



IDEELLE OG KOMMERSIELLE AKTØRER I HELSE- OG OMSORGSSEKTOREN

NHO Service og Handel

07.10.2021

Tre temaer fra rapporten

1. Helse- og omsorgsnæringen i tall
Spørsmål og innspill

2. Offentlige anbud reservert for ideelle organisasjoner
Spørsmål og innspill

3. Utfasing av kommersielle aktører – en konsekvensanalyse
Spørsmål og innspill



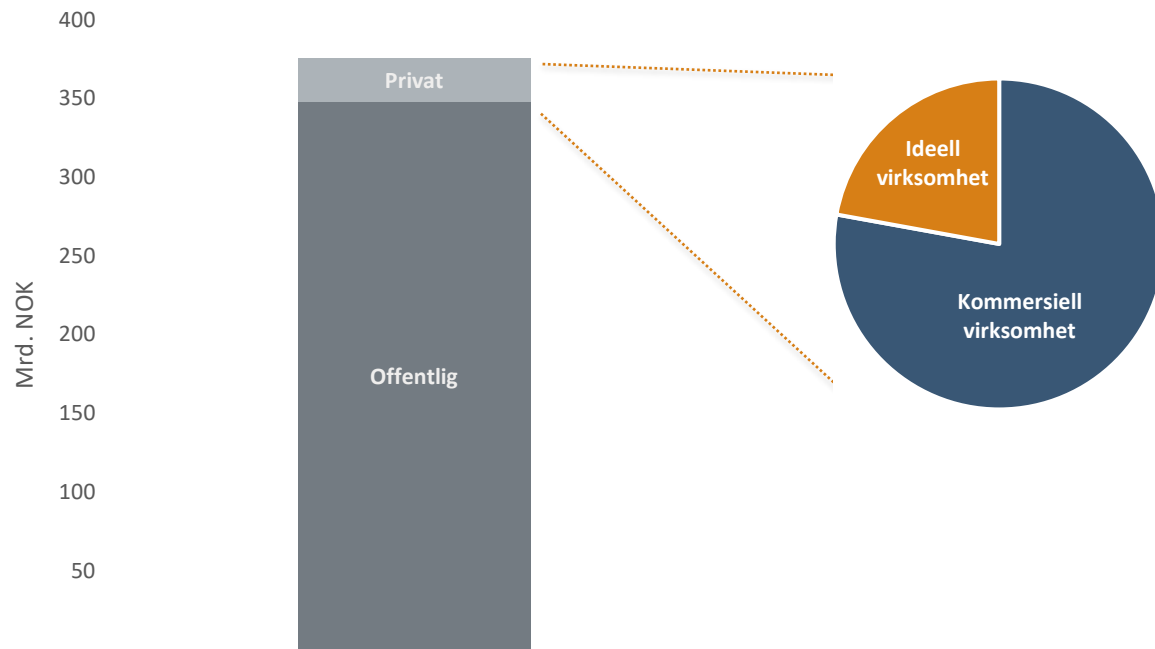
RAPPORT
 IDEELLE OG KOMMERSIELLE AKTØRER I
 HELSE- OG OMSORGSSEKTOREN



MENON-PUBLIKASJON NR. 96/2021
 Av Erik W. Jakobsen, Lars Halvård Lind og Caroline Aarre Halvorsen

Helse- og omsorgsnæringen i tall

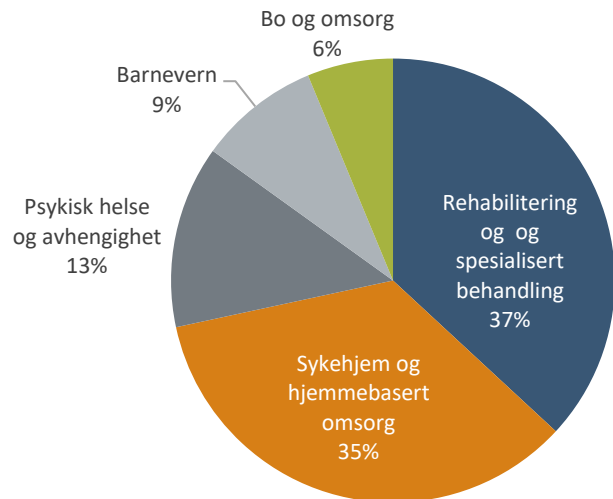
Den private helse- og omsorgsnæringen utgjør en liten andel av Norges samlede helseutgifter



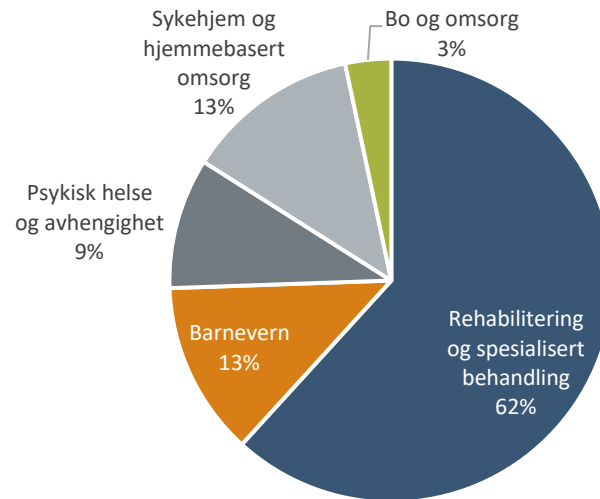
Samlede helseutgifter i Norge, fordelt mellom omsetning blant private virksomheter og utgifter i offentlige helse- og omsorgsinstitusjoner (venstre). Til høyre fremkommer fordelingen (målt i omsetning) mellom ideelle og kommersielle aktører. Kilder: SSB og Menon

Fem bransjer med 1585 bedrifter og samlet omsetning på 28 mrd. kroner

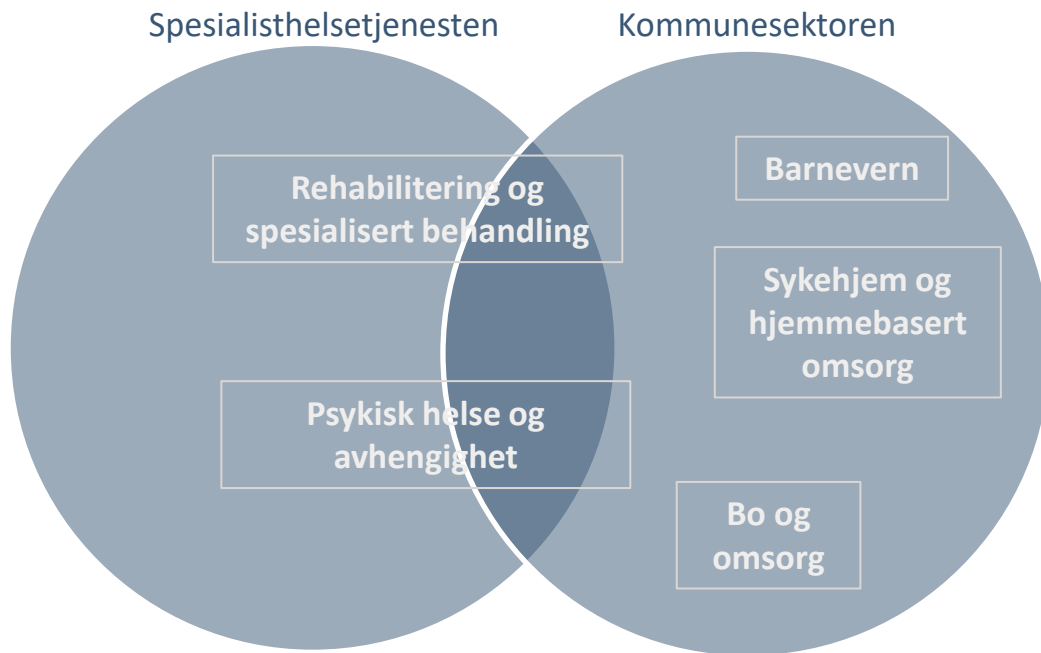
Samlet omsetning (i mrd. NOK) i den private helse- og omsorgsnæringen i 2019, fordelt på bransjer. Kilde: Menon



