

Potensial for samfunnsøkonomiske gevinster innenfor hjemmetjenester

Utarbeidet for Virke
26. mai 2017

oslo**economics**

Om Oslo Economics

Oslo Economics utreder økonomiske problemstillinger og gir råd til bedrifter, myndigheter og organisasjoner. Våre analyser kan være et beslutningsgrunnlag for myndighetene, et informasjonsgrunnlag i rettslige prosesser, eller et grunnlag for interesseorganisasjoner som ønsker å påvirke sine rammebetingelser. Vi forstår problemstillingene som oppstår i skjæringspunktet mellom marked og politikk.

Oslo Economics er et samfunnsøkonomisk rådgivningsmiljø med erfarne konsulenter med bakgrunn fra offentlig forvaltning og ulike forsknings- og analysemiljøer. Vi tilbyr innsikt og analyse basert på bransjeerfaring, sterk fagkompetanse og et omfattende nettverk av samarbeidspartnere.

Samfunnsøkonomisk utredning

Oslo Economics tilbyr samfunnsøkonomisk utredning for departementer, direktorater, helseforetak og andre virksomheter. Vi har kompetanse på samfunnsøkonomiske analyser i henhold til Finansdepartementets rundskriv og veiledere.

Fra samfunnsøkonomiske og andre økonomiske analyser har vi bred erfaring med å identifisere og vurdere virkninger av ulike tiltak. Vi prissetter nyttevirkninger og kostnader, eller vurderer virkninger kvalitativt dersom prissetting ikke lar seg gjøre.

Potensial for samfunnsøkonomiske gevinster innenfor hjemmetjenester /2017-19
© Oslo Economics, 26. mai 2017
Kontaktperson:
Rolf Sverre Asp / Partner/Daglig leder
rsa@osloeconomics.no, Tel. +47 99 62 88 12

Innhold

Sammendrag og konklusjoner 4

1. Innledning 5

2. Hjemmetjenester i kommunene 6

2.1 Mottakere av hjemmetjenester 6

2.2 Markedssegmenter - kostnader til ulike hjemmetjenester 7

2.3 Mottakere av helsetjenester i hjemmet 7

2.4 Mottakere av praktisk bistand 8

2.5 Mottakere av brukerstyrt personlig assistanse 8

3. Kommunenes samarbeid med private aktører innen hjemmetjenester 9

3.1 Oppsummering 11

4. Samfunnsøkonomisk verdi av private aktører innen hjemmetjenester 12

4.1 Ligger det til rette for samfunnsøkonomiske gevinster innenfor hjemmetjenester? 12

4.2 Hvilke typer gevinster kan man oppnå ved bruk av private leverandører av hjemmetjenester? 14

4.3 Hindringer for å ta ut potensialet for samfunnsøkonomiske gevinster 15

4.4 Potensialet for samfunnsøkonomiske gevinster 16

4.5 Oppsummering 17

5. Fremtidig behov for hjemmetjenester og potensial for gevinster ved bruk av private aktører 19

6. Oppsummering 21

7. Referanser 22

Vedlegg 1: Betingelser for samfunnsøkonomiske gevinster ved bruk av private aktører 23

Vedlegg 2: Kommuner, andel private og endring fra 2012 25

Sammendrag og konklusjoner

Hjemmetjenesten er en stor del av omsorgstjenesten i norske kommuner og omfatter i hovedsak helsetjenester i hjemmet og praktisk bistand, herunder brukerstyrt personlig assistanse (BPA). Omtrent 53 milliarder kroner i året går til hjemmetjenester, dette er i underkant av halvparten av de kommunale brutto driftsutgiftene til pleie- og omsorgssektoren.

Hjemmetjenester er et voksende pleie- og omsorgsområde. Om lag 200 000 personer mottar hjemmetjenester i Norge i dag. Etterspørselen og behovet for tjenester som forlenger personers muligheter for å bo i egen bopel vokser og vil fortsette å vokse i årene som kommer.

Kommunale innkjøp fra private aktører innen helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende var i underkant av 4,5 milliarder kroner i 2016. Ser man hjemmetjenestene under ett utgjør privat tjenesteproduksjon av hjemmetjenester bare 8,4 prosent av de totale utgiftene til tjenesteområdet.

I Norge har det vært en økning av private tjenesteleverandører innen hjemmetjenesten de siste årene. Andelen av private aktører har økt fra 6 prosent til 8,4 prosent mellom 2012 og 2016, dette er en økning fra 2,6 milliarder kroner til i underkant av 4,5 milliarder kroner. Vi ser likevel at utvikling har gått i motsatt retning i en rekke kommuner der private aktører har mistet fotfeste.

Potensialet for økt bruk av private aktører innen hjemmetjenester er stort, men den samfunnsøkonomiske gevinsten avhenger av at hindringer bygges ned. Hjemmetjenester vil beslaglegge en økende andel av de samlede ressursene i fremtiden og øker allerede i dag. Dette kan tale for at det er et særlig behov for innovasjon og alternative drifts- og tjenestemodeller, og dermed at det er spesielt viktig å ha gode vilkår og legge til rette for at private aktører kan bidra. Allerede i dag er det et stort tilfang av aktører som kan tilby hjemmetjenester innen praktisk bistand, BPA og/eller helsetjenester i hjemmet.

En hindring for å realisere samfunnsøkonomiske gevinster ved bruk av private aktører kan være at kommunene ikke er tilstrekkelig grad vurderer kvalitet ved valg av leverandører, og legger for stor vekt på pris. På lengre sikt kan en uforholdsmessig vekting av pris føre til seleksjon av useriøse aktører og til mindre innovasjon ved at innovative tjenestetilbud som har potensial for å frembringe mer kvalitet per krone ikke vinner frem i kommunale anbudskonkurranser. For at man skal kunne realisere positive samfunnseffekter kreves det effektive anskaffelsesstrategier og kontrakts-oppfølging med et langsiktig perspektiv.

Pleie- og omsorgstjenester er et av de største samfunnsområdene i Norge med en kostnad på over 100 milliarder kroner i året, og halvparten av dette er hjemmetjenester. Den potensielle samfunnsøkonomiske verdien av endringer er derfor stor, og en god miks av offentlige, ideelle og kommersielle aktører er viktig for å ta ut potensialet.

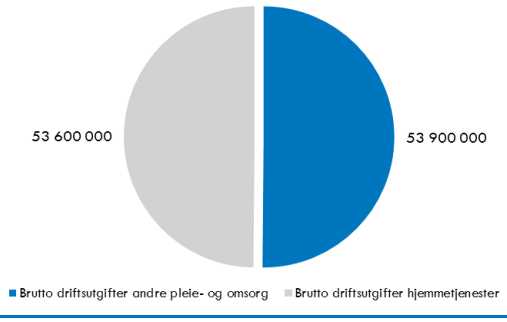
1. Innledning

Hjemmetjenesten er en stor del av omsorgstjenesten i norske kommuner og omfatter i hovedsak helsetjenester i hjemmet og praktisk bistand. Sammenlignet med det kommunale institusjonstilbudet innen helse- og omsorg, som er nokså ensartet og primært rettet mot eldre eller personer med et spesielt stort bistandsbehov, er hjemmetjenesten et mangfoldig område (Mørk, 2015).

Hjemmetjenester ytes primært til personer som bor i egen bolig eller kommunalboliger. Hjemmetjenester ytes også til beboere i såkalte boligbaser. Dette er områder med beboere i private eller kommunalt disponerte boliger i et nærområde. Dette kan for eksempel være praktisk bistand til beboere i boliger eller boligområder som er tilrettelagt for personer med funksjonsnedsettelser eller eldre (Abrahamsen, 2016).

I Figur 1-1 ser vi at omtrent halvparten av de kommunale brutto driftsutgiftene til pleie- og omsorg går til hjemmetjenestene.

Figur 1-1: Kostnader til pleie- og omsorgstjenester til hjemmeboende, fordeling av de totale kostnadene innenfor pleie og omsorg



Kilde: SSB tabell 04686

Denne rapporten omhandler helsetjenester i hjemmet og praktisk bistand, herunder brukerstyrt personlig assistanse (BPA). Til tross for at hjemmetjenesten er en stor og ressurskrevende samfunnsoppgave er det nokså lite forskningsbasert kunnskap om dette tjenesteområdet. Både på grunn av mangfoldet i hjemmetjenester og manglende kunnskap om hjemmetjenester, er det en utfordring å presist klassifisere oppgaver som inngår i hjemmetjenester. Her følger vi i stor grad inndelingen og beskrivelsene i SSBs rapport «Hjemmetjenestens målgrupper og rapporteringer» (Abrahamsen, 2016), samt informasjon vi har mottatt fra Virke og i intervjuer med private tilbydere av hjemmetjenester.

Helsetjenester i hjemmet ble tidligere omtalt som «hjemmesykepleie», men tjenesteområdet inkluderer også avlastning utenfor institusjon, omsorgslønn og rehabilitering utenfor institusjon. Helsetjenester i hjemmet er likevel primært medisinsk basert pleie, eksempelvis medisinering, stell av sår og hjelp til daglig personlig hygiene. I tillegg til medisinsk bistand inngår helsetjenester til personer med psykiske lidelser eller rusproblemer. For å være en leverandør av helsetjenester i hjemmet må ansatte normalt ha fagkunnskap om medisinsk basert pleie og omsorg.

Praktisk bistand ble tidligere omtalt som «hjemmehjelp» og består av tre typer tjenester. Disse er: i) daglige gjøremål, ii) opplæring i daglige gjøremål og iii) brukerstyrt personlig assistanse (BPA). Innen daglig gjøremål utføres tjenester til hjemmeboende knyttet til egenomsorg og personlig stell, samt rengjøring, vask av klær, matlaging etc. Opplæring i daglige gjøremål har det samme formålet og innebærer blant annet opplæring i husarbeid og matstell, personlig hygiene, påkledning og boveiledning. Formålet med opplæringen er å gjøre at den enkelte blir mest mulig selvstendig i dagliglivet. Praktisk bistand skiller seg fra helsetjenester i hjemmet i den forstand at oppgavene ikke krever medisinsk fagkunnskap. Leverandører av praktisk bistand har, eller kan ha, et større tjenestemarked enn rene pleie- og omsorgstjenester. Eksempelvis kan en virksomhet tilby rengjøring av bolig til privatpersoner i tillegg til å tilby rengjøring til personer som har et kommunalt fattet vedtak om praktisk bistand. Slike tjenester kan eksempelvis være vask og matlevering.

Brukerstyrt personlig assistanse (BPA) er en alternativ måte å organisere praktisk og personlig hjelp for sterkt funksjonshemmede som har behov for bistand i dagliglivet, både i og utenfor hjemmet. Innen de timerammer som kommunens vedtak om praktisk bistand angir, kan brukeren i prinsippet styre hvem han/hun vil ha som hjelper(e), hva assistenten skal gjøre, hvor og til hvilke tider hjelpen skal gis. BPA ble lovfestet som en tjeneste med virkning fra 1. mai 2000. En ytterligere rettighetsfesting med virkning fra 2015 innebærer at betydelig flere har rett til BPA. Mottakere av BPA er personer med nedsatt funksjonsevne. Mottakeren kan disponere hjelpen selv og er slik sett en «arbeidsleder». Ordningen er til formål for personer med omfattende funksjonsnedsettelser og stort behov for bistand i dagliglivet, både i og utenfor hjemmet. Målsetningen med BPA er at brukeren av ordningen skal få et aktivt og uavhengig liv. Kommunen har plikt til å ha et tilbud om BPA.

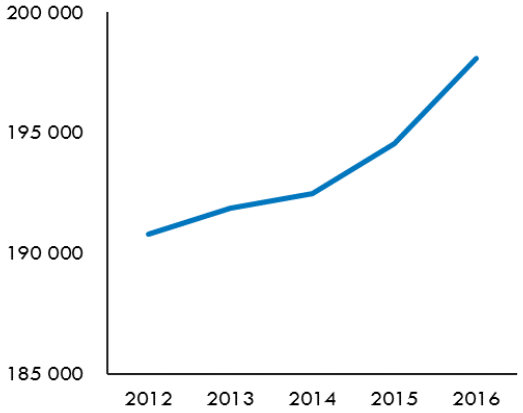
2. Hjemmetjenester i kommunene

Om lag 200 000 personer mottar hjemmetjenester i Norge i dag, og omfanget av personer med behov for hjemmebaserte tjenester vokser. I fjor mottok 82 400 personer helsetjenester i hjemmet og 37 700 mottok praktisk bistand. I tillegg er det 62 400 personer som mottar både helsetjenester og praktisk bistand i hjemmet. Man finner personer med behov for omsorgstjenester i hjemmet blant alle aldersgrupper.

2.1 Mottakere av hjemmetjenester

Antall mottakere av hjemmetjenester i Norge er voksende, og fra 2012 til 2016 har antallet vokst med omtrent det samme som befolkningsøkningen. Figur 2-1 viser utviklingen i antall mottakere av hjemmetjenester i Norge i løpet av de siste fem årene. Tallene reflekterer ikke nødvendigvis veksten i samfunnsbehovet for hjemmetjenester, siden det kan hende at en del personer som i dag har plass på et omsorgs- eller sykehjem alternativt kunne mottatt hjemmetjenester. Veksten i antall brukere av hjemmetjenester indikerer at behovet for hjemmetjenester vokser.

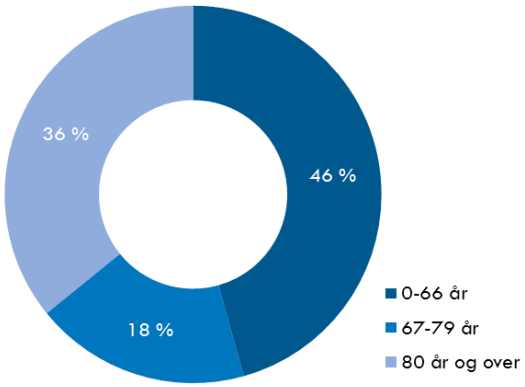
Figur 2-1: Mottakere av hjemmetjenester i alt, 2012-2016



Kilde: SSB KOSTRA tabell 4686-10.

