

Velferdstjenester på markedet

av

Tiril Rustand Halvorsen

Masteroppgave

Masteroppgaven er levert for å fullføre graden

Master i samfunnsøkonomi

Universitetet i Bergen, Institutt for økonomi

Juni 2016

UNIVERSITETET I BERGEN



Forord

Denne oppgaven er skrevet som avslutning på en mastergrad i samfunnsøkonomi med Universitetet i Bergen. Jeg vil i den anledning få takke alle som har bistått meg i denne prosessen. Først og fremst vil jeg takke veileder Steinar Vagstad for uvurderlige veiledningstimer, gode tips og interessante digresjoner. Jeg er godt fornøyd med arbeidet vi sitter igjen med. Jeg vil også takke alle de andre masterstudentene på Institutt for økonomi for godt samhold gjennom to år, spesielt takk til de som har bidratt med ekstra hjelp og støtte. Ellers vil jeg takke kontaktpersoner i NSF, NHO, Oslo kommune og Bergen kommune for behjelpeligheten. Til slutt vil jeg også takke mamma, pappa, Eirik og Sveinung for gjennomlesning og heiarop.

Tiril Rustand Halvorsen

Fullt navn, Bergen 15. juni 2016

Sammendrag

Velferdstjenester på markedet

av

Tiril Rustand Halvorsen, Master i samfunnsøkonomi

Universitetet i Bergen, 2016

Veileder: Professor Steinar Vagstad

Sammendrag: Konkurransetsetting av velferdstjenester er foreløpig lite brukt i Norge, men debatten går friskt. Det er derfor viktig å se på hvordan konkurranse fungerer i ulike markeder. Denne oppgaven vil se på hvordan sykehjem fungerer i et marked. Det vil bli brukt auksjonsteori for belyse hvilke mekanismer og insentiver som ligger i anbudskonkurranser. Oppgaven bruker sentral empiri hovedsakelig fra Skandinavia og anglosaksiske land for å se om konkurranse i et marked for velferdstjenester oppnår de samme effektene som i et varemarked. Erfaringer fra Oslo og Bergen brukes det det eksisterer relevante data.

Anbudskonkurranser som brukes ved offentlige anskaffelser legger et press på prisen, som igjen går utover kvaliteten. Oppgaven viser at konkurranseutsatte sykehjem prioriterer andre og billigere former for kvalitet enn de offentlige. Blant annet er bemanningen lavere og sykepleierandelen lavere hos en del private sykehjem. Prispresset kan gjøre det utfordrende å sikre tilfredsstillende kvalitet i en slik prosess. Forsøket på å sikre kvalitet gjennom omfattende målesystemer kan videre gi utilsiktede konsekvenser i form av vridningseffekter.

Innhold

Forord	ii
Sammendrag	iii
1. Introduksjon	1
1.1 Motivasjon og problemstilling	1
1.2 Historisk gjennomgang av politikk og praksis	5
1.3 Omfang av konkurranseutsetting av sykehjem	7
1.4 Hvem er mottakere av pleie- og omsorgstjenestene?	9
2. Teoretisk gjennomgang	10
2.1 Generelt om auksjoner og anbudskonkurranser	11
2.2 Første pris lukkede bud	13
2.3 Press på kvalitet og pris	14
2.3.1 Skåringsauksjoner	15
2.3.2 Kontraktsutforming	17
2.4 Insentiver til å levere høy kvalitet	19
2.5 Brukervalg	20
2.6 Når bør produksjonen overlates til markedet?	21
2.7 Oppsummering	23
3. Empirisk gjennomgang	23
3.1 Å måle kvalitet	24
3.2 Strukturdimensjonen	25
3.3 Prosesskvalitet	32
3.4 Resultatkvalitet	33
3.5 Kostnadsbesparelser	35
3.6 Vridningseffekt	37
3.7 Oppsummering og kommentarer til empirien	38
4. Diskusjon	40
4.1 Effekt på pris og kvalitet	40
4.2 Vridningseffekt	42
4.3 Effektivitet eller overføring?	43
4.4 Hvilke sykehjem konkurranseutsettes?	47
4.5 Valgmuligheter	49
4.6 Hvem konkurranseutsetter?	51
4.7 Kjennetegn ved velferdstjenester	51
4.8 Utvikling fremover	53
5. Oppsummering	55
6. Kildeliste	56

1. Introduksjon

1.1 Motivasjon og problemstilling

«Regjeringen mener i utgangspunktet at produksjon av velferdstjenester skiller seg lite fra andre tjenester. Bruk av konkurranse stimulerer til verdiskaping, bedre tjenester og effektivisering. Det er derfor helt nødvendig at konkurranse blir et gjennomgående element i offentlig virksomhet.» (Sundvolden-erklæringen, 2013)

Hvilke varer og tjenester som skal produseres, eies og drives av det offentlige og hvilke det private skal stå for har lenge vært gjenstand for debatt. Privatiseringsdebatten er ofte polarisert, drevet av interesser, maktkamp og ideologisk overbevisning. Forskjellene følger gjerne politiske skillelinjer og allerede eksisterende interessemotsetninger. På den politiske høyresiden fremstilles offentlig sektor av mange som en stor, ineffektiv koloss som, både burde overlate flere oppgaver til det private, og kunne hatt godt av litt konkurranse. På motsatt side ønsker mange at private aktører ikke skal kunne tjene penger på skattefinansierte velferdstjenester. Motstanden mot de såkalte «velferdsprofitørene» er stor på den politiske venstresiden. På høyresiden er det tilsvarende skepsis mot «offentlige A4-løsninger».

Sitatet over, hentet fra regjeringserklæringen til regjeringen Solberg, oppsummerer godt hvordan det argumenteres for bruk av konkurranse. Argumentene som høres oftest i debatten er at konkurranse vil gi «effektivisering og valgfrihet». Ideen er motivert av tanken om at markedet skal konkurrere vekk unødvendig ressursbruk, og at kvaliteten skal øke når brukerne velger de beste aktørene og lar de andre i stikken. Denne tankemåten faller sammen med fremveksten av New Public Management¹, målstyring, ønske om et skille mellom politikk og produksjon og troen på markedets overlegenhet over staten utover på 1980- og 90-tallet (Lie, 2013). Markedet for velferdstjenester er i realiteten sterkt regulert og det kan forekomme markedssvikt det kan være vanskelig å kompensere for. Spørsmålet er om velferdstjenester egner seg til å være i et marked. I Sundvolden-erklæringen til Høyre/Frp-regjeringen kommer det frem at det i alle fall utformes politikk med utgangspunkt i et slikt marked.

¹ NPM er en fellesbetegnelse for en rekke prinsipper og metoder for organisering av offentlig virksomhet. bygger på prinsippet om at en offentlig virksomhet som ligner mer på et marked vil kunne bidra til bedre kvalitet og større effektivitet i den offentlige tjenesteytingen (Hansen, 2014).

Tjenestene som skal omsettes på det markedet det siktes til, kjennetegnes spesielt av å være flerdimensjonale og komplekse. Dette gjør de vanskelig å omsette på et marked hvor det forutsettes at alle har all relevant informasjon. Fullstendig informasjon forekommer i utgangspunktet svært sjeldent, selv i et marked for varer, og særlig gjelder dette i et marked for pleie- og omsorgstjenester. Tjenester skiller seg fra varer på den måten av kvaliteten er ukjent frem til tjenesten blir konsumert. Enkelte kvalitetsdimensjoner ved en tjeneste kan i tillegg være vanskelig å *definere*. Hvorvidt et sykehjem utfører god omsorg, er vanskelig å vite før du selv får oppleve den. Hva som er god omsorg er dessuten subjektivt.

I praksis innføres konkurranse ved å gjennomføre auksjoner. Når auksjoner benyttes til offentlige innkjøp kalles det en *anbudskonkurranse*. Det innebærer at leverandører konkurrerer om å få tilby tjenesten i et marked. Når prisen presses nedover vil konkurransen av natur også legge et press på kvalitet. I arbeidet med å sikre tilfredsstillende kvalitet gjennom denne prosessen kan det oppstå problemer på minst tre måter.

For det første vil kvalitet som ikke kan defineres være vanskelig å bestille, levere og kontrollere. Siden informasjon er en viktig del av konkurransen, har gode kontroll- og målemuligheter blitt avgjørende for en velfungerende konkurranse. Dette forutsetter at kvaliteten ved tjenesten lar seg kontraktsfeste og kontrollere. For det andre vil forsøket på å definere hvilken kvalitet som ønskes i kontrakten, gir incentiver til å *kun* fokusere på det som står i kontrakten. Gis det incentiver til noe, mangler det incentiver til noe annet. Hvis antall iPader får mer fokus enn forebygging av ensomhet og depresjon hos eldre, vil kvaliteten da ha økt? For det tredje risikerer vi at når alle tilbudene evalueres etter samme mal, blir tjenestene veldig like hverandre. Valgmulighetene som finnes i andre markeder, forsvinner. Mangel på informasjon om kvalitet gjør det i tillegg vanskelig for brukerne å vite om de velger det beste tilbudet.

Det blir tidvis argumentert med store kostnadsbesparelser som følge av konkurranseutsetting av velferdstjenester. NHO-direktør Kristin Skogen Lund har blant annet sagt at rekommunaliseringen av sykehjem i Bergen kommune, som vil koste Bergen kommune 4 millioner i året, er «er en sløsing med offentlige penger»². Konkurranse skal sikre mest mulig

² NRK (6.4.2016) http://www.nrk.no/hordaland/nho_-_tragisk-a-kaste-private-ut-av-sjukeheimane-1.12887742 kl. 22.14

effektiv drift og utnyttelse av fellesskapets ressurser, og i en stram kommuneøkonomi er det viktig å se på innsparingsmuligheter. Produktivitetskommissjonen (NOU 2016: 3) trekker frem konkurranse som avgjørende for velferdsstatens bærekraft. Det offentlige klarer ikke dette alene og vi må «slippe alle gode krefter til»³. Dette gjelder selv på kjerneoppgaver som pleie og omsorg, som til tross for å ha andre målsetninger enn profitt, like fullt er avhengig av å bli driftet på en kostnadseffektiv måte. Offentlig pengebruk er nødt til å bli oppfattet som rimelig og rasjonell for at legitimiteten til systemet skal kunne opprettholdes. Velferdstjenester er dessuten svært kostnadskrevenende, så for å kunne gi et best mulig tilbud til hele befolkningen, er det viktig å ikke sløse med ressursene. Det er likevel ikke gitt at velferdstjenester egner seg like godt til konkurranseutsetting som for eksempel renovasjon. Derfor er det viktig å undersøke hvilke effekter konkurranse har i hver enkelt næring og vurdere hvorvidt det er den riktige løsningen for fremtidens velferdstjenester.

Selv om rasjonalet for å ta i bruk konkurranse kan virke enkelt, må hver enkelt beslutning begrunnes grundig. Spørsmålet om en kommune skal kjøpe inn eller drive velferdstjenestene selv inneholder en rekke avveininger som må undersøkes empirisk for at det ikke skal bli en ren ideologisk debatt. Selv om det finnes flere studier som viser at det er et betydelig innsparingspotensiale for tekniske tjenester som renovasjon, renhold og veibygging (Vrangbæk et al. 2015, Houlberg og Petersen 2012, Rodrigues et al. 2014), er det ikke gitt at det samme gjelder for velferdstjenester.

Anbudskonkurranser gjør det viktig finne en måte å sikre god kvalitet på, samtidig som man på veien kan oppleve at det gis insentiver som får utilsiktede konsekvenser. Denne oppgaven vil gjennomgå studier som har undersøkt kvalitetsforskjeller mellom offentlige og private sykehjem. Disse vil belyse hvordan pris og kvalitet påvirkes av konkurranse. *Oppgaven stiller spørsmålet ved om konkurranse om velferdstjenester gir de ønskede effektene: effektivisering, økt kvalitet og mer valgfrihet. Drift av sykehjem blir brukt som eksempel.*

Gjennomgangen finner at det er tendenser til systematiske forskjeller mellom private kommersielle⁴ og offentlige sykehjem. Forskjellene gir seg utslag i hvilken *type* kvalitet som blir gitt. Dyr kvalitet som pleiepersonell, ser ut til å bli erstattet med billigere kvalitet som for

³ "Høyre vil slippe alle gode krefter til". Høyre (2013)

⁴ Private kommersielle som i for-profit, og i motsetning til private ideelle, non-profit, ikke-kommersielle sykehjem.

eksempel flere alternative matretter⁵. Såkalt strukturkvalitet, forhold som ligger til rett for pleie (for eksempel kompetanse) er dessuten vanskeligere å definere enn prosesskvalitet (måltider eller individuell pleieplan). Dette kan tyde på at det også skjer et visst fokusskifte innenfor tjenestetilbudet.

Empirien viser at de offentlige sykehjemmene oftere skårer relativt høyt på kvalitetsindikatorer som måler arbeidsstokk og arbeidsvilkår, og at de private kommersielle gjør det bra på indikatorer som måler grad av brukermedvirkning, individuell tilpasning og aktiviteter. Siden kvalitet tross alt er vanskelig å måle, er det ikke åpenbart om dette gir store kvalitetsforskjeller. Men det er heller ingen tegn til at kvaliteten har økt etter at konkurranse har blitt innført. Snarere er det slik at studier som har tilgang på store data på individnivå fra land med utbredt privatisering, viser betydelig høyere andel sykehusinnleggelses og dødelighet ved private kommersielle sykehjem.

Det kan også diskuteres hvorvidt eventuelle kostnadsbesparelser kvalifiserer som reelle samfunnsøkonomiske effektiviseringer eller kun som overføringer (eller omfordeling). Lavere kostnader som følge av dårligere arbeidsvilkår vil for eksempel kunne karakteriseres som en overføring. Oppgaven gir heller ingen støtte til hypotesen om at valgmulighetene øker. Det kan skyldes at kommunen fortsatt har kontroll over plassering av pasienter, og fordi sterke reguleringer og standardisert målesystemer gir likere tjenester.

Første kapittel har redegjort for motivasjon og problemstilling og vil videre gi en historisk gjennomgang av den politiske og juridiske utviklingen for privatisering i Norge. Kapitlet vil også tegne et bilde av utbredelsen og situasjonen for norske sykehjem i dag. Kapittel 2 vil greie ut om auksjonsteori og anbudskonkurranser med konkurranse på pris og/eller kvalitet. Kapitlet vil også gå gjennom ulike insentivordninger som benyttes for å sikre at kvaliteten er tilfredsstillende. I kapittel 3 presenteres empiri fra Skandinavia og anglosaksiske land som på ulike måter kan bidra til å svare på spørsmålene i denne oppgaven. Eksempler og data fra Oslo og Bergen vil bli brukt det er det mulig og hensiktsmessig. Kapittel 4 vil diskutere ulike årsaker til at vi kan se forskjeller mellom offentlige og private sykehjem og hvorvidt velferdstjenester egner seg til å overlates til markedet slik sitatet innledningsvis påstår. Det

⁵ Maten kan være kjempegod og ha høy kvalitet, men er altså billigere å tilby enn sykepleiere.

avsluttende kapitlet vil løfte blikket og se på utviklingen av tjenestene og privatisering fremover.

1.2 Historisk gjennomgang av politikk og praksis

I dag er konkurranse en naturlig del av offentlig forvaltning. Hvordan har politikken ført til den praksisen vi har i dag?

Tradisjonelt har pleie og omsorg vært familiens ansvar, og offentlige tilbud ble driftet av kirken eller ideelle organisasjoner. Utover på 1900-tallet ble ansvaret i større og større grad institusjonalisert og overført til det offentlige. Som et stort og spredt befolket land, har norske velferdstjenester alltid vært desentraliserte. I tillegg til å være del av den nordiske, universelle velferdsmodellen, er de kjennetegnet av et tett samarbeid mellom nasjonale og lokale myndigheter. Lovgivningen fastsetter en bestemt ansvarsfordeling, men gir kun generelle bestemmelser om innhold. Kommunene og fylkeskommunen er derfor relativt autonome til å utforme, organisere og gjennomføre tjenestene selv (Vabø, 2012). I lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (2011, §3-1) står det at «Kommunen skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester» og at «[Tjenestene] kan ytes av kommunen selv eller ved at kommunen inngår avtale med andre offentlige eller private tjenesteytere».

På 60- og 70-tallet kom «Lov om sosial omsorg» (1965) og endringer i sykehusloven (1970) som ga det offentlige lovpålagt ansvar for å tilby omsorg til trengende. Dette ble kalt «Den offentlige revolusjon» (Otnes, 2015). På 1980- og 90-tallet ble det innført ytterligere reformer som overførte makt til kommunene. I 1986 ble øremerkede overføringer fra staten omgjort til rammetilskudd, og kommunene måtte selv prioritere og effektivisere innenfor disse (Otnes, 2015).

Samme år kom Regjeringen Willoch med sitt *Moderniseringsprogram* og rapporten *Om samhandling i helse- og sosialtjenesten*, og satte kommunene i gang med å samordne tjenestene sine og frigjøre ressurser (NOU 2000: 19). Familiebedrifter og frivillige initiativer ble etterspurt og de skulle få offentlig støtte. Dette ble videreført av Arbeiderpartiet under Brundtland sitt *Fornyelsesprogram*, hvor det ble presisert at initiativene skulle komme fra «grasrota». Dette var kun anbefalinger og forslag, ikke vedtatte endringer. Etter hvert forsvant

fokuset på deltagelse og med *Eldreopprøret* i 1990 ble *rettighetene* til de eldre satt øverst på dagsorden. Stortinget vedtok den såkalte *eldremilliarden* under regjeringsperioden til Jan P. Syse. Den økte oppmerksomheten på kvalitet i eldreomsorgen førte til flere midler i årene som fulgte, og et større behov for kvalitetssikring og rapportering. Statistisk sentralbyrås Kommune-stat-rapportering (KOSTRA) og Individbasert pleie- og omsorgsstatistikk (Iplos) oppsto som sammenliknings- og læringsverktøy for å øke kostnadseffektiviteten og sikre kvalitet. Rapporteringsverktøyet er obligatorisk for alle kommuner. Behovet for rapportering, måling og ideene bak New Public Management-teorien begynte for alvor å spre seg, og utover 90-tallet ble tanken om at private kommersielle tilbydere ville revitalisere omsorgen sterkere. Konkurransen, målstyring og bedriftstenkning skulle effektivisere og heve kvaliteten i hele offentlig sektor (Vabø et al. 2013).

I begynnelsen fikk reformprogrammene utslag ved at bestiller- og utførerrollen ble splittet. Dette gjaldt selv for kommunens egen drift. Kommunale foretak fikk separate budsjetter og måtte by på kontrakter på lik linje med private. Ideen var at dette ville gi bedre kontroll med tjenestene, bedre sammenlikningsgrunnlag og høyere kvalitet. Innkjøper skal bestemme kvalitetsnivået på tjenestene, med mulighet til å kontrollere at kontraktene følges opp. Dette var også et middel for å skape en slags armlengdes avstand innad i kommunen (Gammelsæther, 2006).

Private, ideelle stiftelser eller familiebedrifter, som Norske Kvinners Sanitetsforening, har så lenge vi har hatt barnehager og sykehjem i Norge stått for drift av velferdstilbudene. Da Oslo kommune begynte med anbudsutsetting av sykehjem inviterte de både kommersielle og ideelle til å by på kontraktene. Det viste seg etter et par år at de ideelle ikke vant anbudene. Flere av de tradisjonelle ideelle driverne måtte etter hvert se seg slått. En stor grunn til det var at de hadde bundet seg til å gi samme nivå på pensjoner som det offentlige (Vabø et al. 2013) (Herning, 2015). Selv Frelsesarmeen som eide byggene selv vant ikke anbudene som kommunen utlyste. De sluttet med sykehjemsdrift i frykt for at kommunen skulle konkurranseutsette driften av deres egne sykehjem. Problemet ble adressert av Bondevik II-regjeringen (2001-2005) og Stoltenberg II-regjeringen (2005-2009) og i 2006 kom det en forskrift til loven som tillot kommunene å inngå avtaler med ideelle aktører utenfor rammene av anskaffelsesregelverket. I 2012 ble de ideelle og frivillige drivernes posisjon sikret

ytterligere da myndighetene, Frivillighet Norge og arbeidsgiverorganisasjonene Virke og KS⁶ underskrev en avtale om samarbeid for kvalitet, mangfold og anerkjennelsen av verdibaserte organisasjoners behov for langsiktighet og autonomi. Denne avtalen fratar imidlertid ikke kommunene retten til å anbudsette og inngå kortsiktige kontrakter med kommersielle aktører (Vabø et al. 2013: 254).

I 2005 la byrådet i Oslo frem et dokument om *Kvalitetsparametere og kvalitetskonkurranse i sykehjem*, der det blant annet heter at «målsettingen ved konkurransen har vært å få best mulig kvalitet på tjenesten til en riktig pris». Videre beskriver byrådet modellen slik: «Bruk av kvalitetsanbud i konkurranse er basert på åpen konkurranse og skal være en metodikk for objektive vurderinger av ulike tilbydere i konkurranseprosessen for sykehjem. Dette lar seg ikke forene med direkte forhandlinger, og bruk av unntaksregelen overfor ideelle organisasjoner er således ikke aktuell ved bruk av kvalitetsanbud».