Antall aktive selskaper i den private helse- og omsorgsnæringen i 2019, fordelt på bransjer. Kilde: Menon

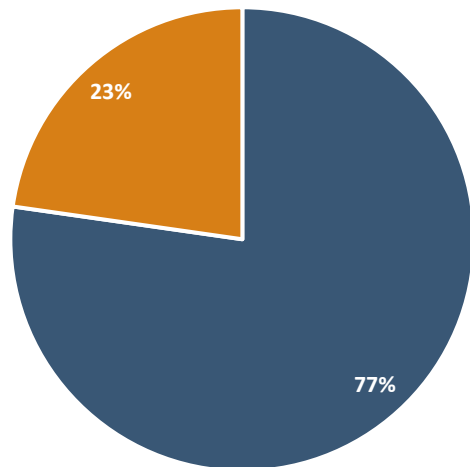


Majoriteten av inntektene til private leverandører av helse- og omsorgstjenester kommer fra offentlig tjenestekjøp

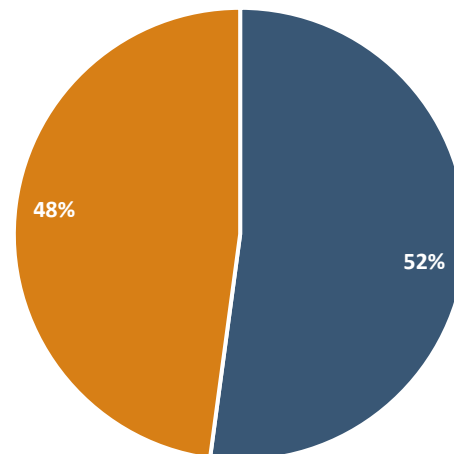


Høyest andel ideelle aktører innen psykisk helse og avhengighet

Andel omsetning fordelt mellom ideelle og kommersielle aktører for samtlige bransjer, ekskludert psykisk helse og avhengighet. Kilde: Menon

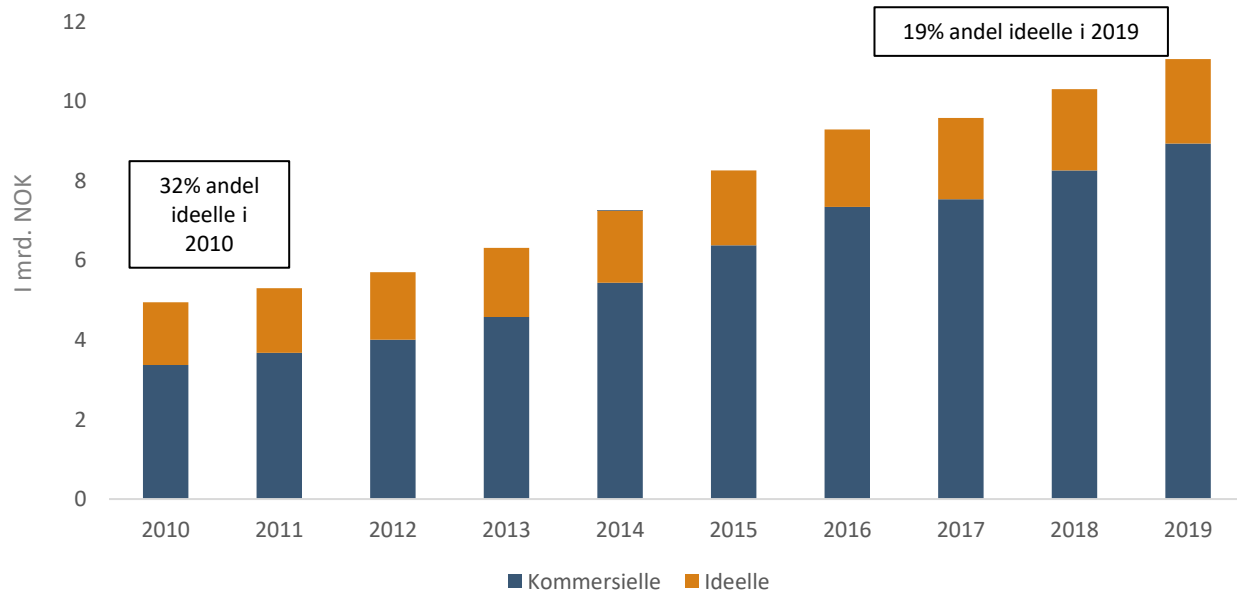


Andel omsetning fordelt mellom ideelle og kommersielle aktører for psykisk helse og avhengighet. Kilde: Menon



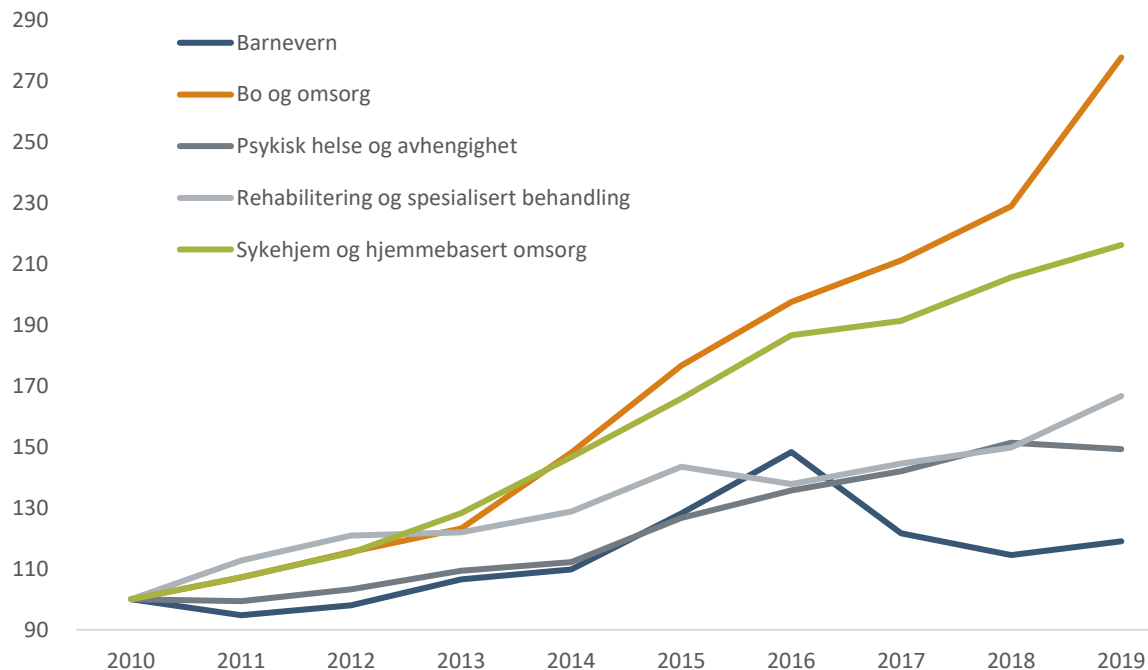
■ Kommersiell
■ Ideell

Kommersielle aktører har oppnådd en dominerende posisjon i det private markedet innen både sykehjem og hjemmebasert omsorg og bo og omsorg