I Figur 2-2 vises fordelingen av hjemmetjenester på aldersgrupper. Kun litt over halvparten av mottakerne av hjemmetjenester er over 67 år. Hele 44 prosent av personer som har behov for hjemmetjenester er under pensjonsalder.

Figur 2-2: Mottakere av hjemmetjenester fordelt på alder, 2016



Kilde: SSB KOSTRA tabell 4686-10. I SSB sin offentlige statistikk er aldersgruppene fordelt som i figuren med intervaller mellom i) 0-66 år, ii) 67-79 år og iii) 80 år og større.

I Tabell 2-1 vises en oversikt over brukere av helse- og omsorgstjenester i hjemmet. Personer som kun mottok helsetjenester i hjemmet utgjorde i overkant av 40 prosent av alle som mottok hjemmetjenester i 2015, tilsvarende tall for praktisk bistand er i underkant av 20 prosent.

Samtidig er det en del brukere som har behov for både helsetjenester og praktisk bistand. I tabellen viser vi hvordan dette fordeler seg i den offisielle grupperingen til SSB. Der ser vi at det var rundt 62 400 som mottok både praktisk bistand og helsetjenester i hjemmet (hjemmesykepleie).

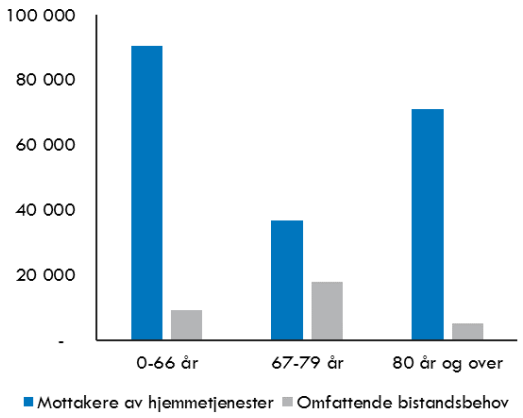
Tabell 2-1: Brukere av helse- og omsorgstjenester i hjemmet i 2015

Type hjemmetjeneste	Antall i 2015 (avrundet)
Bare praktisk bistand	37 700
Bare hjemmesykepleie	82 400
Både praktisk bistand og hjemmesykepleie	62 400
Andre tjenester til hjemmeboende	49 900

Kilde: SSB tabell 06969.

Personer som mottar hjemmetjenester har ulike behov. Det er også variasjon i omfanget av bistand et enkeltindivid trenger. I Figur 2-3 viser den ene søylen antall mottakere av hjemmetjenester i 2015, mens den høyre søylen er mottakere av hjemmetjenester med et omfattende bistandsbehov. Tallene er fordelt på de samme aldersgruppene som i figuren over. Som vi ser av figuren er flesteparten av personene med omfattende bistandsbehov under 80 år.

Figur 2-3: Mottakere av hjemmetjenester fordelt på aldersgrupper, totalt antall og antall med omfattende bistandsbehov i 2016

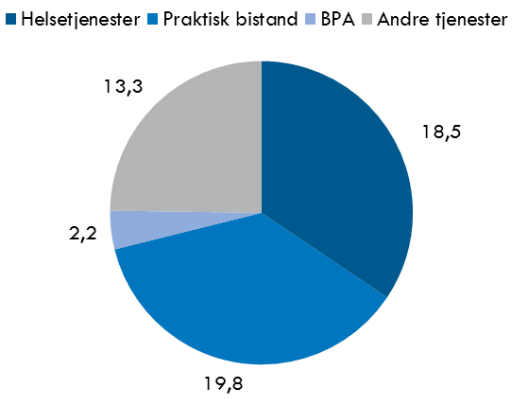


Kilde: SSB KOSTRA tabell 4686-10. At flesteparten av personene med et omfattende bistandsbehov er under 80 år skyldes sannsynligvis at mange over 80 år er på sykehjem e.l.

2.2 Markedssegmenter - kostnader til ulike hjemmetjenester

Hjemmetjenestene er mangfoldige, og mange mottakere av hjemmetjenester mottar ulike typer tjenester. Som man ser av Tabell 2-1 er det mange som for eksempel mottar både helsetjenester i hjemmet og praktisk bistand. Under i Figur 2-4 vises et grovt estimat på fordelingen mellom totalkostnadene for helsetjenester i hjemmet, praktisk bistand, BPA og andre tjenester til hjemmeboende. Det finnes ikke offentlig statistikk på denne inndelingen.

Figur 2-4: Fordeling av kostnader til hjemmetjenester på type tjeneste. Estimat 2016, milliarder kroner



Kilde: SSB tabell 04905, PWC «Moss kommune: Pris per brukertime – hjemmebaserte tjenester» og http://www.nfunorge.org/Nyheter/BPA-begrensninger-og-kostnader/beregninger. Beregninger av Oslo Economics

SSB har statistikk på gjennomsnittlig antall tildelte timer i uken fordelt på praktisk bistand, hjemmesykepleie og BPA. Gjennomsnittet for helsetjenester i hjemmet er 4,8 timer, for praktisk bistand tildeles det i gjennomsnitt 9,7 timer per bruker og for BPA er gjennomsnittet 32 timer per uke. Basert på estimater fra Moss kommune utarbeidet fra PWC, intervjuer og annen informasjon er det beregnet en timespris per bruker som ligger mellom 380-490 kroner i timen, samt administrasjonskostnader per bruker som er antatt høyere for helsetjenester i hjemmet enn praktisk bistand og BPA. Vi har fordelt brukere som mottar både hjemmetjenester i hjemmet og praktisk bistand likt mellom tjenestene.

Det er stor usikkerhet knyttet til estimatet og det er godt mulig at andre tjenester til hjemmeboende er en «sekkepost» som er for høy. En annen stor usikkerhet er hvordan mottakere av både helsetjenester og praktisk bistand burde fordeles. Her kan man mistenke at helsetjenester i hjemmet skal være høyere. Forhåpentligvis gir dette en pekepinn på markeds-segmentene innen hjemmetjenestene. Senere undersøkelser og større kartlegginger kan avklare markedssegmentene med større sikkerhet.

2.3 Mottakere av helsetjenester i hjemmet

I 2015 mottok 82 400 personer helsetjenester i hjemmet og ytterligere 62 400 personer mottok helsetjenester i kombinasjon med praktisk bistand. Totalt var det rundt 145 000 personer som mottok helserelaterte tjenester i hjemmet. Dette er omtrent 3 prosent av Norges befolkning. Som nevnt tidligere kan det også hende at det reelle behovet for helsetjenester i hjemmet er større dersom en del individer kunne ha mottatt helsetjenester i hjemmet i stedet for å bo på institusjon.

I Tabell 2-2 vises fordelingen av helsetjenester i hjemmet fordelt på aldergrupper. Andelen som mottok kun helsetjenester er oppgitt først. Prosentandelen i parentes angir andelen av personer i aldersgruppen som mottok helsetjenester inkludert praktisk bistand. Som man ser av tabellen er 48 prosent av mottakere av helsetjenester i hjemmet under pensjonsalder.

Tabell 2-2: Mottakere av helsetjenester i hjemmet fordelt på aldersgrupper i 2015

Aldersgrupper	Prosent i 2015
0 – 49 år	30 % (24 %)
50 – 66 år	18 % (17 %)
67 – 79 år	20 % (19 %)
80 – 89	24 % (28 %)
90 år og eldre	8 % (12%)

Kilde: SSB Tabell 06969

2.4 Mottakere av praktisk bistand

I Tabell 2-3 viser vi antallet personer som mottok kun praktisk bistand i eget hjem i 2015 fordelt på alder. Brukere av praktisk bistand kan være individer med sykdom eller psykiske og fysiske begrensinger som gjør det vanskelig å utføre visse oppgaver som friske personer kan utføre med enkelhet. Selv om det er rimelig å tro at mange i aldersgruppen 0-66 år er i den øvre delen av intervallet, finnes det samtidig en del yngre personer med for eksempel kroniske lidelser eller hemninger som har behov for noe praktisk bistand i hverdagen. En del personer i Norge har også gjennomgått, eller gjennomgår, sykdomsforløp og trenger derfor også praktisk bistand. Inkludert i disse tallene er også personer med funksjonshemninger i mindre eller større grad, der en del av dem har tilgang til BPA.

Som man ser av tabellen nedenfor er behovet for praktisk bistand nokså jevnt fordelt utover alders-gruppene.

Tabell 2-3: Fordeling av praktisk bistand på alder

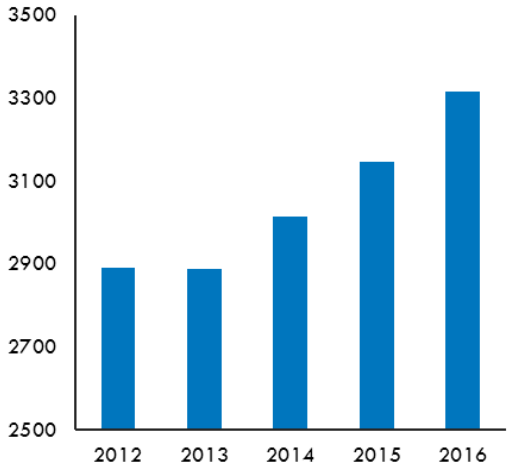
Aldersgrupper	Prosent i 2015
0 – 49 år	31 % (21%)
50 – 66 år	16 % (16%)
67 – 79 år	18 % (19%)
80 – 89	27 % (30%)
90 år og eldre	9 % (15%)

Kilde: SSB Tabell 06969

2.5 Mottakere av brukerstyrt personlig assistanse

Figur 2-5 viser antallet mottakere av BPA i 2016 for landet som helhet. I henhold til den offisielle statistikken mottok 3315 personer BPA i 2016, dette er en prosentvis vekst siden 2012 på rundt 15 prosent.

Figur 2-5: Mottakere av BPA, 2012-2016

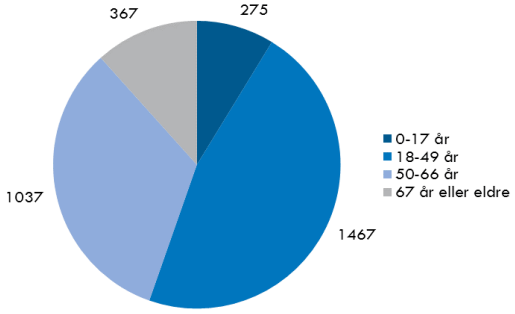


Kilde: SSB KOSTRA tabell 4686-10.

I prp. 86 L (2013-2014) foreslo helse- og omsorgsdepartementet endringer i pasient- og brukerrettighetsloven som innebar en rett til å få enkelte tjenester organisert som BPA. Tjenestene var praktisk bistand og opplæring, støttekontakt og avlastning for foreldre med hjemmeboende barn under 18 år med nedsatt funksjonsevne. Øvre aldergrense for rettighetsfestingen var 67 år. Lovforslaget ble tilføyd 20 juni 2014. Rettighets-festingen innebærer at flere har tilgang til BPA i dag enn for få år siden. Veksten i antallet som mottar BPA kan vokse fremover, men i hvilken grad potensielle mottakere av BPA er klar over tilbudet er usikkert.

Hovedvekten av mottakere av BPA er personer mellom 18 og 66 år. At det er nokså få personer over 67 år som mottar BPA skyldes at pasient- og brukerrettighetsloven §2-1 slår fast en øvre aldersgrense for rettighet til denne ordningen på 67 år. Bruk av BPA ut over 67 år er ikke rettighetsfestet, men kan innvilges av kommunen i enkeltsaker. Vi viser fordelingen blant mottakere av BPA på aldersgrupper i Figur 2-6.

Figur 2-6: Mottakere av BPA fordelt på alder i 2015



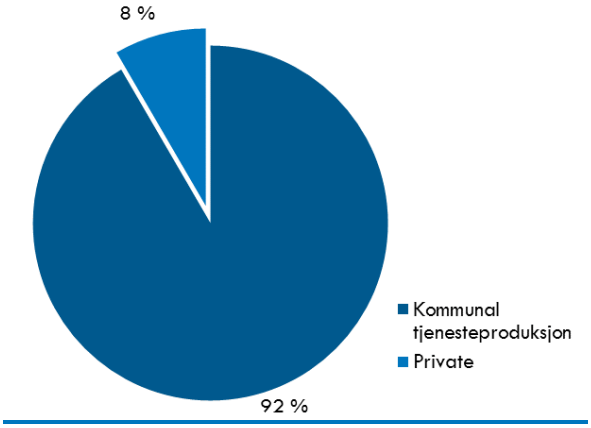
Kilde: SSB tabell 0993

3. Kommunenes samarbeid med private aktører innen hjemmetjenester

Kommunale innkjøp fra private aktører innen helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende var i underkant av 4,5 milliarder kroner i 2016. Ser man hjemmetjenestene under ett utgjør privat tjenesteproduksjon innen hjemmetjenester omtrent 8,4 prosent av utgiftene til tjenesteområdet.

Kommunenes egne ansatte står for mesteparten av produksjonen av pleie- og omsorgstjenester i hjemmet. En mindre andel av helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende er levert av private aktører. Figur 3-1 viser fordelingen av utgifter til helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende.

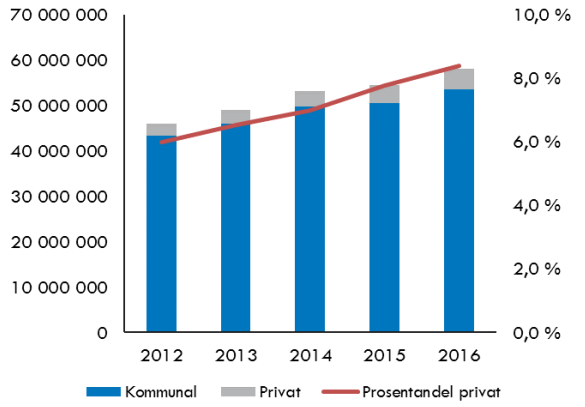
Figur 3-1: Dagens andel av private innen helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende



Kilde: SSB tabell 5065-1 og tabell 4686-10. Kommunal tjenesteproduksjon benevner her kommunale driftsutgifter til egenproduksjon, innkjøp fra kommunale foretak, kommunale bedrifter som fører særregnskap og interkommunale samarbeid. Innkjøp private aktører er kommersielle eller ideelle som erstatter kommunal tjenesteproduksjon.

