater om omsetningsvekst, andel ideell/kommersiell aktivitet samt lønnsomhet for hver av fem bransjene i helse- og omsorgsnæringen som er fokuset i denne rapporten.

Figur 4-6: Aggregert driftsmargin for alle bransjer fordelt mellom kommersielle og ideelle virksomheter. (2014-observasjonen er her erstattet med gjennomsnittet av 2013- og 2015-observasjonene, ref. Tekstboks 2). Kilde: Menon



Tekstboks 3

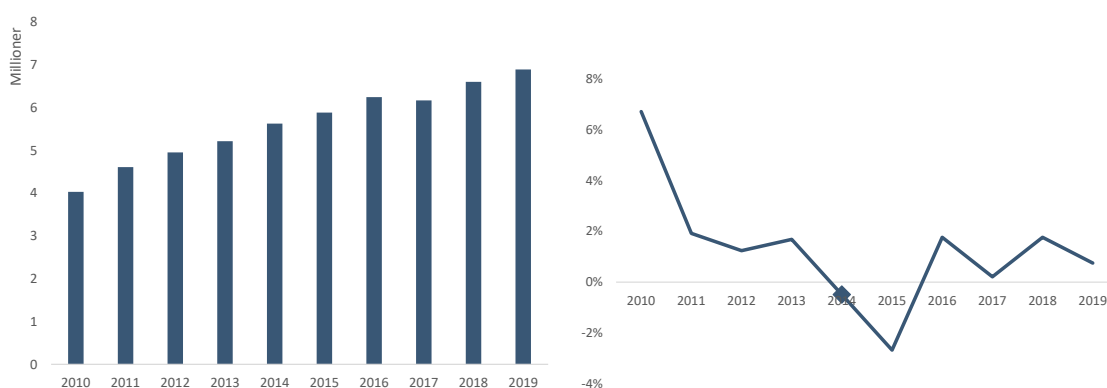
Private ideelle institusjoner med driftsavtaler med RHF, ekskluderes fra de bransjespesifikke analysene

Det finnes private ideelle institusjoner som har langsiktige driftsavtaler med Helse Sør-Øst og Helse Vest. Dette gjelder, Lovisenberg Diakonale Sykehus AS, Diakonhjemmet Sykehus AS, Stiftelsen Betanien Hospital Skien, Martina Hansen Hospital AS, Revmatismesykehuset AS, Haugesund Sanitetsforenings Revmatismesykehus AS, Haraldsplass Diakonale Sykehus AS, Stiftelsen Betanien Bergen, NKS Jæren DPS AS, Solli sykehus, NKS Olaviken alderspsykiatriske sykehus AS og Voss DPS NKS Bjørkeli AS. Ifølge NOU 2019: 24

Det stilles tilsvarende krav og rammer for disse private ideelle sykehusene som for de offentlige helseforetakene og de betraktes som offentlige sykehus i rettslig forstand. I tillegg får de dekket sine kostnader gjennom ISF og basisbevilgning på lik linje med de offentlige helseforetakene. På bakgrunn av at disse private ideelle sykehusene ikke konkurrerer på lik linje med de andre private aktørene i offentlige anbudsprosesser, er de utelatt fra datamaterialet som presenteres her og vi har ekskludert dem fra våre videre analyser.

Det å inkludere dem, ville også hatt store implikasjoner på fordelingen av omsetning mellom kommersielle og ideelle aktører, men samtidig mindre betydning på resultatene knyttet til lønnsomhet, ettersom sykehusene driver med lave profittmarginer. (Se illustrasjonen nedenfor)

Figur 4-7: (T.V) Samlet omsetning, (T.H) Samlet driftsmargin for de 12 private ideelle institusjonene gjennom perioden 2010-2019. Kilde: Menon



Kilder: NOU 2019: 24 «Inntektsfordeling mellom regionale helseforetak» og SSB-artikkel «Staten betaler 14 milliarder for private spesialisttjenester» (27. februar, 2017).

4.2. Rehabilitering og spesialisert behandling

4.2.1. Vekst

De private foretakene innenfor rehabilitering og spesialisert behandling har hatt en samlet omsetningsvekst på 67 prosent fra 2010 til 2019. Dette tilsvarer en gjennomsnittlig årlig vekst på 5,8 prosent, noe som er lavere enn den tilsvarende vekstraten for den private helse- og omsorgsnæringen samlet sett.

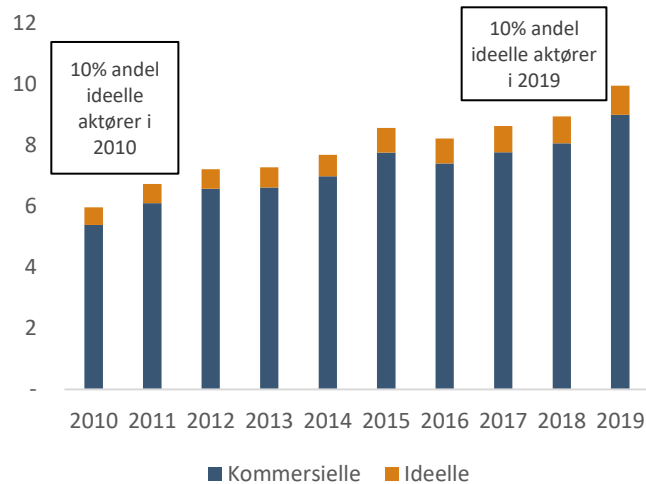
Kommersielle organisasjoner har hatt en høy og stabil andel av omsetningen de siste 10 årene, sammenlignet med de ideelle organisasjonene. Til sammenligning med de andre utvalgte bransjene har denne bransjen lavest andel av ideelle aktører.

Den høye andelen av kommersielle aktører i denne bransjen skyldes i stor grad virksomheter innen spesialisert behandling. Øre-nese-hals og optometri-klinikker er type virksomheter som er høyt representert i denne gruppen. Slike spesialiserte legetjenester har mindre tradisjon for å danne stiftelser og kan være en av forklaringene på hvorfor andelen kommersielle foretak er så høy her, sammenlignet med de øvrige utvalgte bransjene. Tradisjonelt sett var private aktører innen helse- og omsorgsnæringen et bidrag for å dekke et behov for flere velferdstjenester og da spesielt innenfor barnevern og bo og omsorg. Store somatiske sykehus som eksempelvis Diakonhjemmet og

Lovisenberg er eksempler på ideelle stiftelser som er tatt ut fra populasjonen som en følge av deres direkte tilknytning til RHFene. Dersom tilsvarende ideelle sykehus hadde vært inkludert i populasjonen, ville ikke skjevheten mellom kommersielle og ideelle vært så stor. Ifølge våre regnskapstall finnes det heller ingen aktive ideelle aktører innenfor spesialisert legetjeneste, unntatt psykiatrisk legetjeneste, i tillegg til at en tredjedel av den samlede omsetningen kommer fra denne gruppen.²¹

Siden 2010 har antall kommersielle foretak økt med over 60 prosent samtidig som antall ideelle foretak har holdt seg nokså stabilt.²² I og med at omsetningsandelen var konstant i perioden 2010 til 2019 impliserer det at kommersielle organisasjoner har blitt gjennomgående mindre. Basert på våre regnskapstall hadde over 2/3 av de kommersielle foretakene høyere omsetning i 2010 enn i 2019.

Figur 4-8: Samlet omsetning (i mrd. NOK) for kommersielle og ideelle organisasjoner innen rehabilitering og spesialisert behandling, (2010-2019). Kilde: Menon



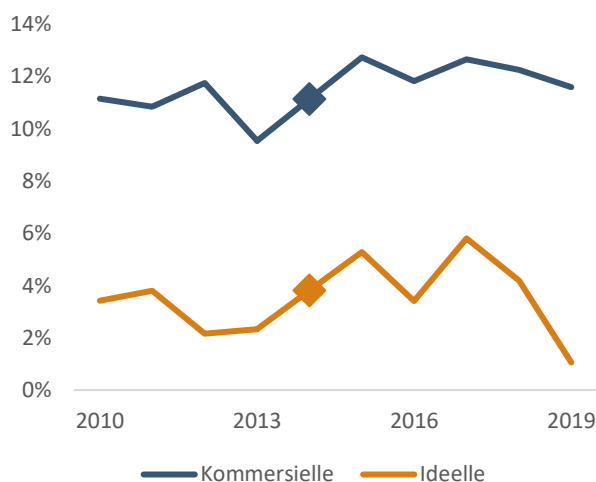
²¹ Næringskoden til spesialisert legetjeneste, unntatt psykiatrisk tjeneste er 86.221.

²² Vi har identifisert 25 ideelle og 585 kommersielle foretak i 2010 og 22 ideelle og 957 kommersielle i 2019.

4.2.2. Lønnsomhet

Lønnsomheten til kommersielle organisasjoner som driver med rehabilitering og spesialisert behandling har vært stabil i perioden 2010 til 2019²³, samtidig som den har vært mer volatil for ideelle organisasjoner og fallende fra 2017. Kommersielle aktører har hatt en høyere gjennomsnittlig driftsmargin sammenlignet med de ideelle aktørene gjennom årene 2010 og 2019, på henholdsvis 11,6 og 3,7 prosent. De kommersielle aktørene ligger 4,7 prosentpoeng over gjennomsnittet til hele den private helse- og omsorgsnæringen, samtidig som de ideelle aktørene ligger 3,2 prosentpoeng under. Spesielt innenfor spesialisert legetjeneste finnes det en del store aktører som driver med spesialisert behandling og står for en stor del av den samlede omsetning. Som nevnt ovenfor finner vi ingen ideelle aktører i denne gruppen, noe som kan forklare forskjellen i driftsmarginene blant kommersielle og ideelle.

Figur 4-9: Samlet driftsmargin for kommersielle og ideelle organisasjoner innenfor rehabilitering og spesialisert behandling (2010-2019). Kilde: Menon



Fra 2017 har lønnsomheten vært fallende, særlig for ideelle aktører. Driftsresultatet til de ideelle aktørene falt med 80 prosent fra 2017 til 2019, samtidig som omsetningen økte.²⁴ De kommersielle aktørene hadde en gjennomsnittlig årlig vekst i årsresultatet på 5,4 prosent.

Utbyttegraden for de kommersielle aktørene innen rehabilitering og spesialisert behandling har vært nokså stabil. Den gjennomsnittlige årlige veksten i utbytte for perioden 2010 til 2019 var lavere enn den gjennomsnittlige årlige veksten i lønnsomhet – noe som indikerer at man betaler en avtakende andel av årsresultatet som utbytte.

Rehabilitering og spesialisert behandling – en sammensatt gruppe

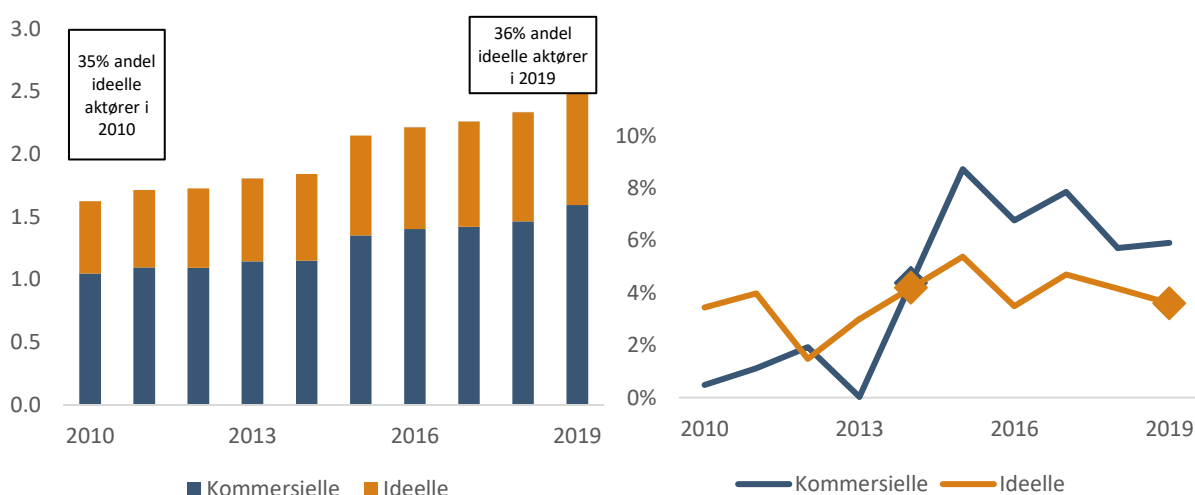
Den store forskjellen i både andel omsetning og lønnsomhet mellom kommersielle og ideelle aktører for denne gruppen samlet sett, skjuler noen viktige nyanser. Dersom vi splitter bedriftspopulasjonen i hhv. spesialisert behandling og rehabilitering finner vi at så godt som 100 prosent av omsetningen i spesialisert behandling kommer fra kommersielle aktører. Den gjennomsnittlige driftsmarginen er også høy og må sees i sammenheng med at denne gruppen isolert sett er mer kapitalintensiv enn de andre bransjene vi ser på her. Samtidig er ideelle aktører overrepresentert blant rehabiliterings- og opptreningsinstitusjoner, som opererer med langt lavere marginer.