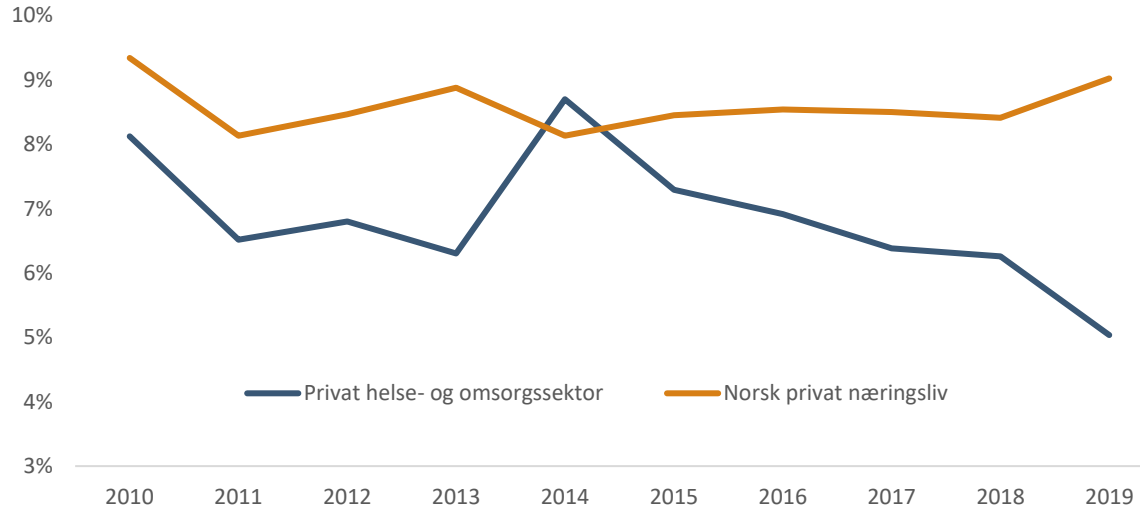
Samlet omsetning (i mrd. NOK) for kommersielle og ideelle organisasjoner innen sykehjem og hjemmebasert omsorg samt bo og omsorg (2010-2019). Kilde: Menon

Privat omsetning har vokst mer enn de offentlige helseutgifter, samtidig som det er store variasjoner mellom tjenesteområder



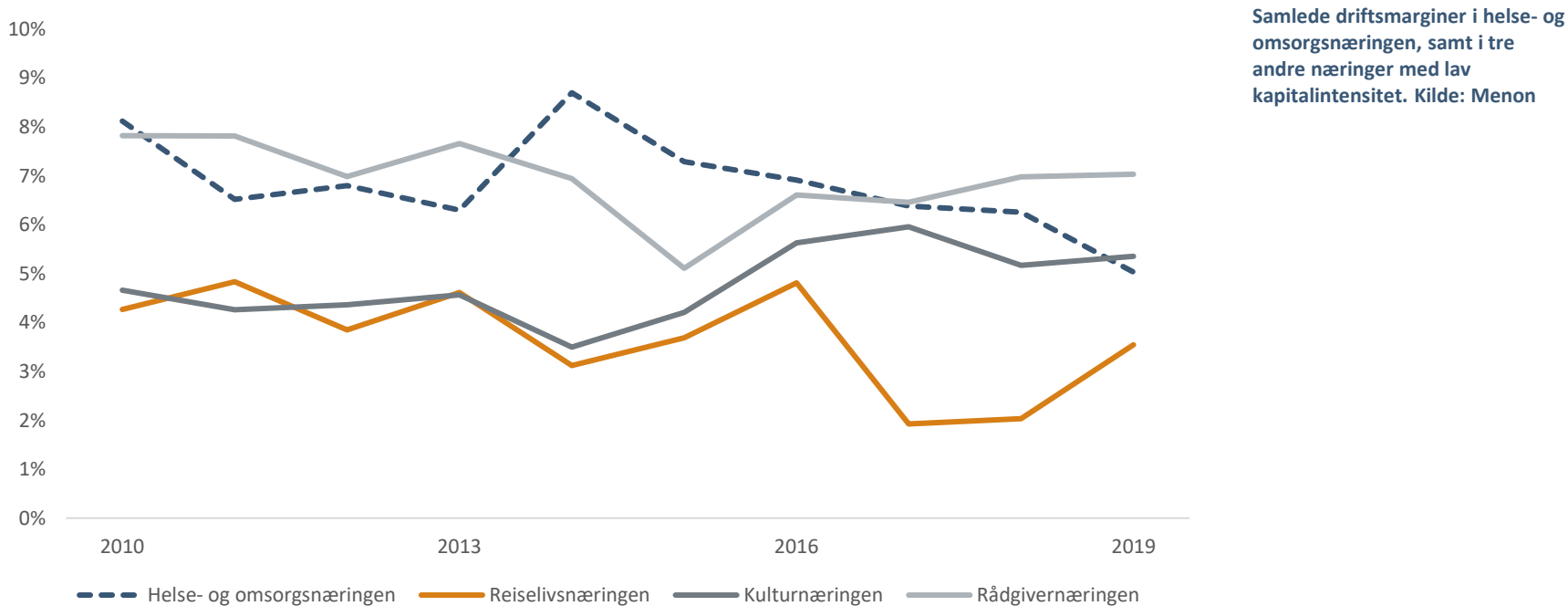
Samlet omsetning (i mrd. NOK) for den private helse- og omsorgsnæringen fordelt på de ulike bransjene, (2010-2019) Kilde: Menon

Lavere lønnsomhet i den private helse- og omsorgsnæringen enn i resten av næringslivet, men variasjoner mellom bransjene