Figur 3-2 viser utviklingen i utgifter til hjemmetjenesten og kjøp av tjenester som erstatter kommunal tjenesteproduksjon. I figuren vises både totale innkjøp som erstatter kommunens egen tjenesteyting, samt innkjøpene fra private. Andelen av de kommunale kostnadene for hjemmetjenestene som går til kjøp av tjenester av private aktører har økt fra 6 prosent til 8,4 prosent mellom 2012 og 2016, dette er en økning fra 2,6 milliarder kroner til i underkant av 4,5 milliarder kroner. Likevel er dette en nokså liten del av de totale brutto driftskostnadene til hjemmetjenestene som var på 53,6 milliarder kroner i 2016.

Figur 3-2: Utviklingen i kommunale kostnader til hjemmetjenester fordelt på kommunal og privat tjenesteproduksjon (i tusen). Andel privat i prosent.

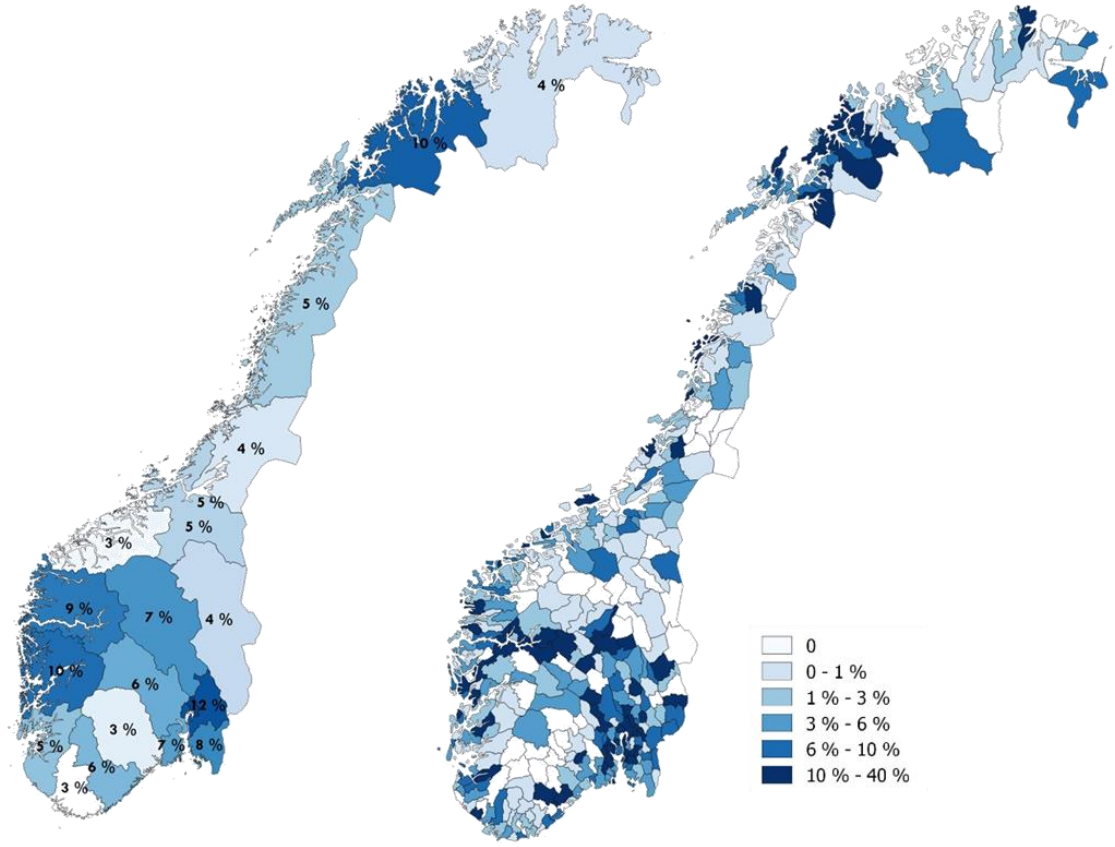


Kilde: SSB KOSTRA tabell 5065-1. Totale innkjøp av helse- og omsorgstjenester som erstatter kommunal tjenesteproduksjon består av kommunale foretak eller andre kommunale bedrifter som fører særregnskap, interkommunale samarbeid. Private aktører kan være kommersielle eller ideelle virksomheter.

Av de totale utgiftene til kommunalt produserte hjemmetjenester utgjorde lønnskostnader om lag 45,5 milliarder kroner i 2016. Hjemmetjenester er en meget arbeidsintensiv sektor. Lønnskostnaden innen tjenesteområdet har steget med 12 prosent siden 2012.

I Figur 3-3 viser vi andelen av hjemmetjenestene som er utført av private og erstatter kommunal tjenesteproduksjon innen hjemmetjenester, der dette er delt opp fylkesvis og per kommune.

Figur 3-3: Andelen private helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende, per fylke og kommune i 2016

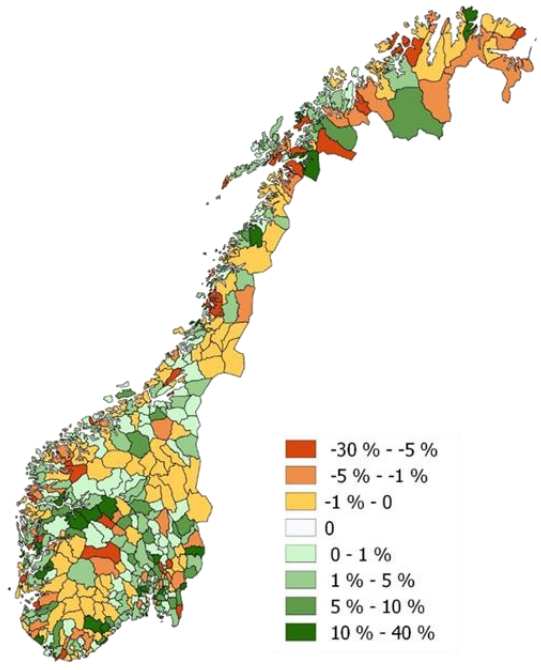


Kilde: Oslo Economics, basert på SSB tabell 05065

Oversikten viser at det er en del variasjon både mellom fylkene og mellom kommunene når det gjelder innkjøp av helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende. Fylkene med størst innslag av private aktører er Oslo (24%), Akershus (12%), Troms (10%), Hordaland (10%) og Sogn og Fjordane (9%). Kommuner med den største andelen private aktører i henhold til statistikken er Austevold (62%), Torsken (56%), Aurland (49%), Leka (46%), Rømskog (43%). For flere tall henviser vi til vedlegg 2.

I Figur 3-4 viser vi endringen av private leverandører av hjemmetjenester per fylke og per kommune i tidsrommet 2012-2016.

Figur 3-4: Endring i andelen av private aktører innen helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende i kommunene, 2012-2016

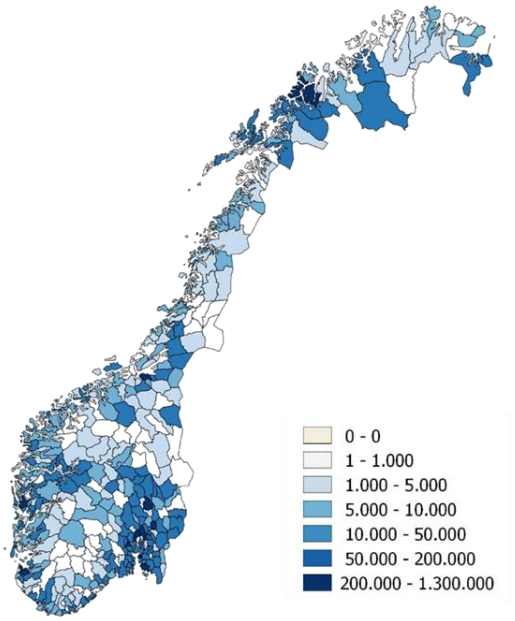


Kilde: Oslo Economics, basert på SSB tabell 05065

I Norge som helhet har det vært en økning av private tjenesteleverandører innen hjemmetjenesten de siste årene. Vi ser likevel at utvikling har gått i motsatt retning i en rekke kommuner med en til tider kraftig reduksjon. Kommunene med størst nedgang, alle med mer enn 15 prosent, er: Hemsedal, Utsira, Samnanger, Os, Frosta, Ballangen, Moskenes, Bardu og Vardø.

I Figur 3-5 viser vi en fylkesvis oversikt over totale utgifter til innkjøp fra private aktører innen helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende. Figuren viser at det største markedet for private aktører er i Oslo og Akershus.

Figur 3-5: Innkjøp fra private aktører i kommunene i 2016 (i 1000 kroner)



Kilde: Oslo Economics, basert på SSB tabell 05065

3.1 Oppsummering

Kommunale innkjøp fra private aktører innen helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende var i underkant av 4,5 milliarder kroner i 2016. Ser man hjemmetjenestene under ett utgjør privat tjenesteproduksjon innen hjemmetjenester omtrent 8,4 prosent av de kommunale utgiftene til tjenesteområdet.

I Norge har det vært en økning av private tjenesteleverandører innen hjemmetjenesten de siste årene. Andelen av de kommunale kostnadene for hjemmetjenestene som går til kjøp av tjenester av private aktører har økt fra 6 prosent til 8,4 prosent mellom 2012 og 2016, dette er en økning fra 2,6 milliarder kroner til i underkant av 4,5 milliarder kroner. Vi ser likevel at utvikling har gått i motsatt retning i en rekke kommuner der private aktører har mistet fotfeste.

4. Samfunnsøkonomisk verdi av private aktører innen hjemmetjenester

Fra økonomisk teori vet vi at et større mangfold av aktører generelt sett vil lede til bedre bruk av samfunnets ressurser, enten i form av bedre kvalitet eller lavere kostnader. Dette er imidlertid betinget på at det eksisterer velfungerende markeder. I det følgende vurderer vi i hvilken grad det er potensial for gevinster ved bruk av private aktører innenfor hjemmetjenester.

Den skandinaviske velferdsmodellen er kjennetegnet av idealet om at innbyggerne skal ha tilgang til tjenester av høy kvalitet på kjerneområder som utdanning, helse og sosiale tjenester, herunder hjemmetjenester. I Skandinavia er velferdssektoren kjennetegnet av at en stor andel av tjenestene er utført av offentlig ansatte. Andelen private velferdsaktører i Norge er blant de minste i Europa og på nivå med tidligere østblokkland (Sivesind, 2016).

Sivesind påpeker at det er en fordel hvis sammensetningen av offentlige, ideelle og kommersielle aktører avklares for fremtiden. Rollene til de ulike aktørene og omfanget av tjenesteyting fra aktørene bør utformes for å sikre en mest mulig optimal sammensetning av aktører.

4.1 Ligger det til rette for samfunnsøkonomiske gevinster innenfor hjemmetjenester?

Det er et grunnleggende økonomisk prinsipp er at de mest effektive aktørene (høyest mulig kvalitet for pengene) skal stå for produksjon av tjenester, dette gjelder også innen helse- og omsorgstjenester. Ved å legge til rette for bruk av private aktører, øker antallet og mangfoldet blant leverandørene. Dette vil i prinsippet bidra til at de beste leverandørene velges fremfor de mindre gode, både med hensyn til kvalitet på omsorgstjenestene og når det gjelder kostnads-effektivitet. Bruk av private aktører er disiplinerende både for de tjenestene som drives i egenregi, og for de leverandørene som må utmerke seg for få oppdrag.

Bruk av private aktører i hjemmetjenester gir også mer informasjon om relativ kvalitet, kostnadseffektivitet og brukertilfredsstillelse. Dette kan ha positive effekter også på offentlig tjenesteyting ved at offentlig virksomhet kan måle seg opp mot andre aktører. Bruk av ikke-offentlige aktører kan gi mer kunnskap i hele omsorgssektoren og stimulere til innovasjon, omstilling og nye tjenester.

Bruk av ideelle og andre private aktører innen hjemmetjenester er et tilfelle der det offentlige er ansvarlig for å besørge produksjonen av en tjeneste. Innen pleie- og omsorgstjenester til hjemmeboende finansierer det offentlige private aktører for å dekke et behov. Innen hjemmetjenester er det i hovedsak to former for konkurranseeksponering som er valgt:

- **Anbudskonkurranse**: det offentlige utlyser en konkurranse om retten til yte en tjeneste på vegne av det offentlige. Den som blir tildelt oppdraget får en eksklusiv, men tidsbegrenset rett til å produsere den aktuelle varen eller tjenesten. Det offentlige beholder ansvaret for innhold, finansiering, fordeling og ofte kvalitet. Dette er til forskjell fra ren privatisering, hvor private aktører også har ansvar for at tjenesten frembringes, finansieres og kontrolleres.
- **Pengene følger brukeren**: en bruker tildeles retten til en gitt tjeneste, og kan selv velge tilbyder (innenfor en gitt økonomisk ramme). Det offentlige kan her beholde både produksjon og finansiering.[1]

I Norge er fritt brukervalg en ordning som brukes av hjemmetjenestene i kommunene og er en versjon av «pengene følger brukeren». Fritt brukervalg innebærer at personer med behov for pleie- og omsorgstjenester selv velger tjenesteleverandør blant de leverandørene kommunen har godkjent eller har en avtale med. Kommunen har fortsatt lovpålagt ansvar for tjenesten og kommunen tildeler rett til en tjeneste til brukerne med behov. I de fleste tilfeller er kommunen selv en av de tjenesteleverandørene som brukeren kan velge. Fritt brukervalg innebærer konkurranse ved at tjenestetilbydere må konkurrere for at brukerne skal velge dem som leverandør, herunder kommunenes eget tilbud. Bakgrunnen for ordningen om fritt brukervalg i Norge var at brukeren skulle få mer kontroll over egne omsorgstjenester og prinsippet om at brukeren kjente egne behov best. Konsekvensen av ønsket om å bemyndige brukeren er

[1] Ulike konkurranseformer er nærmere beskrevet i (NOU 2000:19, 2000)

at det finnes reelle alternativer til kommunal tjenesteproduksjon innen pleie- og omsorgstjenester.

