



«Alle gode krefter» - Mangfold og konkurranse i helse- og omsorgssektoren

Mai 2015

Om Spekter

Arbeidsgiverforeningen Spekter ble etablert i 1993 og er i dag en av Norges ledende arbeidsgiverforeninger for private og offentlige eide virksomheter som til sammen har om lag 200.000 ansatte.

Spekter er den dominerende arbeidsgiverorganisasjonen for virksomheter innen norsk spesialisthelsetjeneste. Deres medlemsvirksomheter favner om private og offentlig eide virksomheter innen helse- og omsorg. Spekter skal være en aktiv arbeidsgiverforening som arbeider for gode rammebetingelser for sine medlemmer.

Om Oslo Economics

Oslo Economics utreder økonomiske problemstillinger og gir råd til bedrifter, myndigheter og organisasjoner. Vi forstår problemstillingene som oppstår i skjæringspunktet mellom marked og politikk.

Oslo Economics er både blant Norges største uavhengige samfunnsøkonomiske og helseøkonomiske analysemiljø. Vi utfører analyser for departementer, direktorater, regionale helseforetak, helseforetak, private tilbydere og bransjeorganisasjoner.

Oslo Economics tilbyr konkurranseøkonomisk analyse. Vår bistand inkluderer fusjoner, oppkjøp, brudd på konkurranseloven, regulerte næringer, sektoranalyse, offentlige anskaffelser og statsstøtte.

«Alle gode krefter» - Mangfold og konkurranse i helse- og omsorgssektoren /2015-15

© Oslo Economics 2015

Kontaktperson:

Erik Magnus Sæther /Partner

ems@osloeconomics.no, Tel. +47 94058192

Sammendrag, funn og perspektiver

Helse- og omsorgssektoren domineres av offentlige tilbydere ved helseforetak og kommunale sykehjem, men i noen grad er konkurranseutsetting og bruk av anbud tatt i bruk. Dette er et resultat av politiske føringer. Intensjonen er å legge til rette for økt effektivitet, styrket kvalitet, nyskaping og bedre brukerorientering i tjenesteproduksjonen, men også å sikre finansieringsgrunnlaget til de eksisterende private aktørene og sørge for at anskaffelsesregelverket følges. Anbudskonkurranse benyttes for om lag 5 prosent av spesialisthelsetjenesten for tjenester innen somatikk, psykisk helsevern, rusbehandling, rehabilitering og diagnostikk (laboratorie/radiologi).

Anbudsordningen blir vurdert som stadig mer profesjonelt håndtert hos kjøper og tilbyder, men de samlede effektene på effektivitet, kvalitet og innovasjon synes fortsatt å være beskjedne. Politiske føringer som begrenser konkurransen og regulerer kjøpsvolum, ivaretagelse av helseforetakenes finansieringsgrunnlag, samt anbudsprosedyrer som hindrer innovasjon og måleutfordringer kan være noen årsaker til manglende måloppnåelse.

Regjeringen har bedt de regionale helseforetakene om å utarbeide en ny og offensiv strategi for økt bruk av anbudskjøp og ved innføring av Fritt behandlingsvalg. Dette vil gi flere og bedre tjenester fra de private, men andre tiltak må trolig til for å få de ønskede kvalitets- og effektivitetseffektene i den samlede «pasientenes helsetjeneste». Konkurransesponering av den øvrige offentlige tjenesteproduksjonen, styrket brukervalg, avtaler som fremmer innovasjon og nye samhandlingsformer bør prøves ut, samtidig som den samlede økonomistyringen ivaretas.

Problemstilling og prosjekt

Regjeringen Solberg har signalisert at de ønsker å benytte «alle gode krefter» for å øke kapasiteten i det offentlige tjenestetilbudet. I praksis betyr dette at private virksomheter, enten de er ideelle eller kommersielle, skal få en større plass i tjenesteproduksjonen. Regjeringens innføring av «fritt behandlingsvalg» kan ses på som en konkretisering av denne politikken i helsesektoren, der man også ønsker å stimulere til økt konkurranse om pasientene, blant annet for å redusere ventetid.

Med dette som bakgrunn har Spekter iverksatt en kartlegging av hvordan konkurransen i helse- og omsorgssektoren fungerer i bred forstand, med særlig vekt på bruk av anbudskonkurranse. I samarbeid med Spekter har Oslo Economics kartlagt erfaringene med bruk av konkurranse og anbud innenfor utvalgte tjenesteområder i helse- og omsorgssektoren. Dette inkluderer å vurdere hva det konkurreres om i anbudene, og hva som er effekten for marked og tilbydere.

Prosjektet er basert på gjennomgang av litteratur, strategidokumenter, statistikk og intervjuer med sentrale offentlige og private aktører i spesialisthelsetjenesten og innen kommunal omsorg (totalt 14 intervjuer). I tillegg kommer egne analyser og diskusjoner i Spekters sektorråd.

I løpet av prosjektperioden i 2014 og 2015 har kjøp fra private ved anbudskonkurranse i spesialisthelsetjenesten vært i endring. For det første har de regionale helseforetakene i egen regi utarbeidet forbedringstiltak som følge av tidligere evalueringer. Deretter har de i henhold til Regjeringens føringer utarbeidet nye offensive strategier for kjøp av private helsetjenester. Erfaringene vi redegjør for i rapporten baseres dermed på praksis knyttet til tidligere strategier.

Effektene vi peker på kan videre ikke leses som de «rendyrkede» effektene av anbudskonkurranse i helse- og omsorgstjenesten. De reflekterer snarere konsekvensene av at enkelte tjenester som tidligere mottok refusjon fra Rikstrygdeverket nå kjøpes inn av de regionale helseforetakene ved hjelp av anbudskonkurranse i henhold til anskaffelsesregelverket, men med politiske føringer for minstevolumer som skal kjøpes. I

tillegg formidles erfaringer fra sykehjemssektoren der man også har gjennomført konkurranseutsetting og salg av tidligere offentlige institusjoner.

Mangfold i helse- og omsorgssektoren

Private aktører er og har i mange år vært en viktig del av norsk helse- og omsorgstjeneste. De har på mange vis vært «pionerer» og tatt en rolle i utviklingen av velferdstjenester lenge før det offentlige. I de siste århundret og særlig gjennom 60- og 70-tallet vokste de offentlige institusjonene i omfang, og det er i dag bred politisk enighet om en stor offentlig tjenesteproduksjon. Private tilbydere yter likevel fortsatt en betydelig andel av tjenestene gjennom f.eks. fastleger, avtalespesialister, tannhelsetjenester, fysioterapi, sykehjem og som leverandører av spesialiserte tjenester innen somatikk, psykisk helsevern, rusbehandling, rehabilitering og diagnostikk (laboratorie/radiologi). Mange, også offentlige tilbydere, vektlegger verdien av mangfold og opplever private tilbydere som et viktig supplement.

Privat tjenesteproduksjon skjer i ulike former, mest utbredt av de offentlige finansierte tjenestene er langsiktige avtaler med avtalesykehus som Lovisenberg og Diakonhjemmet (5,5 mrd. kr) og tjenestekonsesjoner med henholdsvis fastleger (mer enn 15 mrd. kr) og private avtalespesialister (3,1 mrd. kr).

Om lag 5 prosent av kostnadene i spesialisthelsetjenesten (6,2 mrd. kr) er knyttet til private ideelle og kommersielle institusjoner med kortere avtaler på 4-8 år innen somatikk, psykisk helsevern, rusbehandling, rehabilitering og diagnostikk (laboratorie/radiologi). Tidligere ble disse tjenestene finansiert av Rikstrygdeverket og fylkeskommunene, men i 2002 ble ansvaret overført til de regionale helseforetakene.

I dag leveres 10 prosent av sykehjemstjenestene av private aktører (5 mrd. kr), omtrent likt fordelt mellom ideelle og kommersielle aktører. Oslo kommune har solgt enkelte kommunale sykehjem til private og konkurranseutsatt driften av flere av sine egne institusjoner.

Konkurransegevinster og markedssvikt

Fra økonomisk teori vet vi at sterkere konkurranse generelt sett vil lede til bedre bruk av samfunnets ressurser, enten i form av bedre kvalitet eller lavere pris. Dette er imidlertid betinget på at det eksisterer velfungerende markeder. Det foreligger en omfattende forskningslitteratur som viser at helsetjenester skiller seg ut fra andre varer og tjenester, og at betingelsene for velfungerende marked ikke oppfylles. Som en følge av denne markedssvikten og ønsket om likhet i tilgang til helsetjenester, kreves en offentlig regulering og finansiering.

Med utbyggingen av velferdsstaten valgte de europeiske landene å bygge ut en stor offentlig eid helsetjeneste. Dette ble drevet frem av historiske forhold og rådende politiske ideologi. På 80- og 90-tallet ble det innenfor OECD-området en økende oppmerksomhet om behovet for å effektivisere og fornye offentlig tjenesteproduksjon, ofte i form av konkurranseeksponering. Det lå til grunn at dersom det offentlige ikke er nødt til å konkurrere vil det ha en tendens til å drive mindre effektivt og lite brukerorientert. Det ble derfor søkt etter ulike former for konkurranse av relevans også i den offentlig finansierte helse- og omsorgstjenesten: anbudskonkurranser, brukervalg og benchmarking. De private aktørene konkurrerer i stor grad om *markedet*. Det er i mindre grad konkurranse *i markedet*, der pasientene får velge fritt mellom de ulike leverandørene.

Helseforetakenes kjøp av private helsetjenester gjennom anbudsutlysning er en variant som ivaretar det offentlige finansieringsansvaret samtidig som det søker å stimulerer til konkurranse. I de politiske dokumentene for kjøp av private helsetjenester vektlegges nettopp forventningen om økt effektivitet, styrket kvalitet og bidrag til innovasjon i sektoren.

De siste 20 årene har videre ulike former for brukervalg i den offentlige tjenesten (fastlegevalg, sykehusvalg, sykehjemvalg) blitt innført, om enn i moderate former. Formålet er både å gi brukerne større valgfrihet og en bedre samlet ressursutnyttelse. Det er også et mål å skjerpe aktørene i konkurransen om pasientene, selv om mangel på etterspørselsbegrensning, med mange pasienter på ventelister moderer effektene.