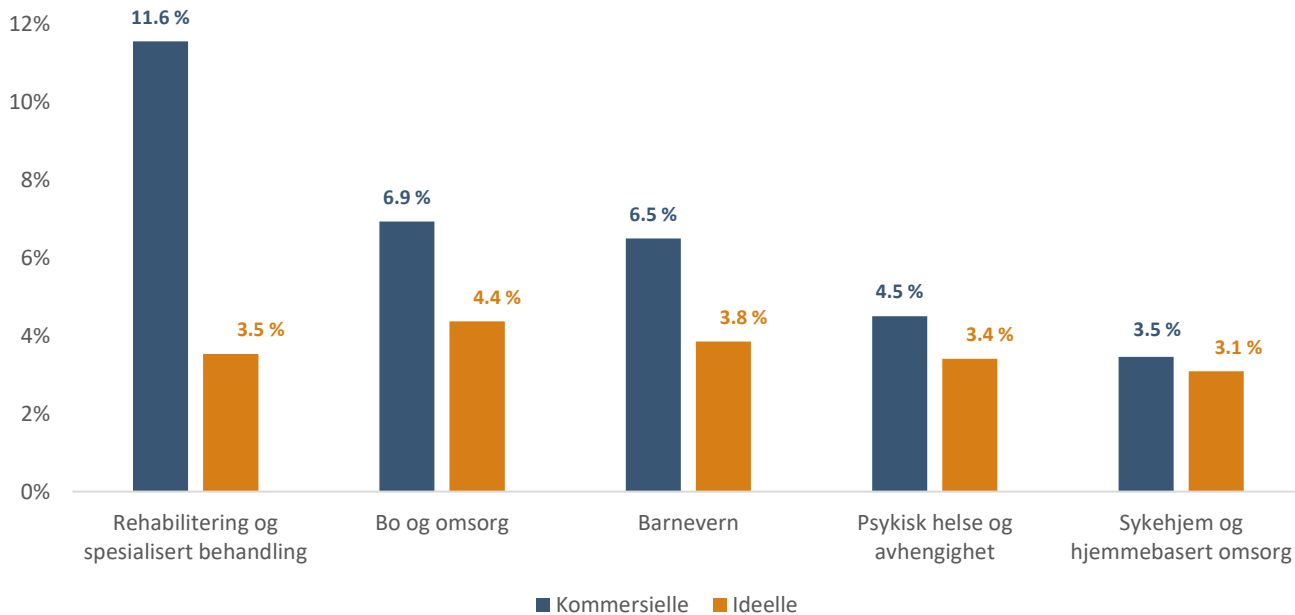


Aggregerte driftsmarginer i den private helse- og omsorgssektoren og for norsk privat næringsliv samlet (ekskl. offentlige helseforetak, olje- og gassnæringen, samt finanssektoren) Kilde: Menon

Noe høyere lønnsomhet enn i andre arbeidsintensive tjenestenæringer



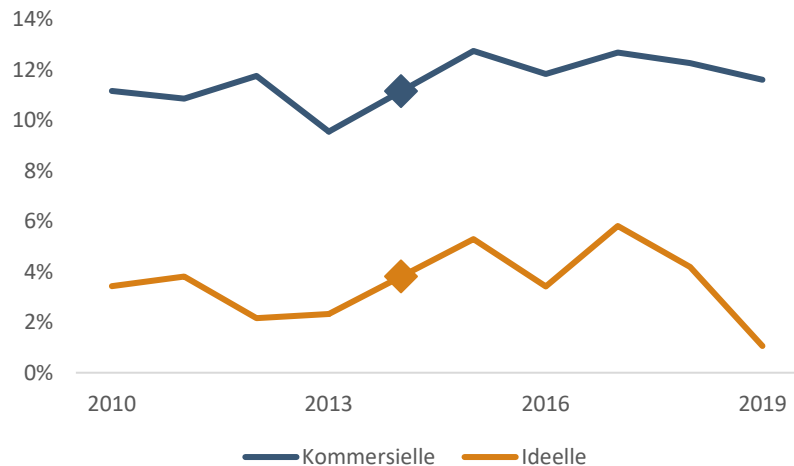
Kommersielle aktører har høyere lønnsomhet enn ideelle aktører, men betydelige variasjoner mellom bransjene



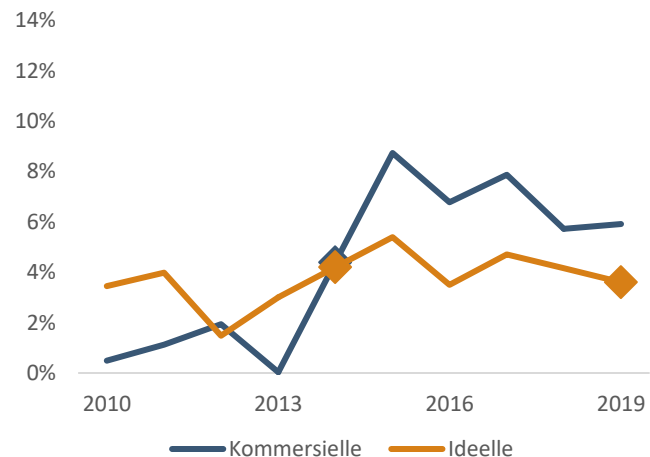
Gjennomsnittlig driftsmargin for ideelle og kommersielle aktører, fordelt etter bransje gjennom perioden 2010-2019. Kilde: Menon

Dominansen av aktører innen spesialisert behandling drar opp forskjellen mellom de ideelle og kommersielle aktørene i «Rehabilitering og spesialisert behandling»

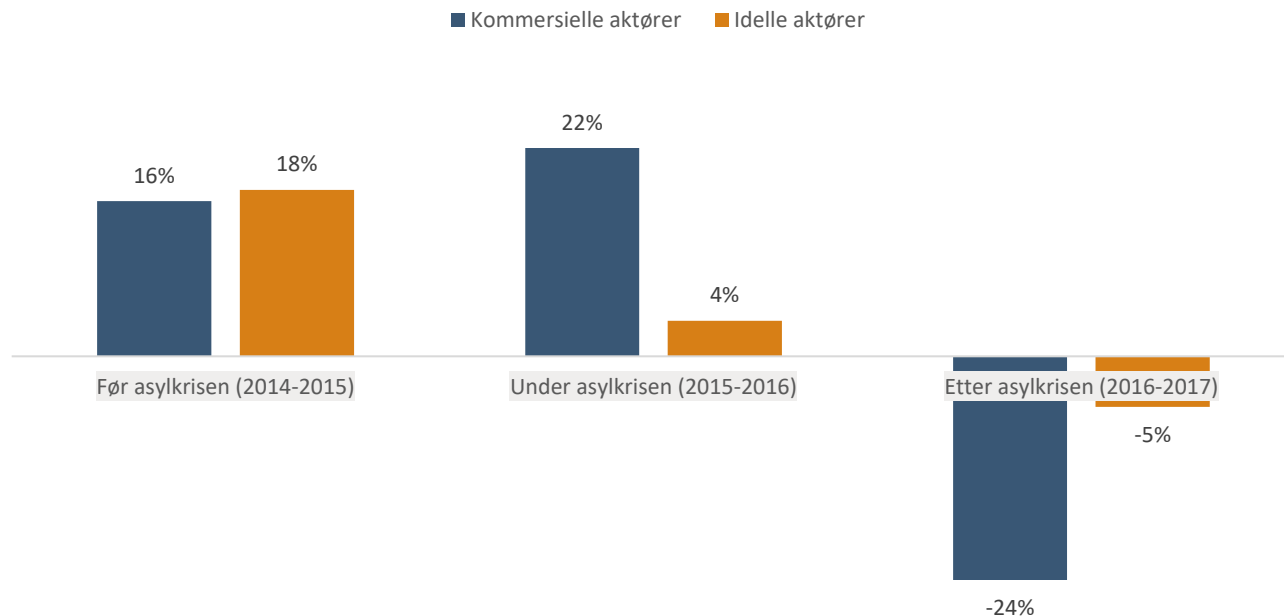
Samlet driftsmargin for kommersielle og ideelle organisasjoner innenfor rehabilitering og spesialisert behandling (2010-2019). Kilde: Menon