De samfunnsøkonomiske gevinstene som kan oppnås ved å eksponere en tjeneste for konkurranse, avhenger av flere forhold. Vi vil i det følgende vurderer hjemmetjenester langs fire dimensjoner som er relevante for gevinstpotensialet: i) forbedringspotensial, ii) potensiell konkurranse, iii) komplementaritet og iv) etterprøvbarhet.

Forbedringspotensial

Pleie- og omsorgssektoren står overfor en rekke ulike utfordringer i tiden som kommer. Andelen eldre i befolkningen er økende, i Oslo og andre sentrale strøk forventes det betydelig befolkningsvekst. Samtidig har offentlig sektor knappe ressurser. I dag jobber om lag 246 000, eller 10 prosent av arbeidsstyrken i helse- og omsorgssektoren. Erling Holmøy i Statistisk sentralbyrå har beregnet arbeidskraftbehovet i 2060 til mellom 428 000 (15 prosent) til 1 077 000 (38 prosent) avhengig av omfanget av familieomsorg, redusert dødelighet, standardvekst og utsatt sykelighet.

Hjemmetjenester vil sannsynligvis beslaglegge en økende andel av de samlede ressursene i fremtiden og øker allerede i dag. Sektorer som er i vekst har ofte de største mulighetene for kvalitetsforbedringer, kostnadsreduksjoner og konseptutvikling. Samtidig er helse- og omsorgssektoren preget av stor produktinnovasjon, men beskjeden prosessinnovasjon[2]. Hjemmetjenester er en arbeidsintensiv sektor og forbedringer gjennom innovasjon er ikke like «rett-frem» som i andre sektorer. Dette kan tale for at det er et særlig behov for innovasjon og alternative drifts- og tjenestemodeller, og dermed at det er spesielt viktig å ha gode vilkår og legge til rette for at ulike aktører kan delta i den videre utviklingen.

Potensiell konkurranse

De potensielle samfunnsøkonomiske gevinstene av private aktører er større hvis det eksisterer mange tilbydere, slik at konkurransen er reell og følgelig disiplinerer den enkelte tilbyder. Flere tilbydere demper også risikoen for utøvelse av markedsmakt. Likevel trenger ikke de negative effektene markedsmakt har bare å berøre prisen på tjenester. Snur man det på hodet kan man si at det er ressurskrevende å frembringe tjenester av høy kvalitet til en gitt pris, og dersom det er få aktører (og manglende disiplinering) kan det føre til en dårligere kvalitet enn nødvendig for de samme ressursene.

Når det gjelder den potensielle konkurransen innen hjemmetjenester er det en rekke aktører som kan tilby hjemmetjenester i større og mer befolkede regioner og byer fordi det er mange personer med et behov for hjemmetjenester – et stort marked. Den potensielle konkurransen i områder med få brukere, eksempelvis i mindre kommuner eller spredtbygde områder, er lavere. Basert på informasjonen vi har skaffet til veie er det ingen vesensforskjell mellom den potensielle konkurransen innen praktisk bistand og helsetjenester i hjemmet. Det er et stort tilfang av aktører som kan tilby, eller som allerede i dag tilbyr, hjemmetjenester innen begge områdene.

Praktisk bistand er en form for tjenesteyting som i utgangspunktet ikke krever en medisinsk fag-utdannelse og heller ikke innebærer myndighets-utøvelse i den forstand at tjenesten ytes med tvang. Innen tjenesteområder som dekkes av praktisk bistand finnes det en rekke private virksomheter som tilbyr de samme eller lignende tjenester på andre områder i dag, et eksempel er Citymaid. Tilfanget av aktører innen tjenester som renhold av hjemmet og andre praktiske gjøremål fremstår som stort. Innenfor praktisk bistand er det også få hindre i veien for å etablere seg som en ny aktør – det er for eksempel små oppstartskostnader og lite kapitalinvesteringer sammenlignet med mange andre bransjer, et eksempel på en privat aktør er Prima Omsorg. Dette tilsier at gode vilkår for private også kan føre til en økning i antallet tilbydere. På samme måte er det private aktører som tilbyr BPA, eksempelvis Uloba og Assister meg, HjemmeBest. Uloba som er samvirke for og av funksjonshemmede som har brukerstyrt personlig assistanse.

Helsetjenester i hjemmet: Private virksomheter som i dag yter tjenester som krever fagutdanning kan påta seg oppgaver innen helsetjenester i hjemmet, også i kombinasjon med noe praktisk bistand. Det kan være en fordel i en del sammenhenger at samme aktør utfører helsetjenester som medisinering, stell av sår og hygiene i kombinasjon med praktisk bistand. Private omsorgsvirksomheter i Norge fremstår i det store som profesjonelle aktører som kan avlaste og utfordre kommunal tjenesteproduksjon innen helsetjenester i hjemmet.

I utgangspunktet skal for eksempel fritt brukervalg gi slike private virksomheter muligheten til å etablere seg innen hjemmebaserte tjenester. Fritt brukervalg gir en bruker av omsorgstjenester muligheten til å velge mellom minst to leverandører av en tjeneste. Likevel er det en oppfatning blant aktører at det fortsatt er utfordringer knyttet til innføring av fritt brukervalg i en del kommuner.

Komplementaritet

Komplementaritet oppstår når det eksisterer aktører som tilbyr komplementære og relaterte tjenester.

[2] Ivar Sønbø Kristiansen, DN 7.1.2015

Hjemmetjenester er en stor sektor med mange oppgaver og det er sannsynlig at det er mange komplementariteter. Eksempelvis har ideelle organisasjoner ansvar for sykehjemsdrift, eldrehjem mm. og er i posisjon til å påta seg oppgaver innen hjemmetjenester der de kan trekke på ressurser fra andre driftsområder. Et eksempel innen praktisk bistand er som nevnt at private virksomheter leverer tilsvarende eller lignende tjenester til brukere som faller utenfor omsorgssektoren.

Vi vurderer det dithen at det eksisterer en rekke leverandører med komplementære og relaterte tjenester. Dette tilsier at gevinstpotensialet ved bruk av markedsaktører er stort.

Etterprøvbarhet

I bransjer der kvalitet har stor betydning, og kvaliteten er vanskelig å måle og verifisere, kan det være utfordringer knyttet til å etablere gode kontrakter og kontroll. Hvis kontraktene eller kontrollen er dårlig, kan det føre til dårligere kvalitet. Kontrakter bør være tydelige og presise når det gjelder kvalitetsmål og oppgavebeskrivelser.

Kommunalt ansatte og private tilbydere tilbyr de samme tjenestene innen helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende. Man vil derfor møte på de samme utfordringene når det gjelder etterprøvbarhet og kontroll uavhengig av om det er kommunalt ansatte eller privat ansatte som utfører tjenesten. Vi fremhever at dette er et spørsmål om mulighetene for kvalitetskontroll i hjemmetjenester generelt og ikke avgrenset til private tilbydere av hjemmetjenester.

Hjemmetjenester er et mangfoldig tjenesteområde og tjenestenes etterprøvbarhet kan variere. Samlet fremstår det likevel som at de fleste hjemmetjenester lar seg både måle og verifisere av brukeren direkte. Dette gjelder spesielt innen praktisk bistand der brukeren selv til en vesentlig grad kan vurdere om det eksempelvis er rent i hjemmet eller hvorvidt matleveranser har en tilfredsstillende kvalitet. Etterprøvbarhet innen helsetjenester kan være vanskeligere å oppnå, spesielt fordi brukeren kan mangle kunnskapen for å vurdere kvaliteten direkte. Samtidig er helsetjenestene av en slik art at kommuner som har det endelige ansvaret for totaltilbudet av hjemmetjenester kan utføre kvalitetssikringer gjennom stikkprøver eller rapporteringsprosedyrer.

4.2 Hvilke typer gevinster kan man oppnå ved bruk av private leverandører av hjemmetjenester?

Det politiske ønsket om en velferdsmiks har bakgrunn i oppfatningen om at private aktører kan utgjøre en positiv forskjell for brukerne av blant annet hjemmetjenester. Gevinster av bruken av private aktører er blant annet:

- Private initiativ, ofte ideelle virksomheter, har hatt en pionerrolle innen omsorgssektoren. Etablerte virksomheter med lang fartstid kan trekke på opparbeidet kunnskap og erfaring om hvordan man kan levere blant annet hjemmetjenester med god kvalitet.
- Private aktører gir et mangfold av tilnærminger og tjenester innen et område som i stor grad må tilpasses individuelle behov. Innen hjemmetjenester er det også muligheter for spesialisering innen noen tjenesteformer som kan styrke kvaliteten på tjenester ytterligere.
- Private aktører kan lettere prøve ut fremtidsrettede organisasjonsformer, nye typer omsorgstjenester eller alternative driftsmodeller.
- Ressurspersoner innen private omsorgstjenester kan ha en erfaringsbakgrunn som fasiliterer en innovasjon som ikke finnes i offentlig sektor.
- Kommunal tjeneste produksjonen innen hjemmetjenestene kan utvikle seg og bli bedre som følge av nye impulser. Både brukere og tjenesteytere kan ha glede av muligheten for å sammenligne fordele og ulemper mellom leverandører. En slik sunn konkurranse mellom private og kommunale hjemmetjenester vil være til fordel for brukerne av hjemmetjenestene.
- Større fagmiljø på tvers av kommunegrenser: Enkeltkommuner kan ha svært få personer som mottar en tjeneste, mens en privat aktør kan ha ansatte i flere kommuner som til sammen blir et godt fagmiljø.
- Nasjonale spesialiserte tilbud for ulike grupper. Flere ideelle virksomheter har nasjonale fagmiljø som er på topp innen sitt felt, og i flere tilfeller har spesielle oppgaver. De kan lettere organisere dette på tvers av kommune- eller RHF-struktur. Et eksempel på en slik organisasjon er Stiftelsen Signo som har flere nasjonale tilbud til døve.

Når det gjelder innovasjon innebærer ikke dette at offentlig sektor nødvendigvis er lite innovativ. Poenget er at ideelle og andre private aktører har en erfaringsbakgrunn som kan være en viktig ressurs å trekke på for å utvikle hjemmetjenestene til det bedre, herunder høyere kvalitet og mer omsorg per krone. Ved bruk av private aktører kan det også være at de kommunale hjemmetjenestene har løsninger som gir høyere kvalitet enn private initiativ og vinner anbud. Samfunnsgevinsten ligger i at alle aktører har insentiv til å bli bedre.

4.3 Hindringer for å ta ut potensialet for samfunnsøkonomiske gevinster

Vi har gjennom intervjuer identifisert noen nøkkelutfordringer for ideelle og private aktører innen hjemmetjenestene, som kan gjøre at potensialet for gevinster ikke blir tatt ut. Disse beskrives i det følgende.

Uforholdsmessig vekting av pris relativt til tjenestekvalitet

Tilbakemeldinger fra både ideelle og kommersielle aktører og innen både helserelaterte tjenester til hjemmeboende og praktisk bistand, er at kommunale anbudskonkurranser nesten utelukkende velger leverandøren som tilbyr den laveste prisen. Aktørene opplever at kostnaden for tjenesten fremstår som uforholdsmessig viktig relativt til kvalitet. Flere har opplevd at de scorer høyest på kvalitet, men noe lavere på pris og at dette gjør at de aldri vinner kommunale oppdrag. Informanter forteller at de sluttet å delta i anbudskonkurranser fordi de opplevde at kvalitet var uviktig.

Selv om en kommune i en anbudskonkurranse vektlegger kvalitet kan det endelige valget av leverandør fremstå som lite transparent. Dette befester inntrykket av at det kommunes utgifter for anskaffelsen av hjemmetjenester som er det tilnærmet eneste relevante vurderingskriteriet for kommunale innkjøpere.

Noen aktører stiller seg også utenforstående til at en leverandør kan følge lovpålagte krav og tariffavtaler innenfor gjeldene priser for en del tjenester. Dette er påpekt spesielt innen praktisk bistand. Vi kan ikke ta stilling til hvorvidt dette er korrekt, men vi kan påpeke to langsiktige utfordringer hvis det viser seg å stemme:

- En uforholdsmessig vekting av pris kan føre til seleksjon av useriøse aktører og sosial dumping. Dette kan skje ved at de private aktørene som får en markedsposisjon oppnår dette primært gjennom en forverring av arbeidsvilkårene til ansatte. Konsekvensen av at useriøse aktører premieres er at omdømme svekkes for hele den ikke-offentlige omsorgssektoren.
- En uforholdsmessig vekting av pris kan føre til mindre innovasjon ved at innovative tilbud som har potensial for å frembringe mer kvalitet per krone aldri vinner frem i anbud.

En uforholdsmessig vekting av pris er sannsynligvis en konsekvens av budsjettvurderinger hos kommunene. Et budsjettperspektiv er derimot kortsiktig. Hvis en slik innkjøpssituasjon fører til seleksjon av useriøse aktører og/eller mindre innovasjon, vil Norge kunne tape på dette i det lengre løp.

Man må stille spørsmål om kommunene noen ganger bruker konkurranser primært for å redusere kommunale utgifter, der de vet at kostnadsreduksjonen hentes gjennom press på arbeidsvilkår og sosiale ytelser til de ansatte ved private leverandører. Formålet med ideelle og private aktører innen helse- og sosialtjenester er ikke primært lavere kommunale utgifter. Formålet med konkurranse er at dette gir effektivitetsgevinster gjennom reduserte samfunnsøkonomiske kostnader eller bedre hjemmetjenester for samme pris, og gjerne gjennom innovasjonen som kommer med konkurranse og mangfold.

Samordning i kommunale oppdrag

Kommunale vedtak kan i noen tilfeller gjelde småoppdrag helt nede i 10 minutter. Oppfatningen er at småoppdrag ikke er tilstrekkelig optimalisert for å effektivt utnytte ressursene. Dette gjelder eksempelvis mellom bydelsgrenser og kommunegrenser der kommuner og bydeler i større grad kunne ha samordnet seg. Manglende samordning og sub-optimal logistikk gir økte kostnader for tjenestetilbydere og samfunnet. Et annet eksempel på manglende samordning er at kommuner bruker ulike rapporteringssystemer. Private aktører skal gi underveisrapportering og månedlig rapportering. En tidstyv er at rapporteringen skjer i forskjellige datasystemer bidrar til kostnadene ved å levere hjemmetjenester øker.