Målestokkonkurranse (benchmarking) er også en form for konkurranseeksponering som kan benyttes. Det er iverksatt en rekke tiltak for å sammenligne offentlige og private institusjoner, men benchmarking har møtt på en rekke metode- og måleproblemer som så langt har begrenset dens relevans i sektoren.

Publisert forskning fra andre land viser at bruk av private leverandører og konkurranse i flere tilfeller har ført til økte kostnader, redusert kvalitet og ytelsesomfang og redusert tilgang til helsetjenester. God forståelse av de finansielle og organisatoriske rammebetingelsene er derfor viktig for at konkurranse skal gi de ønskede effektene.

Politiske føringer

Konkurranseutsetting og bruk av anbud er et resultat av politiske føringer. Intensjonen har vært å legge til rette for økt effektivitet og bedre brukerorientering i tjenesteproduksjonen, men også å sikre finansieringsgrunnlaget til de eksisterende private aktørene. Anbudsutsettingen har videre vært en konsekvens av innføringen av nytt regelverk for offentlige anskaffelser. Både bruken av private aktører og relasjonsform har variert med politiske flertall.

De ulike regjeringers tiltredelseserklæringer, NOUer og Stortingsmeldinger har lagt føringer for de privates rolle i helsetjenesten. I Sem-erklæringen fra 2001 ble det pekt på at de private helseinstitusjonene utgjør et viktig supplement til de offentlige sykehusene, samtidig som de skal være et korrektiv til disse når det gjelder alternative måter å organisere virksomhet på. Sykehusreformen av 2002 innebar, i tillegg til at staten overtok eieransvaret for sykehusene og organiserte sykehusene som foretak, også et ønske fra den sittende regjeringen om i høyere grad å slippe til private aktører for dermed å stimulere til kostnadseffektivisering gjennom konkurranse.

Stortinget vedtok å overføre bestiller- og finansieringsansvaret for de private institusjonene som tidligere var finansiert av Rikstrygdeverket til de regionale helseforetakene. Helseregionene ble pålagt å inngå formelle avtaler med institusjonene, og fikk øremerkede midler tilsvarende tidligere nivå i hver region. Særlig tidligere Helse Øst hadde svært mange av institusjonene innen sitt geografiske område, mens Helse Vest hadde relativt få.

Med helseregionene som ansvarlige ble det tydeliggjort at tjenestene fra de private institusjonene defineres som spesialisthelsetjeneste. Dette innebærer at de må oppfylle de plikter som er regulert i spesialisthelsetjenesteloven, herunder pasientrettighetslovgivningen. Det følger av dette at det i avtalene stilles krav til kvalitet på et høyere tjenestnivå. De regionale helseforetakene er også underlagt lov om offentlige anskaffelser, og prosessen for å inngå avtaler med private institusjoner må gjennomføres etter dette regelverket.

Regjeringen har bedt de regionale helseforetakene om å utarbeide en ny og offensiv strategi for økt bruk av anbud. Alle de regionale helseforetakene har oppdatert sine strategier høsten 2014 og forankret disse i sine styrever. I høringsnotatet om Fritt behandlingsvalg heter det: «Parallelt med forberedelsene med å innføre fritt behandlingsvalg vil departementet følge opp disse punktene i regjeringsplattformen ved å be RHF utarbeide en ny og offensiv strategi for økt bruk av private gjennom anbud. Målene for en slik strategi skal være de samme som for fritt behandlingsvalg - å mobilisere kapasitet i privat sektor for å redusere unødvendig venting for pasienter som har fått tildelt rett til helsehjelp, øke valgfriheten for pasientene og stimulere de offentlige sykehusene til å bli mer effektive.»

I Oslo kommune har det politiske flertall siden 1998 ønsket å stimulere til konkurranse og å bidra til et mangfold av private leverandører. De har solgt flere offentlige sykehjem og konkurranseutsatt driften for andre. Det er sykehjem som skiller seg ut negativt innen kvalitet og/eller kostnad som er prioritert ved konkurranseutsetting.

Oslo kommune representerer en bevissthet i å være åpen om målkonflikten mellom å ivareta finansieringsgrunnlaget for private leverandører og å realisere konkurransegevinster. Målet for konkurranseutsetting av sykehjem i Oslo kommune er å:

- Synliggjøre og bedre kvaliteten
- Videreutvikle oppgaveløsningen
- Øke mangfoldet
- Fremme mer effektiv ressursbruk

Samtidig varierer de blant annet konkurransegrunnlaget for å skape mangfold og variasjon for brukerne.

Erfaringene med anbudskonkurranse

Intervjuer med innkjøpere og leverandører av private helsetjenester viser at det er ulike syn på fordeler og ulemper med konkurranse i helsesektoren.

Når informantene ble spurt om erfaringene med konkurranse var det kjøp av helse- og omsorgstjenester fra private leverandører ved hjelp av anbudsutlysning som var fremst i bevisstheten. Synspunkter og erfaringer med bruk av andre konkurranseformer, som brukervalg og benchmarking, kom ofte først frem på direkte forespørsel. Dette skyldes trolig både hvordan spørsmålet ble formulert, hvilke informanter som ble spurt, men tolkes av oss også som at konkurranse som begrep i hovedsak knyttes til kjøp fra private leverandører gjennomført av det regionale helseforetaket eller kommunen. Dette preger også sammenstillingen i tabellen under, hvor hovedresultatene fra intervjuene presenteres.

Konkurransen skjer i to trinn. Først må de private tilbyderne konkurrere i en anbudskonkurranse om pris per tjeneste og tilgangen til markedet, også omtalt som en inngangsbillett. Inngangsbilletten garanterer verken volum eller omsetning, men har normalt et øvre tak. Deretter må de konkurrere med de offentlige og andre private tjenesteytere om de offentlig finansierte pasientene. Tilbyderne må fremstå som beste alternativ for den enkelte pasient og deres fastlege. Fritt sykehusvalg medfører at denne konkurransen ikke bare skjer innad i RHF, men også på tvers av RHF.

Erfaringer med konkurranse og kjøp fra private

Overordnet strategi

Et felles ønske om mangfold av aktører i spesialisthelsetjenesten

Både det offentlige og de private aktørene oppgir at de er positive til mangfold innenfor helse- og omsorgssektoren. De regionale helseforetakene ser viktigheten av å kunne benytte de private som et supplement til offentlig aktivitet og mener det er nødvendig for å kunne ivareta deres «sørge for ansvar».

Bruk av private er i stor grad påvirket av politiske føringer

Valget om å ta i bruk private aktører er et resultat av føringer fra politiske myndigheter. Bruk av private er således ikke et strategisk grep fra de regionale helseforetakene basert på en tanke om at dette er den optimale måten å tilfredsstille pasientens behov, men et pålegg fra myndighetene. Med nye politiske signaler responderer de regionale helseforetakene raskt og søker å sette føringene i verk på en best mulig måte.

Benchmarking benyttes i liten grad

Benchmarking oppgis som et formål med bruk av private, men i praksis syntes det å være liten grad av samarbeid og sammenligning mellom offentlig og private tjenesteytere. Tjenesteledere i helseforetakene har ofte begrensede møtepunkter med de private, de oppfatter ikke statistikkgrunnlaget som egnet for sammenligning og de vurderer pasient-grunnlag og tjenesteprofilen til å være så ulike at sammenligning har begrenset relevans.

Innenfor omsorgssektoren brukes benchmarking i noe større grad. Kommunene har mulighet til å sammenlikne kommunale, private ideelle, og private kommersielle sykehjem ved hjelp av kvalitetskriterier og brukerundersøkelser.

Restriksjoner på konkurranse og anbud

De som administrerer anbudsordningen opplever ikke bare føringer i form av minimumsvolum for kjøp fra private. De opplever også at det i de konkrete tilfellene ofte legges politiske føringer på hvordan konkurranse og anbudene innen rehabilitering og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) gjennomføres og tildeles, noe som begrenser det faktiske handlingsrommet til å gjennomføre konkurranser og å høste konkurransegevinster. Det kan for eksempel skyldes at politiske myndigheter ønsker å sikre en bestemt leverandørs tilstedeværelse for å unngå uheldige fordelings effekter og ivareta lokalpolitiske hensyn og arbeidsplasser.

Innkjøperne av helsetjenester har tidligere erfart at de overprøves av politikere og styre hvis de er for restriktive i tildelingen av kontrakter. Som en alternativ tilnærming oppgir de at de forsøker å bidra med veiledning og tidlig varsling av faglige krav i neste anbudsperiode slik at flere tilbydere oppnår en høy poengskår.

Innkjøpsstrategi

Alle oppgir at de har en klar innkjøpsstrategi, både de regionale helseforetakene og kommunen. Strategien varierer imidlertid mellom virksomhetene.

Klare innkjøpsstrategier. Store variasjoner

Det gjennomføres en grundig behovsvurdering i forkant av enhver anskaffelse. Det gjøres også en vurdering av geografisk oppdeling av konkurransen, ved å sette begrensninger på tildeling av volum der det er hensiktsmessig. Dette gjøres for å sikre tilgjengelighet av helsetjenester for befolkningen i ulike geografiske områder.

De fire regionene er ulik dimensjonert og det er store regionale forskjeller i behov. De regionale helseforetakene har etablert et eget nettverk for kjøp av spesialisthelsetjenester og møtes fire ganger i året for å sikre en bedre koordinering mellom regionene og bedre fange opp områder som er egnet for en felles anskaffelse.

Vedtatte strategier er et resultat av nye politiske signaler

De regionale helseforetakene har nettopp vedtatt nye og mer offensive strategier for kjøp av spesialisthelsetjenester. Dette er et resultat av nye politiske signaler og en respons på tidligere evalueringer av de regionale helseforetakenes innkjøpspraksis.

I praksis ser vi at den utøvde innkjøpsstrategien kan avvike fra den planlagte. Dette gjelder på alle områder, både når det gjelder hvilke behov som skal dekkes, hvilke volum som skal anskaffes, forutsigbarhet og grad av fleksibilitet.