Gjennomsnittlig driftsmargin for kommersielle og ideelle aktører *innen undergruppen rehabilitering* (2010-2019)



Kommersielle aktører tilpasser seg akutte kapasitetsbehov i større grad enn ideelle – barnevern som eksempel



Vekst i omsetning (i prosent) fra år til år, før, under og etter asylkrisen for kommersielle og ideelle aktører, (2014-2017).
Kilde: Menon

Helse- og omsorgsnæringen i tall

Spørsmål og innspill

Offentlige anbud reservert for ideelle organisasjoner

Reservasjonsadgangen – ønske om å fremme bruken av ideelle leverandører

- **Bred enighet** → Helse- og omsorgssektoren skal driftes mest mulig kostnadseffektivt
- **Bred enighet** → *Ideelle* leverandører skaper et [positivt] leverandørmangfold
- **Uenighet** → Bruken av *kommersielle* leverandørers effekt på kostnadseffektivitet

- Det er nylig åpnet for å reservere offentlige anbud innenfor helse- og omsorgssektoren for kun ideelle aktører
 - Formål: «*Bevare mangfoldet [av leverandører] ved å gjøre det lettere å bruke ideelle aktører*»

«Ideell» – ulike definisjoner innad i offentlig sektor

- En ideell virksomhet driver «... uten å oppnå fortjeneste for [stifterne]»
- «ideelle organisasjoner har ikke avkastning på egenkapital som hovedformål» (Anskaffelsesloven)
- Ingen av definisjonene utelukker rom for skjønn – hvordan definere «ideell» sektor?



Statistisk sentralbyrå
Statistics Norway

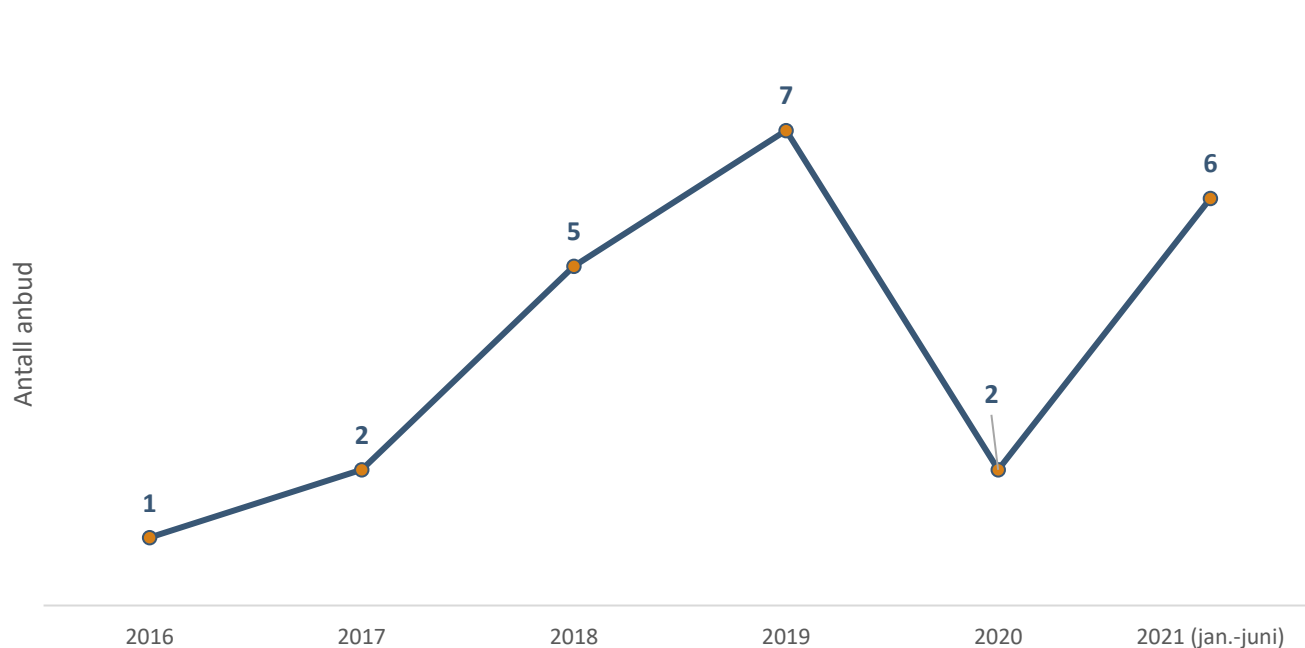


Flere kritiske innspill til lovforslaget, i høringsrunden

- Innkjøpere frykter at fraværet av en presis definisjon av **ideell** og uklart regelverk fører til
 - **Økt ressursbruk** for oppdragsgiver ved bruk av reservasjonsadgangen
 - *Transaksjonskostnader – oppdragsgiver må utrede om tilbydere er «ideelle»*
 - *Prosessrisiko – klager på vedtak om tilbydere er «ideelle»*
 - *Kontrollkostnader – oppdragsgiver må kontrollere at leverandører forblir «ideelle» gjennom kontraktperioden*
 - Skjønnsmessig myndighet til oppdragsgivere øker risikoen for korrupsjon ved bruk av reservasjonsadgangen
- Enkeltstående eksempler på at reserverte anbud gir
 - Lavere tjenestekvalitet
 - Høyere pris for oppdragsgiver