Kommunale rapporteringskrav kan også oppleves som unødvendige. Private virksomheter av en viss størrelse bruker store ressurser på kvalitetsstyring av egen tjenesteyting. Kvalitetsstyringen har en disiplinerende effekt på de ansatte i den private virksomheten og øker kvaliteten på tjenestene. Private tjeneste-leverandører innen praktisk bistand forteller at de utfører kvalitetskontroller og stikkprøver, utfører kundeundersøkelser og har fornøydhetsgarantier som innebærer at de kommer tilbake for å rette opp mangelfullt arbeid dersom kunden er misfornøyd med arbeidet som er utført. Private leverandører med egne kvalitetssikring- og kvalitetsstyringssystemer blir pålagt dobbeltarbeid hvis kommunen også krever omfattende rapportering i eget system.

4.3.1 Ubalanserte kontrakter mellom enekjøper og tilbydere

Kommunen har ansvar for innkjøp av hjemmetjenester fra private tjenestetilbydere, og er en enekjøper innenfor kommunegrensene – dette kalles en monopsonist. Enekjøpere har markedsmakt på en lignende måte som et monopol. Forskjellen er at monopolisten er en tilbyder og monopsonisten etterspør en gode eller en tjeneste.

Mange kommuner har erfaringsmessig begrenset erfaring med kontraktsutforming, som i seg selv bidrar til kontraktsrisiko for begge parter og uklare kontraktsvilkår. Som monopsonist vil kommunen også ha en forhandlingsmakt som kan føre til at uforholdsmessig stor risiko for leverandørene. Dette kan på sikt svekke omfanget av private tilbydere og selektere useriøse aktører.

Enekjøperen, og her brukerne av hjemmetjenestene, er på lengre sikt også tjent med balanserte kontraktsvilkår siden det stimulerer til et velfungerende og transparent marked for leveranser av pleie- og omsorgstjenester til hjemmet.

For å sikre seriøse aktører i markedet for hjemmetjenester er det utformet standardkontrakter for hjemmetjenester, der både leverandører og kjøpere har bidratt i kontraktsutformingen. Standardavtaler fra Standard Norge kan redusere risiko for begge parter siden man kan trekke på et bredt spekter av erfaring. Balanserte kontraktsvilkår bidrar til et velfungerende innkjøpsmarked over tid, blant annet fordi premisser for konkurranse og leveranser er lagt på forhånd.

4.4 Potensialet for samfunnsøkonomiske gevinster

Pleie- og omsorgssektoren er et stort marked på over 100 milliarder kroner i året. Kostnadene for hjemmetjenester er på om lag 50 milliarder kroner. Når markedet er av en slik størrelse vil små prosentvise kostnadsbesparelser og effektivitetsforbedringer gi store utslag. Pleie- og omsorgssektoren vil koste Norge minst 1 300 milliarder kroner i perioden 2018-2030 hvis sektoren har samme kostnadsnivå som i dag.

Hjemmetjenester er et mangfoldig område med ulike kostnadsdrivere og innovasjonspotensial. Konkurranse innen hjemmetjenester har potensial for å gi samfunnsøkonomiske gevinster. For å realisere de potensielle gevinstene av konkurranse må man ha gode rammevilkår for private aktører, konkurranse på like vilkår og tilstrekkelig anskaffelseskompetanse i kommunene.

Samfunnsøkonomiske gevinster kan tas ut i form av lavere kostnader eller høyere kvalitet innen i pleie- og omsorgssektoren. Tas gevinsten ut i form av lavere kostnader vil man frigjøre ressurser som man kan bruke til andre formål. Tas gevinsten ut i høyere kvalitet innebærer det at kostnadsnivået kan holdes likt, men at kvaliteten på tjenestene øker.

Vi har gjort en beregning av potensialet for samfunnsøkonomiske gevinster i kroner, innenfor hjemmetjenester. I beregningen har vi lagt til grunn hovedalternativet i befolkningsprognosen til SSB frem til 2030 (SSB, 2016). Hvis vi forutsetter at insentiver til forbedringer av tjenestene som oppstår ved konkurranse, og innovasjon som følge av konkurranse, vil føre til en kostnadsreduksjon på 5 prosent per bruker i året av hjemmetjenester, betyr det en kostnadsreduksjon på i overkant av 12 000 kroner per bruker.[3] I dag er kostnaden for en bruker av hjemmetjenester om lag 245 000 kroner.[4]

Hvis vi videre forutsetter at bruk av private aktører innen hjemmetjenester reduserer eller utsetter behovet for sykehjemsplass, slik at noen av sykehjemsplassene per år kan erstattes av hjemmetjenester, gir dette ytterligere gevinster. Dette er i første rekke en politisk prioritering, men dersom hjemmetjenestetilbudet tar i bruk mangfoldet av aktører er det rimelig å tro at samfunnet kan trappe noe ned på sykehjemsplasser. Sykehjemsplasser er mer kostbart enn hjemmetjenester og det er en besparelse for samfunnet hvis man kan organisere pleie- og omsorgstjenestene slik at hjemmetjenester erstatter noe av behovet for sykehjemsplasser. En substitusjon for eksempel på 5 prosent vekk fra sykehjemsplasser til hjemmetjenester ville i 2016 gitt en reduksjon på ca. 2000 sykehjemsplasser av de 40 000 plassene som finnes i dag.[5] Vi påpeker at dette har vært et ønske fra politisk hold i en årrekke og at det over tid har blitt lagt til rette for substitusjon fra sykehjem til hjemmetjenester. En ytterligere overgang på 5 prosent kan derfor fremstå som et høyt anslag. Under viser vi regnestykker med lavere prosentsatser også.

I beregningen antar vi nullvekst både i andelen av befolkningen som blir brukere av hjemmetjenester og nullvekst i andelen sykehjemsplasser per innbygger i Norge frem til 2030. Vi antar også nullvekst i kostnaden per bruker av hjemmetjeneste og kostnaden per sykehjemsplass. Dette er en konservativ antagelse når man ser prognoser for den fremtidige alderskomposisjonen i befolkningen og den historiske kostnadsveksten innen omsorgstjenester. Vi velger å holde kostnadene på pleie- og omsorgstjenester konstant, samt forutsette nullvekst for sentrale variable, for å synliggjøre at de samfunnsøkonomiske gevinstene ved bruk av private er til stede uten for mange forutsetninger.

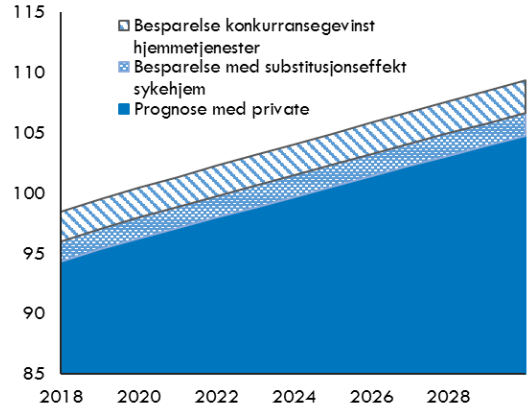
[3] I Oslo Economics (2013) er det anslått at konkurranseutsatte sykehjem i Oslo har om lag 11 prosent lavere kostnader enn et gjennomsnittlig sykehjem. I (Ny Analyse, 2016) er dette estimert til om lag 5 prosent. Hjemmetjenester er annerledes enn sykehjem, men dette synliggjør at den prosentvise reduksjonen vi legger til grunn ikke er urimelig.

[4] Se SSB tabell 04905 – Pleie- og omsorg – nøkkeltall (K).

[5] Ibid.

Med disse forutsetningene er resultatet at den samfunnsøkonomiske verdien av økt bruk av private innen hjemmetjenester er mellom 4,1-4,6 milliarder kroner i året i perioden 2018 til 2030. Dette summerer seg til totalt 57,9 milliarder kroner i løpet av perioden, eller 4,5 prosent av det totale budsjettet til pleie- og omsorgstjenester.[6] En samfunnsøkonomisk gevinst kan tas ut i enten lavere utgifter eller i økt kvalitet på pleie- og omsorgstjenester. Figur 4-1 viser resultatene.

Figur 4-1: Mulig potensial for samfunnsøkonomiske gevinster ved økt bruk av private innen hjemmetjenester



Kilde: Oslo Economics, basert på tall fra SSB tabell 04905 og (SSB, 2016). Det helblå området er kostnaden for pleie- og omsorgstjenester i perioden 2018-2030 med økt bruk av private. Det mellomste skraverte området er besparelsen ved at hjemmetjenester med bruk av private fører til mindre behov for sykehjemsplasser. Det stripete skraverte område er besparelsen av konkurranseeffektene ved at private øker insentivene for effektivitet og bidrar til økt innovasjon.

Størrelsen på de samfunnsøkonomiske gevinstene avhenger av forutsetninger som er usikre. Dersom for eksempel den delen av befolkningen som har behov for hjemmetjenester vokser, vil det isolert sett føre til høyere gevinster. Legger man til grunn at utviklingen i befolkningsmengde i den lave og høye befolkningsframskrivingen til SSB, blir gevinsten i perioden henholdsvis 56,2 og 59,7 milliarder kroner. Endrer vi anslaget på gevinster av konkurranse, og substitusjonseffekten fra sykehjemsplasser, fra 5 prosent til 2 prosent får vi en samfunnsøkonomisk gevinst på 23,1 milliarder kroner i perioden.

4.4.1 Samfunnsøkonomiske gevinster av BPA

Tidligere utredninger har vist at BPA kan ha samfunnsøkonomiske gevinster. I Econ-rapport (2009) dokumenteres det at funksjonshemmede som mottar BPA er enstemmige i at BPA er viktig for deres livssituasjon, men også for nærmeste familie. Bedret livskvalitet vil inngå på plussiden i en samfunnsøkonomisk analyse, selv om effektene ikke kan måles i kroner på en meningsfull måte.

I rapporten presenteres det i tillegg informasjon som tyder på at BPA kan ha vesentlig effekt på yrkesdeltakelsen blant funksjonshemmede og nærmeste familie. Dette har målbare og viktige positive samfunnsøkonomiske effekter.

I undersøkelsen til Econ oppgir ¼ av personene med BPA at de i dag har ordinært arbeid, der halvparten av disse har en heltidsjobb. To tredjedeler av de som er i arbeid mener at de ikke ville vært i arbeid uten BPA og de resterende respondentene sier at de at de ville jobbet mindre uten BPA. Spørreundersøkelsen tyder også på at BPA fører til at flere funksjonshemmede tar utdanning. Dette kan antas å føre til økt yrkesaktivitet framtiden.

Respondenter mener også at BPA medfører et mindre behov for andre helse- og omsorgstjenester. Sparte utgifter til andre omsorgstjenester er en samfunnsøkonomisk gevinst. Econ-rapporten sier imidlertid at størrelsen på disse innsparingene er vanskelig å estimere.

Samtidig påpeker Econ-rapporten at kostnadene for funksjonshemmede som trenger assistanse eller tilsyn døgnet rundt, kan bli klart lavere med bemannet omsorgsbolig enn dersom behovet skal dekkes av BPA.

4.5 Oppsummering

Potensialet for økt bruk av private aktører innen hjemmetjenester er stort, men den samfunnsøkonomiske gevinsten avhenger av at hindringer bygges ned. Hjemmetjenester vil beslaglegge en økende andel av de samlede ressursene i fremtiden og øker allerede i dag. Dette kan tale for at det er et særlig behov for innovasjon og alternative drifts- og tjenestemodeller, og dermed at det er spesielt viktig å ha gode vilkår og legge til rette for at private aktører kan bidra.

Det er et stort tilfang av aktører som kan tilby, eller som allerede i dag tilbyr, hjemmetjenester innen praktisk bistand, BPA og/eller helsetjenester i hjemmet. Det er også sannsynligvis komplementariteter innad man kan trekke på.

Hjemmetjenester er et mangfoldig tjenesteområde og tjenestenes etterprøvbarhet kan variere. Samlet fremstår det likevel som at de fleste hjemmetjenester lar seg både måle og verifisere av brukeren direkte, spesielt innen praktisk bistand. Etterprøvbarhet innen helsetjenester er noe vanskeligere. Samtidig er helsetjenestene av en slik art at det er overkommelig å

[6] I netto nåverdi er anslaget at samfunnet kan spare 48,4 milliarder mot en total kostand for pleie- og omsorgstjenester på 1 083 milliarder kroner i 2016-kroner. Kalkulasjonsrenten er 4 prosent.

lage kvalitetssikringssystemer stikkprøver eller rapporteringsprosedyrer som er tilfredsstillende.

Samfunnsøkonomiske gevinster som kan oppstå ved bruk av private aktører er i) private aktører, spesielt ideelle virksomheter, har hatt en pionerrolle innen omsorgstjenester og har viktig erfaring som de kan trekke på. ii) Private aktører gir et mangfold av tilnærminger og tjenester innen et område som i stor grad må tilpasses individuelle behov. iii) Private aktører kan lettere prøve ut fremtidsrettede organisasjonsformer, nye typer omsorgstjenester eller alternative driftsmodeller. iv) private omsorgstjenester kan ha en erfaringsbakgrunn som fasiliterer en innovasjon som ikke finnes i offentlig sektor, v) kommunale hjemmetjenester kan utvikle seg, og bli bedre som følge av nye impulser, vi) større fagmiljø på tvers av kommunegrenser og vii) nasjonale spesialiserte tilbud for ulike grupper.

Skal man oppnå disse samfunnsøkonomiske gevinstene må visse hindringer bygges ned. Den største hindringen er at er at kommunale anbudskonkurranser nesten utelukkende velger leverandøren som tilbyr den laveste prisen. På lengre sikt kan en uforholdsmessig vekting av pris føre til seleksjon av useriøse aktører og sosial dumping. Det kan også føre til mindre innovasjon ved at innovative tilbud som har potensial for å frembringe mer kvalitet per krone aldri vinner frem i anbud.