Kommunenes frie rolle som ansvarlig for velferdstjenestene og overgangen til rammefinansiering i 1986 kombinert med fremveksten av nye måter å organisere offentlig sektor på (NPM) ser ut til å ha vært de fremste driverne av privatisering i Norge.

1.3 Omfang av konkurranseutsetting av sykehjem

Anskaffelser av private tjenester har økt de siste årene. Særlig ser vi det i kommuner med over 25 000 innbyggere og i fylker. Det gjelder først og fremst innen barnehager, kollektivtransport, revisjon, vann og avløp, renovasjon, vedlikehold og pleie- og omsorg. Kommunesektoren kjøper varer og tjenester for ca. 75 milliarder⁷ i året (KS, 2014). Av disse går om lag 32 mrd. til pleie i institusjon. Halvparten av kommunene med over 50 000 innbyggere har konkurranseutsatt deler av sine pleie- og omsorgstjenester (inkl. hjemmetjenester og assistenthjelp). Til sammen er det likevel kun 24 (mars 2016⁸) kommuner som har konkurranseutsatt sykehjem. Det betyr at over 90 prosent av kommunene ikke har konkurranseutsatt sykehjem i det hele tatt. På den andre siden hadde hele 60 prosent tatt i bruk en eller annen form for benchmarking⁹ i sykehjemmene, en økning på 22 prosent fra

⁶ Kommunenes interesse- og arbeidsgiverorganisasjon.

⁷ Dette er kommuner og fylkeskommuners samlede kjøp av varer og tjenester. Inkluderer ikke produktkjøpt til husholdningene eller bruttoinvesteringer til fast realkapital.

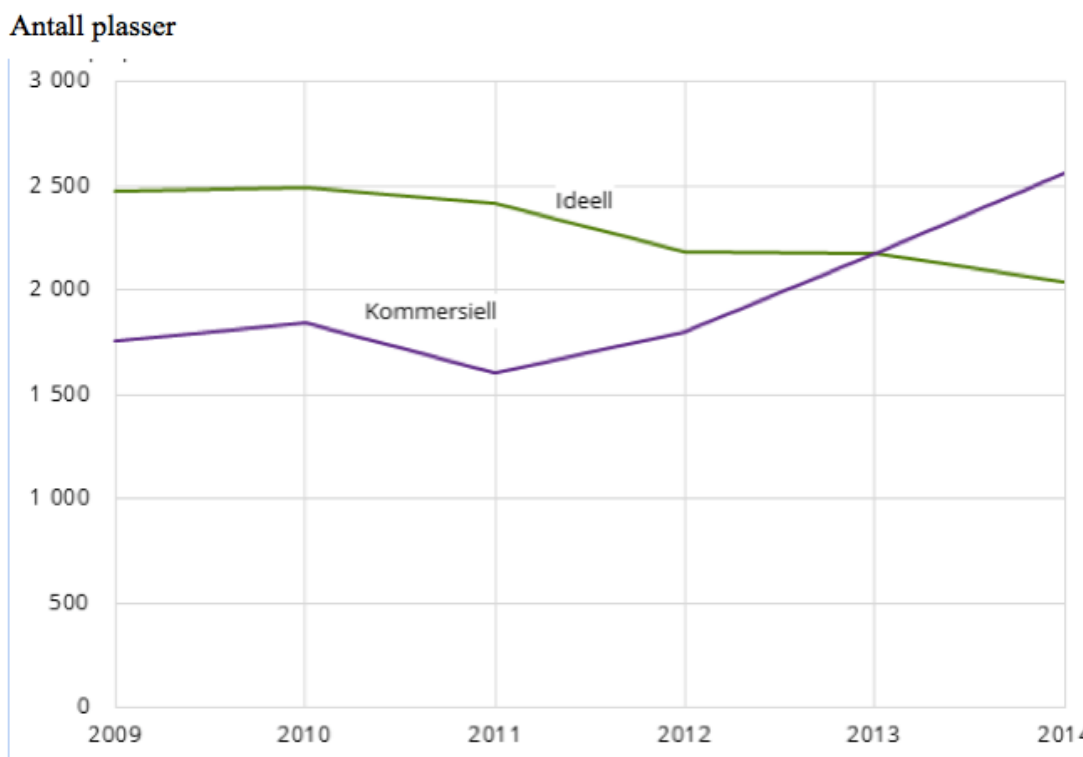
⁸ Oppgitt på epost av Linn Herning, forfatter av *Velferdsprofitørene* (2015).

⁹ Sammenlikning for å oppnå forbedring.

2004. Bare 3 prosent av de som ikke hadde tatt i bruk anbudsrunder hadde planer om å gjøre det (Vabø et al., 2013).

Risenga bo- og behandlingssenter i Asker kommune var Norges første kommersielle sykehjem. Det ble tildelt ISS, som var eneste private tilbyder, i 1996, uten at en anbudskonkurranse ble gjennomført. Anbudet lå 22 prosent under kommunens eget. Første reelle anbudskonkurranse ble gjennomført for Melløsparken sykehjem i Moss i 1997. I 2000 ble Hovseterhjemmet, som det første i Oslo, konkurranseutsatt. Mellom 1997 og 2015 har det blitt gjennomført om lag 50 anbudsrunder på sykehjem. I 2012 var 19 prosent av sykehjemsplassene i Oslo konkurranseutsatt. I 2015 var 1 av 3 plasser blitt konkurranseutsatt (Sykehjemsetaten, 2014). I Bergen har kommunen ansvar for drift av 22 kommunale institusjoner, samt oppfølging av 18 private. Av disse er kun 2 kommersielt drevet (Herning, 2012). Nasjonalt er fortsatt andelen konkurranseutsatte plasser bare 3 prosent (NHO Service, 2014). I 2014 er det for første gang flere private kommersielle enn ideelle plasser. Etter kommunevalget i 2015 har de nye byrådene i Oslo og Bergen stanset alle planer om nye konkurranser og begynt en prosess med rekommunalisering.

Figur 1: Private kommersielle og private ideelle plasser i institusjon.



Kilde: Otnes, 2015.

I perioden fra 2001 til 2006 fikk kommunene 8-9 tilbud ved hvert anbud. I dag ligger snittet mellom 3 og 4 (KS, 2014). Av de 50 anbudsrundene som er gjennomført er 45 vunnet av kommersielle, 4 av kommunale, 1 av ideelle. Blant anbudene som ble gitt til kommersielle tilbydere var det 11 ulike selskap. I løpet av perioden 1997 til 2012 gikk 33 av disse gjennom oppkjøp og omstruktureringer og i 2012 var det bare 5 selskaper igjen. Etter Adeccoskandalen¹⁰ i 2011 er nå i realiteten bare fire store aktører igjen: Norlandia Care AS, UniCare Omsorg AS, Attendo Care AS og Aleris Omsorg AS (Herning, 2012) (Gautun et al., 2013).

1.4 Hvem er mottakere av pleie- og omsorgstjenestene?

Mellom 1994 og 2014 har antallet som har tatt i bruk pleie- og omsorgstjenestene økt fra 186 000 til 271 743. Antall årsverk i sektoren har i samme periode økt fra 70 000 til 134 323. Dette er en økning på 90 % og inkluderer om lag 10 000 årsverk fra private som produserer for kommunene. Private årsverk har steget med 7 prosent hvert år siden 2013. Kommunens utgifter til pleie og omsorg har tredoblet seg fra 32 til 100 milliarder (Otnes, 2015).

Utgiftsøkningen har sammenheng med at beboerne på institusjon i gjennomsnitt har høyere pleiebehov i dag enn i 1994 (Otnes, 2015). Brukere med omfattende bistandsbehov, gitt etter 15 aktivitetsområder¹¹, er i størst grad representert på institusjonene. For langtidsboende har hele 81 prosent omfattende behov. Samtidig som vi blir eldre og friskere har andelen 90+-åringen i institusjon gått ned. Mellom 1994 og 2013 har den falt fra 45 til 30 %. Det henger sammen med at yngre pleietrengende (under 67 år) har blitt flere. De siste årene har antall institusjonsplasser¹² likevel nesten ikke økt. De siste tjue årene har antallet institusjonsplasser holdt seg stabilt på rett over 40 500. Samtidig har flere og flere fått enerom (98 prosent) og eget bad og WC (81 prosent). Dette er årsaken til at antall plasser ikke har økt selv om det er bygget nye institusjoner (Otnes, 2015).

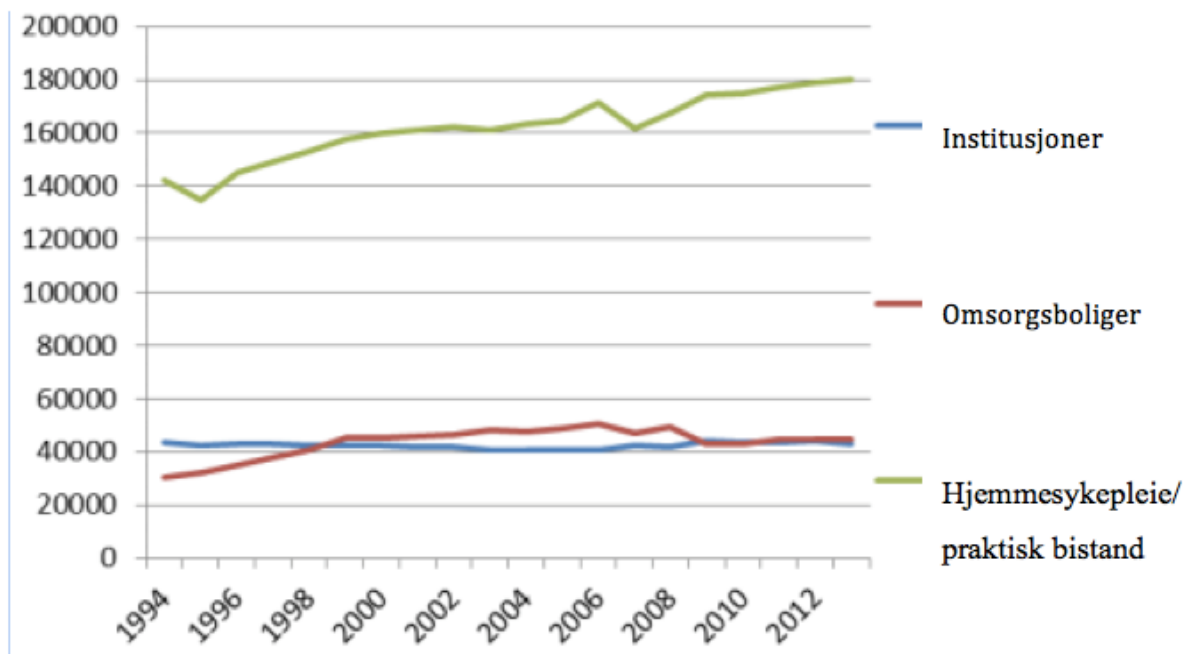
¹⁰ NRK-avsløringer om massive brudd på arbeidsmiljøloven på alle Adecco sine sykehjem (NRK, 2011)

¹¹ Bistandsvariabler fra innkjøp og husarbeid til personlig hygiene og sosial deltagelse.

¹² I omsorgsstatistikken til SSB inngår både sykehjem og aldershjem. I utgiftene til institusjon inngår også barne- og avlastningsboliger. Tallet på antall aldershjem falt med om lag 10 prosent i 2014.

Samtidig har det vært et uttalt mål at flest mulig skal få hjelp hjemme. Institusjonstjenestene utgjør 45 prosent av utgiftene og har hatt en lavere utgiftsvekst enn hjemmetjenestene. Dette har gjort at utviklingen i tjenestebehovet har gitt størst utslag i hjemmetjenester (hjemmehjelp og hjemmesykepleie).

Figur 2: Brukere i institusjon, omsorgsbolig og brukere av hjemmesykepleie 1994-2013



Kilde: Otnes 2015

Pleie og omsorgstjenestenes sammensetning og målgruppe har endret seg de siste tiårene. Neste kapittel vil ta for seg måten konkurransen håndteres og organiseres på at offentlig sektor i et teoretisk perspektiv.

2. Teoretisk gjennomgang

Det offentlige setter ut oppgaver til private for å spare penger og effektivisere bruken av ressursene, men også for å øke kvaliteten og å gi flere valgmuligheter til brukerne.

Når det offentlige kjøper inn velferdstjenester som sykehjem oppnår de konkurranse i to ledd. Først i konkurransen på kontrakten om en del av markedet, og så konkurranse om brukerne i

markedet. Konkurransen om markedet foregår som auksjoner, konkurransen i markedet skjer ved at brukerne søker seg til ønsket institusjon. En utfordring er å sikre at kvaliteten er god nok. Kapitlet vil ta for seg organiseringen av auksjoner brukt ved offentlige anskaffelser og hvordan insentiver, pris og kvalitet påvirkes av å bli utsatt for konkurranse.

2.1 Generelt om auksjoner og anbudskonkurranser

Når det offentlige ønsker konkurranse, arrangerer de en anbudskonkurranse. Anbudskonkurransene er organisert på samme måte som auksjoner, bare at det er noen, i dette tilfellet det offentlige, som ønsker å *kjøre* noe. Auksjoner er stiliserte markeder med klare regler, noe som gjør at de har mange fordeler ved seg. Kanskje den største fordel er at auksjoner håndterer privat informasjon på en langt enklere og mer ryddig måte enn alternative markedsorganiseringer (for eksempel et uregulert marked). Auksjonene rigges slik at bedriftene må oppgi hele eller deler av sin *private informasjon* når de legger inn et bud. Gitt at de er riktig gjennomført vil de føre til at den mest effektive leverandøren vinner anbudet.

Selv om kjøperen ofte har all forhandlingsmakt i en anbudskonkurranse, er det ikke gitt at all profitt blir værende på kjøperens hender. Grunnen til det er at informasjonen er skjevt fordelt. Kjøperen vet ikke hvor høyt tilbyderne verdsetter kontrakten (og hvor lavt de kan gå i pris), og profitten må derfor deles mellom de to. Hvis ikke kunne kjøperen bare ha tilbudt kontrakten til den tilbyderen som har høyest betalingsvilje og tatt all profitt selv.

Den som utlyser auksjonen kan sette klare regler for tilbudene. Den kan for eksempel forsøke å sikre et visst nivå på kvaliteten ved å definere klare krav i utlysningen. Dette avhenger av at kvaliteten lar seg definere på forhånd og kan kontrolleres i etterkant. Auksjoner kan også gi insentiver til ytterligere kutt i kostnader og kvalitet. Hvis en privat bedrift er mer opptatt av profitt enn det offentlige, vil dette i seg selv sette press på kostnadene. Og innsparingene må hentes fra et sted, noe som kan gå utover kvaliteten.

Det finnes mange typer auksjoner, og auksjoner benyttes til *salg* og *kjøp* (anbudskonkurranse) eller begge deler i en *dobbel* auksjon, som på en børs. For alle formålene er det flere måter å klassifisere aksjonene på. Den enkleste måten er å dele inn etter hvilke *regler* som gjelder. Reglene bestemmer for eksempel hvorvidt det skal være åpne eller lukkede bud, hvilken pris vinnerbudet skal betale, om auksjonene skjer med eller uten forhandlinger. Auksjoner med

åpne bud kalles ofte engelsk eller hollandsk auksjon¹³. En annen kategori deler auksjonene inn etter hvilken *målfunksjon* de har. Konkurreres det på pris, eller kvalitet, en såkalt skjønnhetskonkurranse, eller er det en skåringsauksjon der begge deler teller? En tredje inndeling ser på hvilken *type informasjon* budgiverne har og klassifiserer auksjonene etter om budgiverne har privat informasjon, felles informasjon eller affiliert informasjon. I en anbudskonkurranse med privat informasjon er det kun den enkelte tilbyder som har informasjon om sine egne kostnader. Felles informasjon betyr at alle bedriftene har samme kostnader, men de har ulike anslag over hva kostnaden er. Affiliert informasjon innebærer – noe upresist sagt – at kostnadene til de ulike bedriftene er korrelert på en spesiell måte. Alle auksjonene kan gjennomføres med økende og fallende bud, avhengig av om det er kjøp eller salg det er snakk om (Vagstad, 1996).

For å se nærmere på hvordan en anbudskonkurranse virker, la oss anta at alle potensielle leverandører er like med unntak av at de har ulike kostnader. Ved en engelsk auksjon, også kalt *beste pris, åpne bud*-auksjon, starter auksjonariusen med å annonsere en makspris, for eksempel lik kostnaden det offentlige ville ha med egenproduksjon, C_0 . Enhver bedrift i som har lavere kostnader, $C_i < C_0$, vil være villig til å legge inn et marginalt lavere bud. La oss anta at dette gjøres av bedrift j . Videre vil alle bedrifter $i (\neq j)$ med kostnader lavere enn budet til bedrift j , være villig til å legge inn et enda lavere bud. Slik vil de underby hverandre helt til den med lavest kostnader, den mest kostnadseffektive, står igjen som vinner. Når bedriften med den nest laveste kostnaden trekker seg fra runden, står det igjen én bedrift, som vinner kontrakten til en pris lik den nest bestes kostnader. På samme måte som ved en auksjon med lukkede bud, betaler det offentlige også her en overpris. Overprisen utgjør i dette tilfellet forskjellen i kostnaden mellom den mest og den nest mest effektive bedriften. Overprisen er det vi kaller en informasjonsrente. Den er et resultat av at bare bedriftene selv har kunnskap om egne kostnader og derfor kan utnytte denne private informasjonen.

En engelsk auksjon er enkel å følge og lett å se for seg. Men i en anbudskonkurranse er det mer vanlig å ta i bruk auksjoner med *lukkede bud*. De neste avsnittene vil ta for seg auksjoner med lukkede bud, med pris og kvalitetskonkurranse, hvor bedriftene har privat informasjon. Det vil si en *beste pris lukkede bud*-auksjon, med *skåringsregler*. Neste avsnitt vil i stor grad lene seg på fremstillingen til Vagstad (1996).

¹³ I en hollandsk auksjon senker selgeren prisen gradvis ned til en kjøper slår til.

2.2 Første pris lukkede bud

Hvis det offentlige skal gjennomføre prosjektet selv, koster det C_0 . Denne prisen er kjent for alle, og er trukket fra en kjent fordeling, $F(C_i)$ over et intervall $[\underline{C}, \bar{C}]$. Kostnadene er også stokastisk uavhengige. Det vil si at bedriftens kjennskap til egen kostnad ikke sier noe om de andres kostnader. Imidlertid er det $n \geq 2$ private bedrifter som kan gjennomføre prosjektet. Bedrift i har kostnaden C_i . Hver bedrift har privat informasjon om egne kostnader (C_i er bare kjent for bedrift i .) En lukket auksjon innebærer at tilbudene er skjult for alle, helt til fristen er ute. Da åpnes budene og det laveste tilbudet vinner kontrakten.

Bedrifter med lavere kostnader vil kunne gi *lavere* bud enn bedrifter med høye kostnader, og har derfor høyere sannsynlighet for å ha vinnerbudet, alt annet like. Men *høyere* bud gir høyere profitt, dersom bedriften vinner tilbudet. Hvordan bedriftene avveier disse hensynene avhenger mye av hvordan de opplever konkurransen i markedet. Generelt og under rimelige forutsetninger kan det vises at den mest kostnadseffektive bedriften vinner anbudet, men til en pris som ligger litt over bedriftens kostnader. En slik overpris betyr ikke at auksjonen er en dårlig organiseringsform. Selv om det offentlige med C_0 selv er med i konkurransen vil sluttprisen bli lavere, med mindre det offentlige allerede er den mest kostnadseffektive aktøren.

Med lukkede bud må kjøperen i større grad gjette seg til hvilken informasjon bedriftene sitter på, og utfallet blir mer usikkert. Det finnes imidlertid hjelp å få. I 1961 kom William Vickrey med det som har blitt kjent som *teoremet om inntekstekvivalens*. Teoremet viser at under visse forutsetninger gir beste pris lukkede bud, samt andre pris lukkede bud og såkalt engelsk og hollandsk auksjon, *i forventning likt resultat*. Teoremet hviler på antagelsen at kostnadene til bedriftene er trukket uavhengig fra den samme kostnadsfordelingen. Det betyr at bedriftene er symmetriske. Fordelingen må være kontinuerlig. Det må også være slik at bedriften med det laveste budet vinner, og at den som taper ikke oppnår profitt.

Gitt at forutsetningene bak inntekstekvivalensteoremet holder, kan vi overføre resultatene fra en engelsk auksjon til en beste pris lukkede bud-auksjon. Vi trenger ikke være bekymret for om riktig auksjon er valgt. Den endelige prisen vil være summen av produksjonskostnaden og overskuddet til vinneren (avvik mellom tilbud og faktisk kostnad) i begge tilfellene. Anbudskonkurransen sørger for at den mest effektive tilbyderer vinner anbudet. Prisen

bedriften betaler tilsvarende budet til den nest mest effektive og kan ses på som en avkastning eller *rente* på den private informasjonen til bedriften. Men fordi *beste-pris lukkede bud* har andre fordeler ved seg er det denne som brukes i offentlige anskaffelser, ikke åpne budversjonen. Fordelene ved lukkede bud er at det åpner opp for en mer helhetlig vurdering av tilbudenes kvalitet, som det offentlige kan foreta før de avgjør hvem som får kontrakten. Lukkede bud gjør det også vanskeligere for bedriftene å samarbeide om å legge inn høye bud.