²³ Endringer i pensjonsreglene som trådte i kraft i 2014 ga kraftig reduserte pensjonskostnader i regnskapsåret 2014. For å justere for virkningen av nye pensjonsregler, har vi satt driftsmarginen for 2014, markert med en firkant, til å være den gjennomsnittlige driftsmarginen for 2013 og 2015.

²⁴ Merk at den store nedgangen i 2019 for stiftelser skyldes en svært høy engangs-nedskrivning i 2019 hos én aktør (Montebello-stiftelsen). Denne hendelsen reflekterer ikke den underliggende lønnsomheten i driften og det gir derfor et skjevt bilde om dette ikke tas i betraktning

Dersom vi ser på rehabiliterings- og opptreningsinstitusjoner isolert sett²⁵, og som det fremkommer av Figur 4-10, står kommersielle foretak for rundt 64 prosent av den samlede omsetningen i 2019 - en stabil andel som er vesentlig lavere enn for den samlede bransjen. Forskjellene i gjennomsnittlig årlig lønnsomhet mellom de kommersielle og ideelle aktørene er heller ikke stor, på hhv. 4,3 og 3,7 prosent.

Figur 4-10: Venstre: Samlet omsetning (i mrd. NOK). Høyre: gjennomsnittlig årlig driftsmargin for kommersielle og ideelle aktører innen undergruppen rehabilitering (2010-2019). Kilde: Menon (Merk at 2019-observasjonen er her justert for en stor virksomhets nedskrivning i 2019, ref. fotnote 22)



4.3. Barnevern

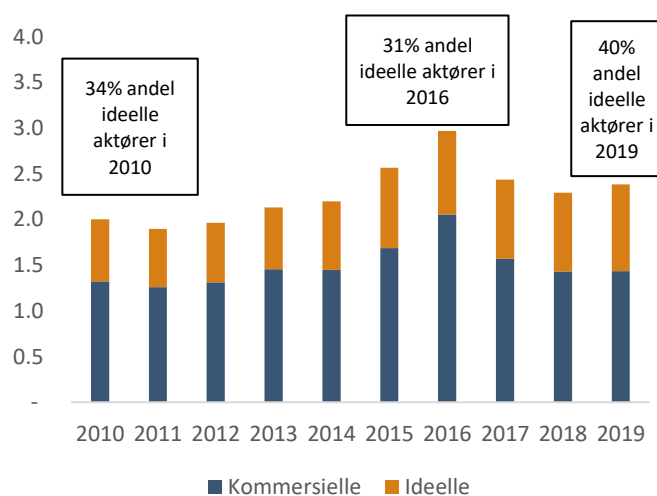
4.3.1. Vekst

I årene fra 2010 til 2019 har den samlede omsetningen blant private aktører innen *barnevern* steget med 19 prosent. Dette tilsvarer en gjennomsnittlig årlig vekst på 2 prosent, noe som er lavest blant de fem bransjene vi utreder i denne rapporten.

Som det fremgår av Figur 4-11 har de ideelle aktørenes andel av den samlede omsetningen til de private aktørene innenfor barnevern steget noe opp gjennom perioden fra 2010 til 2019. Veksten har imidlertid variert betydelig og den kraftige omsetningsveksten fra 2014 til 2016 er her særlig fremtredende.

Denne omsetningsveksten kan nærmest utelukkende tilskrives det store antallet unge asylsøkere som ankom Norge under «Asylkrisen» i 2015-2016. Et betydelig antall av disse menneskene ble midlertidig plassert i barnevernsinstitusjoner og er godt eksempel

Figur 4-11: Samlet omsetning (i mrd. NOK) for kommersielle og ideelle organisasjoner innen barnevern, (2010-2019). Kilde: Menon



²⁵ Næringskoden til rehabiliterings- og opptreningsinstitusjoner er 86.107

på hvordan privat sektor kan bidra til å dekke et akutt og midlertidig kapasitetsbehov i den offentlige helse- og omsorgssektoren. I takt med at man fikk kontroll på antallet asylkomster falt behovet for denne typen institusjonsplasser i perioden etter 2016.

Som det fremgår av Figur 4-11 ser vi også at omsetningsvariasjonen har vært langt høyere blant de kommersielle aktørene, enn blant de ideelle. Det var i langt større grad kommersielle aktører som raskt stilte med kapasitet under «Asylkrisen», noe som illustreres av at de kommersielle aktørenes andel av samlet omsetning var høyest i nettopp 2016, med nærmere 70 prosent. Vi ser av dataene at flere kommersielle aktører trakk seg ut av markedet i årene etter 2016, da krisen kom under kontroll.

Omsetningsnedgangen blant private aktører innenfor barnevern må også sees i sammenheng med at det de siste årene har vært en stabil utvikling i antall trufne barnevernstiltak og at antallet nye barn under barnevernets omsorg har blitt redusert med 44 prosent fra 2013 til 2019. Den eneste økningen de siste årene som blir omtalt i en analyse nylig publisert av Bufdir er økningen i antall unge i alderen 18-22 år med behov for ettervern.

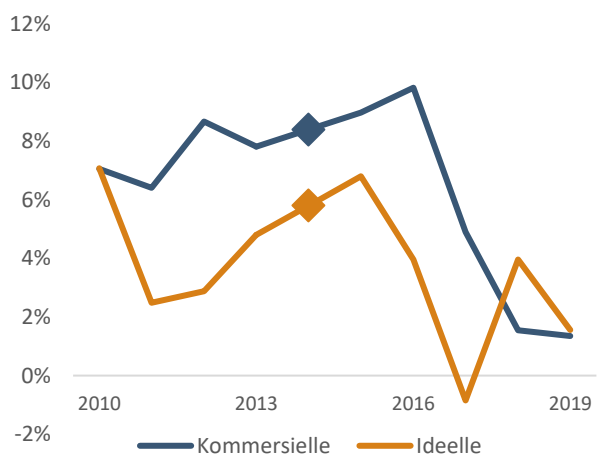
4.3.2. Lønnsomhet

Lønnsomheten blant private barnevernsaktører har gjennomgående vært lavere enn i de fire andre bransjene i den private helse- og omsorgssektoren de siste årene.

De samlede driftsmarginene blant ideelle og kommersielle aktører har i grove trekk fulgt de siste årenes utvikling i omsetning – en økende lønnsomhet som toppet seg i 2016, etterfulgt av en fallende trend.

Som i omsetningsutviklingen har utslagene vært størst for de kommersielle aktørene. Disse foretakene hadde i 2016 en samlet driftsmargin på over 7 prosent. Denne har falt til å ligge på rundt 1 prosent i 2019. Blant de ideelle aktørene har trenden vært mer ujevn. Denne gruppen foretak opplevde en oppgang i samlet driftsmargin i 2018 til 4 prosent, fra et negativt nivå i 2017.²⁶

Figur 4-12: Samlet driftsmargin for kommersielle og ideelle organisasjoner innenfor barnevern (2010-2019). (2014-observasjonen er her erstattet med gjennomsnittet av 2013- og 2015-observasjonene, ref. Tekstboks 2.) Kilde: Menon



Utbyttegraden (utbytte som andel av årsresultat) for de kommersielle aktørene innen barnevern har variert opp gjennom perioden. Den gjennomsnittlige årlige veksten i utbytte for perioden 2010 til 2019 var høyere enn den gjennomsnittlige årlige veksten – noe som indikerer at man betaler en økende andel av årsresultatet som utbytte.

²⁶Bufdir (2021), «Oppsummert status for tall i barnevernet»

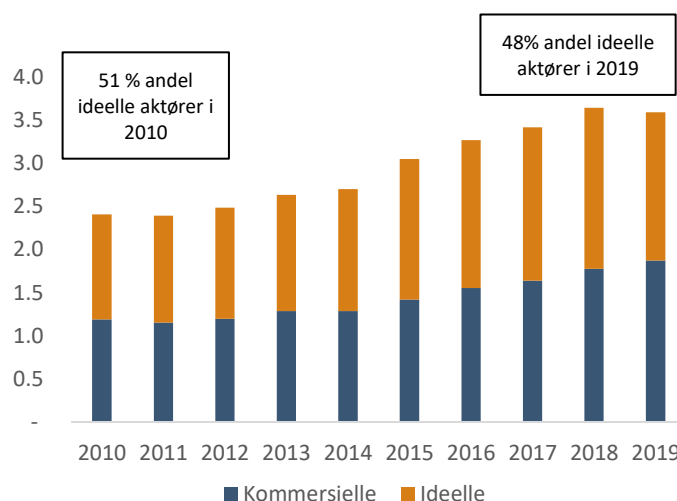
4.4. Psykisk helse og avhengighet

4.4.1. Vekst

Med en omsetningsvekst på 49 prosent fra 2010 til 2019 har bransjen psykisk helse og avhengighet de siste ti årene vokst mindre sammenlignet med den private helse- og omsorgsnæringen samlet sett. Omsetningsveksten blant de private aktørene i dette markedet må trolig sees i sammenheng med en økt politisk prioritering på psykisk helse og rus de siste årene.²⁷

Som vi ser av Figur 4-13 har de ideelle aktørenes andel av omsetningen i denne bransjen seg relativt stabil. I 2019 var det 70 prosent flere aktive kommersielle foretak innen psykisk helse og avhengighet, sammenlignet med i 2010. Det betyr at den gjennomsnittlige omsetningen per kommersielle foretak har vokst lite fra 2010 til 2019. Bildet er motsatt for de ideelle aktørene, hvor vi finner at det er like mange aktive ideelle foretak som leverer tjenester innen psykisk helse og avhengighet i 2019 som det var i 2010.

Figur 4-13: Samlet omsetning (i mrd. NOK) for kommersielle og ideelle organisasjoner innen psykisk helse og avhengighet, (2010-2019). Kilde: Menon

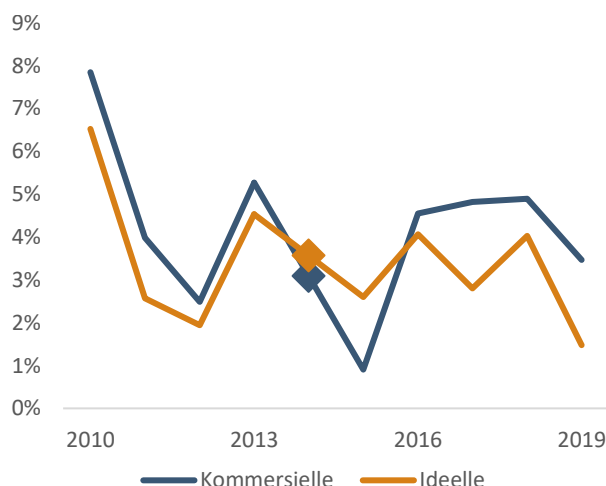


4.4.2. Lønnsomhet

Den gjennomsnittlige driftsmarginen for psykisk helse og avhengighet har i årene fra 2010 til 2019 på fire prosent. Som det fremkommer av Figur 4-14 har også lønnsomheten (målt ved driftsmargin) blant ideelle og kommersielle aktører fulgt hverandre tett.