Praksis kan avvike fra strategi

Selv om det foreligger analyser og strategier for kjøp av private tjenester oppgir leverandører at det ofte i praksis legges til grunn volumer på nivå med tidligere avtaleperioder og historiske føringer. Det antydes at dette kan skyldes et ønske om å beskytte helseforetakenes pasientgrunnlag, og at det først når det blir fristbrudd av et visst omfang at kjøpsvolumet har blitt økt.

I de praktiske retningslinjene og i intervjuene er det få, om noen som vektlegger innovasjon eller benchmarking som årsak til at de kjøper tjenester fra private aktører, selv om det er en begrunnelse på et overordnet strateginivå. Bidrag til innovasjon er også eksplisitt nevnt i prinsippene for innkjøpsstrategi, men blir i liten grad vektlagt i praksis.

De regionale helseforetakene har forbedret sin kommunikasjon av mål og strategi innenfor innkjøpsområdet, men leverandørene savner fortsatt tydeliggjøring.

Bedre kommunikasjon av mål og strategi

Vår oppfatning er at de regionale helseforetakene har dratt lærdom av disse tilbakemeldingene. Vi opplever at det har vært systematisk forbedring på området, og at de regionale helseforetakene nå har en klarere strategi som de forsøker å kommunisere utad.

Fagspesifikk strategi og organisering av innkjøpene

Store variasjoner i organiseringen	Størrelsen på markedet, antall leverandører, type fagområde og en rekke andre faktorer påvirker hvordan innkjøpene blir organisert.
Ulik involvering av fagmiljø	Spesialister, eller fagekspert, involveres i vurderingen av hvilke tjenester som skal kjøpes, og hvilke behov innkjøp på ulike fagområder skal dekke. En utfordring med denne løsningen er at interne spesialister (de regionale helseforetakenes egne spesialister) ofte representerer «konkurrerende virksomhet». Spesialistens interesser kan påvirke deres insentiver og dermed behovsvurderingen. For å løse dette har enkelte av de regionale helseforetakene i noen tilfeller valgt å bruke spesialister fra andre regioner.
Stor variasjon i tildelingskriteriene	Hvilke tildelingskriterier som benyttes og hvordan disse vektet varierer i stor grad. Det er variasjon i tildelingskriteriene mellom kjøperne (de regionale helseforetakene/kommune) og mellom fagområdene. Bruken av tildelingskriteriene har variert over tid og tilpasses hele tiden det spesifikke anbudet. Politiske føringer kan i stor grad påvirke hvilke kriterier som blir vektlagt.
Kvalitet og tilgjengelighet er krevende å vurdere	Kvalitetsparametere er vanskelig å måle. Dette gjelder for flere fagområder. Måleproblemene fører til at pris ofte blir avgjørende i mange tilfeller. Det er også ulik oppfatning om hva som er tilstrekkelig eller nødvendig kvalitet. For enkelte fagområder ønsker leverandørene i større grad å konkurrere om kvalitet, mens kjøperne mener de oppnår ønsket og tilstrekkelig kvalitet på tjenesten ved å sette minimumskriterier.
Prisbegrepet varierer	Leverandørene opplever at priskriteriet blir praktisert på forskjellige måter. Eksempelvis kan konkurranser prises etter innsatsfaktor (døgnbehandling, per konsultasjon) eller per behandlingsforløp. Resultatbasert pris blir sjeldent benyttet. For tjenester der det er enkelt å dokumentere sammenhengen mellom tjenesten og resultatet/effekten er det ytre et ønske blant leverandørene om at dette blir hensyntatt i prisingen.
Brukerkonferanser benyttes i større grad enn tidligere	Kjøperne arrangerer brukerkonferanser i forkant av kjøp som en arena for kunnskapsutvikling. Her kan tilbydere gi innspill til vurderingskriterier og hvordan konkurransen skal innrettes. De private aktørene oppgir allikevel at de har begrenset mulighet til å påvirke.

Konsekvenser for private tjenesteleverandører

Leverandørene driver i hovedsak lønnsomt	Vår oppfatning er at leverandørene i hovedsak driver lønnsomt. Innen enkelte tjenestesegmenter og/eller tidsperioder velger leverandørene å opprettholde tilbudet selv om det isolert sett ikke er bærekraftig. Leverandørene kan med andre ord drive med underskudd i enkelte perioder for å kunne være i posisjon til neste anbudsrunde.
Regimet kan føre til bedre tjenester	Bruk av konkurranse og anbud har ført til en profesjonalisering av aktørene og deres tjenester. Krav til kvalitet kan bidra til at det leveres bedre tjenester. Ordningen gir bedre dokumentasjon og fremmer gode logistikk- og IT-løsninger. Logistikk kan være et avgjørende konkurransefortrinn innenfor enkelte tjenestekområder. Dette har ført til utvikling av nye logistikk- og IT-løsninger hos de private. Ordningen kan potensielt skape «nye» markeder som aktørene kan velge å ta del i. Dette gir kjøpersiden tilgang til nye leverandører.

<i>Manglende belønning for å levere god kvalitet</i>	Anbudsregimet gir svake mekanismer for konkurranseskapt kvalitet og manglende belønning for anstrengelse for å levere god kvalitet. Eventuelle konkurransefortrinn kan kun tas ut i gjeldende periode, aktørene tvinges til å dele kunnskapen ved neste anbudsrunde.
<i>Bruken av anbud kan hindre innovasjon og overfører risiko til leverandørene</i>	Regimet, slik det i dag anvendes, kan hindre innovasjon og gi mer ensartete leverandører. Dette skyldes i hovedsak detaljerte konkurransegrunnlag og tilbakemeldingene i forhandlingsprosessen. Etersom tilbydere får tilbakemelding og mulighet til å tilpasse seg er det fare for at de blir mer homogene. Et resultat av ordningen er overføring av risiko til leverandørene. Leverandørene er ikke nødvendigvis best egnet til å bære denne risikoen.
<i>Rekrutteringen er i hovedsak tilfredsstillende</i>	I all hovedsak oppgir de private at de opplever gode rekrutteringsmuligheter og at de i stor grad klarer å opprettholde sine fagmiljø. De private informantene oppgir at de tilbyr lønn på linje med eller lavere enn i offentlig sektor. Enkelte offentlige tilbydere opplever at det for noen fagspesialiteter kan være vanskelig å konkurrere. De mener at de private i noen tilfeller tilbyr høyere lønn, eller mindre vaktbelastning for samme lønn.
<i>Deling av markedet kan sikre tilstedeværelse av flere aktører i markedet</i>	I noen tilfeller utlyses konkurranser slik at to eller flere har mulighet til å levere tjenesten. Dette gjøres ved å for eksempel gi 60 prosent av kontrakten til den ene tilbydere og 40 prosent til den andre. Dette gjøres for å sikre tilstedeværelse av flere aktører i markedet over tid.
<i>RHF har kjøpermakt</i>	Dersom tilbudene fra de private tilbyderne ikke er tilfredsstillende, med for høy pris eller dårlig kvalitet kan de regionale helseforetakene velge å avlyse konkurransen, lyse ut på nytt, gå i direkte forhandlinger for å presse ned prisen, eller velge å utføre tjenesten selv.
Konsekvenser for offentlige tjenesteleverandører	
<i>Leverandørene blir likere</i>	Detaljerte og spesifikke tildelingskriterier kan ha uheldige effekter. Kombinert med tilbakemeldinger i forhandlinger kan leverandørene innenfor enkelte fagområder bli svært like. Leverandørene tilpasser tjenestene sine etter konkurransegrunnlaget og tilbakemeldingene de får. Detaljerte konkurransegrunnlag og strenge regler kan gå utover leverandørens incentiver og mulighet til nytenkning og innovasjon.
<i>Kjøp fra private påvirker oppgaveløsningen hos det offentlige i begrenset grad</i>	Hovedinntrykket fra informantene er at kjøp fra private bare i svært begrenset grad påvirker oppgaveløsningen hos de offentlige tjenesteleverandørene. Dette skyldes at tjenestene oppleves å ha en annen tjenesteprofil, benchmarking benyttes i liten grad, det er lite felles oppfølging og lite faglig samarbeid og få møtepunkter mellom ledere og fagpersoner i offentlig og privat virksomhet.
<i>Anbudsregimet fører til økt bevissthet</i>	Det opplyses at et resultat av dagens anbudsregimet kan være noe økt bevissthet om tjenestens innhold som følge av at kjøpere i kommunen og i det regionale helseforetaket må kartlegge hvilke tjenester de har behov for.
<i>Usikkerhet om volum og et potensielt inntektstap</i>	Bruk av private kan også skape usikkerhet om volum og et potensielt inntektstap for helseforetakene. Det kan medføre at fagspesialister som skal definere volumet som skal kjøpes fra private vil være tilbakeholdne.
<i>Dårligere utnyttelse av fagpersonell og eksisterende infrastruktur</i>	En stor overføring av pasienter til private leverandører vil kunne gi dårligere utnyttelse av fagpersonell, eksisterende infrastruktur og utstyr som det offentlige likevel må ha for å kunne dekke øyeblikkelig-hjelp behovet.
<i>Utfordrende å ivareta helhetlig pasientforløp</i>	Informantene opplyser at det kan være utfordrende å ivareta helhetlig pasientbehandling for helseforetakene når deler av diagnostikk eller behandling skjer

	hos private aktører. Tilgangen til oppdatert pasientinformasjon og dialog med fagfolk blir mer krevende.
<i>Konkurransen om helsepersonell anses ikke som et betydelig problem</i>	Vi opplever ikke at konkurranse om helsepersonell anses som et betydelig problem. Tilbakemelding fra offentlige aktører er at kampen om helsepersonell med de private ikke anses som en negativ utfordring. De private oppgir at de har lønninger på nivå med offentlig sektor.
Konsekvenser for brukere	
<i>Variasjon i tjenestetilbudet</i>	Bruk av private aktører gir variasjon i tjenestetilbudet, og dermed større valgmulighet der pasienter og brukere selv velger tilbyder.
<i>Kjøp fra private fører til kortere ventetid</i>	Kjøp fra private gir kortere ventetid. I mange tilfeller har offentlige aktører ikke kapasitet til å dekke pasientens behov, da er det fordelaktig å kjøpe tjenester fra privat sektor.
<i>Bedre service</i>	Enkelte kan oppleve bedre service hos private aktører. Fokus på god service er ofte viktig for at private skal bli foretrukket og dette kan gi mer verdi for pasienten.
<i>Uklarhet om ansvarsforhold og informasjon om tjenestetilbud</i>	En utfordring ved kjøp fra private tilbydere er klarhet for pasienten om ansvarsforhold og informasjon om tjenestetilbud. At pasienten må forholde seg til flere aktører vil kunne redusere følelsen av trygghet.