2.3 Press på kvalitet og pris

Auksjoner legger et press på prisen. Konkurransen i seg selv vil også legge et press på kvaliteten. Fordi kvalitetsreduksjon er en enkel måte å kutte kostnader på, er det et poeng å finne måter å sikre kvaliteten på. En reell effektivisering forutsetter at kvaliteten opprettholdes hvis prisen har blitt lavere¹⁴.

Antallet bud som kommer inn vil også påvirke prisen. *Flere* tilbud vil gi «flere lodd i kostnadslotteriet» og dermed større sannsynlighet for lave tilbud. Flere tilbud vil også gjøre at bedriftenes bud ligger tettere og marginen (fortjenesten) til vinneren blir lavere.

Det er i hovedsak to grunner til at anbudskonkurranser kan gjøre det utfordrende å ivareta kvaliteten. For det første kan bedriften som legger inn tilbudet være styrt av andre verdier og ha andre mål enn det offentlige. Profittmaksimerende bedrifter vil sette press på både kostnader og kvalitet, helt uavhengig av konkurranse. For det andre kan en anbudskonkurranse føre til at en profittmaksimerende bedrift legger enda større press på kostnader og dermed også kvalitet.

Dette er ikke nødvendigvis et større problem i anbudskonkurranser enn ved andre typer konkurranse. Men det betyr at det må lages insentiver som gjør at kvaliteten sikres. Hvis det er sånn at konkurransen presser kvaliteten ned bør det offentlige igangsette tiltak for å sikre en tilfredsstillende kvalitet.

¹⁴ Effektivisering kan også finne sted ved lavere kostnader og lavere kvalitet, eller høyere kostnader og høyere kvalitet. Dette forutsetter imidlertid at kvaliteten og kostnadene er forsvarlig og innenfor det vi kan kalle samfunnets indifferenskurven.

2.3.1 Skåringsauksjoner

En måte å organisere auksjoner på for å unngå at kvaliteten settes under press, er å ta i bruk såkalte *skåringsauksjoner*. Denne organiseringen åpner opp for auksjoner som hverken er rene pris- eller kvalitetskonkurranser, men begge deler. Dette er en fordel i offentlige anskaffelser som ikke er klassiske tekniske tjenester (som renovasjon), og som har flere ikke-monetære trekk ved seg som kjøpere kan bry seg om. I slike tilfeller er auksjonen gjerne mangedimensjonal og tilbydere gir bud som inneholder alle. Innkjøperen gir så en poengsum til hver dimensjon og kårer en vinner ut fra endelig poengsum. Hvordan tilbudene vil bli evaluert er annonsert på forhånd¹⁵. Følgende gjennomgang følger i hovedsak fremstillingen til Dastidar (2014).

Modellen tar utgangspunkt i én kjøper som mottar bud fra bedrifter. Hvert bud tilbyr kvalitet, q , og pris, p . Til denne prisen skal et gitt nivå av tjenester, til lovet kvalitet, bli produsert. For å forenkle er kvantitet/nivået normalisert til en, og kvalitet modellert som én-dimensjonal.

Bestilleren har nytten $U(q, p) = V(q) - p$,

hvor $V' > 0, V'' < 0$.

Bedriften, i , som vinner oppnår fra kontrakten (q, p) profitten

$$\pi_i(q, p) = p - c(q, \theta_i).$$

Kostnaden $c(q, \theta_i)$ til bedrift i øker både i q og i kostnadsparameteren θ_i . Tapende bedrifter sitter igjen med $\pi_j(q, p) = 0$.

Før budrunden begynner har bedriftene kunnskap om sin egen plassering på fordelingen av kostnadsparameteren, θ_i . θ_i er likt og uavhengig fordelt over $[\underline{\theta}, \bar{\theta}]$ og angir «typen» til bedriften. θ_i er det kun bedrift i som kjenner. Verken bestiller eller de andre bedriftene observerer typen. De kjenner bare kostnadsparameterens fordeling.

¹⁵ Oslo kommune vektet for eksempel pris 30 og kvalitet 70 prosent. Innenfor kategoriene oppgis det en maksimal poengsum som hvert anbud kan oppnå. Innenfor «kvalitet» finnes det ofte flere underkategorier. «Bemannings» kan for eksempel få maksimalt 25 poeng av 100 innenfor én type kvalitetskategori.

Scoringsregelen er gitt, $S(q, p)$, hvor q er kvalitet og p er pris, er kjent for alle. Tilbyderne legger inn bud (q, p) :

$$S(q, p) = s(q) - p,$$

hvor $s(q) - c(q, \theta)$ har ett maksimum i q for alle $\theta \in [\underline{\theta}, \bar{\theta}]$ og $s(\cdot)$ øker i q .

Bestilleren gir kontrakten til bedriften som scorer høyest. Dette er som i en vanlig *første pris*-auksjon. Alle bedrifter velger et tilbud (q, p) som en funksjon av sine kostnader. Nivået på kvalitet, q_s , blir valgt for å maksimere scoren:

$$q_s(\theta) = \operatorname{argmax}_q \{s(q) - c(q, \theta)\}$$

Eksempel: Hvis bedrift A og bedrift B tilbyr (p, q) som hhv $(6, 4)$ og $(7, 2)$, og scoringsregelen er slik at $S(6, 4) = 10$ og $S(7, 2) = 9$ vinner bedrift A.

Brekke et al. (2012b) ser på hvordan en konkurranse på både pris og kvalitet kan redusere kvalitet så vel som pris. De tar i bruk en Hotelling-modell for kvalitetskonkurranse, og ser på to bedrifter som produserer en tjeneste hver. Modellen hviler på to antagelser: i) at tilbyderen er motivert og har genuin interesse av å levere kvalitet, ii) marginalnyten til profitten er fallende. Den første antagelsen (mener de) er veldokumentert, og at den andre er rimelig for bedrifter og organisasjoner med risikoavers eier og for bedrifter med konsentrert eierskap og med lav/begrenset likviditet.

I modellen ligger det to motsetninger. Konkurranse på kvalitet skal gi insentiver til å øke kvaliteten for den gitte prisen, samtidig vil konkurransen presse marginen ned som igjen vil redusere insentivene til å investere i kvalitet. Hvilken totaleffekt har den direkte og indirekte effekten på utfallet? Modellen til Brekke et al. (2012a) viser en tredje effekt, som vil gi (ytterlig) redusert kvalitet under de overnevnte forutsetningene. Intuisjonen bak er at når mer konkurranse fører til lavere priser, vil profitten reduseres og dermed øker marginalnyten til profitten. Siden tilbyderne er motiverte arbeider de med negativ profittmargin, og vil derfor svare med å redusere kvaliteten for å ta tilbake noe av den tapte profitten som fulgte av prisreduksjonen. I dette tilfellet reduseres både pris og kvalitet. Det kan karakteriseres som en effektivisering, men bare dersom kvaliteten er innenfor tålegrensen (indifferenskurven).

2.3.2 Kontraktsutforming

Hvis det offentlige ønsker å sikre en tilstrekkelig kvalitet i tjenesten, kan dette nivået i teorien enkelt defineres i anbudsutlysningen før budgiverne kommer med sine bud. Leverandørene betales eller straffes alt etter hvor godt de oppfyller kvalitetskravene.

For at det skal være mulig å følge opp kontraktene må kvaliteten, i tillegg til å kunne defineres, kunne *observeres* og *verifiseres*. Kvalitet er vanligvis observerbar før eller etter konsum. Hvis en kvalitetsindikator er observerbar kan du og jeg (selger og kjøper/bestiller og utfører) observere hva som blir gjort. Dersom dette kan kontrolleres av en tredjepart i ettertid vil kvaliteten også være verifiserbar. Denne type kvalitet kan beskrives i en kontrakt og er mulig å håndheve i et rettssystem. Vi sier derfor at kvalitet er verifiserbar hvis nivået på kvaliteten kostnadsfritt kan defineres i forkant av en kontraktsinngåelse og at brudd kan sanksjoneres mot. Det er kvalitetens verifiserbarhet som gjør at det offentlige effektivt kan sette et kvalitetsmål i kontrakten (Sandmo og Hagen, 1992). Hvis kvaliteten ikke kan verifiseres, men bare observeres, vil eneste sanksjonsmulighet være å ikke inngå ny kontrakt med samme leverandør. Hvilke insentiver, hvordan de skal innrettes og om de fungerer avhenger av om kvaliteten kan observeres og verifiseres.

Det er ikke gitt at lønns- og pensjonsforhold har en sterk sammenheng med kvalitet. Men lønn og pensjonsavtaler er eksempler på to lett observerbare og verifiserbare indikatorer som det er enkelt å definere i en kontrakt og å håndheve i etterkant. Dersom det eksisterer et forhold mellom lønn og kvalitet, og kommunen derfor hadde ønsket å opprettholde samme lønns- og pensjonsnivå i privat som i offentlig sektor, kunne de ha definert dette i anbudsutlysningen. Og så kunne det konkurreres om resten av driften.

Rene prismekanismer som dette, fungerer godt som ressursallokeringsinstrument dersom de kvalitative aspektene er kjent for alle parter. I en økonomi med privat informasjon og interessekonflikter vil ikke prismekanismer nødvendigvis føre til optimal innsats hos aktørene, og vi står overfor et insentivproblem. Det må utformes en insentivordning som fører til at aktører med privat informasjon yter den innsatsen, den kvaliteten, som også er til det felles beste (Sandmo og Hagen, 1992).

Innenfor den teoretiske litteraturen er insentivspørsmål ofte diskutert innen det vi kaller prinsipal-agentteori. Når bestiller (prinsipal) og utfører (agent) ikke har lik informasjon om hverandres motiver og innsats, åpner det opp for *opportunistisk adferd* (Brekke et al., 2014). Opportunistisk adferd kan oppstå når prinsipalen ikke kan observere agentens *innsats*. Det blir derfor et spørsmål om å utforme kontrakten slik at innsatsen blir optimal. Ofte er det agenten som sitter på privat informasjon om egen innsats. Når den er vanskelig for prinsipalen å observere, kan det oppstå en interessekonflikt mellom partene. Prinsipalen, eller kommunen, har ansvaret for å gi forsvarlig pleie til sine innbyggere. Agenten, i dette tilfellet en kommersiell, privat aktør, har insentiver til å minimere innsats for å maksimere utbytte. Opportunistisk adferd oppstår når agenten utnytter informasjonsasymmetrien. En slik adferd kan derfor være forbundet med et tap for prinsipalen (Rodrigues et al. 2014). I vårt tilfelle illustrerer dette hvor viktig utformingen av kontraktene kan være. Å kunne måle og kontrollere kvalitet, blir en forutsetning for en velfungerende konkurranse (Brekke et al., 2014).

Et problem med å gi insentiver til visse handlinger er at det kan føre oppmerksomhet vekk fra det som *ikke belønnes*. Det gis i bunn og grunn insentiv til å skru fokus over på det som blir definert i kontrakten (flere måltider) og vekk fra det som ikke blir det. Belønning vil i denne sammenhengen si betaling for høy måloppnåelse (både ved å vinne kontrakten og ved å skåre høyt på målbare kvalitetsindikatorer). I praksis, og særlig innen pleie- og omsorg er det ikke like lett å kontraktsfeste for eksempel «god pleie». Mye av aktiviteten på et sykehjem vil være umulig å observere og verifisere for tredjepart. Denne typen aktivitet er det vanskelig å gi insentiver til og vanskelig å måle. Når kvaliteten er mangedimensjonal og bare deler lar seg observere, kan det bli en overproduksjon av denne på bekostning av andre (Rodrigues et al., 2014). Insentivordningen kan føre til at fokuset for driften vris over på det som belønnes og vekk fra det som ikke belønnes. Dette blir en utilsiktet konsekvens av forsøket med å gi insentiver til å heve kvaliteten ved at enkelte områder kontrolleres.

Partene er også under det vi kaller begrenset rasjonalitet, og mangler forutsetningene for å ta høyde for alt i én kontrakt (Rodrigues et al., 2014). Hva som måles og hvordan det måles kan gi store konsekvenser for utførelsen av driften. Kontroller og rapporteringsverktøy vil heller aldri være så omfattende at enhver form for kvalitet kan bli målt.

2.4 Insentiver til å levere høy kvalitet

I tilfeller hvor kvalitet er vanskelig å verifisere, vil insentiver måtte gis på andre måter. Bestilleren kan for eksempel kun betale et bestemt beløp til vinneren av anbudskonkurransen. Å holde seg innenfor denne rammen er helt opp til bedriften selv. I Norge er beløpet bestemt av en gjennomsnittspris per bruker. Det vil si at beløpet er uavhengig av brukernes behov. Rammetilskuddet gir bedriften insentiver til å holde kostnadene nede.

Hvilke insentiver eksisterer i en anbudskonkurranse for bedriften å levere høy kvalitet? La oss si at en bedrift vinner en kontrakt på to år, men at den blir sagt opp dersom kvaliteten er for lav. Bedriften vil ha en kostnad, c_L , for å levere lav kvalitet, og en kostnad, c_H , for å levere høy i en periode. P er prisen per periode, δ er diskonteringsfaktoren. Dersom bedriften leverer høy kvalitet i to perioder vil den tjene:

$$(p - c_H) + \delta(p - c_H).$$

Dersom bedriften levere lav kvalitet den første perioden vil den bli sagt opp og dermed tjene:

$$(p - c_L).$$

Bedriften vil tjene på å levere høy kvalitet i første periode, og alle andre hvis kontrakten er lengre – med unntak av siste periode hvis:

$$p \geq c_H + (c_H - c_L)/\delta$$

Høy pris kan disiplinere bedrifter til å levere høy kvalitet. Men anbudskonkurranser presser, som vi har sett, prisen ned. Kan anbudskonkurranser da gi insentiv til å produsere høy kvalitet? Bedrifter med lave kostnader vil ønske å «betale» mer for en kontrakt med høy pris, og gitt at forutsetningen for en vellykket anbudskonkurranse er til stede, vil denne bedriften vinne (Vagstad 1996).

Å friste med nye perioder, dersom oppdragsgiveren er fornøyd med bedriftens innsats, vil ikke i alle tilfeller være tilstrekkelig for å opprettholde høy kvalitet gjennom hele perioden. Hard konkurranse vil gi lavere marginer, lav overpris og er vanskelig å kombinere med høy

kvalitet. Ved hard konkurranse vil bedriftene by mer aggressivt, de legger inn bud som er nærmere sin kostnadsgrense. Lave marginer gjør at bedriftene har lite å tjene på å få kontrakten forlenget. Bedriftene vil da ha insentiv til å kutte i kvalitet for å øke marginen. I noen tilfeller vil bedriftene tjene mer på å levere lav kvalitet i én kontraktperiode, enn å levere høy kvalitet over flere perioder med svært lav margin (Vagstad 1996).

2.5 Brukervalg

Å holde prisene konstante i markedet, for brukerne, er en sterk insentivordning. Hvis brukerne betaler like mye uavhengig av hvilket tilbud de benytter seg av, må bedriftene konkurrere på kvalitet for å tiltrekke seg kunder. En slik ordning er avhengig av at kvaliteten kan observeres.

Mer og mer av politikken legger opp til økt bruk av brukervalg. Prisene for et tilbud blir regulert fra politisk hold, og er uavhengig av hvilket tilbud brukerne ønsker å benytte seg av. Tilbyderne må derfor tiltrekke seg kunder ved å konkurrere på kvalitet. Høyere mobilitet og bedre informasjon om de ulike tilbudene vil gjøre at kvalitet reagerer mer på brukernes valg. Dette vil øke kvaliteten i bransjen, samt inntekten til tilbyderne ved at de får flere kunder. Følgende resonnering er hentet fra Brekke et al. (2014) og avhenger av at i) mer brukervalg vil gjøre kvaliteten mer følsom overfor etterspørselen, ii) tilbyderne er profittmaksimerende, iii) marginalkostnaden ved ekstra pasienter er konstant, iv) profittmarginen (pris-marginalkostnad) er positiv, og at v) tilbyderne møter den etterspørselen deres kvalitetsnivå skaper.

Tilbyderen vil velge kvalitet, q , for å maksimere sin profitt slik:

$$\pi(q, \mu) = T + pX(q, \mu) - C(X(q, \mu), q),$$

der p er den faste prisen, $X(q, \mu)$ er etterspørselen (som er lik output). Høyere kvalitet øker etterspørselen ($X_q > 0$) og C er kostnaden og avhenger både av output og kvalitet ($C_x > 0$, $C_q > 0$, $C_{qq} > 0$). μ er en parameter som viser graden av brukervalg og derfor følsomheten av etterspørsel for kvaliteten, $X_{q\mu} > 0$. T er en fast pris (lump sum) betaling fra det offentlige. (Brekke et al. (2014) antar at brukernes betaling er lik 0).

Valget av kvalitetsnivået tilfredsstillende førsteordensbetingelsen:

$$\pi_q(q, \mu) = [p - C_x(X(q, \mu), q)]X_q(q, \mu) - C_q(X(q, \mu), q) = 0$$

Kvalitet øker av brukervalg hvis det øker marginalprofitten fra kvalitet, det vil si

$$\pi_{q\mu} = (p - c)X_{q\mu} - (C_{xx}X_q + C_{qx})X_\mu > 0$$

Brukervalg gjør etterspørselen mer følsom overfor kvalitet, og kan øke og redusere etterspørselen til en aktør avhengig av den relative kvaliteten, geografisk fordeling av pasientene og de særskilte reglene rundt brukervalg. En tilstrekkelig betingelse for at brukervalg skal øke kvaliteten for alle brukere er at profittmarginen er positiv ($p - C_x > 0$) og at marginalkostnaden ved en ekstra pasient ikke påvirkes av kvaliteten. Insentivene til å øke kvaliteten er sterkere, jo høyere profittmarginen er. Marginalprofitten vil øke med den regulerte prisen, og dermed også kvaliteten. Det betyr at vi finner høye profittmarginer når den faste prisen er høy og den marginale kostnaden er lav. I Norge, derimot er den faste prisen et gjennomsnitt uavhengig av pasientens behov, så det er ikke åpenbart at profittmarginen er positiv. En negativ profittmargin, gir også negative insentiver til å produsere kvalitet. I dette tilfellet vil ikke økt konkurranse føre til høyere kvalitet.

Gitt at den regulerte, fastsatte prisen er høyere enn marginalkostnadene, vil aktørene ha insentiver til å investere i kvalitet, for å på den måten tiltrekke seg kunder. Tøffere konkurranse i form av flere tilbydere på markedet vil gi sterkere insentiv til å levere god kvalitet. Særlig når brukervalg står sentralt som vi har sett over. Men som vi har sett er kvalitet vanskelig å observere og å måle. Kundene er også treige i sin informasjonsinnhenting, og de baserer seg ofte på rykter og kjennskap, i tillegg til at geografi og nærhet til venner og familie betyr mye. Dette gjør at etterspørselen ikke er så lydhør for kvalitet, og at det tar tid før tilbydernes kapasitet er fylt. Dette igjen gir lavere insentiver til å investere i kvalitet (Brekke et al., 2014).

2.6 Når bør produksjonen overlates til markedet?

I avveiningen om hvorvidt det offentlige skal overlate produksjonen av en tjeneste til markedet avhenger utfallet i stor grad av hvilke hensyn det legges vekt på og hvilke

kjennetegn tjenesten har. Kostnader knyttet til gjennomføringen av konkurransen, virksomhetsoverdragelsen og oppfølgingsarbeidet må også tas med i vurderingen. Dette kalles transaksjonskostnader og kommer i tillegg til prisen kommunen må betale for kontrakten. Transaksjonskostnadene tilfaller som oftest det offentlige, og må minimeres for at de ikke skal overskygge fordelene ved konkurranse. Dess vanskeligere det er for prinsipalen å observere og kontrollere agentens handling, jo større er mulighetene for at transaksjonskostnadene blir høye (Rodrigues et al., 2014).

Det eksisterer også transaksjonskostnader forbundet med å gi opp sitt monopol eller eierskap. Bygninger, utstyr, kunnskaper om pasienter, tillitsforhold og tryggheten kontinuitet kan gi er eksempler på dette. Tap av eiendeler, erfaring og andre *spesifikke ressurser*, må vurderes før en avgjørelse om konkurranseutsetting kan tas. Særlig kontroll og eierskap over eiendom kan påvirke transaksjonskostnadene. For eksempel kan anbudsvinneren ha insentiver til kun å ta vare på eiendom ut kontraktsperioden og dermed under-investere i nødvendig infrastruktur (Domberger og Jensen, 1997). Insentivene til å redusere kostnader kan bli større enn insentivene til å heve kvaliteten. Dette kalles *quality shading*-hypotesen. Jo mer kvaliteten blir påvirket av kostnadsreduksjon, jo mer faller fordelene ved å konkurranseutsette.