Utbyttegraden for de kommersielle aktørene innen psykisk helse og avhengighet har i nesten hele perioden ligget på mellom 10 og 25 prosent, noe som er noe lavere enn nivået for næringen samlet i disse årene (utbyttegrad på rundt 30 prosent).

Figur 4-14: Samlet driftsmargin for kommersielle og ideelle organisasjoner innenfor psykisk helse og avhengighet (2010-2019). (2014-observasjonen er her erstattet med gjennomsnittet av 2013- og 2015-observasjonene, ref. Tekstboks 2). Kilde: Menon



²⁷ SSB (2018), «Økt satsing på psykisk helse»

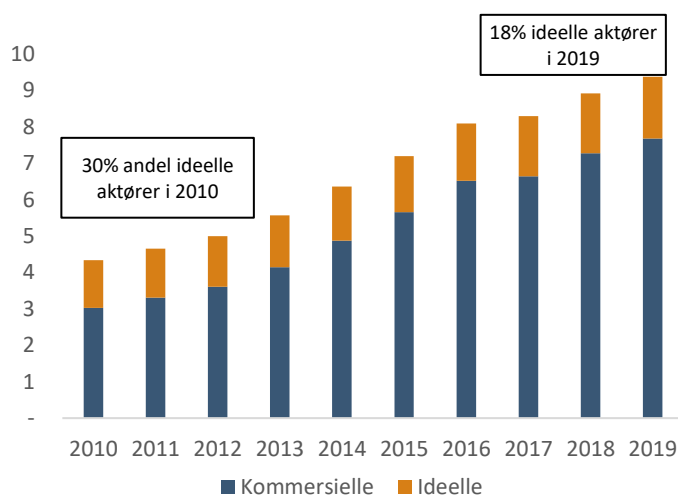
4.5. Sykehjem og hjemmebasert omsorg

4.5.1. Vekst

Private aktører innen sykehjem og hjemmebasert omsorg har mer enn doblet sin omsetning fra 2010 til 2019. Den gjennomsnittlige årlige omsetningsveksten tilsvarer 9 prosent – et nivå som er vesentlig høyere enn det årlige gjennomsnittet for hele den private helse- og omsorgsnæringen for samme periode. Bransjen sykehjem og hjemmebasert omsorg har den nest høyeste veksten av de fem bransjene vi her ser på.

I årene fra 2010 til 2019 har de kommersielle aktørene hatt en vesentlig høyere vekst enn de ideelle, noe som gjenspeiler seg i at omsetningsandelen til de ideelle aktørene er redusert fra 30 prosent i 2010 til 18 prosent i 2019. Ifølge en Fafo-rapport fra 2019 kan den høye gjennomsnittlige veksten blant kommersielle aktører knyttes til en økt bruk av anbudsprosesser for å inngå avtaler med offentlig finansierte tjenester de seneste årene. Den samme rapporten legger frem at kommersielle aktører - i større grad enn ideelle og offentlige leverandører, har vunnet frem i anbudskonkurranser som en følge av en bedre evne til å omstille seg og reagere raskt på endringer i tjenestebehov.²⁸

Figur 4-15: Samlet omsetning (i mrd. NOK) for kommersielle og ideelle organisasjoner innen sykehjem og hjemmebasert omsorg, (2010-2019). Kilde: Menon



I 2019 var det til sammen 201 aktive private foretak med sykehjemsdrift og hjemmebasert omsorg som primæraktivitet. 151 av disse er hva vi her omtaler som kommersielle foretak. Antallet kommersielle foretak har steget jevnt gjennom perioden, mens antallet ideelle aktører har hatt en motsatt utvikling. Dette kan sees i sammenheng med at flere Vi finner at den høyere veksten blant kommersielle enn blant ideelle aktører i hovedsak kan tilskrives en høy etableringstakt blant de kommersielle aktørene, og ikke at den gjennomsnittlige størrelsen (målt i omsetning) på kommersielle foretak har steget nevneverdig.

4.5.2. Lønnsomhet

Den gjennomsnittlige driftsmarginen for sykehjem og hjemmebaserte tjenester for private aktører innen sykehjem og hjemmebasert omsorg i perioden fra 2010 til 2019 har vært på i overkant av 3 prosent. Som det fremgår av Figur 4-16 har driftslønnsomheten vært fallende i denne perioden, især for de kommersielle aktørene.

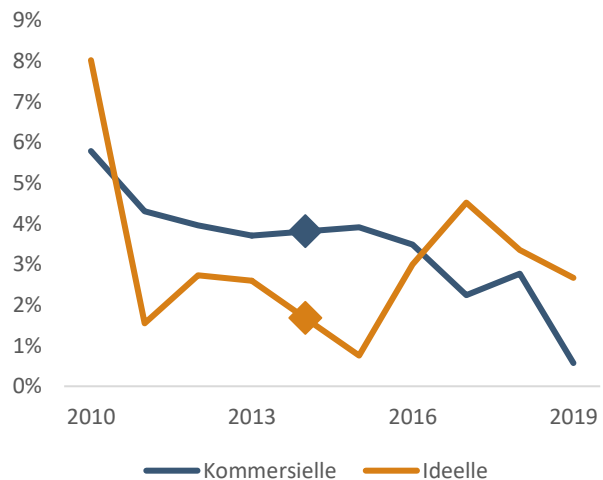
Frem til de siste årene i perioden var driftsmarginen stort sett høyere blant de kommersielle aktørene, men dette har endret seg fra 2017. Fra 2015 til 2017 ser vi at antallet aktive ideelle foretak reduseres kun fra 53 til 51, samtidig som antall aktive kommersielle foretak i bransjen øker fra 118 til 138. Dette antyder at de store

²⁸ Fafo-rapport (2019), «Når velferd er til salgs»

endringene vi ser i bransjens driftslønnsomhet i disse årene henger sammen med en konsolidering blant ideelle foretak og en høy etableringstakt av kommersielle aktører.

I årene fra 2010 til 2019 har de aggregerte årsresultatene blant de private aktørene innen sykehjem og hjemmebasert omsorg vært lave og svakt fallende. Andelen av årsresultatet som er tatt ut i utbytte blant de kommersielle aktørene har også gjennomgående vært lavt (på et nivå rundt 5 prosent), med unntak av i 2019, hvor dette steg kraftig.

Figur 4-16: Samlet driftsmargin for kommersielle og ideelle organisasjoner innenfor sykehjem og hjemmebasert omsorg (2010-2019). (2014-observasjonen er her erstattet med gjennomsnittet av 2013- og 2015-observasjonene, ref. Tekstboks 2). Kilde: Menon



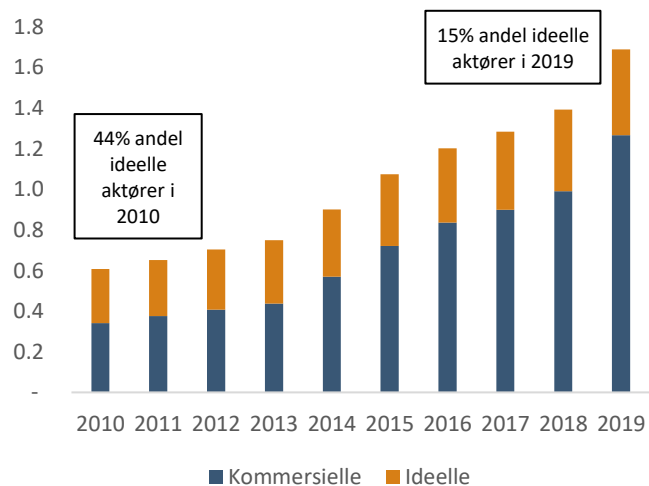
4.6. Bo og omsorg

4.6.1. Vekst

Bransjen bo og omsorg har opp gjennom perioden hatt en svært kraftig vekst. Den samlede omsetningen var i 2019 på 1,7 milliarder kroner, noe som er nesten tre ganger så mye som i 2010. Dette tilsvarer en gjennomsnittlig årlig vekstrate på hele 12 prosent – den desidert høyeste vekstraten blant de fem bransjene i helse- og omsorgsnæringen vi her utreder. Økt etterspørsel, en økning i kvalitetskrav samt en økning i omfanget av anbudsutsetting av denne typen tjenester de siste årene er alle sentrale forklaringer på denne kraftige veksten.

Fra Figur 4-17 ser vi at kommersielle aktører har hatt en tre ganger så høy årlig vekst som de ideelle aktørene opp gjennom perioden. Til tross for den svært høye omsetningsveksten har *antallet* kommersielle aktører holdt seg stabilt, på rundt 30 foretak, i denne perioden. Dette til forskjell fra antallet ideelle foretak, som har blitt redusert fra 37 foretak i 2010 til 23 i 2019. Fra dette kan man slutte at omsetningsveksten blant kommersielle aktører ikke skyldes et stort omfang av nyetableringer, men kraftig vekst blant enkelte selskap. Likeledes fremstår én årsak til at omsetningsandelen blant ideelle aktører har falt å være konsolidering og/eller nedleggelse av stiftelser som tidligere hadde aktivitet innenfor bo og omsorgssegmentet i helse- og omsorgsnæringen.

Figur 4-17: Samlet omsetning (i mrd. NOK) for kommersielle og ideelle organisasjoner innen bo og omsorg, (2010-2019). Kilde: Menon

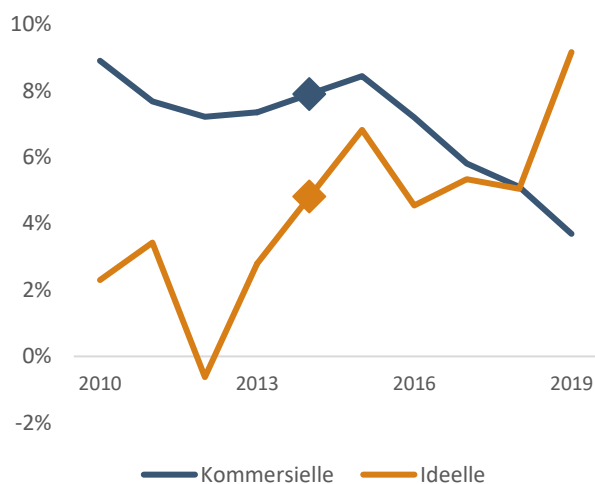


4.6.2. Lønnsomhet

Lønnsomhetsutviklingen blant aktørene i bo og omsorg sammenfaller i stor grad med mønsteret blant aktørene i bransjen sykehjem og hjemmebasert omsorg (se Figur 4-18). Lønnsomheten blant kommersielle var lenge høyere enn blant de ideelle aktørene, men har fulgt en fallende trend. De siste årene har forskjellene i lønnsomhet blitt mindre og den samlede driftsmarginen blant de ideelle aktørene er ved slutten av tidsserien høyere enn blant de kommersielle.

Utbyttegraden (utbytte som andel av årsresultatet) blant de kommersielle aktørene har variert en hel del gjennom perioden, men gjennomgående vært høyere enn i andre bransjer. I takt med fallende driftslønnsomhet og årsresultater har imidlertid også nivået på utbyttet og utbyttegraden falt de siste årene, for de kommersielle aktørene.