Andre hindringer som bør bygges ned er at kommunale rapporteringskrav kan oppleves som unødvendige, og at det er manglende samordning av kommunale rapporteringssystemer. Det er også en oppfatning om at hjemmetjenester kan optimaliseres på tvers av kommuner og bydeler for å mer effektivt utnytte ressursene.

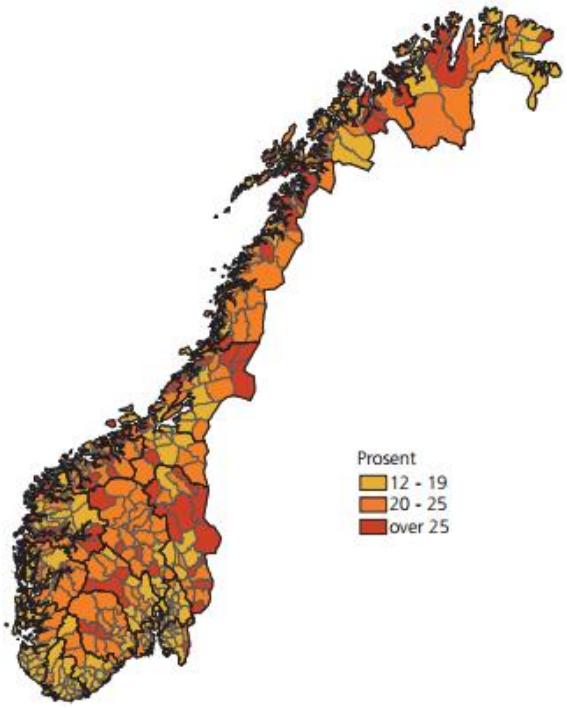
5. Fremtidig behov for hjemmetjenester og potensial for gevinster ved bruk av private aktører

Hjemmetjenester er et voksende pleie- og omsorgsområde. Etterspørselen og behovet for tjenester som forlenger personers muligheter for å bo i egen bopel vokser og vil fortsette å vokse i årene som kommer.

I dag er det 17 personer i pensjonsalder per 100 personer i yrkesaktiv alder. Eldreomsorgsbyrden dobles fram mot 2065 til 34 innbyggere i pensjonsalder per 100 yrkesaktive og stiger ytterligere fram mot 2100 (Senter for seniorpolitikk, 2017).

Det er også pekt på at det blir stadig flere eldre innvandrere i Norges befolkning. I dag utgjør innvandrerne bare 4 prosent av de som er over 70 år. I 2060 er det estimert at andelen vil ligge på rundt 27 prosent. Et annet trekk ved fremstidsprognosene er at det blir relativt flere eldre i distriktene, mens andelen eldre blir lavere i Oslo. I Figur 5-1 viser vi andelen i aldersgruppen 70+ i hovedalternativet i befolkningsframskrivingen til SSB (SSB, 2016).

Figur 5-1: Andel i alderen 70+ i kommunene, framskrevet i hovedalternativet til SSB i 2040



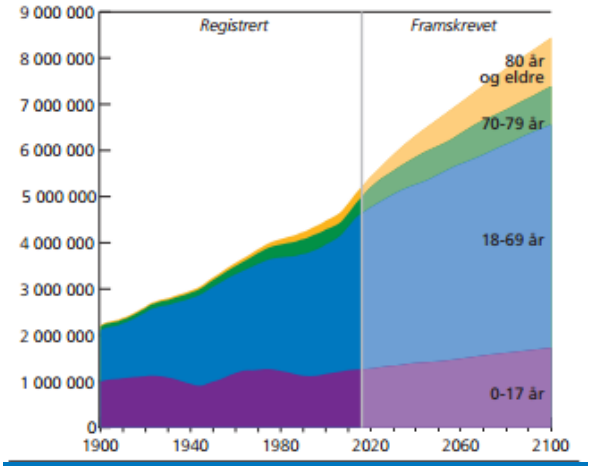
Kilde: SSB «Befolkningsframskrivinger 2016-2100 Hovedresultater»

Når det gjelder alderssammensetningen i befolkningen skriver SSB at:

> *Antallet personer som er 70 år eller mer dobles på tre tiår – fra nesten 600 000 i dag til nærmere 1,2 millioner. Antall som er 80 år eller mer enn dobles på enda kortere tid – fra 220 000 i dag til 440 000 om drøyt to tiår.*

I Figur 5-2 vises befolkningsframskrivingen til SSB fra 2016. Som man ser av figuren er det en vesentlig økning i personer over 70 år.

Figur 5-2: Folkemengde i fire aldersgrupper, registrert og fremskrevet i hovedalternativet til SSB

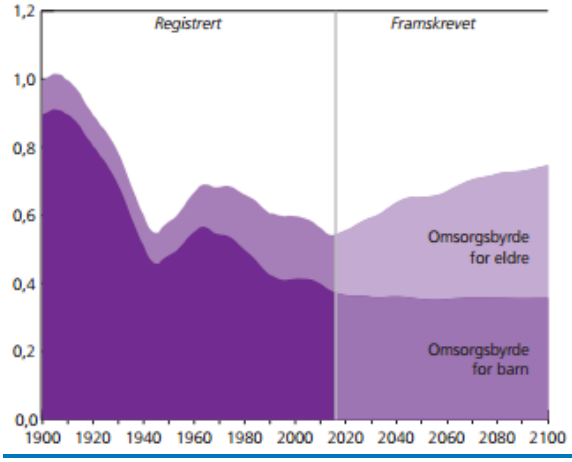


Kilde: SSB «Befolkningsframskrivinger 2016-2100 Hovedresultater»

På samme tid viser meningsmålinger at et flertall av nordmenn ønsker å ha muligheten til å velge mellom offentlige og private tilbydere innen offentlige tjenester. En undersøkelse utført av Unio viste at de fleste er positivt innstilt til private alternativer[7]. I Figur 5-3 viser vi den fremskrevne omsorgsbyrden for eldre, og ser at etter år 2020 vil andelen av omsorgsbyrden for eldre vokse vesentlig sammenlignet med omsorgsbyrden for barn.

[7] https://www.unio.no/no/nyheter/nyheter-2013/

Figur 5-3: Omsorgsbyrde for barn og eldre, registrert og framskrevet i hovedalternativet til SSB

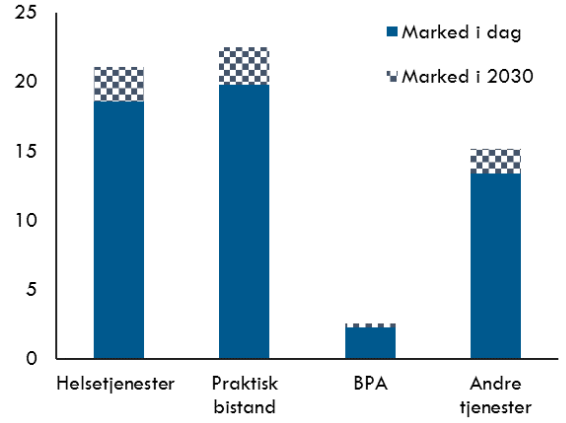


Kilde: SSB

5.1.1 Fremtidig marked

Tar man utgangspunkt i befolkningsveksten alene vil markedet for hjemmetjenester være 13 prosent større i 2030 enn det er i dag. I Figur 5-4 viser vi markedet for de ulike markedssegmentene innen hjemmetjenester i dag og i 2030.

Figur 5-4: Fremtidig marked for hjemmetjenester fordelt på markedssegmenter, milliarder kroner.

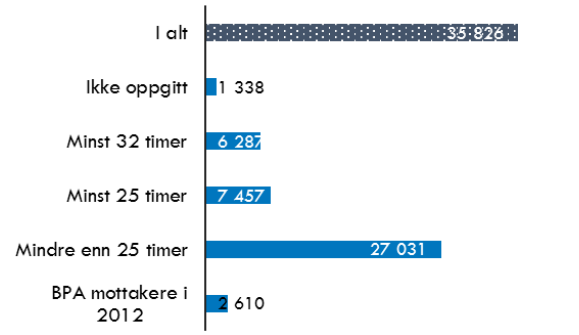


Kilde: SSB tabell 04905 og (SSB, 2016) PWC «Moss kommune: Pris per brukertime – hjemmebaserte tjenester» og http://www.nfunorge.org/Nyheter/BPA-begrensninger-og-kostnader/beregninger. Beregninger av Oslo Economics

Markedssegmenteringen er som nevnt i kapittel 2.2 usikker. Den totale veksten i hjemmetjenester er mindre usikker, men her er det ikke tatt hensyn til endret befolkningssammensetning som kan det er grunner til å tro at øker andelen av befolkningen med behov for pleie- og omsorgstjenester. Det kan også hende at det er en økende vilje, vane og evne til å betale for tilleggstjenester innen velferdstjenester– en såkalt «moderne forbruker». Hvis dette er tilfellet kan det prege markedene for velferdstjenester i årene fremover.

Eventuell fremtidig vekst i mottakere av BPA avhenger av mer enn befolkningsvekst og befolknings-sammensetning. Etter rettighetsfestingen er det et betydelig antall flere mennesker som har rett til å organisere hjemmetjenesten som BPA. Nedenfor viser vi en figur over potensielle mottakere av BPA fra Prp. 86 L (2013-2014) som synliggjør potensialet for BPA i dag. Her er potensialet for mottakere av BPA i underkant av 36 000 personer i 2012.

Figur 5-5: Antall mottakere med rett til BPA etter rettighetsfesting, 2012-tall



Kilde: Prp. 86 L (2013-2014)

5.1.2 Økt behov for hjemmetjenester

Innen omsorgssektoren er det ikke behov for å sette offentlig, ideelle og kommersielle tilbydere opp mot hverandre. Det er likevel grunn til å tro at veksten i behovet for hjemmehjelp i sin helhet bedre vil dekkes med bistand fra også alternativer til det kommunale tilbudet. I dag bruker kommunal sektor om lag 50 milliarder kroner i året på hjemmetjenester, og omtrent halvparten er til personer i pensjonsalder. Gode anskaffelser og konkurranseutsetting er en forutsetning for at offentlig, ideell og kommersielle tilbud samlet kan møte økende etterspørsel etter hjemmetjenester. Som Sivesind (2016) påpeker er det for viktig med den god velferdsmiks mellom offentlige, ideelle og kommersielle aktører til at det skal overlates til tilfeldigheter.

6. Oppsummering

Hjemmetjenesten er en stor del av omsorgstjenesten i norske kommuner og omfatter i hovedsak helsetjenester i hjemmet og praktisk bistand. Omtrent 53 milliarder kroner i året går til hjemmetjenester, dette er i underkant av halvparten av de kommunale brutto driftsutgiftene til pleie- og omsorgssektoren.

Hjemmetjenester er et voksende pleie- og omsorgsområde. Om lag 200 000 personer mottar hjemmetjenester i Norge i dag. Etterspørselen og behovet for tjenester som forlenger personers muligheter for å bo i egen bopel vokser og vil fortsette å vokse i årene som kommer.

Kommunale innkjøp fra private aktører innen helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende var i underkant av 4,5 milliarder kroner i 2016. Ser man hjemmetjenestene under ett utgjør privat tjenesteproduksjon av hjemmetjenester bare 8,4 prosent av de totale utgiftene til tjenesteområdet.

I Norge har det vært en økning av private tjenesteleverandører innen hjemmetjenesten de siste årene. Andelen av private aktører har økt fra 6 prosent til 8,4 prosent mellom 2012 og 2016, dette er en økning fra 2,6 milliarder kroner til i underkant av 4,5 milliarder kroner. Vi ser likevel at utvikling har gått i motsatt retning i en rekke kommuner der private aktører har mistet fotfeste.

Potensialet for økt bruk av private aktører innen hjemmetjenester er stort, men den samfunnsøkonomiske gevinsten avhenger av at hindringer bygges ned. Hjemmetjenester vil beslaglegge en økende andel av de samlede ressursene i fremtiden og øker allerede i dag. Dette kan tale for at det er et særlig behov for innovasjon og alternative drifts- og tjenestemodeller, og dermed at det er spesielt viktig å ha gode vilkår og legge til rette for at private aktører kan bidra. Allerede i dag er det et stort tilfang av aktører som kan tilby hjemmetjenester innen både praktisk bistand eller helsetjenester i hjemmet.

En hindring for å realisere samfunnsøkonomiske gevinster ved bruk av private aktører kan være at kommunene ikke er tilstrekkelig grad vurderer kvalitet ved valg av leverandører, og legger for stor vekt på pris. På lengre sikt kan en uforholdsmessig vekting av pris føre til seleksjon av useriøse aktører og til mindre innovasjon ved at innovative tjenestetilbud som har potensial for å frembringe mer kvalitet per krone ikke vinner frem i kommunale anbudskonkurranser. For at man skal kunne realisere positive samfunnseffekter kreves det effektive anskaffelsesstrategier og kontraktsoppfølging med et langsiktig perspektiv.

Hjemmetjenesten er en sektor der det egner seg å bruke private i tillegg til kommunale aktører. En god miks av offentlige, ideelle og kommersielle tilbydere som utfordrer og lærer av hverandre er viktig. Økt bruk av private innen hjemmetjenester vil sannsynligvis føre til økt innovasjon, og i et så stort marked vil en liten forbedring kunne gi store samfunnsøkonomiske gevinster. Som et eksempel viser vi at med en kostnadsreduksjon for hjemmetjenester på 5 prosent og en substitusjon på 5 prosent fra sykehjemsplasser til hjemmetjenester, er den samfunnsøkonomiske gevinsten mellom 4,1 og 4,6 milliarder kroner i året.

7. Referanser

Abrahamsen, D. e. a., 2016. *Hjemmetjenestens målgrupper og organisering,* Oslo/Kongsvinger: SSB.

Econ, 2009. *Borger-/brukerstyrt personlig assistanse i et samfunnsøkonomisk perspektiv,* Oslo: Econ-rapport nr. 20009-026.

Helse- og omsorgskomiteen, 2016. *Innst. 102 S (2015-2016)*. Oslo: Stortinget.

Moen, E. R., Dalen, D. M. & Riis, C., 2003. *Privat arbeidsformidling,* Oslo: Handelshøyskolen BI.