Alle disse faktorene vil øke behovet for jurister og fagkunnskap i utarbeidelsen av kontraktene, noe som vil øke transaksjonskostnadene ytterligere (Rodrigues et al., 2014) (Domberger og Jensen, 1997). Det er viktig å ta med transaksjonskostnadene i avgjørelsen om hvorvidt en tjeneste skal ut på tilbud eller ikke.

Rodrigues et al. (2014) skisserer opp et rammeverk med to dimensjoner som transaksjonskostnadene varierer innenfor. Den ene dimensjonen er *graden av konkurranse* (contestability) i markedet. Transaksjonskostnadene strekker seg fra å være potensielt store når konkurransen er liten, til små når konkurransen er (potensielt) sterk.

Den andre dimensjonen er *muligheten av måling, observering og verifisering* (measurability) med tjenesten. Hvis muligheten for kontroll er stor, vil transaksjonskostnadene være små. Hvis det er vanskelig å måle kvaliteten kan transaksjonskostnadene være store. Da vil det være vanskelig å oppdage at aktøren ikke gjennomfører oppgaven og det offentlige betaler for mer enn de får (Rodrigues et al., 2014). Som nevnt finnes det former for kvalitet som ikke kan kontraktfestes. Profittmaksimerende individer har insentiver til å nedprioritere slike. Hvis

markedet og tjenesten viser seg å ha lav grad av konkurranse og lav grad av observer- og verifiserbarhet, er tjenesten best egnet til å la være på offentlige hender alene. Er det stort potensiale for konkurranse og tjenestene er lette å observere og måle kan tjenestene overlates til markedet. Det er i mellomstadiet avgjørelsene er vanskelige å ta, og det er her de fleste tjenestene ligger.

Tjenester det er lett å definere og kontraktsfeste på forhånd, relativt kostnadseffektivt å kontrollere og følge opp i ettertid og som befinner seg i et kompetitivt markedet, vil gi lavere transaksjonskostnader og egner seg derfor til å overlates til markedet. Videre vil oppgaven se om dette gjelder for velferdstjenester.

2.7 Oppsummering

Gjennomgangen av auksjoner og anbudskonkurranser viser at metoden egner seg til å finne den mest kostnadseffektive bedriften til å drive tjenesten, men at det potensielt er store utfordringer knyttet til å sikre en forsvarlig drift med høy kvalitet. Jo vanskeligere det er å definere ønsket kvalitet i en kontrakt og å følge opp kontrakten med sanksjonsmuligheter i etterkant, dess mindre egnet er tjenesten til å overlates til produksjon i markedet.

3. Empirisk gjennomgang

De ønskede effektene av konkurranse er en mer effektiv offentlig sektor, høyere kvalitet på tjenestene og flere valgmuligheter for brukerne. Teorien som er gjennomgått viser at bruk av anbudskonkurranser vil gi et prispress i markedet. Bedriftene *vil* kutte kostnader for å vinne anbudet. Men videre vil også kvaliteten bli satt under press og være vanskelig å ivareta ved bruk av anbudskonkurranser. Hvis kvaliteten delvis er vanskelig å observere eller er ukjent, vil utfallet av konkurransen være vanskelig å spå. Det kan være fare for at leverandører overinvesterer i kvalitet som er lett å observere og neglisjerer resten. Da har ikke konkurransen gitt ønsket resultat.

Teorien predikerer at kostnadene til det offentlig vil gå ned, men at forsøket på å sikre tilfredsstillende kvalitet kan gi utilsiktede konsekvenser i form av en prioritering av visse typer kvalitet på bekostning av andre. Denne vridningen oppstår først og fremst dersom

kvaliteten er vanskelig å observere. Vi har med andre ord å gjøre med to effekter: press på pris og kvalitet, og en vridningseffekt.

Kvaliteten sikres enten så godt den kan via kontrakten for så å la leverandørene konkurrere på pris, eller ved å ta i bruk skåringsauksjoner. I Oslo kommune benyttes det for eksempel skåringsauksjoner, samtidig som det også stilles «ufrivikelige krav» i anbudsutlysningens konkurransegrunnlag.

Hvordan påvirkes tjenestene av anbudskonkurransen? Hvordan blir kvaliteten påvirket av kostnadspresset? Klarer auksjoner og insentivordningene å sikre et tilfredsstillende nivå av kvalitet? Og hvilken kvalitet er dette? Videre vil oppgaven gå gjennom de mest omfattende undersøkelsene på konkurranseutsetting av sykehjem i Norge, Skandinavia og anglosaksiske land. Kapitlet vil presentere resultater fra disse undersøkelsene for å belyse om konkurranseutsatte (private kommersielle) sykehjem skiller seg ut fra ikke-konkurranseutsatte (offentlige sykehjem).

3.1 Å måle kvalitet

Selv om vi har sett at forsøk på måling og kontroll av tjenestene kan gi utilsiktede konsekvenser, forutsetter likevel effektiv tjenesteyting og effektiv konkurranse at de ulike tilbudene kan sammenlignes (Feltenius, 2015). Det er vanskelig å måle og operasjonalisere kvalitet. Det må være bevissthet rundt hva et kvalitetsmål skal måle, og det må oppleves som relevant for den det gjelder. I utgangspunktet bør brukernes opplevelse og helse være den viktigste standarden å måle profesjonell utførelse av pleie og omsorg etter. Men kvalitet er mangedimensjonal og ofte subjektivt, så for å kunne sammenligne, måle utvikling og kontrollere kvalitet kan det være nyttig å definere kvalitet med *objektive* kvalitetsindikatorer.

I 1983 utviklet Avedis Donabedian en tredelt struktur som har blitt brukt mye siden. Den skiller mellom strukturkvalitet, prosesskvalitet og resultatkvalitet. *Strukturkvalitet* omfatter forholdene som ligger til rette for god pleie og omsorg: antall ansatte per pasient, utdanningsnivået og erfaring på de ansatte, kvalitet på utstyr og bygningsmasse, lønn- og pensjonsvilkår¹⁶. *Prosesskvalitet* ser på hvordan pleien blir gjennomført: hvordan er møtene

¹⁶ Lønn- og pensjonsvilkår kan virke inn på arbeidsinnsats og turnover og regner her derfor som strukturkvalitet.

mellom pasient og helsepersonell, hvilke medisinske tester blir brukt, er medisineringen, prosedyrene og standarden optimal på sykehjemmet? *Resultatkvaliteten* måler utfallet av den pleien som er gitt. Det kan være alt fra dødelighet, liggesår, fall og sykehusinnleggelseser (Donabedian, 2005, Stolt et al., 2011, Nakrem et al., 2009). Oppsummert kan tredelingen sies å være: det du har (struktur), det du gjør (prosess) og det du får (resultat). I mange tilfeller eksisterer det også et kausalt forhold mellom de tre indikatorene, og hver for seg dekker de ulike aspekter som til sammen kan gi et mer helhetlig bilde av kvaliteten. Denne tredelingen er nyttig for oss fordi den kategoriserer de empiriske resultatene på en ryddig måte, og gjør de lettere å sammenlikne.

3.2 Strukturdimensjonen

Strukturkvalitet beskriver forholdene som ligger til rette for pleiearbeidet. Det gjelder bygg og utstyr, erfaring og utdanning på ansatte, antall ansatte per beboer, per time, arbeidstid, lønns- og pensjonsvilkår.

Personalkostnader: Pleie og omsorg er en arbeidsintensiv næring og personalkostnader utgjør den største delen av budsjettet ved et sykehjem, over 80 prosent. Potensielt finner vi de største innsparingsmulighetene i denne budsjettposten. Fordi privat sektor generelt har mindre strenge reguleringer og mindre omfattende avtaler knyttet til lønns- og arbeidsforhold, forventer vi å se en forskjell mellom sektorene.

Høy kvalitet i pleien forutsetter gjerne at personalet har høy og riktig kompetanse. Men på samme måte som at kommunene står relativt fritt til å organisere sine tjenester, er krav til personell lite spesifikke. I *Forskrift for sykehjem* (1988, § 3-2) står det at sykehjem er pliktige til å ha én lege og én sykepleier for hånden til enhver tid. Ellers består kravene i å ha «profesjonelt personell» og «tilstrekkelig personell» definert som autorisert eller lisensiert helsepersonell. I Helsepersonell-loven (1999, §16) står det at helsepersonell bør «være organisert på en måte som gjør helsepersonell i stand til å overholde sine lovpålagte plikter». En bemanningsnorm har blitt foreslått, men ble ikke vedtatt i Stortinget. På norske sykehjem er hjelpepleiere den største yrkesgruppen. Sykepleiere utgjør bare 18 prosent. Til sammenligning er det i Finland 13 prosent sykepleiere, i Danmark er det 10 prosent og i Sverige kun 5 prosent (Hermansen, 2011).

Når det offentlige anskaffer sykehjemsplasser av private følger det som et kvalifikasjonskrav for anskaffelsen at pleiefaktor¹⁷ for personell direkte knyttet til pasientene skal være minimum 0,71. Det kreves også at leverandørene skal legge frem en bemanningsplan fordelt på årsverk per type plass for alle vakter (dag, ettermiddag/kveld, natt, helger/høytider og ferier) hvor pleiedekningen på de ulike vakter fremgår (et såkalt 15-1 vedlegg). I tillegg skal det fylles ut en bemanningsoversikt på sykehjemmet totalt sett, hvor ansattes kompetanse og antall årsverk fremgår (et 15-2 vedlegg).

15-1 vedlegget i en konkurranse har vært unntatt offentlighet med begrunnelse i taushetsplikt knyttet til forretningshemmeligheter¹⁸ (Byrådsnotat 179/2014). Fordelingen av bemanningsressursene ned på hver enkelt post og hver enkelt vakt anser samtlige leverandører som forretningshemmeligheter. Dette er likevel tall som er tilgjengelig for de ulike kontrollorganene i kommunen, for eksempel Sykehjemsetaten i Oslo. Kan vi likevel si noe om bemanning i sykehjem? Videre følger en gjennomgang av ulike empiriske funn som i hovedsak baserer seg på studier og metastudier fra Norden og sammenlignbare anglosaksiske land.

En av de mest omfattende studiene på sykehjem fra Skandinavia er Stolt et al., (2011) sin analyse som baserer seg på en spørreundersøkelse utført av det svenske helsedirektoratet (Socialstyrelsen). Studien dekker 94,784 eldre i Sverige, noe som tilsvarer 99,5 prosent av alle eldre registrert som beboere på institusjon. Den sammenligner 2376 offentlige hjem i 290 svenske kommuner mot 253 private sykehjem¹⁹ i 78 kommuner. Basert på 12 ulike kvalitetsindikatorer sammenligner de gjennomsnittet for offentlige og private sykehjem. Spørreundersøkelsen tar utgangspunkt i indikatorene som har blitt trukket frem som viktige i tidligere utførte studier: andel ansatte, målt som årsverk delt på antall beboere, basiskompetanse (andel sykepleiere), spesialkompetanse (leger, ergo- og fysioterapeuter), antall fulltidsansatte (minst 85 prosent), turnover, målt som antall ansatte som hadde sagt opp i løpet av foregående år, andel deltidsansatte, andel beboere som delte rom, andel beboere

¹⁷ Pleieårsverk per pasient

¹⁸ Etter Forvaltningsloven §13 først ledd nr. 2 (1967, §13) gjelder denne taushetsplikten opplysninger om «tekniske innretninger og fremgangsmåter samt drifts- eller forretningsforhold som det vil være av konkurransemessig betydning å hemmeligholde av hensyn til den som opplysningen angår».

¹⁹ Private inkludert for-profit og non-profit, men 90 % av alle private sykehjem i Sverige er for-profit.

med tilgang på eget bad/WC/kjøkken, andel ansatte per administrativt ansatte (first-line manager).

Ved hjelp av t-tester estimerer de forskjellen i gjennomsnittet mellom private og offentlige sykehjem. Kvalitetsindikatorerne ble brukt som uavhengig variabel, status på driftsform (privat/offentlig) brukt som avhengig i regresjonen. Målet for regresjonene er ikke å finne ut hva som gir høy kvalitet, men hva forskjellen mellom private og offentlige institusjoner er. Alle testene ble kontrollert for kommunenes politiske, økonomiske og demografiske forhold, samt størrelse på institusjonen. Disse er gjennomsnittet av kommunens siste tre årsresultat, gjennomsnittlig inntekt i kommunen, innbyggere per kvadratkilometer og andelen i kommunestyret fra partier på høyre og venstre politiske fløy.

Sammenlikning av offentlige og private hjem gir Stolt et al., (2011) flere signifikante resultater. Private sykehjem har generelt færre ansatte per beboer, ansatte med lavere kompetanse og flere ansatte på timeskontrakter. Når analysen tar høyde for de bakenforliggende variablene nevnt over er retningen på resultatene lik, men signifikansnivået faller eller forsvinner. Private aktører har likevel fortsatt færre ansatte per beboer (- 9 prosent)²⁰, og så vidt utenfor signifikansnivået ($p=0,051$) færre ansatte i heltidsstillinger (- 11 prosent). Vabø et al., (2013) viser til 2012-tall fra Socialstyrelsen i Sverige som viser at kommersielle sykehjem har færre ansatte. Omgjort til heltidsekvivalenter hadde private kommersielle en bemanningsrate på 0,8 per beboer sammenlignet med 0,9 i offentlige og ideelle. Samme datagrunnlag viser at offentlige institusjoner har 13 prosent færre ansatte på timesbasis enn kommersielle.

Siden deres avhengige variabel er offentlig eller privat, altså todelt, bruker de logistisk regresjon for å beregne om kvalitetsindikatorerne «tilhører» den ene eller den andre avhengige variabelen. I denne analysen peker variablene for antall ansatte per beboer signifikant i retning av offentlig, det samme gjør andel fulltidsansatte, og «management» i form av flere administrativt ansatte per faglig ansatte. Andel med spesialkompetanse peker signifikant i retning av privat.

²⁰ Signifikant på 1-prosentsnivå, $p<0,01$

Utenlandske studier viser samme tendens. En metaanalyse, utført av Comondore et al. (2009), inkluderer 82 studier gjennomført i USA, Canada, Taiwan og Australia utført mellom 1984 og 2003, tar for seg kvalitetsforskjeller mellom kommersielle og ikke-kommersielle sykehjem. De «pooler» de fire mest vanlige kvalitetsindikatorerne, blant annet flere eller mer kvalifiserte ansatte. Meta-analysen antyder at ikke-kommersielle institusjoner har mer kvalifiserte eller flere ansatte per beboer enn kommersielle. Ikke-kommersielle har også signifikant høyere antall absolutte timer, og relative timer er i gjennomsnitt 11 prosent høyere i ikke-kommersielle sykehjem (Comondore et al., 2009)²¹.

Lavere bemanning finner også Harrington et al., (2012). De utfører en empirisk analyse av 16 000 amerikanske sykehjem delt inn etter driftstype og hvorvidt den private eieren var del av en stor kjede eller ikke. Den deskriptive analysen viser at antall timer sykepleiere jobber per beboer per dag var *lavere* i de ti største kommersielle kjedene (med 0,56 timer per beboer per dag) enn i ikke-kommersielle kjeder (0,85) og offentlige sykehjem (0,81). Antall arbeidstimer for hele personalet var lavere for topp 10 sykehjemskjeder (3,39 timer per beboer per dag) enn for alle andre typer av driftsform (4,28 timer per beboer per dag i ikke-kommersielle og i det offentlige) til tross for et gjennomgående lavere pleiebehov hos beboerne på de ti største kjedene. Disse kjedene hadde også signifikant flere mangler og avvik enn resten.

Regresjonen tar høyde for størrelse på institusjonen, pleiebehov, markedsfaktorer, forskjeller mellom statene og årstall. Da jobber fortsatt sykepleierne hos de to største kommersielle kjedene 0,18 færre timer per beboer per dag enn i offentlige institusjoner. Antallet timer for hele personalet var 0,86 lavere per beboer per dag. Feil og avvik var 31 prosent høyere, og alvorlige avvik 34 prosent høyere hos de største kjedene enn hos de offentlige²².

Vrangbæk et al., (2015) spør i en meta-analyse om konkurranseutsetting er bra eller dårlig for offentlig ansatte. Studien baserer seg på 26 empiriske studier (på tvers av offentlige tjenester) publisert mellom 2000 og 2012, hvorav åtte fra Skandinavia og resten fra andre vestlige land. Effektene deles opp i fire hovedgrupper: arbeidsstokkens sammensetning, arbeidsforhold, lønn og andre ytelser, og tilfredshet. De ser på hva som er de oftest rapporterte konsekvensene av konkurranseutsetting på de ansatte. For arbeidsstokkens sammensetning har konkurransen en negativ betydning i flere studier. Vrangbæk et al. (2015) viser til flere studier som

²¹ Alle resultatene er signifikant på 0,1-prosentnivå, $p < 0,001$

²² Alle rapporterte resultat er signifikant på 0,1 prosent ($p < 0,001$).

rapporterer om en reduksjon i antall ansatte (Flecker & Hermann, 2011; Gustafsson & Busch, 2002; Park, 2004). Reduksjonen varierer fra et par til 29 prosent. Av negative konsekvenser rapporterer de om økt bruk av deltidsansatte, ansatte med mye erfaring byttes ut med de med lite, dårligere arbeidsforhold, lavere lønninger og dårligere jobbtilfredshet. Fra studiene hos Vrangbæk et al. (2015) som tar for seg helse og omsorg rapporteres det om færre ytelser, færre ansatte, lavere jobbsikkerhet og mer stress. En av studiene rapporterer også om «bedre helse» og lavere sykefravær hos de konkurranseutsatte.

Ser vi på den tilgjengelige oversikter over pleiefaktor som ligger ute på Oslo kommune sine sider fordelt på hvert enkelt sykehjem, og foretar en beregning av gjennomsnittet finner vi at sykepleieandelen (av totalt antall ansatte) i offentlige sykehjem er 0,26, i kommersielle 0,22. Ved en t-test er ikke disse gjennomsnittene signifikant forskjellige. På enkelte sykehjem ser vi likevel store forskjeller. På det kommersielt drevet Ammerudlunden er andel sykepleiere 17,8 av 78 ansatte. På det offentlige Abildsøhjemmet er andel sykepleiere 30,7 av 84 ansatte.

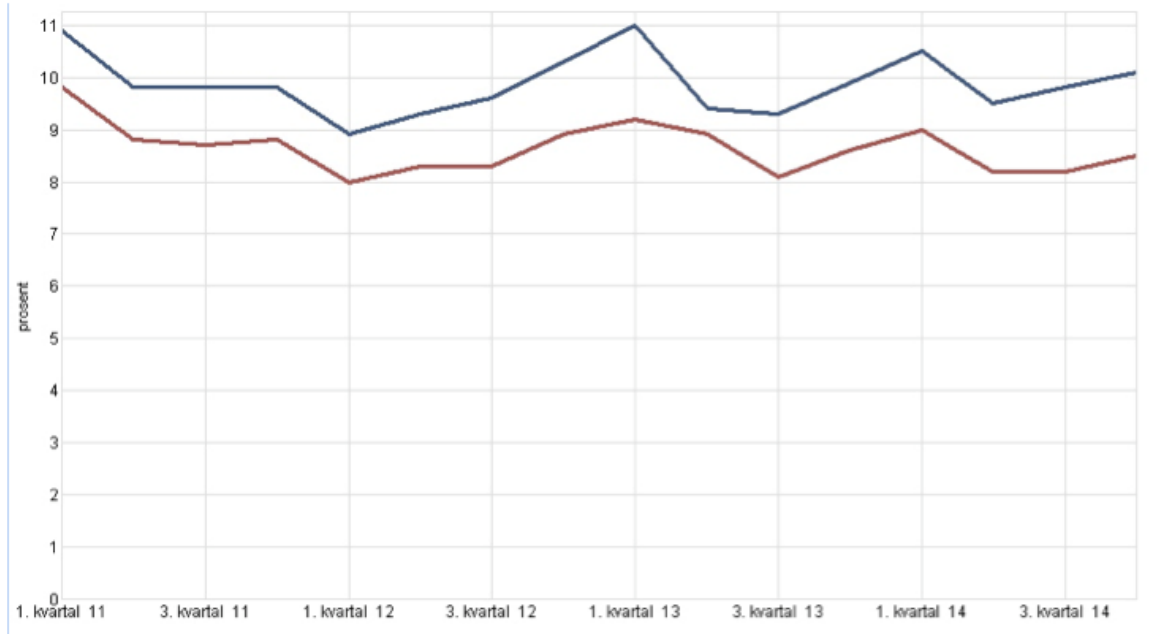
I et intervju til Bergensavisen (BA) om byrådets prosess med å ta tilbake private sykehjem til kommunal drift, sier ansvarlig byråd Rebekka Ljosland at det er lavere sykepleierdekning på de kommersielle sykehjemmene. ”Eiere skal ikke få ta ut profitt. Dessuten har de to sykehjemmene lavere sykepleierdekning enn noen av de andre sykehjemmene i byen. Det er jeg kritisk til” (BA, 2015). I en epost fra Bergen kommune opplyses det at en gjennomgang i 2015 viste at sykepleierbemanningen ved de to kommersielt drevne sykehjemmene 13 og 19,3 prosent. Til sammenligning var sykepleierandelen ved ideelle hjem 23 prosent. Hele 47 prosent ved et sykehjem med spesialfunksjoner. Det vil kreve mer innsyn i reelle arbeidslister for kunne si noe sikkert om forholdene ved norske sykehjem.