Figur 4-18: Samlet driftsmargin for kommersielle og ideelle organisasjoner innenfor bo og omsorg (2010-2019) (2014-observasjonen er her erstattet med gjennomsnittet av 2013- og 2015-observasjonene, ref. Tekstboks 2). Kilde: Menon

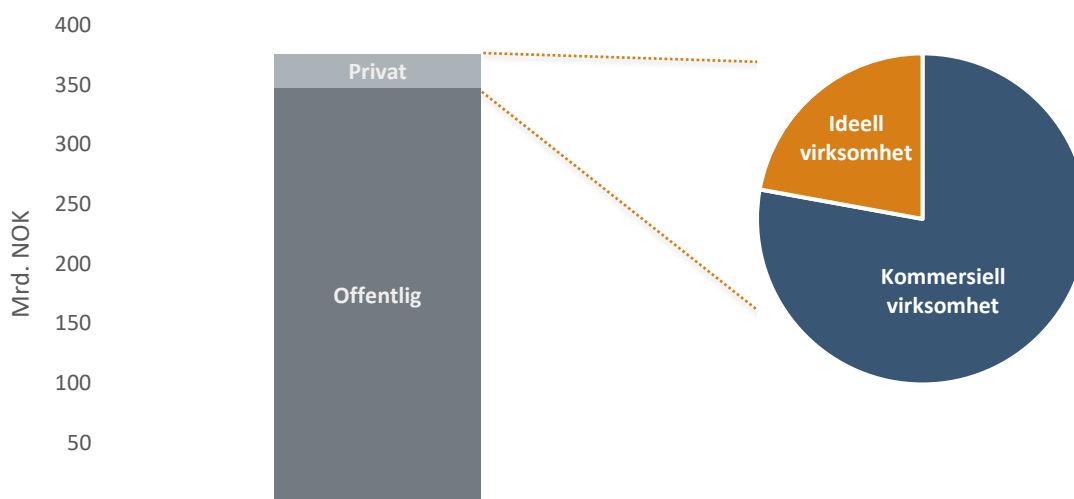


5. Konkurransetsetting av helse- og omsorgstjenester – kartlegging, effekter og konsekvenser av begrensende tiltak

I 2019 var de samlede helse- og omsorgsutgiftene i Norge (både offentlige og private) ifølge SSB på om lag 375 milliarder kroner. Den samlede omsetningen blant private virksomheter innen de utvalgte bransjene vi diskuterer i denne rapporten var til sammenligning på i underkant av 28 milliarder kroner. Som et grovt overslag betyr dette at mellom 5 og 10 prosent av helse- og omsorgstjenester i Norge utføres av private aktører.

Om lag 20 prosent av omsetningen blant de private helse- og omsorgsaktørene er inntjent av ideelle aktører. Dette betyr igjen at mellom én og to prosent av helse- og omsorgsutgiftene i Norge finansierer tjenester som ytes av private ideelle aktører, mens mellom fire og åtte prosent ytes av private kommersielle aktører. Disse omtrentlige størrelsesforholdene viser at den klare majoriteten av helse- og omsorgstjenester i Norge ytes av offentlig eide institusjoner.

Figur 5-1: Samlede helseutgifter i Norge, fordelt mellom omsetning blant private virksomheter og utgifter i offentlige helse- og omsorgsinstitusjoner (venstre). Til høyre fremkommer fordelingen (målt i omsetning) mellom ideelle og kommersielle aktører. Kilder: SSB og Menon



Det er her viktig å påpeke at det ikke er slik at helse- og omsorgstjenester som ytes av private aktører også finansieres privat (altså direkte av pasienter/brukere). Majoriteten av inntektene til private helse- og omsorgsinstitusjoner kommer fra offentlig tjenestekjøp, og da som hovedregel som en konsekvens av konkurransetsetting av enkelttjenester fra spesialist- eller kommunehelsetjenesten.

5.1. Konkurransetsetting av offentlig finansierte tjenester

Konkurransetsetting av offentlige tjenester innebærer at det etableres et organisatorisk skille mellom *bestiller* og *utfører* av den aktuelle tjenesten. Bestiller er en offentlig institusjon som er gitt ansvaret for at tjenesten utføres. Utføreren er en annen selvstendig organisasjon som blir tildelt oppgaven med å utføre tjenesten, typisk gjennom en anbudskonkurranse. I Norge benyttes konkurransetsetting innen en rekke områder, blant annet innen samferdsel, renovasjon, infrastruktur i tillegg til i helse- og omsorgssektoren.

Den primære begrunnelsen for å organisere en offentlig finansierte tjeneste gjennom en anbudskonkurranse er økt kostnadseffektivitet. Bruk av konkurranse for å avgjøre hvem som skal yte en tjeneste gir større insentiver til

effektiv drift sammenlignet med tjenesteproduksjon i offentlig egenregi. Private aktørers insentiver til effektiv drift gir for eksempel utslag i en større evne og vilje til å kutte unødvendige utgifter, til optimal skalering av aktivitet for å utnytte stordriftsfordeler, samt utvikling og implementering av innovasjoner som øker produktiviteten. Dette trekkes også frem i utredningen fra Sandbakk-utvalget fra 2000 hvor konkurranseutsetting trekkes frem som et grep for å effektivisere offentlig tjenesteproduksjon.²⁹

Selv om antagelsen om at offentlig sektor i mindre grad enn private bedrifter har insentiver til å drive effektivt er allment akseptert, er slutningen om at tjenesteutføring i offentlig egenregi er mindre kostnadseffektiv enn om den konkurranseutsettes mer omdiskutert. Det er også delte meninger om hvorvidt konkurranseutsetting av offentlig tjenester er utelukkende positivt.³⁰

Et vanlig motargument mot konkurranseutsetting er at tjenestekvaliteten reduseres. Et viktig teoretisk grunnlag for denne påstanden er Hart, Shleifer og Vishny (1997), som med utgangspunkt i kontraktsteori viser at private aktører i utgangspunktet har insentiver til å både å redusere kostnader og øke kvaliteten, men at insentivene er sterkere for å redusere kostnader ettersom dette er enklere å måle.³¹

For å avdempe en mulig negativ effekt på kvalitet ved konkurranseutsetting av en offentlig finansiert tjeneste, bør tildelingskriteriet i en anbudskonkurranse ikke utelukkende være knyttet til pris. Dette diskuteres i Jensen og Stonecash sin litteraturgjennomgang (2004), hvor man peker på at kortsiktige kostnadsbesparelser kan forsvinne på lengre sikt, som følge av dyre reforhandlinger.³²

Jensen og Stonecash (2004) finner i en større metastudie at det er til dels betydelig variasjon mellom ulike tjenesteområder vedrørende hvorvidt konkurranseutsettelse av offentlige tjenester gir en økt kostnadseffektivitet. De trekker særlig frem at effektivitetsgevinstene fremstår å være mindre innen tjenesteområder hvor indre motivasjon er viktig. Dette underbygges i en NIBR-rapport fra 2008, som finner at *tekniske* tjenester har større innslag av konkurranseutsetting sammenlignet med mer humankapitalintensive tjenester.³³

Ettersom helse- og omsorgstjenester favner over et svært stort spenn av tjenester er ikke forskningsresultatene omtalt ovenfor egnet til å konkludere om hvorvidt konkurranseutsetting er egnet på dette området. Store deler av helse- og omsorgssektoren er svært humankapitalintensiv, men deler av sektoren er også svært *teknisk*, i betydningen at det er standardiserte og repetitive funksjoner som skal ytes. Vi må derfor vurdere de ulike effektene av konkurranseutsetting (og dermed konsekvensene av å fase ut private kommersielle aktører) innenfor en mer detaljert ramme enn for sektoren samlet.

5.1.1. Konkurransesutsetting av helse- og omsorgstjenester

To ulike offentlige utredninger har de siste årene diskutert tiltak for å øke produktiviteten i offentlig sektor. De konkluderer begge med at økt konkurranse kan være positivt ved at man skaper en bevissthet rundt effektiv bruk av arbeidskraft, kostnader og kvalitet.³⁴ Velferdstjenesteutvalget underbygger dette ytterligere, ved å peke på at

²⁹ NOU 2000: 19, «Bør offentlig sektor eksponeres for konkurranse?»

³⁰ Pollitt, C. and Bouckaert, G. (2000), «Public Management Reform: A Comparative Analysis»

³¹ Hart, O., Shleifer, A., and R.W. Vishny (1997), «The proper scope of government: theory and an application to prisons. Quarterly Journal of Economics 112, 1127- 1161.

³² Paul H. Jensen og Robin E. Stonecash (2004) *The Efficiency of Public Sector Outsourcing Contracts: A Literature Review*, 1-31

³³ Hovik, S. & I. M. Stigen (2008). *Kommunal organisering 2008: Redegjørelse for kommunal- og regionaldepartementets organisasjonsdatabase. NIBR-rapport 2008:20.*

³⁴ NOU 2020: 13, «Private aktører i velferdsstaten», NOU 2015: 1, «Produktivitet – grunnlag for vekst og velferd»

«private produserer mer kostnadseffektivt, fordi de er underlagt markedets disiplinerende mekanismer (konkurranse) og eksplisitte lønnsomhetskrav». Videre vises det til at «markedstenkning kan skape overrisslingseffekter som leder til disiplinering eller mer kostnadsbevissthet i det offentliges egenproduksjon».

Økt kostnadseffektivitet i tjenesteproduksjon kan forstås som at man produserer det samme volumet av tjenester til en lavere kostnad enn tidligere, uten at tjenestekvaliteten reduseres. Det er krevende å måle og kontrollere kvalitetsnivå på tjenester innenfor helse- og omsorgssektoren. Det er for eksempel en betydelig informasjonsasymmetri mellom tjenesteytere og brukere innen mange helse- og omsorgstjenester. Dette betyr at det er vanskelig for en bruker å vite hvilket kvalitetsnivå på tjenesten man har krav på, og hvilke deler av tjenesten som eventuelt ikke imøtekommer lovpålagte krav. Som beskrevet tidligere i kapittelet, finnes det ingen garanti ved kontraktsinngåelse for at kostnadsbesparelser ikke skjer på bekostning av kvalitet ved en konkurranseutsetting. Det finnes likevel ingen evidens for at kvaliteten direkte svekkes ved å konkurranseutsette en tjeneste. Holom og Hagen (2017) har for eksempel undersøkt endringen i kvalitet ved å konkurranseutsette ortopedisk dagkirurgi til private sykehus i Norge, uten å finne noen signifikante resultater.³⁵

I tillegg til at konkurranse i seg selv kan bidra til økt kostnadseffektivitet er det også andre egenskaper ved både private aktører og enkelte typer helse- og omsorgstjenester som tilsier at konkurranseutsetting kan gi effektivitetsgevinster. Velferdstjenesteutvalget trekker frem at tjenester med lav forutsigbarhet i tjenestebehov isolert sett kan forventes å ha større positive virkninger av konkurranseutsetting, sammenlignet med tjenester med en høy forutsigbarhet. Tjenester med lav forutsigbarhet er typisk der brukerbehov oppstår akutt, men tilstrekkelig sporadisk til at det er krevende å planlegge fremtidig behov. Typiske eksempler er her midlertidig omsorg innen barnevern, psykiatri og rus hvor brukernes behov oppstår plutselig og hvor tjenesteyter raskt må stille bemanning og lokaler til rådighet for brukeren. Effektiv drift av denne typen tjenester fordrer en viss grad av fleksibilitet, noe private aktører som regel klarer å organisere mer effektivt enn offentlig sektor.

At private aktører drifter tjenester med en lav grad av forutsigbarhet mer effektivt forklares delvis av at private aktører har en større geografisk mobilitet og lettere kan benytte ressurser på tvers av tjenesteområder.³⁶ Innen akuttfunksjoner i barnevern, rusomsorg og psykisk helse kan private aktører lettere dekke over et større geografisk område med en lavere stående bemanning, enn hva de enkelte kommunene selv kan levere.³⁷ Tilsvarende kan private aktører med tjenestetilbud innen flere områder ha en større fleksibilitet i bruken av helsepersonell mellom ulike tjenesteområder. (F.eks. midlertidig benytte en sykepleier som i utgangspunktet jobber på et sykehjem til et akutt omsorgsoppdrag innenfor barnevern).

Det at private aktører har en større fleksibilitet i bruken av ansatte gjelder også innenfor arbeidstid og sammensetningen av turnus. Utredninger har påpekt at det innen særlig barnevern kan gi økt kvalitet dersom ansatte jobber i såkalt *medlevertturnus*. Kartleggingsrapporten til FAFO (2019) viser at offentlige instanser i mindre grad benytter seg av slike turnusordninger, på bakgrunn av at statens tariffavtaler setter begrensninger på arbeidstid. Dette illustrerer at det ikke bare er gjennom mer effektiv drift at konkurranseutsetting kan gi en større kostnadseffektivitet enn offentlig egenproduksjon. Det er også, som eksemplifisert med medlevertturnus, tilfeller hvor privat sektor tilsynelatende leverer høyere kvalitet på tjenesten enn offentlige aktører.