Hva er de samlede gevinstene for sektoren som følge av kjøp av private helsetjenester ved bruk av anbudskonkurranser?

Som vist tidligere er det forventet fra politisk hold at konkurranse i helsesektoren skal kunne bidra til positive virkninger når det gjelder sektorens kapasitet, effektivitet, kvalitet og innovasjonsgrad. Det kan imidlertid synes som om disse forventningene bare i begrenset grad oppnås slik dagens regime utøves, med føringer på nivå og innretning av private kjøp.

Kapasitet

Økt kapasitet vil kunne løses ved økte kjøp fra private leverandører på de områdene de har kompetanse, men dette kan også oppnås uten direkte bruk av private aktører, gjennom økte budsjetter og en høyere andel stykkprisfinansiering i helseforetakene. Økonomistyringen vil også avhenge om kjøp fra det private skjer med eller uten et øvre budsjettak for den enkelte leverandør. Prioriteringen mellom ulike pasientgrupper kan også påvirkes. Tilbudsindusert etterspørsel og lav egenbetaling vil medføre at ventelister og ventetid ikke vil forsvinne, men ventetiden vil bli redusert, noe som vil øke legitimiteten til den offentlige helsetjenesten.

Effektivitet

Spesialisthelsetjenestens innkjøp fra private drives i liten grad av effektivitetsbetraktninger. Det er i liten grad slik at det er behovet for effektivisering som styrer hvilke tjenester som anbudsutsettes. Selv om konkurransen i seg selv kan sørge for at den mest effektive anbyder velges, gjøres det i liten grad vurderinger av om den private virksomheten er mer eller mindre effektiv enn den offentlige.

Dagens begrensede konkurranseutsetting sikrer pasientgrunnlaget for de offentlige sykehusene. Dersom volumet på tjenestetilbudet skulle øke betydelig, er det en frykt for at ressurser i offentlige sykehus vil bli stående ubrukt i perioder. De har krav om å opprettholde kapasitet til øyeblikkelig hjelp-funksjon, og mangel på elektive pasienter kan gi ledige ressurser deler av døgnet, en utfordring mindre lokalsykehus møter allerede i dag. Videre er det styringsutfordringer knyttet til å redusere omfanget av utnyttet kapasitet ved sykehusene. Dette vil kunne bidra til en mindre effektiv ressursbruk enn i dagens situasjon.

Innen lab- og røntgentjenester har det vært en tøff priskonkurranse. På dette området har det skjedd oppkjøp av mindre enheter slik at det er noen kjeder igjen. Fortsatt rapporterer innkjøperne og sterk konkurranse. På andre områder er det liten grad av kjededannelse og oppkjøp, med unntak av sykehjem og enkelte andre områder. Hvis priskonkurransen øker forventes det økt omfang av oppkjøp og kjedesammenslutninger, slik man blant annet har erfart i England.

I den grad private leverandører er mer effektive enn offentlige, er det lite som tyder på at økt konkurranse bidrar til en effektivisering i de offentlige virksomhetene. Benchmarking og faglig samarbeid mellom privat og offentlig er svært lite utbredt. Aktører med ulik tjenesteprofil og pasientsammensetning oppfattes ikke som sammenlignbare, noe som også innebærer metodiske utfordringer. Videre har det vært få arenaer for læring på tvers, noe de nye strategiene til de regionale helseforetakene søker å forbedre.

I Oslo kommune har man ved konkurranseutsetting redusert kostnadene, samtidig som kvaliteten er opprettholdt eller styrket. Det er de minst kostnadseffektive offentlige institusjonene som har blitt konkurranseutsatt. I spesialisthelsetjenesten kjenner vi ikke til virksomhetsoverdragelse eller konkurranseutsetting av driften av offentlige tjenester.

De private kan ha insentiver til å øke det samlede behandlingsvolumet, og bare i svært begrenset grad å forebygge sykdomsutvikling og senere behandlingsbehov. Medfinansieringsansvar for fastlegen etter modell fra National Health Service i England (GP commissioning groups) eller former for «managed care» der ansvaret for innbyggernes samlede helsetilbud løses av private er modeller for å ivareta dette.

Kvalitet

Dagens anbudsregime legger i begrenset grad opp til reell konkurranse om kvalitet, gitt at nivået er akseptabelt. For pasienten vil ofte kvaliteten i behandlingen være krevende å vurdere. Men også helseforetakene mangler for svært mange fagområder gode kvalitetskriterier. Det blir derfor utfordrende å følge opp private leverandørers kvalitet.

For pasienter vil det likevel kunne være observerbare egenskaper ved en leverandør som bidrar til høy pasientopplevd kvalitet. Dette kan for eksempel gå på servicegrad og reduksjon i ventetid. Mange pasienter verdsetter mulighetene for valget mellom ulike leverandører, særlig hvis det er en positiv variasjon i tilbudets profil. Oppkjøp og kjededannelser kan igjen gi redusert variasjon.

Krav til etterlevelse av kvalitetskravene i spesialisthelsetjenesteloven og kravene til kvalitet i anbudskonkurransen har medført at avtalene med de kvalitetsmessig svakeste institusjonene er avvirket. Videre underlegges avtaleinstitusjonene rapporterings- og tilsynsregimer som av flere oppleves som strengere enn hva tilsvarende offentlige institusjoner er underlagt.

Videre er det de regionale helseforetakene som signaliserer at de ideelt sett ville inngått avtaler med færre og større private aktører med mer robuste fagmiljøer enn i dag. Samtidig ønsker de at enkelte tjenester flyttes vekk fra private institusjoner og heller tilbys som ambulante tjenester tett knyttet opp til helseforetak og kommunehelsetjeneste.

Innovasjon

Dagens anbudsregime tilrettelegger i liten grad for innovasjon. Kravene som stilles i utlysningene og påfølgende forhandlinger er ofte av en slik karakter at det gis få frihetsgrader for hvordan tjenester skal leveres. Dette henger igjen sammen med utfordringer knyttet til måling av output og innkjøpernes mål om å unngå konflikt. I tillegg gjør korte avtaleperioder det lite lønnsomt for leverandører å utvikle nye behandlingsmetoder eller organiseringsmåter.

Det synes likevel som om anbudsregime i noen grad har gitt innovasjon knyttet til støttetjenester. Logistikken hos private leverandører har vært viktig for å kunne tilby konkurransedyktige priser. Dette har medført innovasjon knyttet til logistikk og IKT.

Effekter av andre former for konkurranseeksponering

Benchmarking har så langt gitt få resultater, mens brukervalg synes å gi positive effekter for pasientene og for utnyttelse av kapasiteten.

En nyorientering i bruk av konkurranse og private aktører?

Helsesektoren står overfor store utfordringer i tiden som kommer. Regjeringen har en helsepolitisk visjon om å utvikle pasientens helsetjeneste, med bruk av pasientene som endringsagenter og med pasientene i sentrum.

Det er en bekymring i helsetjenesten at arbeidet som er gjennomført for å sikre bedre økonomisk styring av spesialisthelsetjenesten skal svekkes ved at private aktører slipper til uten øvre budsjettbegrensninger. Det er frykt for at dette kan gi svakere økonomisk styring i sektoren samlet sett og svekkede insentiver til effektivisering i helseforetakene. Samtidig erkjennes det at det mer enn noensinne er behov for tiltak som kan gi økt kvalitet, styrket effektivitet og mer reelle brukervalg. Spesialisthelsetjenesten forventer en betydelig oppgavevekst og det er store behov for å stimulere til bedre tjenester og mer effektive prosesser. Trolig kan både økt mangfold, uavhengig av konkurranseform og økt bruk av konkurranseeksponering bidra til dette, i tillegg til helseforetakenes kontinuerlige forbedringstiltak.

Økt mangfold gir ulike erfaringer med alternative løsninger og kan dermed bidra til økt nyskaping på sikt. Dagens anbudsregime har i begrenset grad gitt ønsket utvikling i effektivitet, kvalitet og innovasjon, så nye avtalerelasjoner innenfor anskaffelsesreglementet bør utprøves for å øke mangfoldet.

Regjeringens liste over fremtidige samarbeidsmuligheter i høringsnotatet om Fritt behandlingsvalg representerer allerede en nyorientering i bruk av private som realiseres gjennom de regionale helseforetakenes strategier.

Andre mulige mekanismer for å benytte private aktører og konkurranseelementer er:

- Nyskaping kan stimuleres ved å legge føringer for at en begrenset prosentandel av innkjøpene skal skje som del av «forsknings- og innovasjonsavtaler» der tjenesteutvikling vektlegges.
- Prøve ut andre strategiske avtaleformer etter modell fra samarbeidsmodeller i det private næringsliv.
- Konkurranseutsette offentlige institusjoner og tjenester etter modell fra Oslo kommune. F.eks. et privat laboratorium eller radiologiiinstitut tar over driften av elektiv diagnostikk ved et offentlig sykehus.
- Opprettelse av fullskala privat lokalsykehus i Oslo. Oslo-området kommer til å oppleve en betydelig befolkningsvekst i årene som kommer. Universitetet i Oslo utreder et nytt campus nær Universitetet i Oslo. De har pekt på at de som del av prosessen vil utrede et lokalsykehus sør-øst i Oslo. På samme måte som St. Görans sykehus i Stockholm kunne dette sykehuset være del av den offentlige helsetjenesten, men driftet av private.
- Offentliggjøre kvalitetsmålinger og effektivitet på enhetsnivå for å stimulere til enda bedre rapportering og praksis over tid. Man kan begynne på de relativt sett enkleste områdene, samt utarbeide analyseverktøy som korrigerer for skjevheter i pasientgrunnlaget.
- Digital betjening av fritt sykehusvalg og behandlingsvalg der pasientene tilbys å velge mellom flere offentlige (og private) tilbydere ved å booke dag og tid på det tidspunktet de henvises til spesialisthelsetjenesten hos fastlegen eller på web hjemme.
- Medfinansieringsansvar for fastlegen etter modell fra NHS (GP commissioning groups) for å sikre et godt behandlingstilbud og effektiv ressursbruk.