Sykefravær: Nyeste tall fra Sykehjemsetaten i Oslo (30.06.2015 er siste registrering²³) viser at kommunale sykehjem har et sykefravær på 10,8 prosent og private (inkl. ideelle) har 7,66 prosent. Nasjonale tall fra SSB for hele helse og omsorgssektoren viser også at privat sektor ligger litt lavere enn offentlig. Det blir hevdet av blant annet NHO at lavere sykefravær er en av hovedgrunnene til at private klarer å drive lavere enn offentlige²⁴. SSB sin statistikk, selv om den ikke brutt ned til sykehjem spesielt, viser samme bilde. Over alle næringer er det et skille mellom offentlig og privat når det kommer til sykefravær.

²³ Oppgitt på epost av Sykehjemsetaten 11. februar 2016

²⁴ – Det er meningslaust å overføre dette til kommunen. Den viktigaste årsaka til at det blir dyrare er at det er mykje høgare sjukefravær i kommunale sjukeheimar enn i private. Kristin Skogen Lund, NRK (2016c)

Figur 3: Sykefravær for arbeidstakere (i prosent) etter sektor og tid. Sykefraværspersent, begge kjønn, helse og sosialtjenester. Blå: Kommunal forvaltning. Rød: Privat sektor og offentlige foretak



Kilde: SSB, Tabell 07800

Lønn og ytelser:

I følge beregninger fra SSB basert på heltidsekvivalenter²⁵ er gjennomsnittslønnen 6 prosent lavere i private enn i offentlige sykehjem (SSB, 2015b). Dette kan enten skyldes at flere arbeider deltid hos private, at de har lavere lønn, lavere ansiennitet eller at de har dårligere tillegg i forbindelse med overtid eller annet (Steen et al. 2014). Det kan også tenkes at arbeidsstokken er sammensatt av ulike yrkesgrupper, at sykepleiere er erstattet av hjelpepleiere. Ser vi på overenskomstene Oslo kommune har med NHO Service, Norsk sykepleierforbund (NSF) og Fagforbundet finner vi forskjeller som kan bidra til å forklare deler av avviket. NHO Service har en pleie- og omsorgsoverenskomst med NSF og en med Fagforbundet. Ikke alle, men to av de største leverandørene, Aleris Omsorg AS og Attendo

²⁵ SSB forklarer begrepet og årsaken til bruk av begrepet heltidsekvivalenter slik: «For å kunne sammenligne lønn mellom hel- og deltidsansatte omregnes lønna til de deltidsansatte til hva den ville vært hvis de jobbet heltid. Månedslønn per heltidsekvivalent for de deltidsansatte kan da slås sammen med månedslønn for de heltidsansatte slik at man kan beregne en gjennomsnittlig månedsfortjeneste for alle ansatte.»

AS, er medlemmer av NHO Service. I overenskomsten mellom NHO Service og Fagforbundet og NSF får medlemmene fire års ansiennitet, med Oslo kommune 16 år.

Lønnsstrukturene ser slik ut:

Tabell 1: Minstelønnsatser for sykepleiere. NHO Service, KS og Oslo kommune (2014-2016)

Ansiennitet	0 år	2 år	4 år	6 år	8 år	10 år	16 år
Oslo kommune	367 350	376 450	381 150	385 750	393 000	407 600	437 900
KS	373 700	381 200	388 700	393 700	415 600	435 800	440 200
NHO Service	362 193	369 193	381 193	-	-	-	-

Kilde: Pleie- og omsorgsoverenskomsten (2014a)

Forskjellige tillegg for overtid og natt- og helgetillegg vil også kunne forklare noe av forskjellen:

Tabell 2: Tillegg for NHO Service og NSF, Oslo kommune og NSF

SYKEPLEIERFORBUNDET	NHO Service	Oslo kommune
Kvelds- og nattillegg	24 kr per time	40 % av timelønn per time
Helgetillegg	50 kr per time	133 %
Helligdagstillegg	100 %	133 %
Overtid innen kl. 21	50 %	50 % (mellom kl. 07.00 og 20.00)
Overtid etter kl. 21	100 %	100 % (mellom kl. 20.00 og 07.00)

Kilde: Pleie- og overenskomsten

Tabell 3: Tillegg fra overenskomster Fagforbundet har med NHO Service og Oslo kommune.

FAGFORBUNDET	NHO Service	Oslo kommune
Kvelds- og nattillegg	22 kr per time	40 % av timelønn per time
Helgetillegg	22 kr per time	133 %
Helligdagstillegg	100 %	133 %
Overtid innen kl. 21	50 %	50 % (mellom kl. 07.00 og 20.00)
Overtid etter kl. 21	100 %	100 % (mellom kl. 20.00 og 07.00)

Kilde: Pleie- og overenskomsten

3.3 Prosesskvalitet

Hvordan pleien gjennomføres er svært viktig for helsen til beboerne. Det er også deres følelse av selvstendighet, medvirkning og forhold til de ansatte. Prosessindikatoren måler utførelsen av pleien, ikke utfallet av den. Hvor «riktig» er diagnosen, er best mulig pleie blitt tatt i bruk, har ulike tiltak være koordinerte, har prosedyrene blitt fulgt?

I 2004 kom Helse- og omsorgsdepartementet med en forskrift som bestemmer at hjelp skal bli gitt innen rimelig tid, være koordinert og sikre kontinuitet. Kvalitetsforskriften oppgir også krav helsepersonellet skal jobbe for å tilfredsstille hos pasienten: rett til hvile og privatliv, rett til selvbestemmelse, rett til å skape og opprettholde sosiale bånd (Vabø et al., 2013).

Stolt et al. (2011) sin studie ser også på prosessindikatorer. De ser på andel beboere med deltagelse i og medbestemmelse over egen pleieplan, andel beboere med tilbud om minst to ulike matretter minst en gang per dag, andel beboere som må vente mindre enn 11 timer mellom middag og frokost. Deres studie viser at andelen beboere som medvirker i utformingen av sin egen pleie er i gjennomsnitt 7 prosent høyere i private institusjoner. Og beboerne får også i større grad flere måltidsalternativer og opplever kortere tid mellom siste og første måltid (≤ 11 timer) henholdsvis 15 og 26 prosent.

Müller-Nilssen (2010) intervjuer ansatte ved et sykehjem i Oslo kommune i to omganger. En gang på slutten av en anbudsperiode med en ideell driver og en gang ved andre anbudsperiode med en kommersiell driver. I lys av at Oslo kommune på denne tiden (også) fokuserte mye på kvalitet og «sykehjemmet som et utstillingsvindu» er hovedspørsmålet i oppgaven om konkurransen har gitt den ønskede kvalitetseffekten. I første intervjurunde var sykehjemmet i en overgangsperiode mellom et offentlig til en ideell driver. De ansatte rapporterer om kaos og usikkerhet, til tross for informasjon om at lovverket beskyttet jobbene deres. Etter overgangen fra kommunal til ideell driver beskriver de en økning i sosiale og kulturelle arrangementer, mer planlegging og aktivitet. Det ble også flere ansatte, opplæring, leger og ergoterapeuter. Flere uttaler også når neste konkurranse nærmer seg at de håper den ideelle aktøren får fortsette. Andre intervjurunde forgår om lag 2 år inn i den nye kontrakten, denne gangen med en *kommersiell* driver. Flere trekker frem at kulturtilbudet har blitt enda bedre, men at bemanningen er lavere, turnusene kortere, vaktene flere og at enkeltgrupper av

pasienter blir nedprioritert. For noen oppleves alle arrangementene som stressende og belastende og at det tar fokus vekk fra arbeid med pasientene.

I en rapport utført på oppdrag av Arbeids- og sosialdepartementet (Steen, 2014) rapporterer respondentene at «konkurransetsetting økte kravet til arbeidsintensitet, bidro til mer press i arbeidet, hadde negative virkninger for lønn og pensjon, men samtidig at mulighetene til kompetanseutvikling ble bedre». Likevel finner rapporten ingen signifikante forskjeller mellom offentlig og privat for mange av variablene som dreier seg om arbeidsvilkår. Disse variablene omfatter ujevn arbeidsbelastning, høyt tempo, stress, å ha for mye å gjøre og å være utslitt når man kommer hjem fra jobb, utføre hardt fysisk arbeid og å jobbe under risikofylte forhold.

3.4 Resultatkvalitet

Få kan være uenig i at bedring av helsetilstand, funksjonsevne, overlevelse, utskrivelse er gode indikatorer på kvalitet i pleie og omsorg. *Utfallene* av pleien er ofte lette å måle, lette å sammenligne.

Utfordringen kan være å skille utfall av god eller dårlig kvalitet i pleien og medisinske muligheter under gitte forutsetninger. En pasient kan bli verre, til tross for at best mulig pleie har blitt gitt. Utslaget kan også være irrelevant hvis overlevelse er kriteriet for god kvalitet, i en situasjon som ikke er dødelig/livsfarlig, men bare potensielt gi lavere livskvalitet. Det er heller ikke gitt at overlevelse er ønskelig i alle tilfeller. Smertefull livsforlengelse er noe mange eldre ikke ønsker seg. I tillegg er det ikke alle utfall som er lette å måle og operasjonalisere. Når er for eksempel en pasient rehabilitert? Til tross for begrensninger er fortsatt resultatene en av de mest pålitelige kvalitetsindikatorerne, så lenge de brukes forsiktig og i sammenheng med strukturelle og prosessuelle indikatorer.

Tanuseputro et al. (2015) utfører en kohortstudie hvor de ser på 640 offentlig finansierte sykehjem i Ontario i Canada. Av institusjonene er 384 private kommersielle og 256 ikke-kommersielle (inkl. offentlige, mer enn 50 prosent) med til sammen 53 739 innleggelser mellom 1. januar 2010 og 1. mars 2012. De observerte sykehusinnleggelser og dødsfall justert per 1000 person-år, 3, 6 og 12 måneder etter innflytting på sykehjemmet. Deres resultater viser at ett år etter innleggelse hadde 11,7 prosent av pasientene dødd og 25,7 prosent hadde

vært innlagt på sykehus minst en gang. Dødelighetsraten på kommersielle sykehjem var signifikant ($p < 0,01$) høyere enn hos ikke-kommersielle. Det samme gjaldt også for sykehusinnleggelser (se tabell 4). 462 per 1000 beboere i kommersielle sykehjem var blitt innlagt på sykehus i løpet av året, 358 per 1000 beboere i ikke-kommersielle sykehjem.

Tabell 4: Prosent høyere dødelighet og sykehusinnleggelser ved kommersielle enn ved ikke-kommersielle

Antall måneder etter innleggelse på sykehjem	Dødelighetsrate		Sykehusinnleggesrate	
	Prosent høyere ved kommersielle enn ved ikke-kommersielle			
3	18,4 %		38,2 %	
6	16,7 %		35,9 %	
12	12,3 %		29,2 %	

$P < 0,01$ Kilde: Tanuseputro et al. (2015)

For å kunne si noe om fordelingen tar Tanuseputro et al. (2015) i bruk kvintiler. Vi forventer at dødelighet og sykehusinnleggelser skal fordele seg jevnt med 20 prosent i hver kvartil. Mer enn 20 prosent vil si at dødeligheten er høyere enn forventet. Den laveste kvintilen (Q1) er de 20 prosentene av sykehjemmene med lavest dødelighet. Høyere andel av sykehjemmene i denne kvintilen vil si at flere har lavere dødelighet enn forventet. Som vi kan se av tabell 5 ligger kommersielle sykehjem under 20 prosent i den laveste kvintilen både for dødelighet og sykehusinnleggelser, og over 20 prosent i den høyeste. De ikke-kommersielle på sin side har flere enn 20 prosent av sine sykehjem representert i laveste kvartil.

Tabell 5: Kvartilfordeling dødelighet og sykehusinnleggelser ved kommersielle og ikke-kommersielle sykehjem

Andel av institusjoner	Dødelighetsrate		Sykehusinnleggelser	
	Kommersiell	Ikke-kommersiell	Kommersiell	Ikke-kommersiell
Kvintiler (Q)				
Q1: 0-20	14,1 %	28,7 %	13,3 %	19,9 %
Q2: 21-40	21,1 %	18,5 %	16,9 %	20,1 %
Q3: 41-60	20,3 %	19,7 %	21,1 %	20,1 %
Q4: 61-80	21,1 %	18,5 %	22,1 %	20,1 %
Q5: 81-100	23,4 %	14,6 %	27,6 %	19,9 %

$P < 0,01$ Kilde: Tanuseputro et al. (2015)

Sykehjemmene i Ontario er finansiert på liknende måte som i Skandinavia. Alle institusjonene mottar offentlig støtte, med brukerbetaling basert på deres egne finanser. Søkeprosess og fordeling av pasienter er også tilnærmet lik. Pasientene søker plass og blir plassert der det er ledig. Det skjer også sjelden at institusjoner avviser søkere. Tanuseputro et al. (2015) har hatt tilgang på individuelle helsekortnummer på tvers av ulike databanker. På den måten har de kunnet kontrollere for helsestatus, alder og bosted. I tillegg kontrollerer de for størrelsen på institusjon.

3.5 Kostnadsbesparelser

Det er liten tvil om at anbudsutsetting kan gi besparelser for kommunen. Spørsmålet er hvorvidt innsparingen kommer med eller uten negative konsekvenser for beboere og ansatte. Studiene over viser hvordan konkurranseutsatte sykehjem har lavere bemanning og færre heltidsansatte. Å bytte ut en dyr sykepleier med en billigere hjelpepleiere og pensjonsordning, eller en fast ansatt med en vikar kan være en strategi for bedrifter som ønsker å vinne anbud. Noen studier viser også hvordan kostnadene likevel ikke blir så mye lavere. Det kan skyldes høye transaksjonskostnader, bortfall av stordriftsfordeler eller kostnader knyttet til kontroll.

En studie fra Danmark undersøker hvordan innføring av anbud og fritt brukervalg har påvirket blant annet kostnadene kommunene har med tjenestetilbudet. Denne studien ser på hjemmesykepleie, men hovedpoenget er effektene av brukervalg. I 2003 ble det pålagt kommunene å tilby et privat alternativ til sine innbyggere. Hansen (2010) bruker dette og utfører en OLS-regresjon med *omfang* av brukervalg (to eller flere godkjente private tilbydere, 15 eller flere brukere) og *hvor lenge* brukervalg har vært praktisert (innført før 2003, i 2003 eller ikke i det hele tatt) som uavhengige variabler. Om lag 21 prosent av danske kommuner hadde innslag av private før 2003, i 2003 tilbød 41 prosent private alternativer og i 2004 gjorde 65 prosent av kommunene det samme. 41 prosent hadde flere enn én privat tilbyder i 2004.

Bygget på antagelsen om at offentlige monopoler vil være langt mindre effektive enn hvis de blir utsatt for konkurranse utformer Hansen (2010) tre hypoteser. Den første hypotesen sier at fordi konkurransen vil tvinge leverandørene til å senke kostnadene og øke effektiviteten, vil

bruk av offentlige anskaffelser forventes å gi lavere kostnader, høyere produksjon og høyere effektivitet²⁶ hos kommunene som tar i bruk konkurranse. Studien finner imidlertid ikke støtte til at kommuner som ikke har innført brukervalg har signifikant høyere kostnader, eller høyere kostnader per enhet (danske kroner per antall mottakere per innbygger over 67 år og antall timer per innbygger over 67 år). Kommuner med brukervalg er derfor ikke mer effektive.

Den andre hypotesen bygger på samme antagelse, og sier at kommuner med tidlig eller omfattende bruk av konkurranse vil ha lavere kostnader, høyere resultat og bedre effektivitet. De finner at kostnadene per mottaker er 15 prosent lavere for kommuner som var tidlig ute med konkurranseutsetting²⁷. De finner også at for kommuner som har omfattende bruk (flere enn 15 mottakere av hjelp) er kostnad per mottaker 21 prosent lavere i 2004 enn de var i 2002. Disse kommunene har også en høyere andel mottakere, selv om resultatet er svakt ($p < 0,1$). Kostnader per time viser derimot ingen signifikant sammenheng. Kostnadene er altså ikke lavere, men resultatene gir ellers et blandet bilde.

Den siste hypotesen sier at kommunene er like på tvers av konkurranseutsetting. Han finner ingen signifikante forskjeller i mellom kommuner mer og uten (omfattende) bruk av anbudskonkurranser for kostnader, resultat og effektivitet. Klarest bekrefter Hansen (2010) hypotesen for kostnader, mens for resultater og effektivitet er tallene litt sprikende. Det er imidlertid flest variabler som peker i retning av at hypotesen kan beholdes.

Det svenske Statskontoret undersøkte i 2012 konsekvensene av innføringen av en lov som skulle gjøre det enklere for kommunene å innføre et system for fritt brukervalg. Etter å ha gått gjennom en behovsundersøkelse skulle brukerne få alternativer å velge mellom. Alternativene var alle godkjent av kommunen. Statskontoret fant ingen kostnadsbesparelser, snarere svake bevis for en *økning* i kommuner som hadde innført systemet tidlig (Erlandsen et al., 2013). Loven krevde mer administrasjons- og oppfølgingsarbeid som økte kostnadene.

²⁶ Kostnader måles som danske kroner per innbygger over 67 år. Produksjon måles som antall mottakere per innbygger over 67 år og antall timer per innbygger over 67 år som brukes. Effektivitet måles som kostnader per mottaker og per time. Det måles også endringen i disse variablene fra 2002 til 2004.

²⁷ Alle $p < 0,05$

3.6 Vridningseffekt

For at empirien skal kunne fortelle oss noe om hvorvidt det oppstår en vridningseffekt fra uobserverbar til observerbar kvalitet på konkurranseutsatte sykehjem må vi se på hva det er som måles.

I Oslo kommunes *Kvalitetsparametere og kvalitetskonkurranse i sykehjem* skriver de at «målsettingen ved konkurransen har vært å få best mulig kvalitet på tjenesten til en riktig pris» (Oslo kommune, 2005). En internasjonal anerkjent definisjon anser kvalitet som god «i den grad helsetjenester for individer og populasjoner øker sannsynligheten for ønsket helse og er konsistent med gjeldene profesjonell kunnskap» (Nakrem et al., 2009). Kvalitetsindikatorerne vi bruker må kunne måle endringer i helsestatus etter at pleie og omsorg har blitt ytt. De skal avdekke forskjeller i pleien, ikke mellom pasienter (Nakrem et al., 2009). Forskriften *Kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene* (2003, §1) formulerer sitt formål slik: «Forskriften skal bidra til å sikre at personer som mottar pleie- og omsorgstjenester etter kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven får ivaretatt sine grunnleggende behov med respekt for det enkelte menneskets selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel». For å løse denne oppgaven skal kommunene utarbeide og etablere prosedyrer, som skal sikre at brukerne av pleie- og omsorgstjenester får tilfredsstilt grunnleggende behov. Dette er brede definisjoner som vanskelig kan la seg observere og verifisere. Derfor må det defineres mer spesifikke mål dersom kvaliteten skal kunne la seg måle.

Når en kommune legger et sykehjem ut på anbud ligger det vedlagt et konkurransegrunnlag som budgiverne må forholde seg til. Det er i konkurransegrunnlaget kommunen kan stille de kravene de ønsker overfor leverandøren. Disse kravene må kunne observeres og verifiseres for å ha noen effekt. Krav til leverandørene som kun kan observeres kan bare håndheves ved at kontrakten ikke går til den samme leverandøren ved neste utlysning. I konkurransegrunnlaget Oslo kommune la for anbudsutlysningen for drift av Romsås sykehjem (det siste de har lagt ut på anbud, 01.06.16) defineres enkelte «ufravikelige krav» til leverandøren og «andre krav». Ufravikelige krav krever at bedriften skal ha ordnede forhold til skatte og merverdiavgiftinnbetalinger, oppfylle lovbestemte HMS-krav og ikke ha rettskraftige dommer mot seg. Andre kvalifikasjonskrav krever at bedriften blant annet skal være et lovlig etablert foretak og ha økonomiske og organisatoriske forutsetninger for å utføre tjenesten. Krav til bemanning begrenser seg til minimumskravene hva angår pleiefaktor

(0,71), bemanningsplan (legge frem 15-1 og 15-2) og døgnkontinuerlig tilstedeværelse av sykepleietjeneste. I spesifikke krav til ytelsen på Romsås sykehjem inngår minimum 0,51 legetimer per uke per beboer og 0,55 fysioterapitimer per uke per beboer. Krav om tilbud av mat og kafeteriatilbud, internkontrollsystem og at matkostnader per pasient per døgn minimum skal være 100 kroner. Utenom dette fyller leverandøren tilbudet med det de ønsker å tilby.