³⁵ Hagen, T. P., Holom, G. H., Ameyu, K. N., 2017, *Outsourcing day surgery to private for-profit hospitals: the price effects of competitive tendering*. *Health Economics, Policy and Law*, 13(1): 50–67.

³⁶ Trygstad, S. C., Nergaard, K., Alsos, K., Berge, Ø. M., Bråten, M. & Ødegård, A. M. (2011). *Til renholdets pris. Fafo-rapport 2011:18*.

³⁷ Det såkalte «sørge-for»-ansvaret for denne typen tjenester er lagt til kommunesektoren.

Gjennomgangen av forskningen og empiriske utredninger i Norge om effektene av konkurranseutsetting generelt, og innen helse- og omsorgssektoren spesielt, kan oppsummeres i tre overordnede konklusjoner:

1. Konkurranse mellom private aktører om å få yte velferdstjenester på oppdrag for offentlig sektor presser ned kostnadsnivå og øker effektiviteten. Konkurranseutsetting gir dermed i mange tilfeller høyere kostnadseffektivitet sammenlignet med organisering i regi av offentlig sektor selv. Denne effekten kan ventes å være større jo mer *teknisk* tjenesten er. Dette betyr at jo lettere det er å spesifisere kravene i tjenesteutøvelsen, samt jo lettere det er å kontrollere etterlevelsen av disse, desto større effekt (i form av bedret kostnadseffektivitet) kan man forvente av å konkurranseutsette en tjeneste.
2. Tjenester med lav forutsigbarhet i brukerbehov, som blant annet innebærer akutt omsorg, kan gi særlig store effektivitetsgevinster ved å konkurranseutsette. Dette fordi mange slike tjenester er et kommunalt ansvar i dag og private aktører vil ha lettere for å realisere stordriftsfordeler. Stordriftsfordelene kommer av både geografisk mobilitet og bedre forutsetninger for å utnytte stående kapasitet.
3. Konkurranseutsetting vil ikke alltid gi høyere kostnadseffektivitet enn organisering i offentlig egenregi, og kan også resultere i lavere tjenestekvalitet for brukere. Særlig innenfor tjenester hvor det er vanskelig å spesifisere kvalitetskrav (før kontraktstildeling) og å kontrollere etterlevelse av disse kvalitetskravene (etter kontraktstildeling) er det en risiko for at tjenestekvaliteten forringes, til fordel for kostnadskutt hos den private tjenesteutøveren.

Med utgangspunkt i disse tre hovedkonklusjonene om konkurranseutsetting kan vi slutte at tiltak som reduserer kommersielle aktørers mulighet til å tilby velferdstjenester på oppdrag fra offentlig sektor vil ha ulike effekter innenfor ulike deler av helse- og omsorgssektoren, og potensielt i ulike deler av landet – avhengig av egenskapene ved tjenesten som leveres og av antall tilgjengelige kommersielle og ideelle aktører.

5.2. Kommersielle og ideelle aktører i helse- og omsorgssektoren

5.2.1. Kommunenes bruk av private leverandører innen helse- og omsorg – en kartlegging

Kommunal Rapports *Leverandørdatabase* gir en tilnærmet fullstendig oversikt over alle vare- og tjenestekjøp norske kommuner har gjennomført fra private aktører.³⁸ Ettersom alle transaksjonene som er oppført i databasen også er knyttet til et spesifikt organisasjonsnummer kan vi koble vår populasjon av private bedrifter med virksomhet innenfor helse- og omsorgsområdet, med data over hver enkelt kommunes utgifter til disse selskapene. Dette dataarbeidet gir oss en rekke resultater som bidrar til å belyse konsekvensene av at private kommersielle aktører fases ut av den kommunale helse- og omsorgssektoren.

³⁸ Se mer utfyllende omtale av databasen på nettsidene til Kommunal Rapport - <https://ldb.kommunal-rapport.no/start>

Vi finner at det i årene 2017-2019 var om lag 580 unike private bedrifter som leverte helse- og omsorgstjenester til kommunesektoren. Til sammenligning finner vi 2218 aktive bedrifter i vår populasjon. Det innebærer at om lag en fjerdedel av de aktive helse- og omsorgsbedriftene innenfor bransjene vi omtaler i denne rapporten, leverte helse- og omsorgstjenester til kommunesektoren.

I overkant av 90 av aktørene som leverte helse- og omsorgstjenester til kommuner, var klassifisert som ideelle aktører.³⁹ Dette betyr altså at kun 16 prosent av de private bedriftene som leverte helse- og omsorgstjenester til kommunesektoren i perioden 2017-2019, var ideelle aktører.

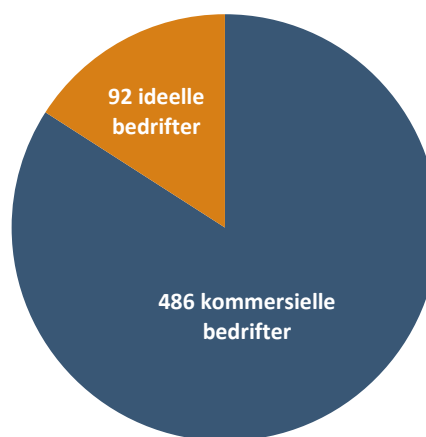
Dette forholdstallet står seg godt når vi ser på hvor store utgifter kommunene har til henholdsvis ideelle og kommersielle leverandører av helse- og omsorgstjenester i perioden. Vi finner at i overkant av 19 prosent av kommunenes utgifter på dette området har tilfalt ideelle aktører, mens 81 prosent gikk til kommersielle aktører.

Dette betyr at den klare majoriteten av konkurranseutsatte helse- og omsorgstjenester i kommunesektoren ytes av kommersielle aktører.

Store variasjoner i fordelingen mellom ideelle og kommersielle aktører, mellom ulike bransjer

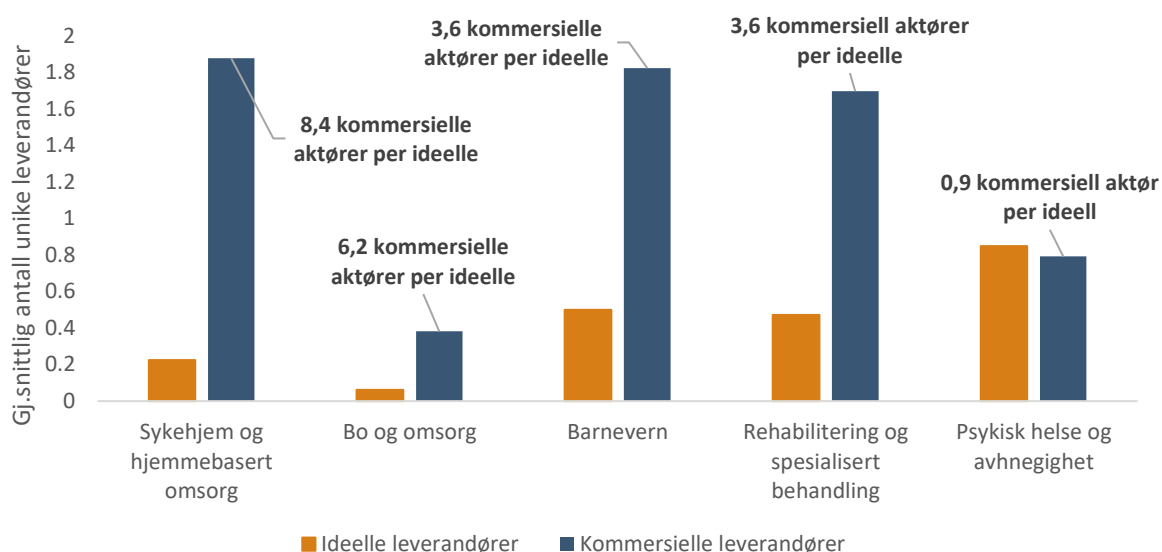
I årene fra 2017 til 2019 brukte en norsk kommune i gjennomsnitt 8,7 ulike leverandører av helse- og omsorgstjenester. Disse er fordelt mellom 2,1 ideelle og 6,6 kommersielle leverandører. Gjennomsnittskommunen benytter seg altså av over tre ganger så mange kommersielle leverandører, som ideelle, på helse- og omsorgsområdet. Dette forholdstallet kamouflerer imidlertid en variasjon mellom ulike typer helse- og omsorgstjenester. Innenfor store deler av det kommunale helse- og omsorgsområdet er kommersielle aktører svært dominerende.

Figur 5-2: Antall kommersielle og ideelle bedrifter som har levert helse- og omsorgstjenester til norske kommuner i perioden 2017-2019. Kilde: Menon og Kommunal Rapport



³⁹ På samme måte som for dataene fra regnskapsdatabasen, bruker vi organisasjonsformen «stiftelser» som en proxy for ideelle virksomheter for tall fra Leverandørdatabasen. De resterende betegnes som kommersielle.

Figur 5-3: Gjennomsnittlig antall unike ideelle og kommersielle leverandører per kommune, fordelt etter bransje, samlet for perioden 2017-2019. Kilder: Leverandørdata-basen og Menon



Som det fremkommer fra Figur 5-3 finner vi betydelige forskjeller i leverandørmangfold mellom ulike tjenestetyper. For eksempel ser vi at det er over åtte kommersielle aktører per ideell aktør innen sykehjem og hjemmebasert omsorg, mens det innen psykisk helse og avhengighet er et marginalt flertall av ideelle aktører.

Resultatene illustrert ovenfor viser at det å forby kommersielle aktører fra å levere tjenester til kommunene trolig vil redusere aktørmangfoldet betydelig i alle typer tjenester, men at konsekvensene vil bli større innenfor noen bransjer. Særlig sykehjem og hjemmebasert omsorg og bo og omsorg skiller seg her ut. Det er innenfor disse bransjene henholdsvis 8,5 og 6,3 ganger flere kommersielle aktører enn ideelle. Det innebærer at, for en gjennomsnittlig kommune, vil over 85 prosent av de private aktørene som leverer tjenester innenfor disse områdene, ikke kunne fortsette å gjøre det ved innføring av et forbud mot kommersielle aktører, med mindre de tilpasser seg til å bli «ideelle».

Ideelle aktører leverer i hovedsak tjenester til storbykommuner

Fra Figur 5-3 kan det fremstå som om det gjennomsnittlige antallet unike leverandører av helse- og omsorgstjenester til kommunesektoren er lavt. Dette skyldes at det er store forskjeller mellom kommunene når det kommer til antall unike leverandører de har kjøpt tjenester fra. Landets største kommune, Oslo, skiller seg ut, med hele 170 unike leverandører, hvorav 20 prosent var ideelle aktører. Samtidig er det 41 kommuner (11,5 prosent av kommunene) som ikke har kjøpt helse- og omsorgstjenester fra hverken ideelle eller kommersielle aktører i den aktuelle perioden. Det er videre 78 kommuner som kun brukte kommersielle aktører i perioden, men kun to kommuner som utelukkende kjøpte tjenester fra ideelle aktører.

En viktig forklaringsfaktor for hvilke kommuner som har benyttet seg mest av ideelle aktører i helse- og omsorgssektoren er kommunenes *sentralitet*.⁴⁰ Andelen av kommunens utgifter til kjøp av helse- og omsorgstjenester fra private aktører som er ideelle, er langt høyere blant de mer sentrale kommunene i landet, enn blant de mindre sentrale. Dette er illustrert i figuren nedenfor. 20 prosent av utgiftene til helse- og omsorgstjenester blant sentrale og mellom-sentrale kommuner (som utgjør i overkant av 40 prosent av landets 356 kommuner) gikk til ideelle aktører, samtidig som tilsvarende andel for de mindre kommunene var på 7 prosent.