Innhold

Sammendrag, funn og perspektiver	3
1. Oppdraget	15
1.1 Problemstilling	15
1.2 Oppdraget	15
1.3 Metode og gjennomføring	15
1.4 Prosjektets gang	15
1.5 Rapportens disposisjon	15
2. Mangfold: Organisering, aktører og ansvar	17
2.1 Historisk tilbakeblikk	17
2.2 Dagens helse- og omsorgssektor	18
2.3 Omsetning hos private aktører i spesialisthelsetjenesten	21
3. Konkurransesevinster og markedssvikt	25
3.1 Markedssvikt gir behov for styring	25
3.2 Økt bruk av konkurranse for effektivisering og brukerretting	25
3.3 Fire typer konkurranseeksponering	26
3.4 Politiske føringer på bruk av anbud	28
3.5 Nye politiske føringer	29
4. Konkurranse og anbud i praksis: Strategi og organisering	31
4.1 Erfaringer med konkurranse og kjøp fra private	31
4.2 Overordnet strategi	31
4.3 Innkjøpsstrategi	34
4.4 Fagspesifikk strategi og organisering av innkjøpene	39
5. Konsekvenser for leverandører og brukere	45
5.1 Konsekvenser for private tjenesteleverandører	45
5.2 Konsekvenser for offentlige tjenesteleverandører	49
5.3 Konsekvenser for brukere	49
6. Har anbudsregimet i spesialisthelsetjenesten gitt ønskede resultater?	51
6.1 Kapasitet	51
6.2 Effektivitet	51
6.3 Kvalitet	52
6.4 Innovasjon	52
6.5 Forbedring av anbudsregimet	52
6.6 Åpenhet om målkonflikt	53
6.7 Ulik egnethet for anbudskjøp?	53
7. Kan konkurranse bidra til å bedre pasientenes helsetjeneste innenfor forsvarlige økonomiske rammer?	55
7.1 Store produktivitetsutfordringer	55
7.2 En nyorientering i bruk av konkurranse og private aktører?	55
8. Referanser	59
9. Vedlegg 1	61
9.1 Formelt grunnlag for kjøp av helse- og sosialtjenester	61
9.2 Fritt sykehusvalg	62



1. Oppdraget

1.1 Problemstilling

Ulike former for konkurranse er i økende grad tatt i bruk i den offentlig finansierte helse- og omsorgstjenesten. Konkurranse kan skje i markedet der for eksempel pasienter og brukere kan velge mellom leverandører, eller ved en konkurranse om markedet, for eksempel i form av en anbudskonkurranse mellom tjenesteleverandører. Brukervalg og målestokkonkurranse (benchmarking) er også former for konkurranseeksponering som benyttes.

Private aktører er og har i mange år vært en viktig del av norsk helse- og omsorgstjeneste. Mange, også offentlige tilbydere, vektlegger verdien av mangfold. Private avtalesykehus, fastleger og avtalespesialister har avtaler i form av tjenestekonsesjoner, mens andre private aktører i økende grad leverer tjenester gjennom anbudskonkurranser.

Regjeringen har signalisert at de ønsker å benytte «alle gode krefter» i leveransen av offentlige finansierte tjenester ved økt bruk av private leverandører for å styrke kapasiteten. De ønsker også at innføringen av «Fritt behandlingsvalg» skal stimulerer til økt konkurranse om pasientene.

Med dette som bakgrunn har Spekter ønsket å kartlegge hvordan konkurransen i helse- og omsorgssektoren fungerer i bred forstand, med særlig vekt på bruk av anbudskonkurranse. Dette inkluderer å vurdere hva det konkurreres om i anbudene, og hva som er effekten for marked og tilbydere. Med marked forstås her både de enkelte anbuds-markedene innen helse- og omsorgstjenesten, men også sektoren i et helhetlig perspektiv. Denne rapporten tar sikte på å besvare følgende spørsmål:

- Hva er konkurranse og hvorfor konkurranse?
- Hvilke former for konkurranse finnes?
- Er konkurranse et hensiktsmessig virkemiddel i helse- og omsorgssektoren?
- Hva er effektene av konkurranse i de ulike delmarkedene og for sektoren i et helhetlig perspektiv?
- Strategi og organisering i praksis?
- Effekter for brukere og leverandører?

1.2 Oppdraget

På oppdrag for og i samarbeid med Spekter, har Oslo Economics gjennomført en kartlegging av ulike forhold ved konkurranse innenfor utvalgte tjenesteområder i helse- og omsorgssektoren, med fokus på aktører og volumer, samt konkurranseregimer

og bruk av anbud. Formålet har vært å gi en fakta-basert oversikt over hvilke avtalerelasjoner som benyttes, samt å innhente aktørers erfaringer med konkurranse generelt og anbud spesielt.

Funn og erfaringer er relatert til historisk praksis og politiske føringer for å forstå den kontekst som pasienter, innkjøpere og tilbydere opererer i.

1.3 Metode og gjennomføring

Prosjektet er basert på følgende metodebruk:

- Gjennomgang av forskningslitteratur, styresaker og strategidokumenter
- Sammenstilling av tilgjengelig statistikk og regnskapsinformasjon
- Semi-strukturerte intervjuer med sentrale offentlige og private aktører i spesialist-helsetjenesten og innen kommunal omsorg (totalt 14 intervjuer).
- Analyse og diskusjoner i prosjektet og i samarbeid med Spekter
- Diskusjoner i Spekters sektorråd

1.4 Prosjektets gang

I løpet av prosjektperioden høsten 2014 og tidlig 2015 har kjøp fra private ved anbudskonkurranse i spesialisthelsetjenesten vært i endring. For det første har de regionale helseforetakene i egen regi utarbeidet forbedringstiltak som følge av tidligere evalueringer. Deretter har de i henhold til Regjeringens føringer utarbeidet nye offensive strategier for kjøp av private helsetjenester. Erfaringene vi redegjør for i denne rapporten baseres dermed på praksis ut i fra tidligere strategier.

1.5 Rapportens disposisjon

I kapittel 2 gis en beskrivelse av helsesektoren, inkludert et historisk tilbakeblikk. Her kartlegges også markedsaktørene og forskjellige former for avtalerelasjoner med private.

I kapittel 3 redegjøres det for økonomisk teori om konkurranse og markedssvikt. I tillegg beskrives fire aktuelle konkurranseformer, og det gjennomgås hvilke politiske føringer om konkurranse som foreligger.

I kapittel 4 og 5 gjengis funnene fra intervjuer og dokumentstudier: Kapittel 4 konsentrerer seg om innkjøpsstrategien, mens kapittel 5 ser på konsekvenser for de forskjellige aktørene.

I kapittel 6 vurderes dagens anbudskonkurranse i spesialisthelsetjenesten samt konkurranseutsetting av kommunale sykehjem. Har disse konkurranseformene gitt ønskede resultater?

I kapittel 7 rettes blikket fremover, og det drøftes hvordan bruk av private aktører og konkurranse kan

bidra til å løse de utfordringer helsesektoren står overfor i fremtiden.

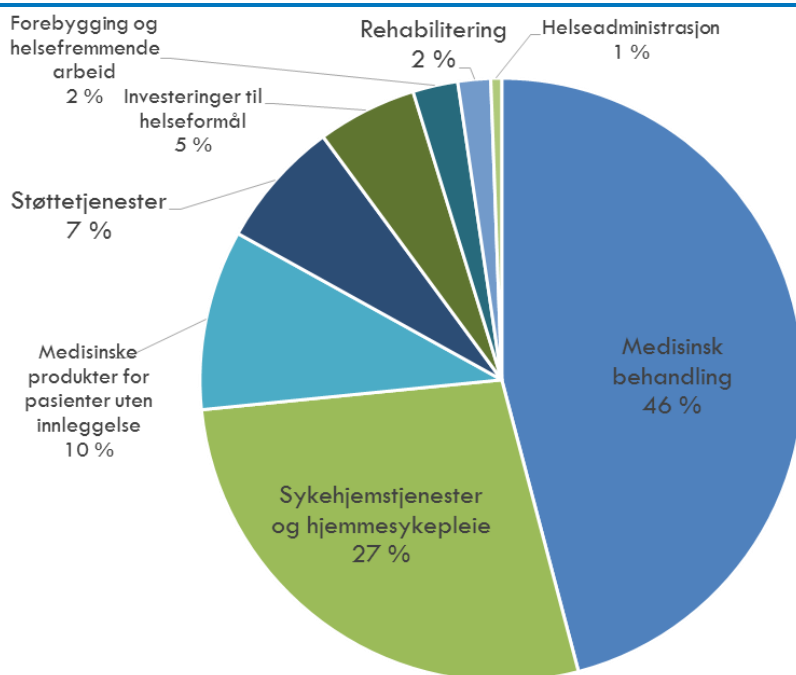
2. Mangfold: Organisering, aktører og ansvar

I 2013 var de totale helseutgiftene i Norge om lag 288 mrd. kroner. Dette tilsvarte 9,6 prosent av Norges totale brutto nasjonalprodukt, eller 12,4 prosent av brutto nasjonalprodukt for Fastlands-Norge, og hele 18,5 prosent av de offentlige utgiftene. Med andre ord er dette en stor sektor.

Av de totale helseutgiftene var i overkant av 15 mrd. kroner investeringer i helseformål, mens 273 mrd.

kroner var løpende helseutgifter. Andelen av helseutgiftene fordelt på ulike segmenter av varer og tjenester, er oppsummet i Figur 2.1. Utgifter til medisinsk behandling (46 prosent) som dekker både allmennleger, spesialister og sykehus, og sykehjemstjenester og hjemmesykepleie (27 prosent) er de største vare- og tjenesteområdene.