I konkurransegrunnlaget som sist ble brukt ved anbudsutsetting av to sykehjem i Bergen bes tilbyderne om å dokumentere hvordan de skal «sikre at det er nok personell med helsefaglig utdanning, herunder andelen sykepleiere, til å gjennomføre oppdraget». Leverandøren skal også «til enhver tid ha et personale som er tilpasset oppdraget og som innehar de nødvendige formelle og faglige kvalifikasjonene». Utover dette stilles det en rekke krav til inventar og utstyr, prosedyrer for mottak, utskrivelser, kvalitetskontroller, samarbeid, rapportering og regnskapsføring. Vektingen av tildelingskriteriene i Bergen var 50 prosent for kvalitet, 40 prosent for pris og 10 prosent for bemanning. Underkriteriet er «det økonomisk mest fordelaktige for oppdragsgiver».

Kvalitetsrapportene i Oslo kommune måler andel trykksår, infeksjoner, tannhelse, fall og ernæring. Og også i konkurransegrunnlagene synes det tydelig at kun rent observerbare og verifiserbare kvalitetsmål beskrives. Ellers er kravene utformet relativt generelt både for å gi kommunene den friheten de trenger for å ta ansvar for tilbudet til sine innbyggere, men det er generelt også fordi hvordan grunnleggende behov skal sikres er individuelt og vanskelig å definere. Til sammen kan dette føre til at aktørene tilpasser seg de observerbare kvalitetsindikatorne.

3.7 Oppsummering og kommentarer til empirien

Det som preger de aller fleste studiene på dette temaet er at de påpeker manglende data. Særlig i Norge er dette et problem. Ipløs og KOSTRA-dataene som kommunene rapporterer inn til er for eksempel ikke delt inn etter driftsform. Til tross for store og velutviklede nasjonale statistikkbanker, finnes det lite solid materiale på kontroll av og konsekvensene av innslag av private i velferdstjenestene. Dette er tilfellet for alle de nordiske landene (Meagher og Szebehely, 2013). De skriver at myndigheten i de nordiske landene som pleier å gjøre en

innsats for å evaluere store reformer, i dette tilfellet ikke virker som de har prøvd å følge opp de tilsiktede og utilsiktede konsekvensene av konkurranse og brukervalg. Heller ikke den relativt raske fremveksten av kommersielle tilbydere av pleie og omsorg. Som følge av at privatisering har fått mer oppmerksomhet de siste årene, er det grunn til å tro at rapporteringsverktøyene vil utvikle og tilpasse seg.

Flere av studiene nevnt i oppgaven nevner at de baserer seg på dårlig rapporteringsgrunnlag. Petersen og Hjalmer (2014) skriver at selv om fokuset på markedsretting i Skandinavia har økt er «resultatene av disse omfattende reformene generelt dårlig dokumentert i tidligere forskning» og «det er ingen systematisk eller generaliserbar dokumentasjon av økt kostnadseffektivitet eller bedre tjenestekvalitet som resultat av markedsretting» (2014: 4). Petersen et al. (2015) skriver at til tross for en stor og voksende litteratur på markedsrettingsfeltet, er det aller meste av empiriske studier gjort på såkalte tekniske tjenester. I Sverige fant ikke Stolt et al. (2011) noen studier som tok for seg mer enn kun et par kommuner, og da med kun en eller et par kvalitetsindikatorer. Derfor omfatter et flertall av deres meta-studie undersøkelser fra amerikanske sykehjem. Empirisk forskning på konsekvenser av konkurranseutsetting av velferdstjenester i ikke-anglosaksiske land har vært snau (Hansen, 2010: 259).

Bruker- og pårørendeundersøkelser blir ofte brukt til å kåre «Oslos beste sykehjem», og burde være relevant å ha med her. Det er imidlertid slik at metoden både har blitt kritisert og endret drastisk underveis, slik at sammenlikning mellom sykehjem og over tid ville være problematisk. I tillegg er over 80 prosent av potensielle respondenter i brukerundersøkelsene demente, noe som har ført til svært lave svarprosent, og varierer stor fra sykehjem til sykehjem (Kasa, 2011). Dette er årsaken til at disse undersøkelsene blir brukt i oppgaven.

Tilgjengelig data sett under ett tyder på at offentlige institusjoner har høyere strukturkvalitet, og private kommersielle har bedre prosesskvalitet. Studier fra USA og Canada viser at resultatene også er bedre hos offentlige hjem. Rapportene fra norske undersøkelser gir et mindre klart bilde. Neste kapittel vil diskutere hvorfor det ser slik ut.

4. Diskusjon

Etter å ha gått gjennom relevant teori og store deler av tilgjengelig empiri begynner det å danne seg et bilde av hvilke effekter konkurranse gir. Dette kapittelet vil se nærmere på noen av funnene og diskutere årsaker til at markedet for pleie- og omsorgstjenester ikke fungerer på lik linje med markedet for andre tjenester.

4.1 Effekt på pris og kvalitet

Hovedinntrykket fra de empiriske funnene er at dyre lønns- og arbeidsforhold blir nedprioritert av private leverandører, som heller satser på billigere og andre former for kvalitet, som underholdning og individuelle pleieplaner. Offentlig institusjoner skårer i mange tilfeller bedre på strukturkvalitet, private på prosesskvalitet. Spørsmålet er om dette er en ønsket utvikling. For en pasient med depresjon, vil valg av måltid være en mager trøst i forhold til en god samtale med en av de ansatte. Barca et al. (2008) finner at opp til 25 prosent av eldre i norske sykehjem er deprimerte. Nesten 80 prosent er demente (Helsedirektoratet, 2016).

Bildet er likevel ikke så enkelt, da dette bare gjelder dette for noen av kvalitetsdimensjonene. At det er gode prosesser og prosedyrer på et sykehjem slik at riktig diagnose blir stilt og at riktig medisiner blir gitt, er selvfølgelig viktig og avgjørende for god helse hos beboerne. Slike blir imidlertid ikke fanget opp i hverken studiene eller kontrollmekanismene vi har sett på.

En av årsakene til den observerte forskjellen mellom private kommersielle og offentlige sykehjem kan være at de private hjemmene i større grad tar hensyn til og prioriterer individuell service. De private er assosiert med høyere grad av deltagelse fra beboernes side i utformingen av pleieplanene, en høyere andel av ansatte med spesialkompetanse som fysioterapeuter og akupunktører, flere måltidsalternativer, mer underholdning og aktiviteter. Pasientene blir mer som kunder å regne. Dette kommer også frem i Müller-Nilssen (2010) hvor de ansatte peker på mer underholdning under den kommersielle driveren, men at dette gikk på bekostning av pleien av pasientene. Kveldsunderholdning skapte stress rundt kveldsstell, da de ikke var nok ansatte på jobb.

Noen av studiene viser at bemanningen generelt er lavere hos de private kommersielle. Tid er penger, som man sier. God tid til pasientene vil kreve høy bemanning, og bemanning er dyrt. Beregninger utført av Stolt et al. (2011) anslår 9 prosent lavere bemanning til å tilsvare 1500 million USD bare i Sverige, noe som tilsvarer 7 prosent av kommunal- og fylkesbudsjettene til helse og omsorg. Til sammenlikning kan ekstra matretter eller en underholdningskveld være relativt billige.

At bemanningen er forskjellig hos private og offentlige sykehjem kan komme av ulike regler og avtaler i arbeidsforholdet. Forhandlingene mellom partene kan ha ulike styrkeforhold eller ulike lovbestemmelser. Et eksempel på styrkeforhold ser vi hos sykepleierne. Sykepleierforbundet har forhandlet frem en lov som sier at de skal ha samme pensjonsrettigheter uavhengig av arbeidsgiver (Lov om pensjonsordning for sykepleiere, 1962, §1). Hvis dette fører til at den private leverandøren mister dette som innsparingsmulighet, kan det bidra til å forklare hvorfor sykepleierandelen er lavere på private sykehjem.

En annen grunn til at vi ser forskjeller mellom sektorene er som Vrangbæk et al. (2015) påpeker at offentlig sektor har både høyere organiseringsgrad, strengere reguleringer og et «rykte» å holde på, som gjør at vi kan forvente forskjeller mellom sektorene. Det offentlige ønsker og er bundet til å ha andre mål enn effektivitet i sin produksjon. Det anses ofte som «trygt å jobbe i staten», mens private bedrifter ofte er utsatt for sterk konkurranse og må tilpasse seg deretter. En spørreundersøkelse utført på oppdrag av Arbeids- og sosialdepartementet svarer 60 prosent i offentlig sektor at mer enn halvparten av de ansatte på sykehjemmet deres er medlem av en fagforening. I privat sektor svarer 32 prosent det samme (Steen et al., 2014). I en epost opplyser Sykepleierforbundet at av deres medlemmer i Oslo kommune har de kun 3-4 på minstelønn på offentlige sykehjem, men de har «langt flere i NHO Service».

En tredje grunn til at vi ser dette kan være at de private sparer inn på uobserverbare sider ved tjenesten og øker fokuset på mer målbare elementer. Både gjennom kontrakten leverandøren har skrevet under på, oppfølging av den og de generelle kontrollene og innrapporteringene kan gjøre at fokuset vris over på det disse har definert og skal måle. Hverken i

konkurransesgrunnlagene²⁸, kvalitetsrapportene²⁹ eller i KOSTRA-databasen³⁰ måles eller stilles det krav til at beboerne får dusje når de vil, at det blir satt av god nok tid til kveldsstell, at de har noen å prate med osv. Alle disse faktorene vil mange mene er viktige for en god hverdag og en god omsorg. Men de er alle uobserverbare og uverifiserbare, og blir i liten eller ingen grad belønnet av kontrollsystemene. Lavere bemanning kan derfor både komme av pris og kvalitetspresset, men også være et resultat av en vridningseffekt. Lavere bemanning kan være en bevisst prioritering eller en utilsiktet neglisjering som følge av kontrollsystemene. Som tidligere nevnt er lønn, pensjon og ytelser lett å definere i en kontrakt og kommune kunne stilt krav om at forholdene skulle være like i begge sektorer. Vi kan bare spekulere i hvorfor det ikke blir gjort. I Bergen har det arbeiderpartiledete byrådet på sin side begrunnet sitt valg om rekommunalisering, til tross for en kostnad på 4 millioner kroner, med at de ønsker å prioritere lønns- og pensjonsvilkår hos sine ansatte (NRK, 2016c).

Det er ikke dermed gitt at mer-bemanningen i det offentlige blir brukt til pasientene. Det kan tenkes at de ekstra ressursene blir brukt på pauserommet. Det er også mulig at i fravær av konkurranse vil de offentlige ansatte bruke de ekstra ressursene på å belønne seg selv, fremfor å ta vare på beboerne. Men det er imidlertid ikke sånn at det ubegrenset med midler eller fritt frem for offentlige sykehjem å bruke ressursene som de vil. Offentlige institusjoner er også underlagt budsjetter med restriksjoner. I tillegg finnes det samarbeidsprosjekter og rapporteringssystemer (benchmarking) på tvers av kommunene som oppfordrer til effektiv offentlig drift. Såkalt bench-learning har blitt fremmet som et alternativ til konkurranseutsetting av norske fagforeninger (Vabø et al., 2013).

4.2 Tegn til vridningseffekt?

Det totale kvalitetsmålingssystemet til Oslo kommune er omfattende og består av kvalitetsrevisjoner, objektive indikatorer, medarbeiderundersøkelser, og beboer- og pårørendeundersøkelser (Oslo kommune, 2015a). Fordi kommunenes egne sykehjem også er underlagt de samme måle- og rapporteringssystemene, kan vi ikke utelukke at denne vridningseffekten også skjer ved kommunale hjem. I Sverige innførte de i 2009 et system for *åpne sammenlikninger* mellom sykehjem. Målet var at innbyggerne, pasienter og brukere skulle bli så godt informert at de fritt kunne velge den beste pleie og omsorgstilbyderen. Ikke

²⁸ Konkurransesgrunnlagene fra Oslo og Bergen.

²⁹ I Oslo kommune måler de liggesår, urininkontinens, kontrakturer (stive ledd), vekttap og fall.

³⁰ KOSTRA måler utdanningsnivå på ansatte, sykefravær, enerom, legetimer.

bare har det blitt satt spørsmålstegn ved om brukerne benytter seg av databasen på denne måten, men også ved hvordan målingene påvirker tilbydernes drift og rapportering. Databasen rangerer sykehjemmene, men det finnes ingen standard for hva som er god pleie, så rangeringen er kun relativ. Det er en fare for at slike rangeringer har negative utilsiktede konsekvenser ved seg, som at leverandørene tilpasser seg et gjennomsnitt, og at de fokuserer for mye på målene i sammenlikningen (vridningseffekten). En studie fra tre svenske kommuner viser at to av kommunene har endret hvordan de måler tjenesten for at de skal passe bedre inn i den åpne sammenlikningen. Kontrollregimer rammer derfor hele området, ikke bare de konkurranseutsatte (Erlandsen et al., 2013). Vridningseffekter er vanskelig å påvise nettopp fordi vi bare kan måle det vi måler. Hvorvidt kvalitetsindikatorene i Oslo kommune (fall, tannhelse, underernæring, trykksår og enerom) har gjort at sykehjemmene har tilpasset seg målingene vil kreve en egen analyse av endringer over tid.

4.3 Effektivitet eller overføring?

Kan dette karakteriseres som effektivisering? For at kriteriet for en reelle kostnadseffektivisering skal ha funnet sted, må det oppnås høyere kvalitet til samme ressursbruk eller lik kvalitet til en *lavere ressursbruk*. Siden hovedformålet med konkurranseutsettingen er at kommunen skal spare penger, kan vi forvente oss sistnevnt form for effektivisering. Når konkurransen er utformet slik at aktørene skal konkurrere på *kvalitet* – kan vi da forvente begge deler? Oslo kommune skriver at «målsettingen med å konkurranseutsette drift av sykehjem er å forbedre kvaliteten ytterligere og at gjennomsnittlig pris per sykehjems plass skal ned (...)» (Oslo kommune, 1991).

Det kan imidlertid tenkes at prisen går ned, men at kvaliteten også gjør det. Så lenge dette er innenfor en forsvarlig grense kan dette også ses på som en effektivisering. Det samme gjelder dyrere, men bedre kvalitet. Hva som er forsvarlig kvalitet og hvor mye som ligger innenfor ansvaret til det offentlige er et spørsmål om ressursbruk og prioriteringer (preferanser).

Samtidig er det viktig å presisere at kostnadsbesparelser ikke nødvendigvis er samfunnsøkonomisk lønnsomme. Hovden-utvalget skriver i utredningen *Bør offentlig sektor utsettes for konkurranse?* at «konkurranseeksponering har også samfunnsøkonomiske aspekter. Det bør skilles mellom kostnadsreduksjoner som følger av at private virksomheter får mer ut av ressursene, og kostnadsreduksjoner som følger av lavere lønnsutgifter. Det siste

er, i et samfunnsøkonomisk perspektiv, omfordeling av penger, ikke besparelser. Det samme gjelder i forhold til eventuelle forringelser i et arbeidsmiljø, som sparer bedriften for kostnader nå, men som kan påføre så vel arbeidstaker som det offentlige kostnader»³¹ (NOU 2000: 19).

Er lavere bemanning en reell effektivisering hvor arbeidsoppgaver og turnuser organiseres på bedre måter, eller er det kun en overføring, hvor de samme ansatte gjør den samme jobben til lavere lønn? Hvis det er sann at sykepleiere brukes til å vaske sengetøy eller gå tur med beboerne på offentlige sykehjem, mens det er hjelpepleiere eller ufaglærte som gjør dette i private, kan det tenkes å være en effektivisering. En unødvendig bruk av ressurser vil være borte. Det er imidlertid liten grunn til å tro at dette er tilfellet, da det mangler omlag 2500 sykepleiere i Norge (NRK, 2016a)³². Den svenske fagforeningen Kommunal (2012) finner, etter å ha spurt sine medlemmer i privat og offentlig, at en fjerdedel har minst en dag i uken det er vanskelig å få tatt seg en kort pause. Andelen er lik for drift av sykehjem på tvers av privat og offentlig sektorer. Hele 6 av 10 svarer at de hadde utilstrekkelig personale minst en gang i uken (Erlandsen et al., 2013). I Norge svarer 60 prosent av tillitsvalgte i norske sykehjem at de ikke har tilstrekkelig tid til den enkelte pasient «daglig». Likevel svarer 80 prosent at de er helt eller delvis enig i at kvaliteten på tjenesten er god. 67 prosent er helt eller delvis enig i at den faglige forsvarligheten ivaretas godt (Gautun og Øien, 2016). En undersøkelse utført av Sykepleierforbundet i forbindelse med valget i 2015, viste at i tolv kommuner i Troms fylke var hele én av fem vakter i hjemmetjenesten ikke besatt av en sykepleier. Samtidig jobber 65 prosent av sykepleiere i deltidstillinger (NSF, 2015).

Hard rasjonalisering kan føre til mer stress, dårligere arbeidsmiljø og lavere kvalitet på sikt. Dette rimer imidlertid ikke med lavere sykefravær hos de private. Noen studier kan tyde på at de ansatte opplever mer fleksibilitet og er mer involverte hos private (Vrangbæk et al., 2015). Andre igjen at organiseringen er smartere. Stolt et al. (2011) refererer for eksempel til intervjuer gjennomført av Stolt & Jansson (2006) med de daglige lederne til de fire største private sykehjems-konsernene, der de peker på omorganisering av driften som en av årsakene til et lavere bemanningsbehov. Blant annet ble vaskerutinene lagt til nattskiftene, som vanligvis er roligere vakter. Bemanning fordelt på skift og yrkesgruppe er som nevnt

³¹ Dersom reduksjon av lønnsutgifter skyldes bruk av billigere arbeidskraft, kan besparelsene også være samfunnsmessig lønnsom.

³² (Selv om bruk av sykepleiere til unødvendige oppgaver kunne tenkes å være en kilde til denne mangelen)

underlagt taushetsplikt og det er derfor vanskelig å si noe om organiseringen av personalet er veldig forskjellig mellom sektorene, og om dette utgjør en stor forskjell for prisen.

Det kan også argumenteres for at sykepleieres tid med beboerne er avgjørende for å kunne utføre riktig behandling. Å observere en pasient i hverdagen kan være viktig i en sykepleiers vurdering av behov for medisiner. Dersom en hjelpepleier blir satt til å utføre en sykepleiers oppgave, vil det være en kostnadsbesparelse, men kan også gi lavere kvalitet.

Lavere bemanning har blitt påpekt av flere å ha negativ sammenheng med kvalitet. Havig (2011) trekker frem flere studier som har sett på sammenhengen (Botstick et al., 2006, Castle 2008 og Spilsbury et al., 2011). Blant annet konkluderer Botstick et al. (2006) med at det er en positiv sammenheng mellom høyere totalbemanning og bedre kvalitet i omsorgen. I USA er lav sykepleiergrad sterkt forbundet med dårlig kvalitet på sykehjem. Høy pleiebemanning gir mindre bruk av antibiotika, færre liggesår og infeksjoner, lavere rate på sykehusinnleggelse, mindre vekttap og dehydrering blant beboerne (Harrington, 2013). I Norge har Havig et al. (2011) funnet at høy andel ufaglærte hadde negativ innvirkning på den observerte kvaliteten.

Hvorvidt lavere kostnader knyttet til driften av sykehjemmet er en besparelse for kommunen avhenger av om arbeidet med organisering av konkurransen, oppfølging av kontrakten, tilsyn og annen administrasjon overstiger gevinsten. Dette er det gjort lite forskning på, men KS har fått utført en studie som viser at av de 75 milliardene kommunene anskaffer varer og tjenester for, vil innsparingspotensialet ved å gjennomføre konkurranse være 3 milliarder kroner (2011-tall). Dette er basert på en beregning EU-kommisjonen har foretatt som sier at det vil være om lag 1 prosent innsparingspotensial per bud som kommer inn til en konkurranse. I Norge er snittet 4 bud per konkurranse. 4 prosent av 75 milliarder er 3 milliarder kroner. Rapporten estimerer kostnadene ved å gjennomføre konkurransene til 1,3 milliarder, så det reelle innsparingspotensialet beregner KS er 1,7 milliarder³³. Denne rapporten har i midlertid ikke omhandlet konkurranseutsetting av egenregi, som vil være tilfellet for sykehjem, men peker på en rapport utført av Oslo som viser til at Oslo kommune har spart ca. 179 millioner kroner over 10 år på å ha konkurranseutsatt sykehjem. NHOs «Omsorgstjenester og bransjestatistikk 2011» viser en besparelse på 120 000 til 130 000 kroner per sykehjemsplass.

³³ Rapporten understreker at det er stor usikkerhet knyttet til dette tallet. Estimerte transaksjonskostnader baserer seg på en estimert populasjon på 11 000 årlige anskaffelser.

Forfatterne av KS sin rapport³⁴ skriver at ingen av disse er fullstendige analyser av eventuelle besparelser. Oslo Economics sin rapport viser kun til en utvikling og gjør ingen forsøk på å sammenlikne før og etter konkurranseutsetting. NHO sin rapport mangler så mange kilder at det ikke var mulig å ettergå resultatene. De har heller ikke med transaksjonskostnader i sine anslag (KS, 2014).