Sentralitetsindeksen

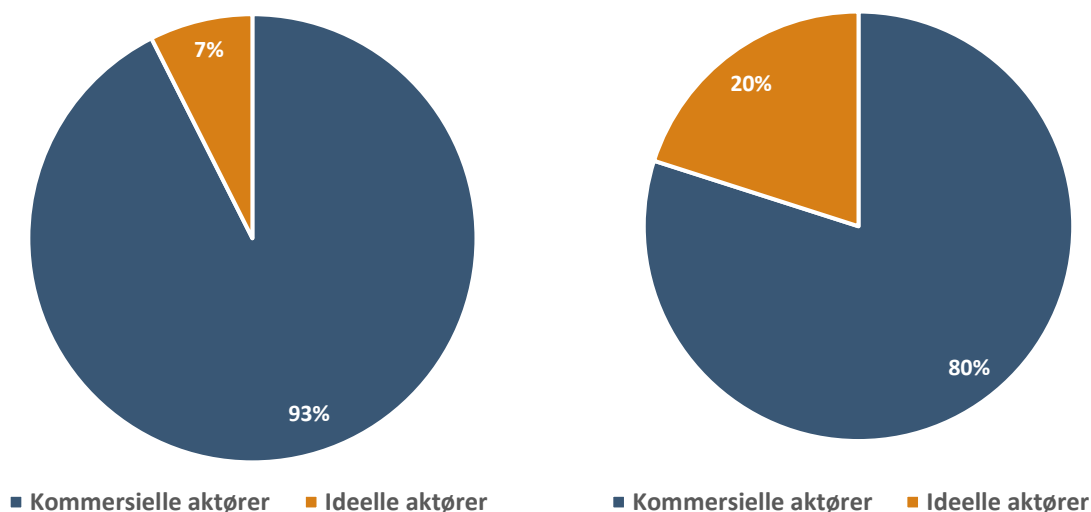


SSBs sentralitetsindeks gir et uttrykk for hvor lange reiseveier det er innad i en kommune. Det beregnes en indeksverdi for alle landets kommuner, noe som gjør at man kan uttrykke relative forskjeller mellom kommuner.

I beregningen av indeksverdien for en kommune kalkuleres antallet arbeidsplasser og antallet service-funksjoner innbyggerne i kommunen kan nå innen 90 minutter med bil. Indeksen er dermed et uttrykk for hvor spredt bosetningen er i kommunen.

Landets mest sentrale kommune er Oslo, med en indeksverdi på 1000. Utsira har lavest indeksverdi, med 295.

Figur 5-4: Norske kommuners utgifter til kjøp av helse- og omsorgstjenester fra private aktører i årene fra 2017 til 2019, fordelt mellom kommersielle og ideelle aktører. Venstre: Lite sentrale kommuner (sentralitetsklasse 5 og 6). Høyre: Sentrale og mellom-sentrale kommuner (sentralitetsklasse 1-4). Kilder: Leverandørdatabasen, SSB og Menon



Samlet for perioden 2017-2019 hadde kommunene utgifter til helse- og omsorgstjenester til private leverandører på om lag 25,4 milliarder kroner. 4,9 milliarder av dette var utgifter til ideelle aktører. Av disse 4,9 milliardene var 97 prosent (4,8 milliarder) utgifter fra kommuner som av SSB klassifiseres som sentrale eller mellom-sentrale kommuner. Dette betyr at landets *lite* sentrale kommuner, som representerer nesten 60 prosent av alle kommunene, i svært liten grad kjøper helse- og omsorgstjenester fra ideelle aktører.⁴¹

⁴⁰ Se tekstboks for nærmere forklaring

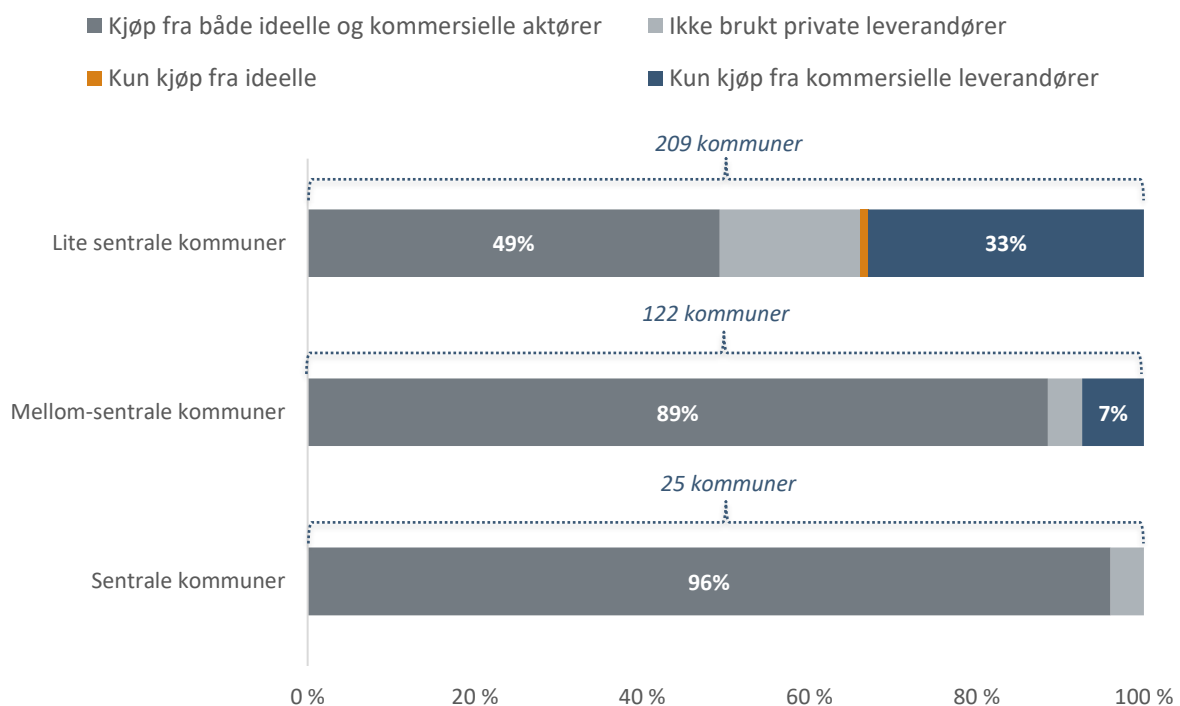
⁴¹ Merk igjen at tallene vi her omtaler kun inkluderer tall for de helse- og omsorgstjenestene som diskuteres i denne rapporten. Se første del av rapporten for nærmere forklaring av disse bransjene og dets avgrensninger.

De minst sentrale kommunene er mest avhengige av kommersielle aktører

Vi har sett at kommersielle aktører de siste årene har hatt en dominerende posisjon som leverandører av helse- og omsorgstjenester til norske kommuner. De kommersielle leverandørenes markedsandeler, målt i både omsetning og i antall leverandører er også større dess mindre sentrale kommunene blir. Dette betyr igjen at de ideelle aktørenes virksomhet er konsentrert inn mot storbyer.

En alternativ måte å illustrere dette funnet på er gjennom å beregne andelen kommuner, i ulike *sentralitetsklasser*, som utelukkende har kjøpt helse- og omsorgstjenester fra kommersielle aktører. Dette er illustrert nedenfor, hvor vi ser hvordan kommuner med ulik sentralitet har benyttet seg av private leverandører av helse- og omsorgstjenester i perioden fra 2017 til 2019.

Figur 5-5: Andelen kommuner i ulike sentralitetsklasser sine tilpasninger i bruken av private leverandører av helse- og omsorgstjenester. Data fra 2017-2019 samlet. Kilder: Leverandør databasen, SSB og Menon



Figur 5-5 viser at majoriteten av norske kommuner kjøper helse- og omsorgstjenester fra private aktører. Vi ser imidlertid at andelen kommuner som *ikke* benytter private leverandører er klart høyere blant de minst sentrale kommunene, enn blant de mer sentrale kommunene. En sannsynlig årsak til dette er at aktørmangfoldet i denne kategorien av kommuner er lavt – det er få eller ingen private helse- og omsorgsaktører lokalisert i eller i nærheten av disse kommunene. Dette medfører at kommunene må organisere og drifte alle lovpålagte helse- og omsorgstjenester i egen regi.

Vi ser også at andelen kommuner som kjøper tjenester fra markedet, men som kun kjøper tjenester av kommersielle aktører er langt høyere blant de lite sentrale kommunene – hele 33 prosent. Det er til sammenligning ingen kommuner blant landets 25 mest sentrale kommuner som har innordnet seg slik. Årsaken til dette kan igjen trolig knyttes til at de ideelle aktørene i Norge i langt større grad enn de kommersielle er lokalisert i storbyene. De mindre sentrale kommunene har dermed i mindre grad en *mulighet* til å velge å kjøpe

tjenester av ideelle aktører (ref. muligheten for å reservere anbudskontrakter for ideelle organisasjoner diskutert tidligere i rapporten).

De to eneste kommunene i Norge som kun har benyttet ideelle aktører av helse- og omsorgstjenester finner vi også i kategorien av kommuner med lavest sentralitet. Dette kan selvsagt være et politisk valg, men mer sannsynlig er det den samme årsaken som at kommuner kun har benyttet seg av kommersielle aktører. Disse markedene er små og aktørmangfoldet dermed lite. Når disse kommunene har valgt å konkurranseutsette tjenester er det i disse tilfellene ideelle aktører som har levert de eneste og/eller beste tilbudene i anbudskonkurransene.

Funnene i dette kapittelet viser at de konkurransemessige konsekvensene av en utfasing av kommersielle aktører vil være betydelig større i mindre sentrale områder i Norge, enn i storbyene. De type helse- og omsorgstjenester vi ser på i denne rapporten er i hovedsak tjenester som kommunene er ansvarlige for (spesialiserte helsetjenester omtales særskilt i det videre). Dette er tjenester som i stor grad må leveres i nærheten av brukernes hjem. Markedet for denne typen tjenester er også tett knyttet til antallet innbyggere innenfor et geografisk område. Dette fordi det ikke kan være for store avstander mellom kompetanse/institusjon og brukere.

5.2.2. Særskilt om spesialisert behandling

Ansvar for de fleste helse- og omsorgstjenestene vi fokuserer på i denne rapporten ligger hos kommunene. Et unntak fra dette er undergruppen «spesialisert behandling»⁴². Her er majoriteten av konkurranseutsatte tjenester anskaffet av den offentlige spesialisthelsetjenesten. Dette henger sammen med en forankret ansvarsfordeling mellom kommune og stat, hvor spesialisert behandling som hovedregel havner inn under spesialisthelsetjenestens ansvar.

Spesialiserte behandlingstjenester er gjennomgående mer tekniske og mindre omsorgsorientert, sammenlignet med rehabiliteringstjenester og de andre helse- og omsorgstjenester vi omtaler i denne rapporten. En betydelig andel av avtalene helseforetakene har med private leverandører er innenfor behandlingstyper som plastikk- og karkirurgi. Utredninger knyttet til øre-nese-hals, optometri, ortopedi og søvnapne er også noen av de vanligste type tjenestene helseforetakene konkurranseutsetter til private leverandører. I tillegg kjøper spesialisthelsetjenesten en rekke laboratorie- og radiologitjenester, herunder analyser av celleprøver og bildediagnostikk. Rammeavtalene inneholder omfattende kravspesifikasjoner knyttet til både kompetanse, bemanning, planlegging og gjennomføring.⁴³

Forskningen på dette området, innen kontraktsteori og empiriske undersøkelser av effekten av konkurranseutsetting, antyder at denne typen tjeneste er godt egnet for å konkurranseutsettes. Dette fordi kvalitetskrav og beskrivelse av tjenestens omfang forholdsvis enkelt kan spesifiseres i en anbudskonkurranse, samt at kvaliteten på tjenestene som leveres (etter avtaleinngåelse) forholdsvis enkelt kan kontrolleres og etterprøves. I tillegg vil konkurranseutsetting kunne bidra til en mer kostnadseffektiv drift dersom etterspørselen er uforutsigbar. Helseforetaket som kjøper tjenestene av markedet, kan redusere sin stående behandlingsskapasitet innen dette behandlingsområdet.

⁴² Når vi omtaler «spesialisert behandling» refererer vi til et undersegment av virksomhetene som er kategorisert i gruppen «Rehabilitering og spesialisert behandling».