Figur 2.1 Løpende helseutgifter fordelt på ulike vare- og tjenestesegmenter



Kilde: SSB Helseregnskap mars 2014, foreløpige tall

Det er mange aktører, både private og offentlige, som bidrar til å levere det vi tenker på som det totale helse- og omsorgstilbudet i samfunnet. At det er mange aktører i sektoren er ikke et nytt fenomen, snarere tvert imot. Det har alltid vært mange krefter som har stått for ulike bidrag inn i sektoren, men ansvaret og rollene har vært ulikt fordelt opp gjennom tidene. Sammensetningen av private og offentlige aktører har endret seg over tid som del av fremveksten av sosiale bevegelser og politiske retninger, medisinsk utvikling og økonomisk vekst.

¹ Beskrivelsen av utviklingen av velferdsstaten i dette kapitlet er basert på en rapport utarbeidet av Actecan, Arbeidsforskningsinstituttet og Oslo Economics om konsekvenser for de ansatte av Konkurransetsetting av

I dette kapitlet beskrives organisering, aktører og ansvar i sektoren i dag nærmere. Vi tar først et kort historisk tilbakeblikk på veien hit.

2.1 Historisk tilbakeblikk

Mange av tjenestene vi i dag tenker på som velferdsgoder, herunder helse- og omsorgstjenester, ble tidligere utført av mer eller mindre frivillige og veldedige organisasjoner eller på privat initiativ, primært innen familien (St.meld. nr. 25 2005-2006/Seip 1994).¹ Ifølge Korsvold (1998) var det

offentlige tjenester utarbeidet for Arbeids- og sosialdepartementet (Oslo Economics rapport 2014-11).

de private aktørene som banet veg og som ledet til framveksten av offentlige tjenester.

Thonstad (SSB, 2003) beskriver eierskap til sykehusene i Norge over tid. 1897 var det første året at eierforholdet til sykehusene var eksplisitt nevnt i Beretning om Sundhetstilstanden og Medicinalforholdene i Norge (medisinalberetningen).²

Av statsanstalter fantes Rigshospitalet, to sykehus for spedalske, ett tuberkulosesanatorium og to militære sykehus. Under statens administrasjon lå videre Vaarsildavgiftsfondets to sykehus samt to kysthospitalet for skrofuløse barn (en form for tuberkulose). Det var i alt 31 amtssykehus (hvorav noen «Fiskesykehus»). I de fleste byene fantes kommunale sykehus, og også på landsbygda fantes enkelte slike. På den private siden fantes Diakonhjemmet, Diakonisseanstalten og Vor Frue hospital i Kristiania, Den private Klinik i Bergen samt katolske sykehus i flere byer. Andre private sykehus kunne være knyttet til bestemte bedrifter, i 1895 var nevnt blant andre Røros Værk Sygehus med tolv senger og at Arne Fabrikers sykehus ved Bergen behandlet 400 kirurgiske pasienter.

Tiden mellom århundreskiftet og andre verdenskrig blir omtalt av Seip (1994) som «sosialhjelpstaten», og innebar et samarbeid mellom offentlig og privat sektor, men med en økende «offentlighet». Det var først etter andre verdenskrig at en storstilt utbygging av offentlige velferdstjenester ble påbegynt, men det skjøt ikke fart før på 1960-tallet.

I følge Thonstad (SSB, 2003) var om lag halvparten av de 221 alminnelige sykehusene, klinikkene og sykestuene private i 1960. De private institusjonene var hovedsakelig mindre enn de tilsvarende offentlige og hadde derfor bare litt over en fjerdedel av de totale sengeplassene. De fleste private anstaltene var drevet av katolske institusjoner eller diakoniorganisasjoner, Røde Kors eller Norske Kvinners Sanitetsforening. Tilsvarende var det 754 alders- og sykehjem med 22 400 plasser i 1960. Av disse institusjonene var 70 prosent kommunale, Seip (1994).

St.meld. nr. 25 (2005-2006) omtaler perioden fra 1965 til 1980 som «den offentlige revolusjonen», da den bar preg av en omfattende utbygging av offentlige ytelser og tjenester. Lov om sosial omsorg ga kommunene ansvar for aldershjem og sykehusloven av 1970 ga fylkeskommunene ansvar for å bygge og drive sykehus og sykehjem (et ansvar som ble overført til kommunene i 1988). Dette er også perioden hvor målsettingen var at kvinner skulle bevege seg fra ulønnet omsorgsarbeid i hjemmet over til lønnet arbeid (St.meld. nr. 25 2005-2006). Dette påvirket også behovet for, og utbygging av, barnehager. Under

utbyggingen av velferdsstaten fikk både staten og kommunene en mer og mer fremtredende rolle, og det offentlig ble etter hvert hovedaktøren.

Utover på 1970- og 1980-tallet drev det offentlige dermed en stadig høyere andel av sykehusene. Basert på SSBs statistikk viser Thonstad at det igjen var en vekst i antall private sykehus når flere institusjoner ble godkjent som sykehus og fikk finansiering etter innføringen av innsatsstyrt finansiering av sykehusene (ISF) fra 1. juli 1997. Da sykehusreformen i 2002 fant sted ble alle offentlig eide sykehus overført fra fylkeskommunalt til statlig eierskap. Syv private stiftelser inngikk driftsavtaler med helseforetakene, mens det i tillegg fantes fem private kommersielle sykehus uten slike driftsavtaler i 2002.

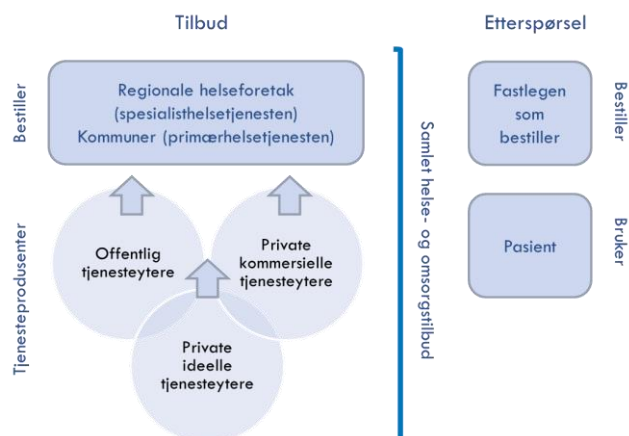
Stortinget vedtok å overføre bestiller- og finansieringsansvaret for de øvrige private ideelle og kommersielle institusjonene som tidligere var finansiert av Rikstrygdeverket til de regionale helseforetakene. Helseregionene ble pålagt å inngå formelle avtaler med institusjonene, og fikk øremerkede midler tilsvarende tidligere nivå i hver region. Dette gjaldt leverandører av spesialiserte tjenester innen somatikk, psykisk helsevern, rusbehandling, rehabilitering og diagnostikk (laboratorie/radiologi).

Særlig tidligere Helse Øst hadde svært mange av institusjonene innen sitt geografiske område, mens Helse Vest hadde relativt få. De regionale helseforetakene er underlagt lov om offentlige anskaffelser, og prosessen for å inngå avtaler med private institusjoner måtte gjennomføres etter dette regelverket.

2.2 Dagens helse- og omsorgssektor

I Figur 2.2 har vi skissert hovedaktørene i dagens helse- og omsorgssektor i en enkel illustrasjon.

Figur 2.2: Aktører i helse- og omsorgssektoren



² En samlet statistikk om forhold ved de somatiske sykehusene. Første gang utgitt for statistikkåret 1853.

De ulike tilbyderne tilpasser sine tilbud etter styringssignaler og ønskede kjøpsvolum fra «bestiller» i kommune og helseregion.

Pasienten er i stor grad representert gjennom fastlegen og dens portvaktfunksjon.

Videre følger en nærmere beskrivelse av de ulike aktørene og volumer i helse- og omsorgstjenesten.

2.2.1 Offentlig finansieringsansvar

Det er et bærende prinsipp i velferdsstaten i dag at det offentlige har et ansvar for å gi befolkningen gode helse- og omsorgstjenester. Dette gjelder både primærhelsetjenester og omsorgstjenester, som er kommunenes ansvar, og spesialisthelsetjenester, som er et statlig ansvar organisert gjennom de regionale helseforetakene («sørge for ansvaret»).

Det er sentralt i den norske helsepolitikken å opprettholde en høy offentlig finansieringsandel, som basis for et velfungerende helse- og omsorgstilbud. Tilgang til gode helse- og omsorgstjenester skal ikke være avhengig av den enkeltes ressursituasjon. I Norge var andelen offentlig finansiering 85,5 prosent i 2013, en økning fra 81,3 i 1997. Det er bare Nederland som har en høyere offentlig finansieringsandel i helsesektoren enn Norge.

Det offentlige ansvaret innebærer foruten å finansiere helse- og omsorgstjenestene å stille krav til kvalitet og godkjenne tjenesteytere og utdanningsinstitusjoner, samt å sørge for at noen leverer helsetjenestene.

Slik det er i Norge i dag, er det politisk enighet om at det offentlige også i stor grad skal eie og drifte tjenesteyterne.

2.2.2 Mangfoldig aktørbilde

Selv om det offentlige har et betydelig ansvar også for å eie og drifte tjenesteytere, er det som nevnt en rekke andre aktører som inngår i den norske helse- og omsorgssektoren. Det finnes private kommersielle aktører som fastleger, avtalespesialister, driftere av sykehjem, hjemmehjelp og sykehus. Private driver også virksomhet knyttet til radiologi og laboratorium, de eier og drifter rehabiliteringsinstitusjoner, institusjoner for psykisk helsevern og rusbehandling, sykehjem og sykehus. Samhandlingen mellom de ulike leddene og aktørene er regulert på forskjellige måter, gjennom organisering og avtalerelasjoner.

Tjenesteyterne får sine inntekter dels fra det offentlige og dels fra privatpersoner eller forsikringsselskaper. For de langt fleste er det offentlige den klart viktigste inntektskilden.

2.2.3 Primærhelsetjenesten

Primærhelsetjenesten er delen av helsevesenet som er organisert i kommunene, med en rekke tjenester som helsestasjon- og skolehelsetjeneste, fastlege, legevakt, psykisk helsearbeid, hjemmetjenester og sykehjem. Kommunene har ansvar for forebygging og helsefremmende arbeid. De har også fått i oppgave å bygge opp et døgntilbud for øyeblikkelig hjelp som en del av samhandlingsreformen.

Deler av tjenesten utføres av private med fastlegene som den største gruppen. Det er mange ideelle sykehjemsinstitusjoner og en økende bruk av private kommersielle hjemmesykepleie- og sykehjemstjenester.