En stor del av besparelsen på sykehjem for kommunene kan skyldes pensjonsutgifter. Kommunesektoren har en ytelsesbasert pensjonsordning, de kommersielle leverandørene en innskuddsbasert. I Oslo kommune er pensjonen, 67 (gammel) 70 (ny) prosent av sluttlønnen i innskuddspensjon. Full opptjening krever 100 prosent stilling i 30 år i en offentlig arbeidsplass. I Attendo AS har de for eksempel 5 prosent innskudd (Fagbladet.no) – 2 prosent fra de ansatte og 3 fra bedriften. Selv om det individuelt kan gi utslag i begge retninger, er kostnadene relatert til de to ordningene generelt sett svært forskjellige for arbeidsgiver. Undersøkelsen fra Arbeids- og sosialdepartementet (Steen et al., 2014) undersøker konsekvensene av konkurranseutsetting på pensjon. Basert på de ulike ordningene i privat og offentlig sektor, samt sammensetningen av arbeidsstokken finner de at private ordninger kan være fordelaktige for de med lav lønn, mens offentlige ordninger er bedre for de som jobber deltid. Levealdersjusteringen gjør også offentlige ordninger mindre attraktive for unge arbeidstakere. For de som tar ut pensjon før fylte 67 er offentlig pensjon best. I følge rapporten er det mange som har opplevd å miste opparbeidet rett til offentlig AFP, da arbeidsplassen har blitt konkurranseutsatt. I følge NSF er gjennomsnittlig pensjonsalder for sykepleiere 64 år (NSF, 2015). For arbeidstakere i sykehjem vil det for både unge hjelpepleiere (30 år) og eldre (55 år) gi dårligere pensjonsvilkår å bli konkurranseutsatt. For sykepleiere vil det ikke gi en forskjell, da de har lovfestet pensjon. Dette kan være en av hovedårsakene til at sykepleierandelen er lavere ved private sykehjem.

Lavere lønn og lavere pensjon vil som nevnt ovenfor ikke være å regne som en effektivisering. Både den detaljerte bemanningsplanen og regnskapene for hvert enkelt sykehjem er utilgjengelige og det er derfor vanskelig å se nøyaktig hvordan leverandørene prioriterer og kutter kostnader for å vinne et anbud. Selv om dårligere arbeidsvilkår ikke nødvendigvis gjør at for eksempel andel liggesår øker, vil det representere et omfordeling som

³⁴ Konsulentselskapene Rambøll og Inventura.

kan være uønsket fra samfunnet sin side. Fordelingseffekter har ikke blitt behandlet særlig i denne oppgaven, men er en annen stor og viktig del av spørsmålet om konkurranseutsetting.

Det som likevel har spart det offentlige for flest ressurser er at flere og flere får hjelp hjemme og i lengre tid. En sykehjemsplass er mye dyrere enn å få hjelpen hjem. Gjennomsnittsplassen for en sykehjemsplass er et sted mellom 800 000 og 1 000 000 kr, hjemmesykepleie og praktiskbistand koster om lag 300 000 (SSB, 2015a).

I en annen tjeneste som har noen likehetstrekk med eldreomsorg finner Andersen og Blegvad (2006) ingen effektivitetsforskjell mellom ulike eiere for tannhelsetjenesten i Danmark. Årsaken til dette var først og fremst at området var så sterkt regulert. Reguleringsbehovet kommer som følge av at det er vanskelig for utenforstående å kunne kontrollere og ha innsikt i tannlegeprofesjonens arbeid. Tannhelsetjenesten blir regulert av myndighetsdirektiver, kollektive avtaler og profesjonsnormer – på samme måte som for sykehjem. Forskjellen, og grunnen til at denne undersøkelsen blir nevnt, er at tannhelse er lettere å måle kvaliteten av enn omsorg, oppgavene er mer standardisert og lettere å observere. Dermed kan effektivitet måles mer presist.

4.4 Hvilke sykehjem konkurranseutsettes?

En annen, kanskje litt mindre åpenbar grunn, til at Oslo kommune sparer penger på å konkurranseutsette, finner vi hvis vi ser på hvilke sykehjem som settes ut på anbud. Oslo kommune skriver de at «det legges til grunn at det er de dårligst drevne sykehjemmene som skal konkurranseutsettes» (Oslo kommune, 1991). Potensialet for innsparinger er derfor i utgangspunktet tilstede. I en epost fra Sykehjemsetaten skriver de følgende om hvilken vurdering som legges til grunn:

«Bakgrunnen for selve konkurranseutsettingen har vært vedtakene i Bystyret og arbeidet har vært basert på Oslo kommunes veileder for konkurranseutsetting. Sykehjemsetaten opprettet en partssammensatt arbeidsgruppe som jobbet med å finne best mulig grunnlag for å foreslå hvilke sykehjem som skulle konkurranseutsettes.

Kriterier for pris og kvalitet har vært grunnlaget for hvilke sykehjem som er valgt ut. Det ble tilstrebet å velge så objektive kriterier som mulig med vektning på kvalitet og økonomi som

kunne bidra til å skille ut sykehjem som deretter situasjonsbeskrives og vurderes for konkurranseutsetting. Sykehjemsetaten tok utgangspunkt i et gjennomsnitt for to år på de valgte kriteriene der dette var mulig.

Sammenstillingen av kriteriene med vektning har så medført en rangering av sykehjemmene som har vært gjenstand for vurdering. De som totalt kom lavest ut er de som prioriteres høyest for vurdering for konkurranseutsetting. Den partssammensatte gruppen i Sykehjemsetaten utarbeidet en anbefaling som deretter ble politisk besluttet.»

Det kan derfor være grunn til å spørre om Oslo kommune ikke selv kunne tatt effektiviseringsgrep etter å ha skaffet seg denne oversikten. Siden det er de offentlige sykehjemmene som i utgangspunktet er dyre og har lavere kvalitet som blir satt ut på anbud, kan dette bidra til å forklare hvorfor private eventuelt har lavere kvalitet.

Da kan det være nyttig og se om det eksisterer noen form for læringseffekt i kommunenes egne sykehjem. I litteraturen fremsettes det ofte hypoteser om at private aktører vil sette press på de offentlige til å øke kvaliteten. Det vil derfor være naturlig å tro at offentlige institusjoner i kommuner med konkurranse presterer bedre enn offentlige institusjoner uten. Stolt et al. (2011) bruker den omfattende undersøkelsen til å studere forskjeller mellom kommuner som er utsatt og ikke utsatt for konkurranse. De ønsker å se om det eksisterer en stimulerings-effekt for de offentlige sykehjemmene og sammenligner gjennomsnittet hos 965 offentlige institusjoner i 78 kommuner med etablerte, private alternativer og 1411 offentlige institusjoner i 212 kommuner uten konkurranse. De finner kun 1 prosent flere rom med eget bad/WC/kjøkken, ellers ingen signifikante forskjeller på de kommunale sykehjemmene. Det ser ikke ut til å være noen læringseffekt.

Stolt et al. (2011) gjennomførte i 2006 en lignende studie. For å undersøke eventuelle kausale forhold, så de på 17 institusjoner som siden 2006 hadde gått fra offentlig til privat drift. Endringen i kvalitetsindikatorerne på disse institusjonene bekrefter langt på vei at forhold som antall ansatte, medbestemmelse og måltidsalternativer er et resultat av konkurranseutsetting, og ikke bare er variabler som samvarierer.

4.5 Valgmuligheter

Økte valgmuligheter i tjenestetilbudet for innbyggerne er et uttalt mål³⁵. For mange er valg et gode i seg selv, og flere setter pris på å ha muligheten. En undersøkelse fra Oslo kommune viste at flertallet av 400 respondenter satte pris på muligheten til å velge (Vabø et al., 2013). En av forutsetningene for at valget du gjør faktisk skal ha noen praktisk betydning er at valgmulighetene er forskjellige. I et system der reguleringene er sterke kan det stilles spørsmål ved hvor mange ulike tjenester brukerne kan velge mellom.

Feltenius (2015) intervjuer aktører og undersøker tilgjengelig data på ulike sykehjem i seks skandinaviske kommuner, som drives av private kommersielle, ideelle og offentlige. Formålet er å sammenligne tjenestenes innhold og undersøke likheter og forskjeller. Han finner ingen forskjeller i tjenestenes innhold basert på institusjonell styring (driftsform). Tjenestetilbyderne selv, politisk og administrativ ledelse i de ulike kommunene beskriver innholdet som relativt likt. Bruker- og pårørendeundersøkelsene gir heller ingen støtte til at driftsform påvirker innholdet i tjenestene. Konkurransetsetting og flere ulike tilbydere har ikke ført til større mangfold i tjenesten. Feltenius (2015) peker på at sterk kontraktstyring og omfattende målinger gir lite rom til innovasjon. Flere av aktørene som blir intervjuet trekker frem at kontraktene er svært detaljerte, og at de brukes uavhengig av hvem som vinner anbudet. Det resulterer i at tjenestene blir svært like og at valgmulighetene til brukeren blir mindre reelle. I de skandinaviske landene har lokale myndigheter stor grad av frihet til å organisere tjenestene som de selv ønsker. Derfor kan det forventes større forskjeller på tvers av, snarere enn innad, i kommuner. En grunn til dette er at det fra kommunens side kan være vanskelig å forsvare store forskjeller i tjenestene. De er lovpålagt å tilby like gode tjenester til alle innbyggerne i sin kommune. Feltenius (2015) konkluderer med at basert på empiriske undersøkelser er det ingen substansielle forskjeller når det kommer til innholdet i tjenestene fra kommersielle og ikke-kommersielle. En «velferdsmiks» med valgmuligheter finner han ikke bevis for.

En annen forutsetning er at de som skal velge er godt nok informert om forholdene ved de enkelte sykehjemmene. I den nevnte undersøkelsen fra Oslo kommune mente flertallet også at

³⁵ «Konkurransen kan bidra til et mer mangfoldig tilbud, økt valgfrihet for brukerne, og vil ofte skape større fokus på kvalitet. Det gir også en hensiktsmessig og bedre bruk av knappe ressurser» skriver NHO, en av de sterkeste pådriverne for konkurranseutsetting på sine sider (NHO, 2014a)

de var godt nok informert før de utførte valget. I både Bergen og Oslo er det slik at brukerne må søke om plass på sitt ønskede sykehjem (i Oslo innenfor sin bydel). I Oslo i 2015 fikk 78,8 prosent sitt førstevalg³⁶. Resten blir plassert der det er ledig plass. I Oslo valgte 25 prosent av de som ble tildelt et sykehjem privat. 14 prosent byttet til et privat etter deres opprinnelige valg (Vabø et al., 2013). I Bergen er det også i teorien fritt brukervalg, men i praksis blir de plassert der det er ledig (Lie, 2013). Dette skyldes i hovedsak at det ikke er et overskudd av sykehjemsplasser.

Når det benyttes anbudskonkurranser ved offentlige anskaffelser har kommunen i stor grad allerede valgt for brukerne. Ikke bare har de valgt vinneren, men de har også utformet kontrakten og forhandlet med leverandørene. Anbudskonkurranser gir kommunen mulighet til å bestille sykehjem som er annerledes enn de allerede eksisterende sykehjemmene, men det er fremdeles de som sitter på den største muligheten til å påvirke tjenestens innhold. Fordi det ikke er overskudd av plasser og at kommunene i stor grad velger innholdet i tjenesten står vi i en situasjon der konkurransen ikke har ført til flere valgmuligheter for pasientene.

Bruk av regulerte, faste brukerbetalingar skal som beskrevet i kapittel 2 få leverandørene til å konkurrere på kvalitet³⁷. I dette tilfellet vil insentivene til å øke kvaliteten øke med profittmarginen. Og bedriften vil øke sin kvalitet hvis etterspørselen er sensitiv for kvalitet, det vil si hvis en økning i kvalitet vil bli etterfulgt av en økning i etterspørsel. Mer mobile og informerte brukere vil innebære at etterspørselen reagerer mer på kvalitetsforskjeller. Dette vil igjen styrke insentivene til høy kvalitet. Det må være lett for kundene å skille mellom de ulike aktørene når de skal foreta et valg. Derfor bruker myndighetene store ressurser på å innhente, sammenligne og publisere data om kvalitet, for at etterspørselen skal reagere mer og raskere overfor kvalitetsforskjeller. Det kan diskuteres hvor høy graden av selvbestemmelse er i Norge. Det er vanskelig å bytte sykehjem og brukerne blir plassert der det er ledige plasser. Konsumentene er derfor ikke så mottakelige og mobile som de burde ha vært, og kvaliteten kan falle som følge av det. På denne måten er frie brukervalg en forutsetning for at kvaliteten skal bli bedre (Brekke et al. 2014).

³⁶ Oppgitt i epost av Sykehjemsetaten i Oslo.

³⁷ Brukerbetaling er satt til 75 prosent av inntekt inntil folketrygdens grunnbeløp og 85 prosent av annen (kapital-) inntekt utover grunnbeløpet i Oslo kommune (2015b)

4.6 Hvem konkurranseutsetter?

Vi har sett at det i Oslo lå klare føringer på hvilke sykehjem som ble konkurranseutsatt. Er det også forskjell i hvem som konkurranseutsetter? Er det ideologi som styrer avgjørelsen om konkurranseutsetting? Deloitte (2011) i Vabø et al. (2013) indikerer at konkurranseutsetting i pleie og omsorgssektoren forekommer oftere i borgerlige kommuner enn i sosialdemokratiske. Bare 16 prosent av kommunene med en ordfører fra Arbeiderpartiet hadde arrangert anbudskonkurranse, mens 45 prosent med en ordfører fra Fremskrittspartiet, og 35 prosent med en fra Høyre hadde gjort det samme. Petersen et al. (2015) finner imidlertid ikke støtte for politiske forskjeller for pleie av eldre i Danmark. De får kun signifikante resultater som viser at andelen sosialistiske seter³⁸ påvirker nivået på anbudsutsetting i negativ retning for skoler og barnehager, men ikke for sykehjem.

Stolt et al. (2011) skriver at forholdet mellom økonomisk press og konkurranseutsetting er kompleks og viser til Stolt og Winblad (2009) og Trydegård (2001). De viser at kommuners motivasjon til å konkurranseutsette ikke bare kan forklares av økonomiske eller politiske årsaker, men mer som en blanding mellom ideologiske og sosioøkonomiske grunner. Kommuner med et borgerlig styre har en tendens til å konkurranseutsette uavhengig av den økonomiske situasjonen. Venstreorienterte kommuner derimot, konkurranseutsetter i større grad i økonomisk vanskelige perioder og er mer pragmatiske i sin privatiseringspolitikk. «Det er så vidt vi vet ikke mange empiriske bevis som indikerer at konkurranseutsetting har blitt innført for å øke kvaliteten. Snarere forblir offentlige aktører på markedet for å opprettholde kvaliteten» (Stolt et al., 2011: 566). At både Oslo kommune og Bergen kommune velger å ikke utlyse nye anbudskonkurranser etter at byrådene ble skiftet ut ved valget i 2015, kan støtte denne teorien³⁹.

4.7 Kjennetegn ved velferdstjenester

Egner velferdstjenester seg til å overlates til markedet? Sitatet oppgaven begynner med er med på å forme hvilken virkelighetsforståelse vi har av konkurranse om velferdstjenester. Er problemet at offentlig sektor er ineffektiv og sløser med fellesskapets ressurser eller gjør relativt risikofri finansiering offentlige velferdstjenester til en ettertraktet investering for

³⁸ Partiene er Sosialdemokratene, Socialistisk Folkeparti og Enhedslisten.

³⁹ I Oslo overtok Ap, Sv og MDG for Høyre, Krf og Venstre. I Bergen overtok Ap, Krf og Venstre for Høyre og Frp.

private investorer? Sannheten ligger nok et sted imellom, men det er viktig å få frem at «konkurransen» ikke nødvendigvis er en formel som fungerer over alt og til enhver tid. Tjenester skiller seg fra produksjon av varer på flere måter.

For det første er ikke effektivitet det eneste vi ønsker oss. Effektivitet står gjerne i et motsetningsforhold til en god fordeling. Rettferdighet og relativt lik fordeling blir gjennom politiske valg et felles mål og et hensyn politikere må ta. Markedet klarer ikke dette alene og derfor har vi en regulerende og offentlig tjenesteytende sektor. Det vil alltid foregå en avveining mellom effektivitet og fordeling. Det vil for eksempel alltid være både vridningseffekter og administrasjonskostnader forbundet med å kreve inn skatter, men skatt er helt avgjørende for at samfunn skal kunne fungere på en mer eller mindre sivilisert måte. Selv om lavere lønn ikke nødvendigvis trenger å ha noe å si for andel liggesår på en sykehjem, vil det ha en fordelingseffekt samfunnet som helhet kan være opptatt av.

I velferdsproduksjon sitter tilbyderne med et stort informasjonsovertak, både overfor oppdragsgiveren og brukerne. Pasientene må stole på at leger og annet helsepersonell vet hva som er best for dem og faktisk gjør det som er best for dem. De er ikke likeverdige parter. Det samme gjelder i stor grad de pårørende. Denne informasjonsskjevheden, som forsterkes av hemmeligholdte bemanningsplaner og uobserverbare kvalitetsdimensjoner, gjør at det frie brukervalget som ligger til grunn for konkurransen, ikke fungerer optimalt. Selv om kommunene kontrollerer og offentliggjør resultater fra undersøkelser, vil ikke all relevant informasjon være tilgjengelig for brukerne før etter konsum av tjenesten. Det er fordi mye av det som kan ligge til grunn for god pleie og omsorg ikke lar seg observere i forkant. Det kan også være vanskelig å verifisere i ettertid, som kan gjøre det vanskelig å kontrollere for tredjepart.

Pasientene er også ofte kjennetegnet ved at de er ressursvake. Enten som forklart over, ved informasjonsskjevhed, eller fordi de har dårlig helse eller få økonomiske ressurser som gjør det vanskelig å innhente nødvendig informasjon, stille krav, klage og bytte sykehjem ved behov. Å velge feil kan til syvende og sist være katastrofalt for individet: Å velge feil sykehjem gir større konsekvenser enn å kjøpe en genser av dårlig kvalitet.

Produksjon av velferdstjenester er arbeidsintensive. Som vi har sett går 80-85 prosent av utgiftene til personalkostnader. Dette har konsekvenser når man ser på muligheter for

effektivisering og kostnadsutt. Velferdstjenester er komplekse og individuelle, og «samlebåndsproduksjon» vil derfor være vanskelig og uforsvarlig. Det er begrenset hvor fort vi kan gi ut medisiner, dusje, skifte og pleie mennesker. Medisinske undersøkelser kan heller ikke gjøres for raskt hvis kvaliteten skal opprettholdes. Kanskje den viktigste kvalitetsdimensjonen, det som betyr mest for beboerne er tid. Tid til å gi omsorg, snakke, tid til å spise når og så lenge man vil. For at pleiere i fremtiden skal kunne ha nok tid til pasientene vil det kreve flere ansatte og mer velferdsteknologi som kan frigjøre mer tid. Dessuten er behovet hos de enkelte beboerne ulike. Det finnes ingen one size fits all-løsning og økende regulering og standardisering kan stå i veien for individuelt tilpasset pleie.

I tillegg er det sånn at vi blir flere og eldre. En sannsynlig følge er at utgiftene til helse og omsorg vil gå opp, og trolig også andelen av offentlige budsjetter. Produktiviteten innen pleie- og omsorgsarbeid er begrenset av blant annet hvor fort et kateter kan skiftes eller en pasient vaskes. Da vil også potensialet for innsparing og effektivisering også begrenses. Dette kalles Baumol-effekten. Det klassiske eksempelet på Baumol-effekten er en strykekvartett som spiller Beethoven. Den trenger like mange musikere i dag som på 1800-tallet. Ny velferdsteknologi kan lette arbeidet for pleierne, men kostnadene vil ikke nødvendigvis gå ned, da den nye teknologien kan være svært dyr.

Etterspørsel etter langtidspleie er et nødvendig behov – ikke et valgt. Derfor kan det oppstå et avvik mellom omsorgsbehov og evne til å betale. At noen ikke har tilgang kan være ubehagelig for et samfunn og være noe uønsket. En slik eksternalitet kan løses ved at staten priser tjenesten lavere enn et fritt marked ville gjort. En velferdsstat skal være et sikkerhetsnett når noen faller utenfor, uavhengig av ressursbeholdning.

4.8 Utvikling fremover

Konkurransetsetting av eldreomsorg er relativt lite utbredt i Norge. Det er blant annet derfor det er lite eksisterende forskning på området fra Norge. Det er vanskelig å si hvordan utviklingen vil være og hvordan tjenestene påvirkes på lang sikt. Forskningen fra land som har større og lengre erfaring med konkurransetsetting har blitt gjengitt i denne oppgaven og kan gi noen antydninger. Blant annet så vi at sykepleierdekningen i Sverige og Danmark var

lavere enn i Norge og Finland⁴⁰. Sverige og Danmark har langt større utbredelse av konkurranseutsetting enn Norge og Finland har. Tendensen med lavere andel sykepleiere kan altså se ut til å fortsette. I USA er om lag to tredjedeler av beboere på sykehjem i private kommersielle institusjoner. I Canada om lag 100 000 av 250 000. Dette er langt mer enn i Norge og spørsmålet er hvor relevant det er å sammenligne seg med disse landene. På den ene siden ligner systemene relativt mye på hverandre. Nakrem et al. (2009) trekker frem likhetstrekk som at befolkningen får tilgang til tjenesten ved behov, betalingen er subsidiert gjennom skatter og offentlige eller private forsikringer, kulturene er sammenlignbare og det eksisterer et nasjonalt system for kontroll. På den andre siden er det forskjeller mellom sosialdemokratiske velferdsstater, som vi har i Norge og liberale velferdsstater som er vanlige i anglosaksiske land. Disse kan gi utslag for omfanget og konsekvensene konkurransen gir. I stater med sosialdemokratiske velferdsmodeller er utslagene på lønn og sosialdumping lavere enn i mange anglosaksiske land. Dette kan skyldes høyere organisasjonsgrad, bedre forhandlingsregimer og tettere lønnsstrukturer (Vrangbæk et al., 2015). Den sosialdemokratiske velferdsmodellen kan se ut til å beskytte mot eller motvirke de mest usosiale effektene av konkurranse.