⁴³ For en detaljert omtale av de ulike rammeavtalene de ulike helseforetakene har, se blant annet - <https://www.helse-sorost.no/helsefaglig/samarbeid/avtaler-med-private#somatiske-spesialisthelsetjenester>, <https://helse-nord.no/behandlingssteder/private-avtalespesialister>, <https://helse-vest.no/behandlingssteder/avtaler-med-private>,

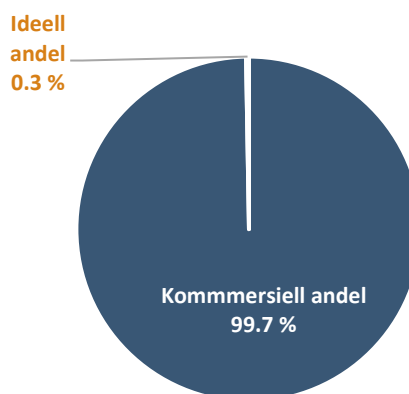
En annen viktig dimensjon er at en rekke av de private leverandørene innenfor spesialisert behandling opererer i et privat-privat marked, i tillegg til å levere tjenester til den offentlige spesialisthelsetjenesten. Ved å utføre samme type behandlinger i to markeder parallelt, oppnår man et høyere pasientvolum. Dette bidrar til en økt kostnadseffektivitet og potensielt økt kvalitet på hver enkelt behandling. Dette argumentet underbygges av empiri. FHI har for eksempel konkludert med at det finnes en sammenheng mellom økt pasientvolum og bedre kvalitet på karkirurgi.⁴⁴ På samme måte kan bruken av private leverandører innen dette området ha «overrislingseffekter» på de offentlige aktørene som kjøper tjenestene.

Plastikkirurgi – et eksempel på et område hvor man har offentlige rammeavtaler og et privat-privat tilbud

Aleris, avdeling Frogner, hadde gjennom året 2020 en rammeavtale med Helse-Sør-Øst som blant annet gikk ut på at de skulle gjennomføre et stort volum av rekonstruktiv kirurgi. Samtidig tilbyr Aleris sammenlignbar kosmetisk kirurgi til privatbetalende personer – behandlinger som ikke nødvendigvis dekkes av det offentlige.

**Kilde: Ytelsesavtale mellom Helse Sør-Øst og Aleris Helse AS, 2020*

Figur 5-6: Årlig gjennomsnittlig andel av kommersielle og ideelle virksomheter innen spesialiserte behandlingstjenester, i omsetning, for perioden 2010-2019. Kilde: Menon



Som det fremkommer av Figur 5-6 dominerer kommersielle aktører fullstendig blant de private aktørene i dette markedet og andelen har vært stabil de siste årene. Innføring av et forbud mot å benytte kommersielle aktører vil dermed innebære at et stort antall leverandører til spesialisthelsetjenesten, i deres kjøp av tjenester der de selv ikke har kapasitet, utelukkes.

5.3. Konsekvenser av en utfasing av private kommersielle aktører i helse- og omsorgssektoren

5.3.1. Sentrale premisser/antagelser for analysen

Hva som blir konsekvensene av en utfasing av kommersielle aktører fra å utøve offentlige velferdstjenester er betinget av tre sentrale faktorer. For det første, hvorvidt dagens nivå på konkurranseutsetting i velferdssektoren er effektivt. For det andre, hvordan et slikt tiltak innrettes fra politisk hold. Og for det tredje, hvordan markedsaktørene, både kommersielle og ideelle aktører, vil tilpasse seg ved innføring av tiltak som begrenser muligheten til å hente ut utbytte fra tjenestedriften.

Dagens nivå og omfang av konkurranseutsetting av offentlig finansierte velferdstjenester

I den store sammenheng er andelen av helse- og omsorgstjenester i Norge som utføres av private aktører, på oppdrag fra offentlig sektor liten. Helse- og omsorgssektorens størrelse og betydning for myndighetenes samlede

⁴⁴ FHI (2017), «Pasientvolum og kvalitet i karkirurgi – en systematisk oversikt»

utgifter, medfører likevel at det samlede kronebeløpet som anvendes på denne måten, er betydelig. Som diskutert tidligere i rapporten er det liten tvil om at konkurranseutsetting av i hvert fall noen typer helse- og omsorgstjenester bidrar til økt kostnadseffektivitet. Hvilket nivå, som andel av samlet ressursbruk på området, som gir en «optimal» miks av bruken av markedet og produksjon i offentlig egenregi er utenfor rammene av dette prosjektet. Ettersom en mulig konsekvens av å fase ut kommersielle aktører fra offentlig finansierte velferdstjenester er at flere tjenester gjennomføres i egenregi, må vi imidlertid legge noen premisser til grunn i den videre analysen.

Vi legger til grunn at dagens omfang av konkurranseutsetting av offentlig finansierte velferdstjenester i hovedsak er hensiktsmessig. Sagt på en annen måte antar at vi at norske kommuner, etater og helseforetak har foretatt gjennomtenkte valg av hvilke typer tjenester de bør konkurranseutsette, og hvilke som bør gjennomføres i egenregi. Dette betyr at det ikke kan forventes noen vesentlige *positive kostnadseffektivitetseffekter* av at offentlig sektor tar over driften av tjenester som i dag utføres av private aktører, på oppdrag fra offentlig sektor.

Innrettingen av et «profittforbud» innen helse- og omsorgstjenester

I den videre analysen legger vi til grunn at et eventuelt tiltak vil tilsvare dagens regulering av private skoler. Dette innebærer at det innføres et forbud mot å ta ut utbytte eller på annen måte overføre finansielle overskudd til eiere eller nærstående.⁴⁵ Vi legger videre til grunn at dette forbudet ikke er gjeldende for allerede inngåtte avtaler med kommersielle aktører. Profittforbudet vil dermed være gjeldende i alle nye anbudskonkurranser som gjennomføres etter innføringen av reguleringen. Én viktig dimensjon her er at flere private velferdsbedrifter ikke *utelukkende* har inntekter fra offentlige oppdrag. Dette gjelder særlig for en del aktører innen rehabilitering og spesialisert behandling samt psykisk helse og rusavhengighet. Vi legger til grunn en «streng» utforming av et profittforbud, som innebærer at så lenge en bedrift leverer velferdstjenester på oppdrag fra en offentlig institusjon, så er profittforbudet gjeldende for *hele* virksomheten.

Markedsaktørenes tilpasning

Ved et profittforbud vil dagens kommersielle aktører måtte endre sin markedstilpasning. På et overordnet nivå ser vi fire tilpasningsmuligheter:

1. Videreføre driften som i dag, men innordne seg profittforbudet ved å endres til en «ideell» aktør
2. Legge om driften til å kun tilby tjenester til et privat marked (personer og bedrifter), og dermed fortsette som en kommersiell aktør (kun realistisk innenfor enkelte bransjer)
3. Selge virksomheten til en ideell aktør⁴⁶
4. Legge ned virksomheten

Hvilke tilpasninger som velges av dagens private kommersielle aktører er selvsagt uvisst. Det fremstår like fullt som sannsynlig at det vil være store variasjoner mellom ulike bransjer. Særlig omfanget av å legge om driften til å kun betjene privatmarkedet vil variere. Man kan for eksempel vanskelig se for seg en slik tilpasning innenfor barnevernsområdet, mens dette kan bli mer utbredt innen spesialisert behandling, institusjoner innen psykisk helse og rusklinikker samt bo- og omsorgshjem.

Også aktører som i dag er ideelle vil påvirkes av å innføre profittforbud. For disse aktørene vil markedssituasjonen bedres betraktelig på kort sikt, særlig innen tjenesteområder som i dag domineres av kommersielle aktører og

⁴⁵ Se Lov om frittstående skolar (friskolelova), § 6-3

⁴⁶ Lovisenberg har f.eks. kjøpt sykehjemsdriften til både Attendo og Unicare i Oslo de siste årene.

hvor man ikke kan forvente at dagens kommersielle aktører tilpasser seg til å bli ideelle på kort sikt. Man må imidlertid regne med at det vil ta tid for ideell sektor å erstatte det tjenestetilbudet som bortfaller ved et forbud mot bruk av kommersielle aktører i helse- og omsorgssektoren. Det er to årsaker til dette. For det første må de ideelle aktørene tiltrekke seg riktig kompetanse, for å kunne skalere opp virksomhetene der de allerede er lokalisert. For det andre krever en utvidelse av geografisk tilstedeværelse økt organisatorisk kompleksitet, samt tilgang til både bygninger og kompetanse i deler av landet hvor virksomhetene ikke er til stede i dag. Disse prosessene vil ta tid.

Samlet sett er det sterk grunn til å forvente at innføringen av et profittforbud innenfor velferdssektoren vil føre til at antallet tilbydere i anbudskonkurranser om utføring av offentlig finansierte anbudskonkurranser vil falle på kort sikt. Over tid legger vi til grunn at ideelle aktører oppskalere sin virksomhet, enten organisk eller gjennom oppkjøp av kommersielle, og at nyetableringer bidrar til vekst i tilbudet. Hvor lang tid dette vil ta er vanskelig å anslå, men det vil trolig ta mange år før tilbudet vil være tilbake på dagens nivå.

Oppsummert legger vi til grunn følgende premisser ved en utfasing av kommersielle aktører

- Dagens omfang av konkurranseutsetting av offentlig finansierte velferdstjenester er på et hensiktsmessig nivå, hva angår kostnadseffektivitet.
- Så lenge en bedrift leverer velferdstjenester på oppdrag fra en offentlig institusjon er profittforbudet gjeldende for *hele* virksomheten.
- Antall tilbydere i anbudskonkurranser vil reduseres på kort sikt, ved innføring av tiltak som gjør det umulig for kommersielle aktører å delta i anbudskonkurranser om å yte offentlige helse- og omsorgstjenester.

5.3.2. Effekter av et profittforbud for leverandører av helse- og omsorgstjenester til kommuner og helseforetak

En reduksjon i antall mulige leverandører i anbudskonkurranser kan ha konkurransemessige konsekvenser. Jo færre tilbydere som deltar i en anbudskonkurranse, desto mindre sannsynlig er det at utsteder av anbudet får maksimert sin andel av det samfunnsøkonomiske overskuddet som en slik avtale innebærer (i dette tilfelle, etterspørseloverskuddet). Dette fordi en reduksjon i antall tilbydere reduserer sjansen for at det leveres et tilbud som tilsvarer det lavest mulige prisnivået (gitt et konstant kvalitetsnivå) som markedet *potensielt* kan levere. Selv om det vil være variasjoner mellom bransjer og regioner i Norge, må vi forvente at prisen den offentlige helsesektoren må betale når de kjøper tjenester fra private leverandører, i gjennomsnitt vil øke på kort sikt som en konsekvens av at kommersielle aktører fases ut av markedet.

Konsekvenser i den kommunale helse- og omsorgssektoren

Kartlegging av norske kommuners kjøp av helse- og omsorgstjenester i kapittel 5.2.1 antyder at negative konkurranseeffekter vil være særlig store innen enkelte tjenestetyper i kommunehelsetjenesten, og også især i lite sentrale kommuner. Den gjennomsnittlige kommune har de siste årene brukt et lite antall leverandører, og mer enn 20 prosent av kommunene har kun benyttet seg av kommersielle aktører (med andre ord ingen ideelle aktører, ref. Figur 5-5).

En viktig årsak til det lave antallet leverandører, både ideelle og kommersielle, i distriktskommuner er at forutsetningene for å utnytte stordriftsfordeler er svakere enn i sentrale strøk. Tjenestene det her er snakk om må leveres i nærheten av brukerens hjem, for eksempel hjemmebaserte omsorgstjenester og omsorgshjem. Omfanget av tilbydere i markedet for denne typen tjenester er naturligvis knyttet til antallet innbyggere innenfor

et geografisk område, og betinget av reisetid for både brukere og tjenesteytere. Dette, sammen med at etterspørselen etter denne typen tjenester er lavere i områder med lav befolkning, gjør at antallet aktører med tilstedeværelse i kommunen er lavt. Når det er sagt vet vi imidlertid at flere store private kommersielle aktører har tilstedeværelse også i små og grågrendte kommuner. En grunn til dette kan være at store kommersielle aktører i for eksempel omsorgsbransjen, med tilstedeværelse i mange regioner, er i stand til å utnytte stordriftsfordeler blant annet i innkjøp og logistikk. Dette kommer også innkjøperne av disse tjenestene til gode, gjennom lavere tilbudt pris.