Mørk, E., 2015. *Kommunale helse- og omsorgstjenester 2014 - Statistikk om tjenester og tjenestemottakere ,* Oslo/Kongsvinger: SSB.

NHO Service, 2016. *Statistikk og trender 2015,* Oslo: NHO Service.

NOU 2000:19, 2000. *Bør offentlig sektor eksponeres for konkurranse? En gjennomgang av nasjonale og internasjonale erfaringer,* Oslo: Arbeids- og administrasjonsdepartementet.

Ny Analyse, 2016. *Effekten av konkurranse - kvalitet og kostnader ved sykehjem i Oslo 2016,* Oslo: NHO Service.

Oslo Economics, Acetan & AFI, 2014. *Konkurranseutsetting av offentlige tjenester,* Oslo: Arbeids- og sosialdepartementet.

Oslo Economics, 2013. *Det offentliges bruk av markedsaktører – en analyse av trender og resultater,* Oslo: NHO Service.

Oslo Economics, 2013. *Sykehjemsdrift i Oslo - effekten av konkurranse,* Oslo: NHO Service.

Otnes, B. o. H. F. V., 2015. *Kommunal variasjon i omsorgstjenester,* Oslo/Kongsvinger: SSB.

Senter for seniorpolitikk, 2017. [Internett]
Available at:
https://seniorpolitikk.no/nyheter/eldrebolgen-som-aldri-slutter
[Funnet 27 04 2017].

Sivesind, K. H., 2016. *Mot en ny skandinavisk velferdsmodell? Konsekvenser av ideell, kommersiell og offentlig tjenesteyting for aktivt medborgerskap,* Oslo: Institutt for samfunnsforskning.

SSB, 2016. *Befolkningsfremskrivninger 2016-2060 Hovedreslutater,* Oslo: Økonomiske analuser.

Vedlegg 1: Betingelser for samfunnsøkonomiske gevinster ved bruk av private aktører

Hvilke markedsløsninger og kontraktsformer som er optimale for samfunnet avhenger av forskjellige typer egenskaper ved produktene eller tjenestene som skal fremstilles. Vurderingene av om markedsløsninger er bedre enn offentlig tjenesteproduksjon i egenregi, og vurderingen av om markedsløsninger kombinert med offentlig tjenesteproduksjon i egen regi vil være optimalt, vil variere avhengig av hvilke markeder man studerer. En slik analyse må derfor utføres for hvert marked. På generelt grunnlag er det imidlertid grunn til å forvente at mer konkurranse og bruk av markedsaktører vil bidra til en mer effektiv utnyttelse av samfunnets ressurser.

For å vurdere potensial for gevinster ved konkurranse og bruk av markedsaktører benytter vi i denne rapporten en metode Oslo Economics har utviklet (Oslo Economics, 2013). Metoden tar utgangspunkt i arbeid av Moen, Dalen og Riis (2003).

For tjenesteproduksjon er det fire viktige vurderingskriterier for om det vil være gevinster ved konkurranse og bruk av markedsaktører som tjenestetilbydere, og eventuelt hvor store gevinstene vil være: i) forbedringspotensial, ii) potensiell konkurranse, iii) komplementaritet og iv) etterprøvbarhet.

En forutsetning for å realisere eventuelle gevinster, er at innkjøpskompetansen til det offentlige er tilstrekkelig. Manglende innkjøpskompetanse er ikke et argument mot å bruke markedsaktører. Hvis markedsforholdene tilsier at det er gevinster ved bruk av private aktører, og den offentlige innkjøperen ikke har tilstrekkelig innkjøpskompetanse, bør innkjøperen enten tilegne seg slik kompetanse, kjøpe inn slik kompetanse eller samordne innkjøp med andre kommuner/offentlige etater.

Forbedringspotensial

Ofte er det størst mulighet for kvalitetsforbedringer, kostnadsreduksjoner og konseptutvikling i sektorer som er i vekst, og som derfor i fremtiden vil beslaglegge en økende andel av de samlede ressursene i samfunnet. Et eksempel på en slik sektor er helse- og omsorgssektoren. Vekst i en sektor øker avkastningen av læring og innovasjon, som muliggjør at en får mer og bedre produkter ut av ressursene. Jo større mulighetsrommet er for kvalitetsforbedringer, kostnadsreduksjoner og konseptutvikling, jo større er gevinstene ved bruk av markedsaktører.

Potensiell konkurranse

Et annet forhold som er av betydning for gevinstene ved bruk av markedsaktører, er antallet tilbydere av den aktuelle tjenesten. Her må en både vurdere antall tilbydere som allerede er etablert i markedet, og som dermed vil kunne konkurrere om å tilby tjenester til det offentlige, og antall tilbydere som sannsynligvis vil etablere seg dersom det offentlige velger å benytte markedsaktører.

Privat virksomhet er mer egnet hvis det eksisterer mange tilbydere, slik at konkurransen kan disiplinere den enkelte tilbyder. Flere tilbydere demper risikoen for utøvelse av markedsmakt fra private aktører. Konkurranse mellom flere tilbydere gir også mulighet til å sammenligne og gir viktige referansepunkter som forenkler kontraktsproblemet. Flere tilbydere øker også utfallsrommet for innovasjon og nye løsninger. Jo flere potensielle leverandører av tjenesten, jo større er dermed gevinstene.

Komplementaritet

Gevinsten ved bruk av markedsaktører er spesielt stor hvis det eksisterer aktører som produserer komplementære og relaterte tjenester. Årsaken er at markedsaktørene da gjerne har erfaring og kompetanse som gjør at tjenestene produseres mer kostnadseffektivt.

Komplementaritetsargumentet og argumentene for gevinster ved potensiell konkurranse er relaterte, men likevel to svært forskjellige mekanismer. Den potensielle konkurransen er sterk hvis det er mange potensielle aktører, enten som følge av at sektoren har utpreget konkurranse, eller at etableringbarrierene er små. I en slik situasjon er grunnlaget for effektiv konkurranse tilstede, og prisnivået skal gjenspeile marginalkostnaden i bransjen. Sterk grad av konkurranse demper faren for markedsmakt.

Etterprøvbarhet

Kommersiell drift kan gi noen uheldige insentiver. Eksempelvis kan insentivet til å redusere kostnader være sterkere enn insentivet til å levere god kvalitet. Problemet med at bruk av markedsaktører kan gi uheldige insentiver reduseres imidlertid hvis de relevante delene av tjenesteproduksjonen er observerbare og etterprøvbare. Med etterprøvbarhet menes at kvaliteten kan måles, enten rent teknisk eller gjennom andre kvalitetsmålinger som

brukerundersøkelser. Bruk av ulike former for konkurranseeksponering kan også i seg selv gi grunnlag for å etablere bedre systemer for etterprøvbarhet både innenfor brukeropplevelser og kostnadskontroll. Slike systemer for etterprøvbarhet vil være positiv for tjenesten samlet sett.

Betydningen av begrensninger og kontrakter

I bransjer der kvalitet har stor betydning, og den er vanskelig å måle og verifisere, kan det være utfordringer knyttet til å etablere gode kontrakter. Hvis kontraktene er dårlige, kan det medføre at bedriftene leverer for dårlig kvalitet. Kontraktene bør være så tydelige og presise som mulig på kvalitetsmål og funksjonsbeskrivelser.

En essensiell del av kontraktsproblemet mellom oppdragsgiver (det offentlige) og markedsaktørene knytter seg nettopp til å utforme de elementene/mekanismene som skal sikre at markedsaktørers insentiver er forenlige med formålet med produksjonen. Rapporteringsplikter og annen kontraktsoppfølging fra oppdragsgiver, sammen med periodevise kontroller fra offentlige tilsynsmyndigheter, kan være hensiktsmessig i slike tilfeller. Samtidig må slike kostnader tas med i vurderingen av lønnsomheten av konkurranseutsetting.

På grunn av mangfoldet av tjenester i samfunnet og ulike utfordringer i forskjellige bransjer, er det nødvendig med en konkret vurdering av potensialet for samfunnsøkonomiske gevinster for hver bransje.

Vedlegg 2: Kommuner, andel private og endring fra 2012

Kommunenavn	Andel private 2016	Endring fra 2012
Halden	6,0 %	1,6 %
Moss	18,3 %	7,1 %
Sarpsborg	1,4 %	0,6 %
Fredrikstad	5,9 %	3,5 %
Hvaler	7,7 %	5,9 %
Aremark	0,0 %	-8,3 %
Marker	9,2 %	9,2 %
Rømskog	43,4 %	43,2 %
Trøgstad	0,3 %	-0,5 %
Spydeberg	30,5 %	7,2 %
Askim	5,5 %	3,3 %
Eidsberg	7,8 %	0,5 %
Skiptvet	2,4 %	0,2 %
Rakkestad	5,2 %	5,2 %
Råde	8,7 %	8,2 %
Rygge	9,2 %	-2,2 %
Våler (Østf.)	16,7 %	6,1 %
Hobøl	34,3 %	10,8 %
Vestby	18,0 %	2,0 %
Ski	0,3 %	-1,7 %
Ås	4,2 %	-0,1 %
Frogn	10,4 %	2,1 %
Nesodden	17,6 %	3,1 %
Oppegård	18,0 %	5,3 %
Bærum	15,6 %	9,8 %
Asker	9,8 %	2,9 %
Aurskog-Høland	7,8 %	-2,2 %
Sørum	0,1 %	-0,3 %
Fet	16,5 %	-2,3 %
Rælingen	12,6 %	-2,5 %
Enebakk	9,7 %	2,8 %
Lørenskog	15,9 %	-0,1 %
Skedsmo	10,2 %	-4,1 %
Nittedal	14,4 %	-7,2 %
Gjerdrum	9,9 %	2,7 %
Ullensaker	21,1 %	-5,2 %
Nes (Ak.)	2,9 %	-0,1 %
Eidsvoll	9,1 %	1,8 %
Nannestad	5,6 %	0,9 %
Hurdal	0,3 %	0,3 %
Oslo kommune	23,7 %	7,3 %
Kongsvinger	6,7 %	3,3 %
Hamar	4,2 %	0,9 %
Ringsaker	3,8 %	-3,7 %
Løten	9,4 %	9,4 %
Stange	0,9 %	0,7 %
Nord-Odal	0,0 %	0,0 %
Sør-Odal	2,3 %	-0,6 %
Eidskog	6,6 %	5,9 %
Grue	11,1 %	11,1 %
Åsnes	0,0 %	-4,0 %
Våler (Hedm.)	2,3 %	1,2 %
Elverum	14,1 %	5,8 %
Trysil	0,0 %	-0,4 %
Åmot	0,7 %	0,7 %
Stor-Elvdal	0,0 %	0,0 %
Rendalen	0,7 %	-0,8 %
Engerdal	0,0 %	-0,1 %
Tolga	0,0 %	0,0 %
Tynset	0,0 %	0,0 %
Alvdal	0,0 %	0,0 %
Folldal	0,0 %	0,0 %
Os (Hedm.)	0,6 %	0,6 %
Lillehammer	8,7 %	1,7 %
Gjøvik	2,1 %	0,1 %
Dovre	0,0 %	0,0 %
Lesja	0,0 %	0,0 %
Skjåk	0,1 %	-0,5 %
Lom	0,3 %	0,3 %
Vågå	0,2 %	0,2 %
Nord-Fron	6,6 %	4,9 %
Sel	0,1 %	0,1 %
Sør-Fron	10,6 %	2,1 %
Ringebu	0,0 %	-0,5 %
Øyer	11,3 %	0,6 %
Gausdal	18,2 %	7,9 %
Østre Toten	21,9 %	0,7 %
Vestre Toten	0,3 %	0,3 %
Jevnaker	7,7 %	7,1 %
Lunner	19,3 %	11,6 %
Gran	5,8 %	0,0 %
Søndre Land	6,3 %	5,8 %
Nordre Land	4,5 %	3,7 %
Sør-Aurdal	0,0 %	0,0 %
Etnedal	0,9 %	0,9 %
Nord-Aurdal	12,4 %	6,6 %
Vestre Slidre	2,0 %	-3,0 %
Øystre Slidre	0,0 %	-0,1 %
Vang	12,5 %	12,5 %
Drammen	10,2 %	4,2 %
Kongsberg	0,0 %	0,0 %
Ringerike	6,6 %	4,5 %
Hole	0,6 %	0,3 %
Flå	19,0 %	1,1 %
Nes (Busk.)	3,9 %	1,9 %
Gol	0,4 %	-4,7 %
Hemsedal	0,0 %	-16,4 %
Ål	4,6 %	0,0 %
Hol	1,0 %	0,1 %
Sigdal	0,5 %	0,3 %
Krødsherad	10,9 %	7,7 %
Modum	13,5 %	2,7 %
Øvre Eiker	8,5 %	2,8 %
Nedre Eiker	6,2 %	0,2 %
Lier	5,2 %	-1,7 %
Røyken	10,0 %	9,2 %
Hurum	7,4 %	4,9 %
Flesberg	0,2 %	0,2 %
Rollag	0,0 %	0,0 %
Nore og Uvdal	5,3 %	-5,8 %