Fastleger

Ved utgangen av 2013 var det 4 474 fastlegelister, med i gjennomsnitt 1 142 innbyggere per liste. Det er ikke fri etableringsrett for fastleger, men krav om avtale med kommunene. Det er fritt fastlegevalg for pasientene.

Pleie- og omsorgstjenester

I følge IPLOS var det 271 406 mottakere av pleie- og omsorgstjenester ved utgangen av 2013. 179 858 var mottakere av hjemmesykepleie og praktisk bistand. Hovedtyngden av dem som får hjemmesykepleie og praktisk bistand (60 prosent) er over pensjonsalderen.

Av 235 182 hjemmeboende tjenestemottakere ved utgangen av 2013 var det 2887 personer som mottok praktisk bistand i form av brukerstyrt personlig assistent (BPA) (Kilde: IPLOS).

Det var 1001 helse- og omsorgsinstitusjoner i primærhelsetjenesten i 2013. Det var 40 337 plasser i sykehjemsavdelinger og 1 257 plasser på aldershjem. 10,2 prosent av plassene var i private institusjoner, fordelt på 5,2 prosent i private ideelle og 4,9 prosent i private kommersielle. Totale kostnadene knyttet til sykehjem var kr 48 529 millioner i 2013. Private sykehjem har i snitt flere senger per institusjon enn de kommunale og dermed kostnader på i underkant av 5 000 millioner kroner.

Sykehjem i Oslo kommune

Som vist i Figur 2.1 stod sykehjemstjenester og hjemmesykepleie for 27 prosent av de løpende helseutgiftene i Norge i 2013. Sykehjemsetaten i kommunen er ansvarlig for tjenestene i Oslos sykehjem. Sykehjemmene i Oslo kommune gir hver dag heldøgns pleie- og omsorgstjenester til i underkant av 5000 pasienter. Kommersielle- og ideelle leverandører drifter per nå 30 av Oslos 53 sykehjem.

Til sammen var det ca. 7000 ansatte og driftsutgifter på 4,8 mrd. kroner i sektoren i Oslo i 2013.

2.2.4 Spesialisthelsetjenesten

De regionale helseforetakene har som nevnt et «sørge for ansvar» og i tillegg et eieransvar. De har ansvaret for å sikre befolkningen i regionen tilgang til nødvendig spesialisthelsetjenester. Spesialisthelsetjenesten omfatter somatiske og psykiatriske sykehus, poliklinikker og behandlingssentre, opptrening- og rehabiliteringsinstitusjoner, institusjoner for tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk, prehospitaltjenester, privatpraktiserende spesialister og laboratorie- og røntgenvirksomhet. Iveretaking av «sørge for ansvaret» innebærer både bruk av offentlige helseforetak og kjøp av tjenester fra private leverandører. Spesialisthelsetjenesten er dominert av offentlig drevne sykehus, men med innslag av ideelle og kommersielle virksomheter.

Offentlige sykehus

Det er i dag 70 offentlige sykehus i Norge³, som alle ligger under et av de 25 helseforetakene vi har i landet. Av disse er Oslo universitetssykehus det største med et pasientgrunnlag på over 500 000 og over 20 000 ansatte. Det finnes en rekke ideelle sykehus med driftsavtale med de regionale helseforetakene (Eksempelvis Diakonhjemmet sykehus, Lovisenberg diakonale sykehus og Haraldsplass diakonale sykehus) og et militært sykehus i Troms som drives og eies av forsvaret.

Ideelle organisasjoner

Historisk har ideelle organisasjoner vært viktige i utviklingen av velferdsstaten, og spesielt innenfor helse- og omsorgsmarkedet. De har de bygd ut tjenestetilbud til svake grupper i befolkning og utviklet nye arbeidsmetoder med stor vekt på brukerinnflytelse og deltakelse i lokalsamfunnet. De driver organisasjoner innenfor flere områder av helse- og omsorgssektoren, blant annet sykehjem, hjemmetjenester og tilbud innenfor psykiatri, rehabilitering, rus og barnevern. Noen har status som *institusjoner med langsiktig avtale (avtalesykehus)* og fungerer *tilnærmet som lokalsykehus i den offentlige helsetjenesten med forutsigbar finansiering*. Andre har status som *private institusjoner uten langsiktig avtale* og må delta i anbuds konkurranser.

Avtalespesialister

Avtalespesialistene tildeles avtalehjemler innen medisinske spesialiteter og finansieres gjennom driftstilskudd fra det regionale helseforetaket, Nav-refusjon og egenandel. I 2013 var det ifølge NPR 721 avtalehjemler innen somatikk og 754 innen psykisk helsevern. Avtalespesialister stod for 28 prosent av

den samlede polikliniske virksomheten innenfor somatikk og 24 prosent av en samlede polikliniske virksomheten innenfor psykisk helsevern for voksne i 2013. Innenfor de somatiske fagområdene stod øye for en tredjedel av den totale aktiviteten hos avtalespesialistene. Andre store fagområder er hud og øre-nese-hals, samt fødselshjelp og kvinnesykdommer.

Private kommersielle aktører

Fram til sykehusreformen var omfanget av privat-kommersielle sykehus svært begrenset. Ringsenteret (senere Volvat) ble etablert i 1985. I 1990 var det to godkjente privatkommersielle sykehus, seks i 2001 og 28 godkjente privatkommersielle sykehus i 2004 ifølge SAMDATA. I dag har vi noen store aktører, som Aleris og Volvat og en stor sammenslutning av 11 private kommersielle sykehus/klinikker i Teres Medical Group. I alt er det 21 sykehuseenheter med avtale med et regionalt helseforetak.

2.2.5 Privatfinansierte helsetjenester

Den offentlige helseforsikringsordningen medfører at helprivate løsninger har en lav markedsandel i Norge, selv om det stadig har blitt vanligere med helseforsikring som del av arbeidsavtalen.

Tall fra Finansnæringens Fellesorganisasjon (FNO) viser at 380.000 nordmenn har en eller annen forsikring som sikrer dem rask behandling for en rekke helseplager. Antallet nordmenn med helseforsikring er tolv ganger høyere enn i 2003. Mesteparten av nordmennene som er dekket av behandlingsforsikring, er forsikret via sin arbeidsgiver gjennom en kollektiv avtale. Bare litt over 30.000 har kjøpt privat behandlingforsikring (VG, 10.02.2014⁴).

Selvbetalende pasienter og egenandeler utgjorde om lag 0,5 mrd. kroner av inntekten til de private helseinstitusjonene uten langvarige driftsavtaler i 2013.

2.2.6 Pasienter og brukere

Pasientene og brukerne står i sentrum for helsetjenesten. Det er pasientens behov som skal løses.

I 2009 var 78 % av innbyggerne i kontakt med kommunehelsetjenesten, og 18,5 prosent var i kontakt med en avtalespesialist i 2009⁵. Det er anslått at minst to millioner mennesker, eller 40 prosent av befolkningen i Norge, var i kontakt med spesialisthelsetjenesten i 2013. Om lag 270 000 personer mottar pleie- og omsorgstjenester gjennom hjemmehjelp eller sykehjem i Norge samme år.

³ Helsedepartementets sykehusliste (sist oppdatert 30.10.2014)

⁴ <http://www.vg.no/nyheter/innenriks/helse/380-000-nordmenn-har-privat-helseforsikring/a/10129078/>

⁵ Helfo (2011): Analyserapport aktivitetsstatistikk 2009

2.3 Omsetning hos private aktører i spesialisthelsetjenesten

2.3.1 Avtalekategorier

De private tilbyderne i spesialisthelsetjenesten kan kategoriseres etter hvilken avtaleform de har med de regionale helseforetakene.

Avtaleinstitusjoner (kategori A)

Institusjoner med langsiktig avtale (Kategori A hos Samdata, gjengitt i Tabell 2-1), ofte kalt avtaleinstitusjonene, hadde samlede kostnader på 5,5 mrd. kroner i 2013. Sykehusene Diakonhjemmet og Lovisenberg er størst innen denne gruppen.

Institusjoner med kortsiktige driftsavtaler (kategori B)

I gruppen *institusjoner med kortsiktige driftsavtaler* (B) inngår kommersielle sykehus, ideelle sykehus som ikke er avtalesykehus, rehabiliterings- og opptreningsinstitusjoner, psykisk helsevern og rusbehandling (TSB). De hadde en samlet omsetning på om lag 5 mrd. kroner.

Private laboratorie- og røntgeninstitutter (kategori C)

Private laboratorie- og røntgeninstitutter (C) hadde samlede driftskostnader på kr 1,2 mrd. kroner.

Avtalespesialister (kategori D)

Avtalespesialistene omsatte for 3,1 mrd. kroner.

Til sammen utgjorde de private institusjonene uten langsiktig avtale (kategori B+C) sine driftskostnader kroner 6,2 mrd. kroner i 2013, tilsvarende 2,3 prosent av de løpende helseutgiftene (SSB), eller 5 prosent av utgiftene i spesialisthelsetjenesten. Av dette finansierte det offentlige om lag 80 prosent gjennom anbudskjøp og refusjon.

Inkludert avtaleinstitusjoner og avtalespesialister var de årlige kostnadene 14,8 mrd. kroner ifølge SAMDATA, tilsvarende 5,4 prosent av de løpende helseutgiftene (SSB), eller 12 prosent av utgiftene i spesialisthelsetjenesten.

De siste 5 årene har veksten i kostnadene hos alle private tilbydere vært tilsvarende utviklingen i løpende helseutgifter, men lavere for gruppene B+C.

Tabell 2-1: Kostnader hos private aktører i spesialisthelsetjenesten etter avtalekategori

	2013, mill kr	% Andel av totale driftskostnader i spesialisthelsetjenesten	% Realendring 2009-2013	% Realendring 2012-2013
Institusjoner med langsiktige avtaler (A)	5 526	4,6	7,3	0,1
Kommersielle sykehus (B)	1 154	1,0	9,3	-2,9
Ideelle sykehus (B)	525	0,4	2,8	6,8
Rehabiliterings- og opptreningsinstitusjoner (B)	1 847	1,5	5,1	7,5
Psykisk helsevern (B)	16	0,0	-	-
Rusbehandling (B)	1 411	1,2	-13,7	-9,4
Røntgen- og laboratorieinstitutter (C)	1 206	1,0	6,1	-1,0
Avtalespesialister (D)	3 121	2,6	13,5	1,1
SUM B, C	6 159	5,2	1,0	-0,2
SUM B, C, D	9 280	7,8	5,8	0,2
SUM A, B, C, D	14 806	12,4	4,9	0,2
Totale driftskostnader i spesialisthelsetjenesten	119 584	100,0	4,0	0,4
Samlede løpende helseutgifter*	272 911	228,8	4,8	1,1

Kilde: SAMDATA. Unntatt * som er hentet fra SSBs helseregnskap.