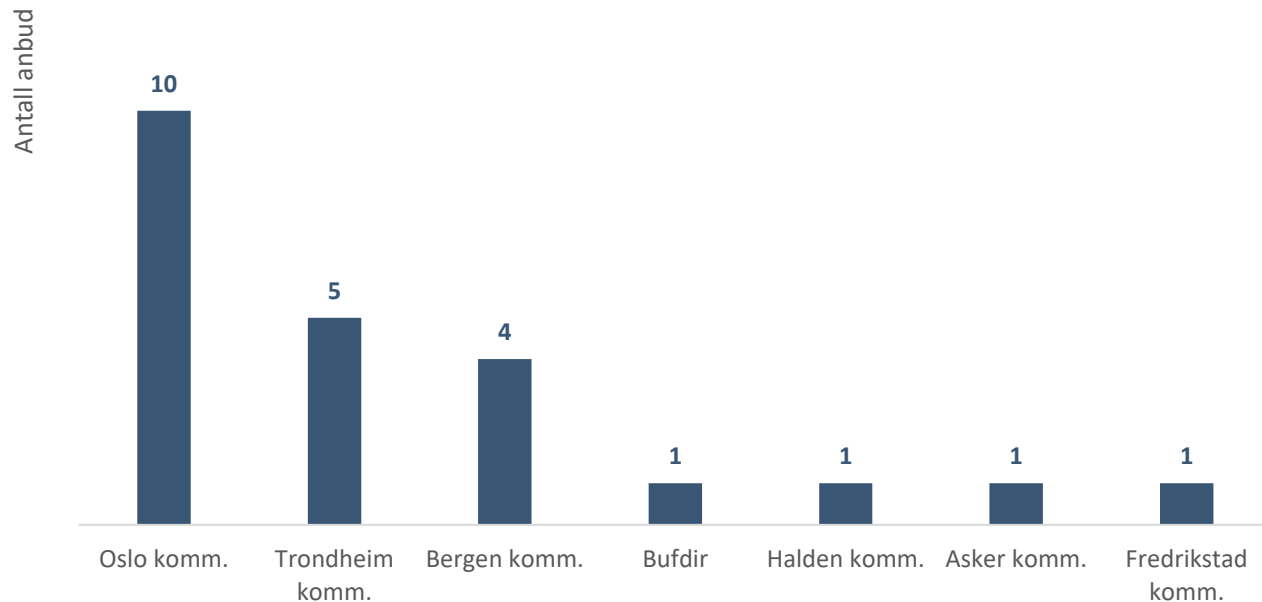


Omfanget av anbud reservert for ideelle øker, men er fremdeles lite



Utvikling i antall anbud reservert for ideelle aktører (2016-juni 2021), registrert på doffin.no. Kilde: Doffin.no og Menon Economics

Reservasjonsadgangen benyttes av i) store kommuner, ii) i anskaffelser av omsorgstjenester



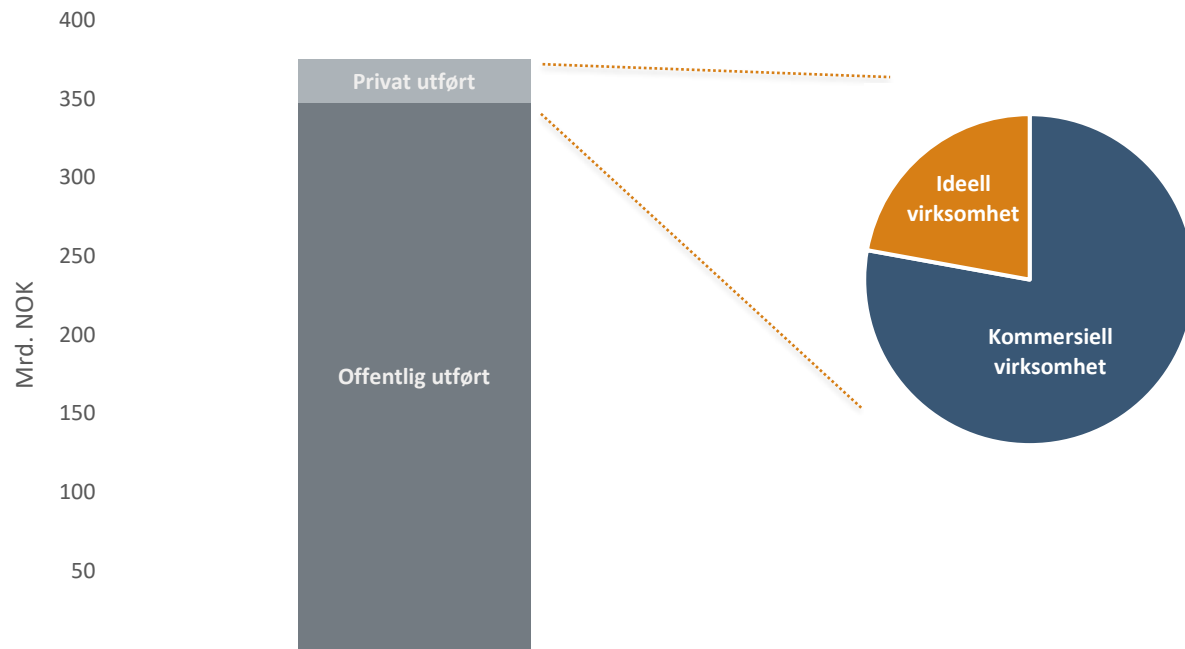
Antall anbud reservert for ideelle aktører (2016-juni 2021), registrert på doffin.no. Kilde: Doffin.no og Menon Economics

Offentlige anbud reservert for ideelle organisasjoner

Spørsmål og innspill

Utfasing av kommersielle aktører – en konsekvensanalyse

375 mrd. i helseutgifter i Norge i 2019 – mellom 5 og 10 prosent av tjenestene utføres av private



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

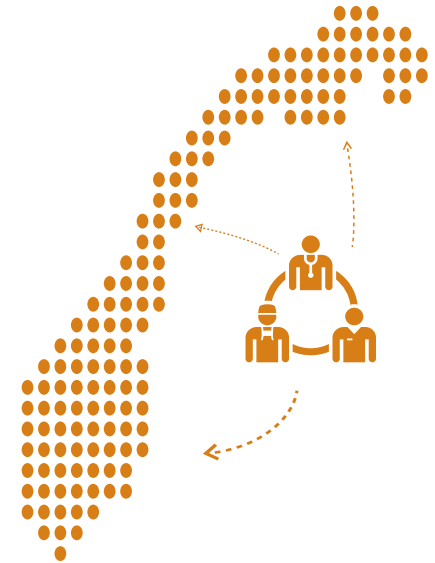
Konkurranseutsetting gir økt *kostnadseffektivitet* – større effekt jo mer *teknisk* tjenesten er

- For mer *tekniske* tjenester er det lettere å **spesifisere** kravene på forhånd
- For mer *tekniske* tjenester er det lettere å **kontrollere** etterlevelsen av kravene
- Når disse premissene ikke er til stede, er det en risiko for at konkurranseutsetting fører til at tjenestekvalitet forringes, til fordel for kostnadsutt hos den private leverandøren



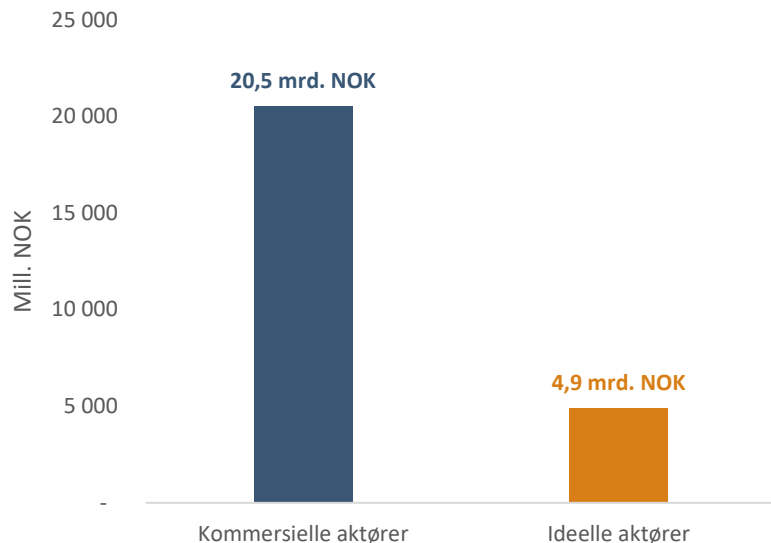
Konkurransetutting gir økt *kostnadseffektivitet* – større effekt jo mindre forutsigbarhet det er i tjenestebehovet