Det kan også tenkes at markedene modner og at aktørene på begge sider lærer. For bestillerkontorene rundt i kommunene krever det kanskje noen runder før de vet hvordan de beste anbudsutlysningene, forhandlingene og kontraktene skal utformes. Useriøse aktører kan bli luket ut underveis. Hansen (2010) finner som vi har sett ingen signifikante forskjeller mellom de som hadde innført private alternativer i 2002 og de som ikke hadde det i 2004. Det kan tyde på at det er få effekter av konkurranseutsetting overhodet, men også at det tar mer enn et par år før markedet «setter seg». På den andre siden stiller Rodrigues et al. (2014) spørsmål om «farlige» markedskonsentrasjoner. I de fire landene de studerer, Danmark, England, Nederland og Tyskland, er det en tendens til at aktørene blir større og færre etter som markedene setter seg. Det er vanskelig å si hva som er det ideelle antallet og det kan være stordriftsfordeler knyttet til store leverandører. I Norge har vi sett at antallet tilbydere falt fra 11 til 4. Tre av disse er på samme måte som de største kjedene i USA eid av store aksjefond med kortsiktige utbyttekrav og det kan derfor være verdt å følge med på utviklingen der (Herning, 2012).

⁴⁰ Sykepleierdekning i Norge 18 prosent, Finland 13 prosent, Danmark 10 prosent, i Sverige kun 5 (Hermansen, 2011)

5. Oppsummering

Denne oppgaven stilte spørsmål ved om det eksisterer et velfungerende marked for velferdstjenester slik at de ønskede konkurranseeffektene effektivisering og valgfrihet kan realiseres. Vi har sett at bruk av anbudskonkurranse kan gi et press på pris og kvalitet i drift av sykehjem som ikke nødvendigvis gir en samfunnsøkonomisk effektivisering. Det finnes et innsparingspotensial for kommunen, men prispresset kan gi konsekvenser både for beboere og ansatte i form av blant annet lavere andel sykepleiere og lavere pensjoner. Selv om det finnes metoder for å sikre tilfredsstillende kvalitet, kan det forekomme utilsiktede konsekvenser i form av overproduksjon av de formene for kvalitet som blir belønnet gjennom ulike insentivordninger. Særlig skyldes dette et av kjennetegnene ved velferdstjenester, at deler av tjenesten ikke kan observeres. Flere sider av pleie og omsorg er uobserverbar kvalitet som ikke kan defineres i en kontrakt på forhånd eller kontrolleres i ettertid. Siden en av forutsetningene for en velfungerende konkurranse i dette markedet er at tjenestene kan måles og kontrolleres, gjør denne uobserverbare kvaliteten drift av sykehjem lite egnet til å overlates til markedet.

De sterke rapporteringskravene tjenestene blir underlagt skaper problemer både for offentlige og private institusjoner og kan blant annet føre til at tjenestene blir likere, noe som går utover valgmuligheten og tilbudet til brukerne. I den forstand er kontrollbehovet som følger av konkurranse kanskje et større problem for pasientene enn selve konkurransen.

Det er ikke dermed sagt at det ikke finnes en plass for private aktører. Både ideelle og kommersielle tilbydere gjør det tilsynelatende bra og bestillerkontorene i kommunene gjør en god jobb i å sikre gode tilbud. Men skal bruk av konkurranse for velferdstjenester fortsatt å øke vil brukere, myndigheter og forskere måtte få større tilgang på data som kan bidra til å evaluere effektene av at private kommersielle aktører tilbyr velferdstjenester. Samtidig er det viktig å være oppmerksom på hvilke konsekvenser måling og kontroll kan få på innholdet i tjenestene. Jeg håper denne oppgaven har bidratt til å belyse debatten om konkurranse for velferdstjenester på markedet, og å nyansere bildet av at konkurranse enkelt kan overføres til velferdstjenester.

6. Kildeliste

Andersen, Lotte Bøgh & Blegvad, Marianne (2006) *Does ownership matter for the delivery of professionalized public services? Cost-efficiency and effectiveness in the private and public dental care for children in Denmark 2006*, Public Administration Vol. 94, No. 1, Blackwell Pub. LTd. Oxford. USA.

Barca, Maria Lage; Selvbæk, Geir; Laks, Jerson & Knut Engedal (2008) Factors associated with depression in Norwegian nursing homes. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, Vol. 24 (2008: 417-425)

Bergens Avisen, BA (2015) *Ønsker seg bort fra private sykehjem: Full splid om sykehjem*. Publisert 25.11.2015 Tilgjengelig fra <http://www.ba.no/nyhet/helsevesen/onsker-seg-bort-fra-private-sykehjem-full-splid-om-sykehjem/s/5-8-203008>

Botstick, JE; Rantz, MJ; Flesner, MK & Riggs CJ (2006) *Systematic review of studies of staffing and quality in nursing homes*. *Journal of the American Medical Directors Association*. Vol. 7, No. 6 (2006: 366-376)

Brekke, Kurt R; Gravelle, Hugh; Siciliani, Luigi & Straume, Odd Rune (2014) *Patient Choice, Mobility and Competition Among Health Care Providers*, *Developments in Health Economics and Public Policy*, Vol. 12

Brekke, Kurt; Siciliani, Luigi; Straume, Odd Rune (2012a) *Can competition reduce quality?* Discussion Paper, Norges Handelshøyskole

Brekke, Kurt; Siciliani, Luigi; Cellini, Roberto; Straume, Odd Rune (2012b) *Competition in regulated markets with sluggish beliefs about quality*, *Journal of Economics & Management Strategy*, Vol. 21, No. 1 (s. 131-178) Wiley Periodicals

Castle, Ng (2008) *Nursing home caregiver staffing levels and quality of care*. *Journal of applied Gerontology* Vol. 27, No. 4 (2008: 375-405)

Comondore, Vikram; Devereaux P. J; Zhou, Q; Stone, S. B; Busse, J. W; Ravindran, N. C; et al. (2009) *Quality of care in for-profit and not-for-profit nursing homes: systematic review and meta-analysis*. *British Medical Journal*, Vol. 339

Dastidar, Krishnendu Gosh (2014) *Scoring Auctions: A brief survey*. *Studies in Microeconomics*, Vol. 2, No. 1 (s. 35-48) SAGE Publications.

Deloitte (2011) *Omfanget av konkurranseutsetting av kjernetjenester i kommunesektoren*, Tilgjengelig fra

Donabedian, Avedis (2005) *Evaluating the Quality of Medical Care*, *The Milbank Quarterly*, Vol. 83, No. 4 (s. 691-729) Blackwell Publishing

Domberger, S. & Jensen, Paul (1997) *Contracting out by the public sector: Theory, Evidence, Prospects* *Oxford review of Economic Policy*, Vol. 13, No. 4

Erlandsen, Sara; Storm, Palle; Stranz, Anneli; Szebehely, Marta & Trydegård, Gun-Britt (2013) Marketising trends in Swedish eldercare: competition, choice and calls for stricter regulation, I: Meagher, Gabrielle & Szebehely, *Marketisation in Nordic eldercare: a research report on legislation, oversight extent and consequences* (2013: 27-75), Stockholm: Nordic Research Network on Marketisation in Eldercare, Stockholm U.

Forskrift for sykehjem m.v, *Forskrift 14. november 1988 nr 932 for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie*.

Feltenius, David (2015wp) *Elderly Care in Scandinavia: Marketization and Local Governing of Nursing Homes*, Department of Political Science, Umeå University

Flecker, J. & Hermann, C. (2011) The liberalization of public services: Company reactions and consequences for employment and working conditions. *Economic and Industrial Democracy*, Vol 32 (2011: 523-544)

Forvaltningsloven *Lov 10. oktober 1967 om behandlingsmåten i forvaltningssaker*.

Gammelsæther, P. (2006) *Forvaltningsreformer i pleie- og omsorgstjenesten – en kartlegging av kommuner og bydeler med bestiller-utførermodell*. Stjørdal: Ressurscenter for omstilling i kommunene (RO).

Gautun, Heidi; Bogen, Hanne & Grødem, Anne Skevik (2013) Konsekvenser av konkurranseutsetting. Kvalitet, effektivitet og arbeidsvilkår i sykehjem og hjemmetjenester, FAFO

Gautun, Heidi & Øien, Henning (2016) *Kartlegging av mangel på sykepleiere i hjemmesykepleie og sykehjem*, NOVA

Gustafsson, O., & Busch, T (2002) *Konkurranseutsetting i kommunal sektor: En kvalitativ analyse av endringer i en kommunal renovasjonsbedrift*. Nordiske Organisasjonsstudier Vol. 4, No. 3 (2002: 27-53)

Hansen, Morten Balle (2010) *Marketization and Economic Performance. Competitive tendering in the social sector*, *Public Management Review*, Vol. 12, No. 2, (2010: 255-274)

Hansen, Tore (2014) Store Norske Leksikon, sist oppdatert 20.10.2014 Tilgjengelig fra https://snl.no/New_Public_Management

Harrington, Charlene; Olney, Brian; Carrillo, Helen & Kang, Teawoon (2012) *Nurse Staffing and Deficiencies in the Largest For-Profit Nursing Homes Chains and Chains Owned by Private Equity Companies*, *Health Service Research* (2012: 107-128)

Harrington, Charlene (2013) Understanding the relationship of nursing home ownership and quality in the United States (2013: 229-237) I: Meagher, Gabrielle & Szebehely, *Marketisation in Nordic eldercare: a research report on legislation, oversight extent and consequences*, Stockholm: Nordic Research Network on Marketisation in Eldercare, Stockholm U.

Havig, Anders Kvale; Skogstad, Anders; Kjekshus, Lars Erik & Romøren, Tor Inge (2011) *Leadership, staffing and quality of care in nursing homes*, NOVA

Helsedirektoratet (2016) Tilrettelagt bolig og uteareal for personer med demens Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/demens/tilrettelagt-bolig-og-uteareal-for-personer-med-demens> (Lest 14.06.2016)

Helse- og omsorgstjenesteloven, *Lov 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse og omsorgstjenester m.m.*

Helsepersonelloven. *Lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell m.v*

Hermansen, Bjørn Morten (2008) *Statlig eierskap i Norge. En komparativ analyse av eierstrukturene*, masteroppgave Universitetet i Bergen

Hermansen, Åsmund (2011) *Pleie- og omsorgssektoren i de nordiske land*, Vol. 12, FAFO

Herning, Linn (2012) *Konkurransetsatte sykehjem i Norge 1997-2012*, For Velferdsstaten Vol 1.

Herning, Linn (2015) *Velferdsprofitørene. Om penger, makt og propaganda i de norske velferds-tjenestene*, Forlaget Manifest AS, Oslo

Houlberg, Kurt & Petersen, Ole Helby (2012) *Effekter ved konkurrenceudsættelse: Pilotundersøgelse af brugen af private leverandører og udgiftsniveau på udvalgte kommunale udgiftsområder*. København: Anvendt kommunal forskning (AKF)

Høyre (2013) *Høyres stortingsvalgsprogram 2013-2017*. Tilgjengelig fra <https://hoyre.no/aktuelt/arkiv/hoyre-vil-slippe-alle-gode-krefter-til/>

Kasa, Sjur (2011) *Villedende brukerundersøkelser – eksempler fra Oslo*, For velferdsstaten Tilgjengelig fra http://www.velferdsstaten.no/Forsiden/?article_id=63366

KS (2014) *FoU: Kostnader, besparelser og effektivisering ved anskaffelser innen velferd*, Rambøll og Inventura

Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene, *Forskrift av 27. juni 2003 nr 792 om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunen etter lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v.*

Lie, Einar Steine (2013) *Kommersielle aktører innen kommunal eldreomsorg - en kartlegging*, Senter for omsorgsforskning Vol. 4, Bergen: Høgskolen i Bergen.

Meager, Gabrielle & Szebehely, Marta (2013) Four Nordic countries - four responses to the international trend of marketisation, (2013: 241-284) I: Meagher, Gabrielle & Szebehely, Marta *Marketisation in Nordic eldercare: a research report on legislation, oversight extent and consequences*, Stockholm: Nordic Research Network on Marketisation in Eldercare, Stockholm U.

Müller, Nilssen (2010) «...og bedre skal det bli?» *Et empirisk basert studie av kvalitet og effekter av konkurranse innenfor Oslo kommunes sykehjemsdrift*. Masteroppgave i profesjonsetikk og diakoni, Universitetet i Oslo.

Nakrem, S; Vinsnes, A. G; Harkless, G. E; Paulsen, B. & Seim, A (2009) *Nursing sensitive quality indicators for nursing home care: International review of literature, policy and practice*. International Journal of Nursing Studies, Vol. 46 (s. 848-857)

NHO Service (2014a) *Myter og fakta om konkurranse*. Tilgjengelig fra <http://www.nhoservice.no/article.php?articleID=4157&categoryID=156> (Lest 10.11.2015)

NHO Service (2014b) *Statisikk og trender 2014*, NHO

Norsk sykepleierforbund (2014) *Pensjon*. Tilgjengelig fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2582686/539297/Pensjon> (Lest 14.06.2016)

Norsk sykepleierforbund (2015) *Statistikk, arbeidstid*. Tilgjengelig fra <https://www.nsf.no/statistikk/artikkelliste/539297> (Lest 12.06.2016)

NRK (2011) *Arbeidstilsynet anmelder Adecco*. Tilgjengelig fra <https://www.nrk.no/ostlandssendingen/arbeidstilsynet-anmelder-adecco-1.7523895> (Lest 20.05.2016)

NRK (2016a) *Mangler over 2500 sykepleiere*, av Bostad, Roand Cecilie & Kjernli, Erlend (NRK) Publisert 27.3.2016 Tilgjengelig fra <https://www.nrk.no/norge/stor-sykepleiermangel-i-norge-1.12872546> (Lest 15.05. 2016)

NRK (2016b) *Sykepleieren Kristina netker å telle minutter. Hun jobber med mennesker, ikke tall*, av Wessel-Hansen, Sissel (Nordlys) & Andersen, Marita (NRK) Publisert 02.09.2015 Tilgjengelig fra https://www.nrk.no/troms/sykepleieren-kristina-nekter-a-telle-minutter.-hun-jobber-med-mennesker_-ikke-tall-1.12531935 (Lest 15.05.2016)

NRK (2016c) *NHO: - Tragisk å kaste private ut av sjukeheimene*, av Bolstad, Jon og Anthun, Mette Publisert (NRK) 06.04.2016 Tilgjengelig fra https://www.nrk.no/hordaland/nho_-_tragisk-a-kaste-private-ut-av-sjukeheimene-1.12887742 (Lest 15.05.2016)

Oslo kommune (2015a) *Beboerundersøkelse på sykehjem 2014*

Oslo kommune (2015b) *Pris for sykehjemsplass*, Tilgjengelig fra <https://www.oslo.kommune.no/helse-og-omsorg/eldreomsorg/sykehjem-og-dagsenter/pris-for-sykehjemsplass/>

Oslo kommune (1991) Byrådssak 91/19: 1

Oslo kommune (2005) Byrådssak 261/05

Otnes, Berit (2015) *Utviklingen i pleie og omsorgstjenestene 1994-2013*, Tidsskrift for omsorgsforskning, Vol 1. No. 1 (2015: 48-61) Universitetsforlaget

- Park, S.J. (2004) *Contracting out in Korean local governments: Current situation and challenges ahead*. International Review of Administrative Science, Vol.70 (2004: 497-509)
- Petersen, Ole Helby; Houlberg, Kurt & Christensen, Lasse Ring (2015) *Contracting Out Local Services. A Tale of Technical and Social Services*, Public Administration Review Vol. 75 No. 4 (s. 560-570)
- Petersen, Ole Helby & Hjelmar, Ulf (2013/4) *Marketization of welfare services in Scandinavia: A review of Swedish and Danish experiences*, Scandinavian Journal of Public Administration, Vol. 17, No. 4 (s. 3-20)
- Petersen, Ole Helby; Hjelmar, Ulf; Vrangbæk, Karsten og La Cour, Lisa (2011) *Udlicitering af offentlige opgaver. En forskningsbaseret gennemgang af danske og internationale undersøgelser fra 2000 til 2011*, København: Anvendt kommunal forskning (AKF)
- Pleie- og omsorgsoverenskomst (2014) *Pleie- og overenskomst mellom NHO/NHO Service og Norsk sykepleierforbund 2014-2016, avtale 527*
- Pleie- og omsorgsoverenskomst (2014) *Pleie- og overenskomst mellom Oslo kommune og Norsk sykepleierforbund 2014-2016, dokument 25*
- Rodrigues, Ricardo; Leichsenring, Kai; Winkelmann, Juliane (2014) *The 'Make or Buy' Decision in Long-term Care: Lessons for Policy*. European Centre for Social Welfare Policy and Research.
- Sandmo, Agnar & Hagen, P. Kåre (1992) *Offentlig politikk og private incitament*, Otta: TANO AS.
- Spilsbury, K; Hewitt, C; Stirk, L; Bowman, C (2011) *The relationship between nurse staffing and quality of care in nursing homes: A systematic review*. International Journal of Nursing Studies. Vol. 48, No. 6 (2011: 732-750)
- SSB (2015a) *Pleie- og omsorgsstatistikk* Tilgjengelig fra <https://www.ssb.no/statistikkbanken/SelectVarVal/Define.asp?MainTable=Kostra2K1616F1Ko&KortNavnWeb=pleie&PLanguage=0&checked=true> (Lest 15.05.2016)
- SSB (2015b) *Lønn omgjort til heltidsekvivalenter*. Statistikk fått av Alexander Berg Erichsen.
- Steen, Arild Henrik; Hansen, Per Bonde; Asp, Rolf Sverre (2014) *Konkurransesutsetting av offentlige tjenester*, Høgskolen i Oslo og Akershus
- Stolt, Ragnar; Blomqvist, Paula; Winblad, Ulrika (2011) *Privatization of social services: Quality differences in Swedish elderly care*, Social Science and Medicine
- Stolt, Ragnar; Winblad, Ulrika (2009) *Mechanisms behind privatization: A case study of private growth in Swedish elderly care*. Social Science and Medicine. Vol. 68, No. 5 (2009: 903-911)
- Stolt, Ragnar, Janson, P (2006) *Den privata äldreomsorgsmaknaden: etablering, utveckling och konkurrens*, Department of Business economy, Stockholm University

Sundvolden-erklæringen (2013) Politisk plattform for regjeringen utgått av Høyre og Fremskrittspartiet.

Sykehjemsetaten (2014) *Strategisk kompetanseplan for Sykehjemsetaten 2014-2015 (2020)*, Oslo kommune

Sykepleierpensjonsloven (1062) *Lov av 22. juni 1962 om pensjonsordning for sykepleiere*.

Tanuseputro, Peter; Chalifoux, M; Bennett, C; Grunier, A; Bronskill, S. E; Walker, P; & Manuel, D. (2015) *Hospitalization and Mortality Rates in Long-Term Care Facilities: Does For-Profit Status Matter?* Journal of the American Medical Directors Association, Vol. 16 (s. 874-883)

Trydegård, G.B (2001) *Välfärdstjänester till salu. Privatisering och alternativa driftformer under 1990-talet*. SOU 2001: 52

Vabø, Mia (2012) *Norwegian home care in transition – heading for accountability, off-loading responsibilities*, Health & Social Care in the community, Vol. 20, No. 3 (s. 283-291)

Vabø, Mia; Christensen, Karen; Fadnes, Frode Jacobsen; Trøttemberg, Håkon Dalby (2013) *Marketisation in Norwegian eldercare: preconditions, trends and resistance* (2013: 163-197). I: Meagher, Gabrielle & Szebehely, *Marketisation in Nordic eldercare: a research report on legislation, oversight extent and consequences*, Stockholm: Nordic Research Network on Marketisation in Eldercare, Stockholm U.

Vagstad, Steinar (1996) *Auksjonsteori og offentlig politikk*, I: Torsvik, Gaute, *Informasjonsproblem og økonomisk organisering*, Fagbokforlaget.

Vrangbæk, Karsten; Petersen, Ole Helby & Hjelmar, Ulf (2015) *Is Contracting Out Good or Bad for Employees? A Review of International Experience*. Review of Public Personnel Administration, Vol. 35 No. 1 (2015: 3-23).