I landets små kommuner er konkurransesituasjonen særlig sårbar. Ettersom vi finner at ideelle aktører er mer sentralisert og har mindre tilstedeværelse i lite sentrale strøk, vil også konsekvensene av å fase ut kommersielle aktører bli vesentlig høyere i den majoriteten av norske kommuner som er lite sentrale.

Et alternativ til å bruke markedet er naturligvis å utføre helse- og omsorgstjenestene i egenregi. Men vi må legge til grunn at også de 20 prosentene av norske kommuner som i perioden fra 2017 til 2019 utelukkende benyttet seg av kommersielle leverandører gjorde dette fordi det var mest kostnadseffektivt. En regulering som gjør at store deler potensielle private tilbydere av helse- og omsorgstjenester mister muligheten til å delta i kommunale anbudskonkurranser, må forventes å føre til en samlet sett mer ressurskrevende drift av helse- og omsorgstjenester enn hva dagens regelverk legger til rette for.

De tjenesteområdene som skiller seg ut ved at kommunene kjøper en særlig høy andel tjenester av kommersielle, heller enn ideelle aktører, er sykehjem og hjemmebasert omsorg og bo og omsorgstjenester. Innen disse områdene finner vi at over 85 prosent av de private aktørene som leverer tjenester på oppdrag fra kommunene, er kommersielle aktører. Vi kan dermed forvente at de kortsiktige konsekvensene på konkurransesituasjon og kapasitet blir størst på disse områdene. På den andre siden av skalaen ligger tjenester innenfor psykisk helse og rus. Her er det om lag like mange ideelle som kommersielle leverandører som leverer tjenester til norske kommuner.

Spesialisthelsetjenesten

Mesteparten av tjenestene vi ser på i denne rapporten er tjenester som er organisert gjennom kommunesektoren. Et unntak fra dette er det vi omtaler som *spesialisert behandling*, som er kategorisert i gruppen *rehabilitering og spesialisert behandling*.

Til forskjell fra tjenestene som kommunene er ansvarlige for er den geografiske dimensjonen i vurderingen av konsekvensene av en utfasing av kommersielle aktører av mindre betydning innen spesialiserte tjenester. Dette skyldes at tjenestene er de offentlige helseforetakenes ansvar og at den geografiske avstanden til pasientenes hjemsted er av marginal betydning ved tildeling av anbudskontrakter for denne typen tjenester.

Et særtrekk ved tilbudssiden i privatmarkedet for spesialiserte tjenester er den totale dominansen til kommersielle aktører. Over 99 prosent av omsetningen blant private virksomheter i denne kategorien av helsebedrifter er inntjent av kommersielle aktører, de siste ti årene. Private aktører innenfor spesialiserte tjenester, som leverer tjenester til offentlig sektor, skiller seg også ut ved at en viktig del av inntektene deres kommer fra privatbetalende pasienter, og ikke utelukkende gjennom anbudsavtaler med helseforetakene. Denne miksen av markeder bidrar trolig til å øke effektiviteten, ettersom de kan optimalisere driften mellom forutsigbar aktivitet fra helseforetakene og mer uforutsigbar aktivitet fra privatmarkedet. Segmenter hvor dette er fremtredende er for eksempel innen plastikkirurgi og ortopedisk kirurgi.

Konsekvensene av et profittforbud for leverandører til offentlig sektor vil trolig være store på kort sikt, i form av redusert tilgang til denne typen tjenester. Ettersom vi antar at et slikt forbud vil innrettes absolutt må dagens kommersielle virksomheter tilpasse seg til å bli ideelle, eller til å kun tilby tjenester til privatmarkedet. Et slikt forbud vil videre treffe så godt som alle aktører som i dag leverer tjenester til helseforetakene. Vi tror konsekvensen vil bli en betydelig reduksjon i antall tilbydere eller i verste fall fører til at markedet for visse typer tjenester forsvinner på kort sikt i helseforetakenes anbudskonkurranser. Det vil i så fall medføre økte kostnader for helseforetakene og et svekket tilbud til pasienter og brukere. Om tilbudet reduseres tilstrekkelig og/eller tilbudt pris fra markedet øker tilstrekkelig, som en konsekvens av et profittforbud, vil helseforetakene i større grad tilby behandlingene som i dag er konkurranseutsatt, kun i egenregi. Ettersom konkurranseutsetting ble valgt med dagens regler for offentlig anskaffelser av helsetjenester, er det grunn til å tro at kostnadseffektiviteten vil reduseres av denne tilpasningen. Dette i form av enten mye stående kapasitet i helseforetakene, eller at behandlingsskøene vokser betydelig for enkelte rutinemessige behandlinger. Lange ventetider har en samfunnsøkonomisk kostnad i form av helsetap. Det er også problematisk om behandlingsskøer i den offentlige spesialisthelsetjenesten i første rekke treffer lite ressurssterke individer fordi ressurssterke personer velger å betale for ortopediske og rekonstruktive operasjoner av egen lomme i privatmarkedet.

Reguleringer i sammenheng – forbud mot bruk av innleie

I en vurdering av effektene av å innføre nye lover og reguleringer er det viktig å se ulike reguleringer i sammenheng. Når det gjelder mulige tiltak for å fase ut kommersielle aktører fra den offentlige helse- og omsorgstjenesten mener vi slike tiltak også må vurderes i lys av den pågående diskusjonen om å forby bruk av innleid arbeidskraft. Dette fordi vi anser det som sannsynlig at en utfasing av kommersielle aktører i helse- og omsorgssektoren vil føre til en økt produksjon i egenregi, i offentlig sektor. En viktig årsak til at de aktuelle tjenestene er konkurranseutsatt i dag er at tjenestebehovet ofte varierer over tid og er uforutsigbart. Denne uforutsigbarheten løser private aktører mer effektivt enn en offentlig institusjon. I kommunehelsetjenesten gjennom å benytte arbeidskraftsressurser på tvers av kommunale og regionale grenser, og i spesialisthelsetjenesten gjennom å levere tjenester til både offentlige helseforetak og privatbetalende individer.

Ved en utfasing av kommersielle aktører i helse- og omsorgssektoren vil kommuner og helseforetak (i hvert fall på kort sikt) trolig måtte utføre en del av tjenestene som i dag er konkurranseutsatt, i egenregi. Uforutsigbarheten i behovet for disse tjenestene må dermed løses av egne ansatte og ved bruk av innleid personell i perioder med høy etterspørsel. Dersom det også innføres strengere regler for bruk av innleid personell øker kostnadene for helseforetak og kommuner betydelig. Da må institusjonene være permanent bemannet med tilstrekkelig kapasitet til å levere tjenester i perioder med høy etterspørsel. Dette vil være svært lite effektivt og langt mer ressurskrevende enn dagens situasjon hvor privatmarkedet innenfor mange tjenesteområder representerer den varierende kapasiteten som er nødvendig for å at kommuner og helseforetak kan levere et forutsigbart og kostnadseffektivt helse- og omsorgstilbud.

Vedlegg 1: Nærmere om definisjon og avgrensing av bransjer i helse- og omsorgsnæringen

Rehabilitering og spesialisert behandling

I rapporten *Helsenæringens verdi 2018* er en av de klassifiserte og gjennomgåtte bedriftspopulasjonene Spesialisthelsetjeneste og rehabilitering. Denne populasjonen er lagt til grunn for populasjonen av bedrifter innen Rehabilitering og spesialisert behandling i denne rapporten.

Med *spesialisert behandling* menes her all somatisk behandling som typisk ytes av sykehus samt spesialiserte legetjenester (allmennlegetjenester, herunder fastlegetjenester, er dermed ikke inkludert). Typiske tjenester innenfor *rehabilitering*, slik det her er definert, er oppfølging og opptrening i etterkant av somatisk behandling ved sykehus eller hos spesialister. For virksomheter innenfor rehabilitering og spesialisert behandling er de regionale helseforetakene en sentral oppdragsgiver.

NACE-koder

- 86.101 – Alminnelige somatisk sykehus
- 86.102 – Somatiske spesialsykehus
- 86.103 – Andre somatiske spesialinstitusjoner
- 86.107 – Rehabilitering- og opptreningsinstitusjoner
- 86.221 – Spesialisert legetjeneste, unntatt psykiatrisk legetjeneste

Barnevern

Private foretak innenfor *barnevern* leverer institusjonsplasser innen barne- og ungdomsvern, herunder enetiltak, fosterhjem og familiehjem. Kommunene er den sentrale oppdragsgiveren for denne typen virksomheter, selv om Bufdir bistår og er bestiller av en rekke typer institusjonstjenester.

NACE-koder

- 87.901 – Institusjoner innen barne- og ungdomsvern
- 88.991 – Barnevernstjenester

Psykisk helse og avhengighet

Foretakene som er kategorisert innunder *psykisk helse og avhengighet* leverer i hovedsak spesialiserte tjenester innen psykisk helse og rusavhengighet. Bransjen inkluderer både legetjenester innen psykisk helse og poliklinikkjenester innen psykisk helsevern, samt institusjonsplasser og -behandling. Tjenestene finansieres i hovedsak gjennom avtaler med de regionale helseforetakene.

NACE-koder

- 86.104 – Institusjoner i psykisk helsevern for voksne
 - o *Voksenpsykiatrisk behandling*
- 86.106 – Rusmiddelinstusjoner
- 86.222 – Legetjenester innen psykisk helsevern
- 86.223 – Poliklinikker i psykisk helsevern for voksne

- 86.224 – Poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge
- 86.225 – Rusmiddelpoliklinikker
- 87.202 – Omsorgsinstitusjoner for rusmiddelbrukere

Sykehjem og hjemmebasert omsorg, herunder BPA

I denne bransjen kategoriseres leverandører av både tradisjonelle omsorgsinstitusjoner (aldershjem, somatiske sykehjem, bofellesskap for pleietrengende i hele eller deler av døgnet samt barneboliger) og omsorgstjenester i hjemmet. Sistnevnte inkluderer brukerstyrt personlig assistanse (BPA), hjemmesykepleie, hjemmehjelp. Private foretak leverer i all hovedsak denne typen tjenester på oppdrag for kommunene.

Bo og omsorg

Innunder denne kategorien finnes omsorgstjenester rettet mot særlig ressurskrevende brukere – for eksempel yngre psykisk utviklingshemmede. Disse tjenestene skiller seg fra sykehjem ved at de ikke primært er rettet mot eldre brukere, og fra bransjen *psykisk helse og avhengighet* ved at tilbudet i liten grad er rettet mot behandling, men mot omsorg. Typiske tjenester er psykiatriske sykehjem, avlastningsboliger/-institusjoner samt institusjoner i psykisk helsevern rettet spesifikt mot barn og unge.

NACE-koder

- 86.105 – Institusjoner i psykisk helsevern for barn og unge
 - o *Psykisk helsevern for barn og unge*
- 87.101 Somatiske spesialsykehjem
- 87.201 – Psykiatriske sykehjem
- 87.203 – Bofellesskap for psykisk utviklingshemmede
- 87.304 – Avlastningsboliger/-institusjoner
- 88.102 – Dagsentra/aktivitetssentra for eldre og funksjonshemmede



Menon Economics analyserer økonomiske problemstillinger og gir råd til bedrifter, organisasjoner og myndigheter.

Vi er et medarbeidereiet konsultentselskap som opererer i grenseflatene mellom økonomi, politikk og marked.

Menon kombinerer samfunns- og bedriftsøkonomisk kompetanse innenfor fagfelt som samfunnsøkonomisk lønnsomhet, verdsetting, nærings- og konkurranseøkonomi, strategi, finans og organisasjonsdesign. Vi benytter forskningsbaserte metoder i våre analyser og jobber tett med ledende akademiske miljøer innenfor de fleste fagfelt. Alle offentlige rapporter fra Menon er tilgjengelige på vår hjemmeside www.menon.no.