- Private aktører har større mobilitet – geografisk og mellom tjenestetyper – og kan utnytte sin interne kapasitet bedre enn kommunene
- Eksempel på tjenester med lav forutsigbarhet i kommunehelsetjenesten:
 - Akutte barnevernsfunksjoner
 - Midlertidig botilbud innen rus og psykiatri

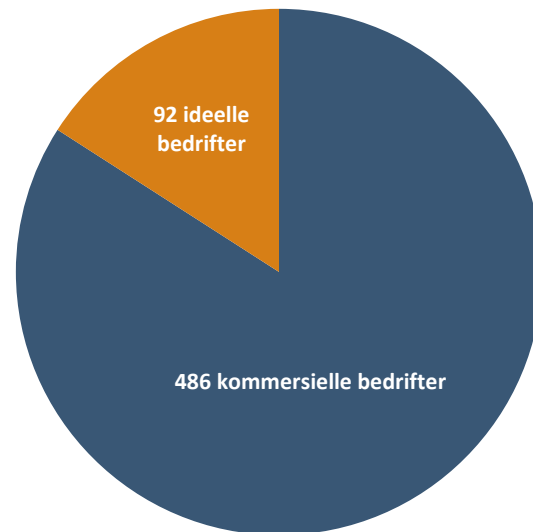


Ideelle aktører utgjør 19 prosent av omsetningen og 16 prosent av aktørene som leverer tjenester til kommunene

Kommunenes utgifter til private leverandører av helse- og omsorgstjenester, i perioden fra 2017 til 2019.

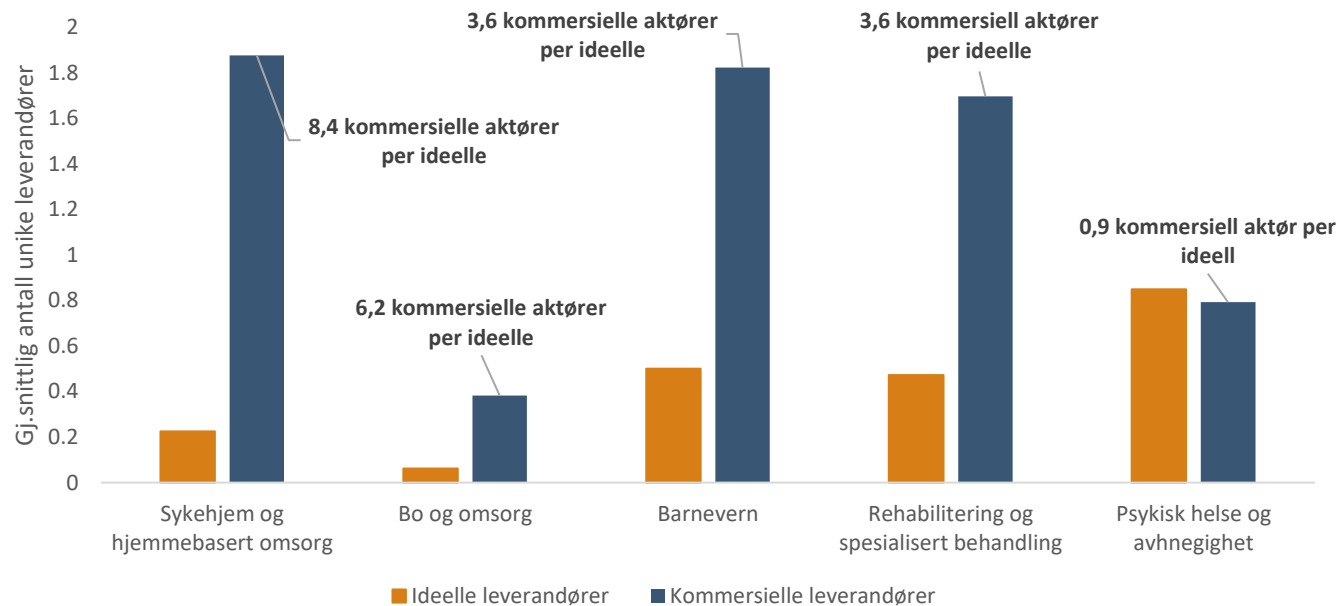


Antall kommersielle og ideelle bedrifter som har levert helse- og omsorgstjenester til norske kommuner i perioden 2017-2019. Kilde: Menon og Kommunal Rapport