Horten	1,9 %	-0,5 %
Holmestrand	12,2 %	3,9 %
Tønsberg	4,9 %	2,5 %
Sandefjord (-2016)	3,6 %	1,1 %
Larvik	5,9 %	1,7 %
Svelvik	24,4 %	8,4 %
Sande (Vestf.)	18,6 %	12,7 %
Hof	37,0 %	31,2 %
Re	11,9 %	0,4 %
Ramnes (-2001)	0,0 %	0,0 %
Andebu (-2016)	10,1 %	-1,6 %
Stokke (-2016)	3,7 %	0,4 %
Nøtterøy	7,8 %	0,4 %
Tjøme	14,9 %	10,0 %
Lardal	4,1 %	0,2 %
Porsgrunn	6,0 %	3,9 %
Skien	4,6 %	1,4 %
Notodden	0,7 %	0,0 %
Siljan	0,0 %	0,0 %
Bamble	1,8 %	1,8 %
Kragerø	3,8 %	3,2 %
Drangedal	1,4 %	-0,1 %
Nome	0,3 %	0,1 %
Bø (Telem.)	0,5 %	0,4 %
Sauherad	11,5 %	1,8 %
Tinn	0,0 %	-1,8 %
Hjartdal	0,0 %	0,0 %
Seljord	0,0 %	0,0 %
Kviteseid	0,0 %	0,0 %
Nissedal	0,0 %	0,0 %
Fyresdal	0,0 %	0,0 %
Tokke	0,0 %	0,0 %
Vinje	5,3 %	1,5 %
Risør	0,5 %	0,0 %
Grimstad	9,8 %	0,5 %
Arendal	6,8 %	5,1 %
Gjerstad	14,9 %	8,4 %
Vegårshei	18,4 %	17,5 %
Tvedestrand	0,0 %	0,0 %
Froland	0,0 %	0,0 %
Lillesand	0,0 %	-0,4 %
Birkenes	0,6 %	-3,3 %
Åmli	12,1 %	12,1 %
Iveland	0,0 %	0,0 %
Evje og Hornnes	0,4 %	-1,5 %
Bygland	0,1 %	0,0 %
Valle	0,0 %	0,0 %
Bykle	0,0 %	0,0 %
Kristiansand	1,6 %	0,8 %
Mandal	0,9 %	-0,7 %
Farsund	2,1 %	0,5 %
Flekkefjord	5,1 %	0,3 %
Vennesla	2,4 %	1,5 %
Songdalen	0,0 %	-0,4 %
Søgne	9,9 %	-0,2 %
Marnardal	1,4 %	1,4 %
Åseral	0,0 %	0,0 %
Audnedal	0,0 %	-1,7 %
Lindesnes	3,0 %	-5,8 %

Lyngdal	2,9 %	1,0 %
Hægebostad	0,1 %	-0,1 %
Kvinesdal	8,4 %	8,1 %
Sirdal	0,0 %	-0,3 %
Eigersund	0,3 %	-2,2 %
Sandnes	9,2 %	2,0 %
Stavanger	7,2 %	3,4 %
Haugesund	8,9 %	-0,3 %
Sokndal	16,5 %	16,4 %
Lund	0,0 %	0,0 %
Bjerkreim	3,7 %	-1,0 %
Hå	0,0 %	0,0 %
Klepp	1,9 %	-1,2 %
Time	4,9 %	4,3 %
Gjesdal	8,7 %	4,3 %
Sola	0,5 %	0,5 %
Randaberg	2,5 %	0,0 %
Forsand	10,9 %	6,6 %
Strand	5,2 %	-7,1 %
Hjelmeland	0,7 %	-1,0 %
Suldal	0,0 %	-0,1 %
Sauda	1,4 %	0,9 %
Finnøy	0,1 %	-0,3 %
Rennesøy	6,5 %	5,2 %
Kvitsøy	0,0 %	0,0 %
Bokn	0,0 %	-0,9 %
Tysvær	0,6 %	-0,2 %
Karmøy	3,7 %	0,0 %
Utsira	8,0 %	-36,2 %
Vindafjord (1965-20	0,0 %	0,0 %
Ølen (2002-2005)	0,0 %	0,0 %
Vindafjord	4,5 %	3,9 %
Bergen	12,1 %	1,0 %
Etne	20,1 %	14,1 %
Ølen (-2001)	0,0 %	0,0 %
Sveio	0,1 %	-10,6 %
Bømlo	2,9 %	-0,4 %
Stord	6,9 %	2,6 %
Fitjar	11,8 %	5,7 %
Tysnes	0,0 %	0,0 %
Kvinnherad	2,1 %	1,4 %
Jondal	0,0 %	-1,5 %
Odda	0,1 %	-0,5 %
Ullensvang	0,0 %	-0,2 %
Eidfjord	0,0 %	0,0 %
Ulvik	5,6 %	5,6 %
Granvin	0,0 %	0,0 %
Voss	2,8 %	0,9 %
Kvam	5,2 %	4,9 %
Fusa	17,2 %	13,7 %
Samnanger	0,5 %	-16,2 %
Os (Hord.)	6,9 %	-15,2 %
Austevoll	62,2 %	59,5 %
Sund	0,2 %	0,2 %
Fjell	8,6 %	3,1 %
Askøy	8,9 %	3,4 %
Vaksdal	20,5 %	7,6 %
Modalen	0,0 %	0,0 %
Osterøy	0,0 %	-1,1 %

Meland	3,6 %	-5,7 %
Øygarden	10,0 %	3,5 %
Radøy	0,2 %	0,0 %
Lindås	5,6 %	2,4 %
Austrheim	0,7 %	-1,2 %
Fedje	0,3 %	-0,1 %
Masfjorden	0,8 %	-0,6 %
Flora	12,3 %	4,9 %
Gulen	6,0 %	-0,8 %
Solund	2,4 %	-0,9 %
Hyllestad	0,0 %	-7,4 %
Høyanger	7,2 %	4,5 %
Vik	15,9 %	8,1 %
Balestrand	22,7 %	12,0 %
Leikanger	2,1 %	0,0 %
Sogndal	12,3 %	3,4 %
Aurland	49,1 %	13,4 %
Lærdal	20,1 %	19,2 %
Årdal	19,5 %	2,3 %
Luster	1,5 %	0,6 %
Askvoll	1,6 %	-3,5 %
Fjaler	14,1 %	-1,2 %
Gaular	0,4 %	0,4 %
Jølster	3,4 %	1,5 %
Førde	1,7 %	-1,8 %
Naustdal	0,9 %	0,9 %
Bremanger	2,4 %	1,1 %
Vågsøy	3,7 %	3,1 %
Selje	4,7 %	0,2 %
Eid	6,7 %	0,5 %
Hornindal	0,0 %	-8,1 %
Gloppen	3,4 %	-0,6 %
Stryn	0,0 %	-5,5 %
Molde	4,4 %	2,1 %
Kristiansund (-200	0,0 %	0,0 %
Ålesund	6,6 %	2,6 %
Kristiansund	0,0 %	-0,2 %
Vanylven	0,0 %	0,0 %
Sande (M. og R.)	0,0 %	0,0 %
Herøy (M. og R.)	6,5 %	5,0 %
Ulstein	5,7 %	1,7 %
Hareid	10,5 %	-1,7 %
Volda	3,8 %	-1,1 %
Ørsta	2,8 %	-2,7 %
Ørskog	0,0 %	0,0 %
Norddal	0,0 %	0,0 %
Stranda	0,0 %	0,0 %
Stordal	0,0 %	0,0 %
Sykkylven	2,6 %	0,0 %
Skodje	3,9 %	2,8 %
Sula	0,0 %	-0,8 %
Giske	1,5 %	1,1 %
Haram	0,2 %	0,2 %
Vestnes	0,7 %	0,0 %
Rauma	0,3 %	0,3 %
Nesset	0,0 %	0,0 %
Midsund	14,1 %	4,2 %
Sandøy	0,0 %	0,0 %
Aukra	0,0 %	-0,3 %

Frænа	0,0 %	0,0 %
Eide	11,3 %	-13,1 %
Averøy	9,5 %	0,2 %
Frei (-2007)	0,0 %	0,0 %
Gjemnes	1,0 %	-1,1 %
Tingvoll	4,5 %	3,4 %
Sunndal	4,7 %	3,7 %
Surnadal	1,2 %	0,1 %
Rindal	0,1 %	-0,5 %
Aure (-2005)	0,0 %	0,0 %
Halsa	0,2 %	-0,4 %
Tustna (-2005)	0,0 %	0,0 %
Smøla	0,0 %	0,0 %
Aure	0,5 %	-0,1 %
Trondheim	6,3 %	0,3 %
Hemne	4,8 %	1,6 %
Snillfjord	0,0 %	0,0 %
Hitra	10,3 %	8,2 %
Frøya	0,3 %	0,1 %
Ørland	0,0 %	-4,6 %
Agdenes	0,0 %	0,0 %
Rissa	3,0 %	1,8 %
Bjugn	0,0 %	0,0 %
Åfjord	0,0 %	0,0 %
Roan	0,3 %	-0,4 %
Osen	0,1 %	0,1 %
Oppdal	6,3 %	6,3 %
Rennebu	0,2 %	0,0 %
Meldal	1,9 %	0,2 %
Orkdal	0,4 %	0,3 %
Røros	8,9 %	1,4 %
Holtålen	0,0 %	0,0 %
Midtre Gauldal	1,0 %	-1,2 %
Melhus	7,0 %	6,6 %
Skaun	0,2 %	0,0 %
Klæbu	5,8 %	2,2 %
Malvik	5,1 %	3,7 %
Selbu	0,1 %	0,1 %
Tydal	0,1 %	0,0 %
Steinkjer	4,1 %	0,6 %
Namsos	2,7 %	0,8 %
Meråker	2,8 %	0,8 %
Stjørdal	3,3 %	1,6 %
Frosta	0,0 %	-21,8 %
Leksvik	0,2 %	0,0 %
Levanger	2,1 %	0,5 %
Verdal	4,2 %	2,6 %
Mosvik (-2011)	0,0 %	0,0 %
Verran	6,1 %	-6,0 %
Namdalseid	0,1 %	0,1 %
Inderøy (-2011)	0,0 %	0,0 %
Snåase - Snåsa	0,2 %	-0,2 %
Lierne	0,0 %	0,0 %
Raarvihke - Røyrvik	0,0 %	-0,3 %
Namsskogan	0,0 %	0,0 %
Grong	0,0 %	0,0 %
Høylandet	0,0 %	0,0 %
Overhalla	17,3 %	-0,1 %
Fosnes	0,7 %	0,7 %

Flatanger	26,6 %	-2,6 %
Vikna	2,8 %	-0,3 %
Nærøy	2,9 %	2,1 %
Leka	46,3 %	39,0 %
Inderøy	0,2 %	-0,6 %
Bodø	0,5 %	0,3 %
Narvik	11,8 %	11,1 %
Bindal	0,0 %	0,0 %
Sømna	16,8 %	0,8 %
Brønnøy	1,1 %	-7,9 %
Vega	1,7 %	1,2 %
Vevelstad	0,0 %	-6,4 %
Herøy (Nordl.)	3,6 %	3,6 %
Alstahaug	17,3 %	9,5 %
Leirfjord	0,8 %	0,4 %
Vefsn	0,4 %	-0,7 %
Grane	5,1 %	4,7 %
Hattfjelldal	2,1 %	-1,6 %
Dønna	12,2 %	-1,8 %
Nesna	20,2 %	8,3 %
Hemnes	3,9 %	3,7 %
Rana	0,0 %	-0,3 %
Lurøy	0,0 %	-0,1 %
Træna	19,7 %	19,7 %
Rødøy	0,0 %	0,0 %
Meløy	3,9 %	3,5 %
Gildeskål	9,7 %	7,7 %
Beiarn	10,6 %	10,4 %
Saltdal	0,0 %	-0,8 %
Fauske	3,5 %	3,5 %
Skjerstad (-2004)	0,0 %	0,0 %
Sørfold	0,0 %	-0,3 %
Steigen	0,0 %	-0,1 %
Hamarøy - Hábmer	0,0 %	-0,4 %
Divtasvuodna - Tysf	0,2 %	-3,7 %
Lødingen	0,0 %	-8,6 %
Tjeldsund	4,8 %	0,6 %
Evenes	26,3 %	13,8 %
Ballangen	0,0 %	-16,2 %
Røst	0,0 %	0,0 %
Værøy	0,0 %	0,0 %
Flakstad	0,0 %	-0,6 %
Vestvågøy	3,9 %	1,3 %
Vågan	3,9 %	2,5 %
Hadsel	0,4 %	0,1 %
Bø (Nordl.)	0,7 %	0,7 %
Øksnes	2,9 %	2,9 %
Sortland	8,1 %	2,6 %
Andøy	12,0 %	2,5 %
Moskenes	0,0 %	-47,2 %
Harstad (-2012)	0,0 %	-1,1 %
Tromsø	10,4 %	4,2 %
Harstad	2,3 %	2,3 %
Kvæfjord	4,3 %	-4,2 %
Skånland	6,5 %	-10,1 %
Bjarkøy (-2012)	0,0 %	0,0 %
Ibestad	1,4 %	1,0 %
Gratangen	9,6 %	9,3 %
Loabák - Lavangen	0,0 %	-0,1 %

Bardu	0,2 %	-20,4 %
Salangen	17,5 %	2,3 %
Målselv	29,3 %	6,9 %
Sørreisa	8,5 %	7,6 %
Dyrøy	3,8 %	3,8 %
Tranøy	16,5 %	-5,4 %
Torsken	55,7 %	28,8 %
Berg	2,6 %	0,3 %
Lenvik	24,4 %	2,1 %
Balsfjord	6,0 %	-1,1 %
Karlsøy	2,7 %	-0,2 %
Lyngen	0,6 %	0,5 %
Storfjord - Omasvuo	17,1 %	-2,3 %
Gáivuotna - Kåfjord	0,1 %	-5,4 %
Skjervøy	0,4 %	0,2 %
Nordreisa	3,4 %	-2,1 %
Kvænangen	0,0 %	0,0 %
Vardø	7,0 %	-35,0 %
Vadsø	2,7 %	-1,4 %
Hammerfest	0,0 %	-11,7 %
Guovdageaidnu - Kau	9,9 %	9,9 %
Alta	2,4 %	2,2 %
Loppa	0,0 %	0,0 %
Hasvik	0,0 %	-0,2 %
Kvalsund	0,0 %	-8,7 %
Måsøy	0,0 %	0,0 %
Nordkapp	0,0 %	-3,7 %
Porsanger - Porsáng	0,0 %	0,0 %
Kárásjohka - Karasj	0,0 %	-1,1 %
Lebesby	2,9 %	-0,2 %
Gamvik	19,7 %	19,7 %
Berlevåg	0,0 %	0,0 %
Deatnu - Tana	0,0 %	-3,0 %
Unjárga - Nesseby	0,0 %	0,0 %
Båtsfjord	0,0 %	-0,9 %
Sør-Varanger	8,3 %	-4,8 %
Longyearbyen	0,0 %	0,0 %

oslo**economics**

www.osloeconomics.no

post@osloeconomics.no
Tel: +47 21 99 28 00
Fax: +47 96 63 00 90

Besøksadresse:
Dronning Mauds Gate 10
0250 Oslo

Postadresse:
Postboks 1540 Vika
0117 Oslo