Eldreomsorg og omsorgsboliger: Kommersielle aktører totalt dominerende

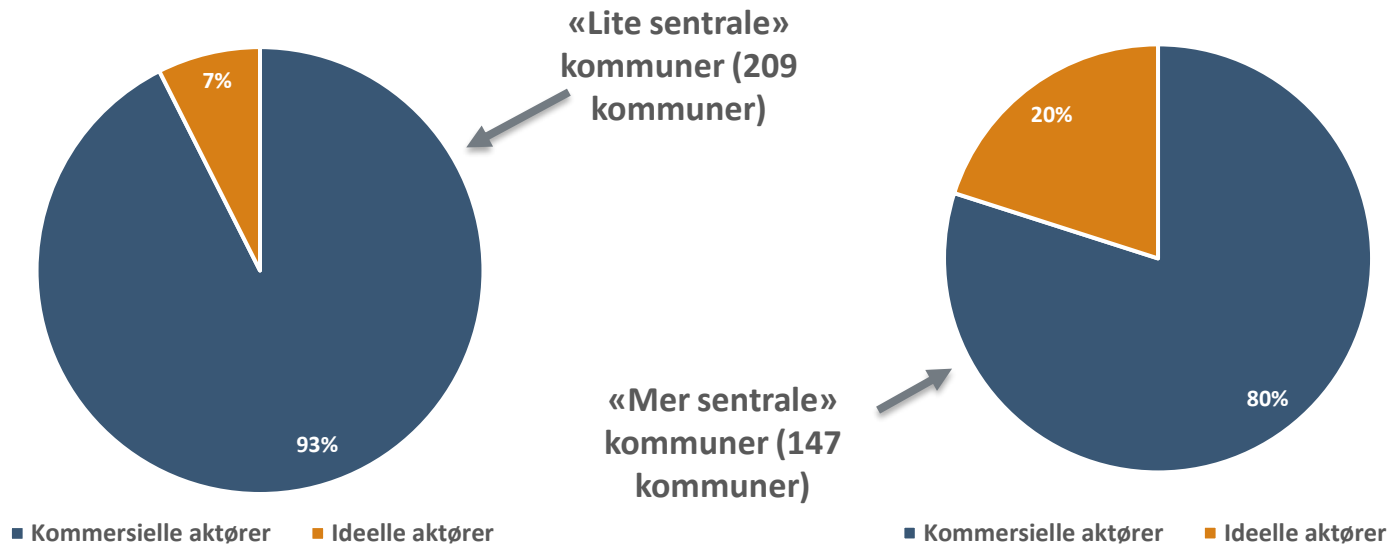
Psykisk helse/rus: Sektorene jevnstore



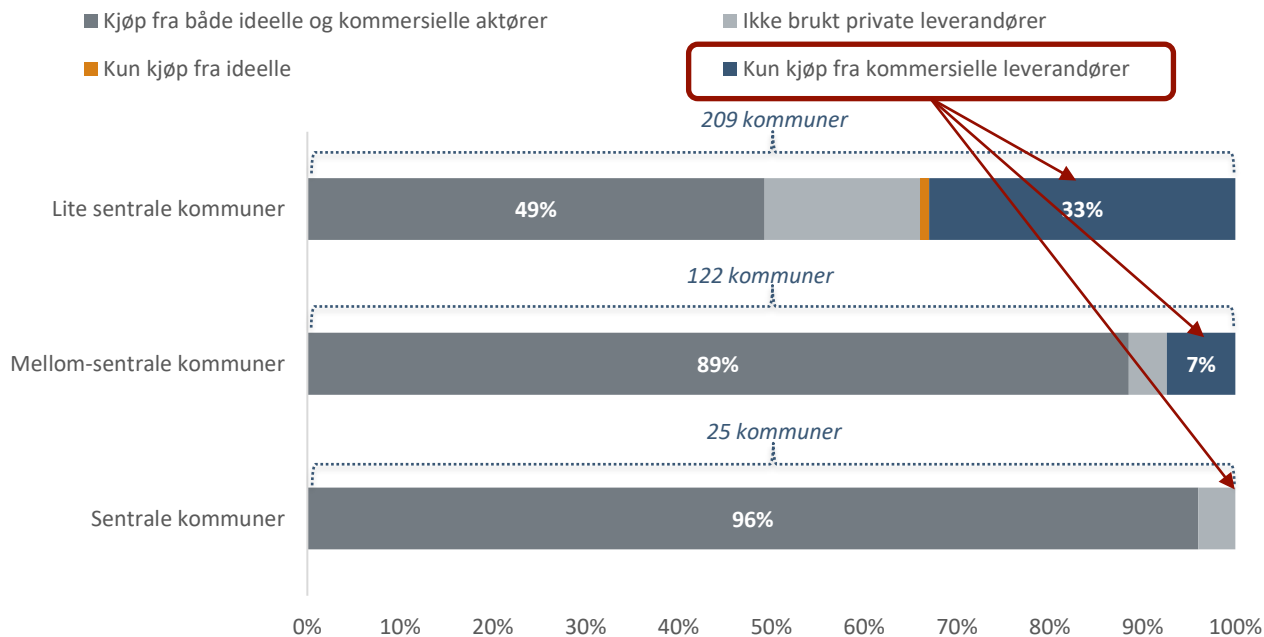
Gjennomsnittlig antall unike ideelle og kommersielle leverandører per kommune, fordelt etter bransje, samlet for perioden 2017-2019. Kilder: Leverandør databasen og Menon

Distriktskommuner benytter seg i langt større grad av kommersielle helse- og omsorgstjenester enn hva store kommuner gjør

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: Leverandørdata-basen, SSB og Menon



En av tre «distriktskommuner» bruker kommersielle, men ikke ideelle leverandører av helse- og omsorgstjenester



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

Spesialiserte behandlingstjenester er i stor grad egnet til å konkurransenutsettes – kommersielle aktører fullstendig dominerende

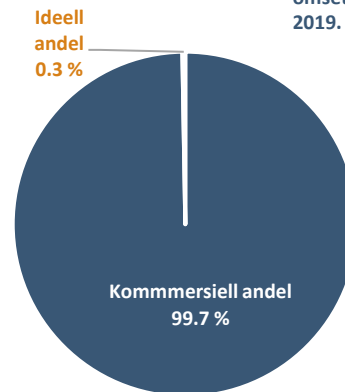


Avtalene inneholder omfattende kravspesifikasjoner
→ Kvaliteten på tjenestene som leveres kan enklere kontrolleres og etterprøves

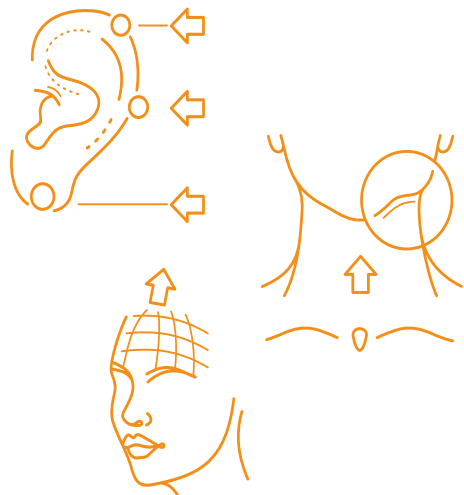


Økt pasientvolum, som en følge av at privatmarkedet gir «overrisslingseffekter» på de offentlige aktørene som kjøper tjenestene – disiplinering og økt kostnadsbevissthet

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



Eksempel: Plastikkirurgi



Aleris leverer blant annet tjenester innen rekonstruktiv kirurgi til Helse Sør-Øst

Samtidig leverer Aleris tjenester innen kosmetisk kirurgi til privatbetalende kunder som ikke dekkes av det offentlige



Samme type behandling parallelt innen to ulike marked



Økt pasientvolum



Overrisslingseffekter på de offentlige aktørene

Tiltak for å fase ut kommersielle aktører vil ha effekter på markedet, særlig på kort sikt

- Innføring av profittforbud eller forbud mot kommersielle aktører i den offentlige finansierte helse- og omsorgssektoren vil føre til at dagens kommersielle aktører tilpasser seg:
 1. **Tilpasser** seg til «å bli» en ideell aktør
 2. Ensretter seg mot **privatmarkedet**
 3. **Selger** virksomheten til en ideell aktør
 4. **Legger ned** virksomheten
- *Det er ressurs- og tidkrevende for ideelle aktører å fylle gapet etter kommersielle aktører som forsvinner fra markedet*
- *Antall tilbydere i anbudskonkurranser vil reduseres på kort sikt*

Færre tilbydere gir trolig dyrere tjenester – størst konsekvenser der konkurransesituasjonen er svak allerede (i distriktskommuner)

- Svekket konkurranseintensitet øker sannsynligheten for at prisene øker i nye anbudskonkurranser
- Fare for at tjenester ikke kan leveres – eller leveres i mindre omfang eller til lavere kvalitet
- Alternativet for kommunene er økt egenproduksjon – vil trolig føre økte kostnader grunnet smådriftsulempet og svekket fleksibilitet

Særskilt om spesialiserte tjenester

- Distriktsdimensjonen er mindre viktig
- Effekten av å fase ut kommersielle kan ventes å bli særlig stor
 - Totalt dominert av kommersielle aktører i dag
 - Større mulighet for kommersielle til å tilpasse seg mot privatmarkedet
- Lengre behandlingstider i spesialisthelsetjenesten på kort sikt
 - Helsetap
 - Ressurssterke personer «kjøper» seg ut av køen
- Oppbygging av stående kapasitet som utnyttes dårlig på lengre sikt

Reguleringer må sees i sammenheng

- Utfasing av kommersielle gir økt behov for **midlertidig innleie av arbeidskraft** i helse- og omsorgssektoren
- Et forbud mot innleie av arbeidskraft forsterker de negative effektene
- *Oppbygging og drift av mye stående kapasitet, særlig innen omsorgstjenester med høy uforutsigbarhet*

Utfasing av kommersielle aktører – en konsekvensanalyse

Spørsmål og innspill



IDEELLE OG KOMMERSIELLE AKTØRER I HELSE- OG OMSORGSSEKTOREN

7. Oktober 2021