2.3.2 Kjøp fra de regionale helseforetakene og refusjon fra HELFO er den største finansieringskilden for privat spesialisthelsetjeneste

De private aktørene har inntekter fra ulike kilder som vist i Tabell 2-2:

- Refusjoner fra HELFO
- Salgsinntekter
- Selvbetalende pasienter
- Andre inntekter

Som en del av de tre siste inntektene inngår finansiering via forsikringselskaper.

Private aktører (Sum kategori B,C,D) hadde i 2013 driftsinntekter på 9,5 mrd. kroner, og driftskostnader på 9,3 mrd. kroner. Inntektene fra helseforetakenes kjøp utgjorde 5,2 mrd. kr, en nedgang med 5,4 prosent fra 2013. Veksten i driftsinntektene skyldes økning i refusjoner fra HELFO, egenbetalinger og andre inntekter. Helseforetakenes finansieringsandel gikk ned fra 63 til 55 prosent.

Tabell 2-2: Finansieringskilder for private tilbydere av spesialisthelsetjenester målt i 1000 kr. Justert for prisvekst, 2013 = 100

	2013	Andel av total	Pst real- endring 2009-2013	Pst real- endring 2012-2013
Driftskostnader	9 279 837	98 %	4,9	0,2
Driftsinntekter, fordelt på:	9 480 206	100 %	7,2	-0,1
1. Kjøp fra helseforetak	5 230 572	55 %	-5,4	-1,1
2. Refusjoner fra HELFO	2 799 341	30 %	25,9	2,8
3. Salgsinntekter	403 263	4 %	-12,5	-0,3
4. Selvbetalende pasienter og egenandeler	531 418	6 %	59,7	5,5
5. Andre inntekter	515 612	5 %	74,3	-9,6

Kilde: SAMDATA 2013

2.3.3 Helseforetakenes kjøp av tjenester fra private

Helseforetakenes kjøp fra private institusjoner etter tjenesteområde er presentert i Tabell 2-3. Det var en nedgang i siste femårsperioden for kommersielle sykehus, privat rusbehandling og for røntgen- og laboratorieinstitutter. Når det gjelder kjøp fra private rehabiliterings- og opptreningsinstitusjoner og avtale-spesialister har disse vært stabile, og utgjorde

henholdsvis 1,5 og 1 mrd. kroner i 2013. Ideelle sykehus var en gruppe med vekst i kjøp fra helseforetak i perioden 2009 til 2013.

I statistikken for 2014 og 2015 forventes det en vekst hos de private i spesialisthelsetjenesten i henhold til føringer i oppdragsdokumentet.

Tabell 2-3: Helseforetakenes kjøp hos private aktører målt i 1000 kr. Justert for prisvekst, 2013 = 10

	2013, 1000 kr	Andel av total	Pst real- endring 2009-2013	Pst real- endring 2012-2013
1. Kommersielle sykehus	418 722	8 %	-13,9	0,4
2. Ideelle sykehus	514 979	10 %	8,4	-0,1
3. Rehabiliterings- og opptreningsinstitusjoner	1 487 502	28 %	0,6	3,5
4. Psykisk helsevern	17 706	0 %	-	-
5. Rusbehandling	1 232 246	24 %	-11,2	-5,6
6. Røntgen- og laboratorieinstitutter	552 406	11 %	-20,0	-8,9
7. Avtalespesialister	1 007 011	19 %	-0,4	-0,2
SUM	5 230 572	100 %	-5,4	-1,1

Note: Finansiering fra HELFO, egenbetaling, privat forsikring m.v. kommer i tillegg

Kilde: SAMDATA 2013



3. Konkurransesgevinst og markedssvikt

I kapittel 2 har vi sett at både offentlige og private aktører sammen utgjør et mangfold i en offentlig styrt helse- og omsorgssektor for å levere best mulige tjenester til pasientene. Det er mange faktorer som påvirker hvordan sektoren fungerer og hva slags sammensetning vi får av offentlige og private tjenesteytere.

Ulike former for markedssvikt er årsaken til at det i de fleste land er en streng regulering av helsesektoren, en stor offentlig finansieringsandel og en høy andel offentlig egenproduksjon. Offentlig styring og «planøkonomiske virkemidler» er dominerende i norsk forvaltning av helse- og omsorgssektoren, blant annet for å ivareta viktige fordelingshensyn. Bruk av private aktører skjer, som vi har sett i kapittel 2, både direkte gjennom spesielle avtaleformer og gjennom bruk av ulike former for konkurranse. Konkurranse er blant annet introdusert som følge av press for å effektivisere og brukerrette en stor offentlig tjenesteproduksjonen.

3.1 Markedssvikt gir behov for styring

Fra økonomisk teori vet vi at sterkere konkurranse vil lede til bedre bruk av samfunnets ressurser, enten i form av bedre kvalitet eller lavere pris. Dette betinger at det eksisterer velfungerende markeder. Det foreligger en omfattende forskningslitteratur som viser at helsetjenester skiller seg ut fra andre varer og tjenester, og at betingelsene for velfungerende marked ikke oppfylles. Som en følge av denne markedssvikten og ønsket om likhet i tilgang til helsetjenester kreves en offentlig regulering og finansiering.

Et fritt, uregulert marked vil lede til en ineffektiv forsyning av helseforsikring og helsetjenester. Andersen m.fl. (2006) oppsummerer forhold i sektoren som gjør at den ikke oppfyller de vanlige spillereglene for konkurranse:

- Usikkerhet og asymmetrisk informasjon i forsikringsmarkedet
- Spesialisthelsetjenester er ikke homogene goder, men differensierte produkter både vertikalt (kvalitet) og horisontalt (lokalisering, behandlingstilbud, spesialisering)
- Ikke fri etablering og lokalisering i markedet
- Utøvelse av markedsmakt så lenge sykehusene er opptatt av inntekter eller profitt
- Sykehusproduksjon er kjennetegnet ved skalafordeler, om enn i usikkert omfang

Markedssvikten forsterkes ved at det er tredjepartsfinansiering. Pasient og lege har begrensede insentiver til å begrense etterspørselen og til effektiv ressursbruk i behandlingen når pasienten ikke betaler direkte selv, men via en offentlig eller privat helseforsikringsordning som bærer kostnadene.

I Norge har vi i hovedsak en offentlig «helseforsikringsordning» som reguleres med lover og politiske føringer og finansieres ved årlige budsjetttildelinger til kommuner, helseregioner og HELFO.

Gjennom utbyggingen av velferdsstaten valgte de europeiske landene å bygge ut en stor egenproduksjon gjennom offentlig eid institusjoner. Dette ble drevet frem av historiske forhold og rådende politiske ideologi.

3.2 Økt bruk av konkurranse for effektivisering og brukerretting

Det har innenfor OECD-området vært en økende oppmerksomhet om behovet for å effektivisere og brukerorientere offentlig tjenesteproduksjon, ofte i form av konkurranseutsetting (NOU 2000:19). Dette har utspring i en antagelse om at dersom det offentlige ikke er nødt til å konkurrere vil det ha en tendens til å drive mindre effektivt og mindre brukerorientert. Utviklingen ikke kan ses adskilt fra den politisk-ideologiske vendingen i synet på hvordan offentlig virksomhet bør organiseres og styres, samtidig som at det på internasjonalt nivå har blitt inngått avtaler om liberalisering av markeder (NOU 2000:19). Mange vestlige stater har gjennomgått en transformasjon fra en velferdsstatsmodell til en konkurransestatsmodell (Jessop 2002).

Selv om denne transformasjonen ikke har utviklet seg like langt i Norge som i en del andre vestlige land, ble det også av norske myndigheter startet en reformeringsprosess med vekt på forretningsorientering, konkurranseutsetting og privatisering. Fristillingen av Televerket, NSB og Posten er kjente eksempler fra 90-tallet. I denne perioden ble også NAVO (Spekter) dannet for å muliggjøre omstillingen på arbeidslivsområdet. I spesialisthelsetjenesten innebar sykehusreformen en større fristilling til sykehusene i form av statlig eide helseforetak.

Spørsmålet om ulike former for markedseksposering rettet seg i første rekke mot offentlige «tekniske tjenester», og var sterkest fremtredende i land med anstrengte offentlige budsjetter. Over tid har

imidlertid fokus i større grad dreid over på mer «myke» tjenesteleveranser, som blant annet det offentlige helse- og omsorgstilbudet.

3.3 Fire typer konkurranseeksponering

I NOU 2000:19 blir konkurranseeksponering ansett å ta fire former:

1. Etablering av fullstendige konkurransemarkeder: et offentlig monopol oppheves og det åpnes for konkurranse.
2. Anbudskonkurranse: det offentlige utlyser en konkurranse om retten til å produsere en vare eller en tjeneste på vegne av det offentlige. Vinneren av anbudsrunden får en eksklusiv, men tidsbegrenset rett til å produsere den aktuelle varen eller tjenesten. Ved anbudsetsetting beholder det offentlige ansvaret for innhold, finansiering, fordeling og ofte kvalitet. Private (i noen tilfeller også offentlige) aktører vil her ha produksjonsansvaret for tjenesten. Dette er til forskjell fra ren privatisering, hvor private aktører også har ansvar for at tjenesten frembringes, finansieres og kontrolleres.
3. Kuponger/«pengene følger brukeren»: en bruker tildeles retten til en gitt tjeneste, og kan selv velge tilbyder (innenfor en gitt økonomisk ramme). Det offentlige kan her beholde både produksjon og finansiering.
4. Benchmarking/«målestokkonkurranse»: hvordan offentlige virksomheter presterer måles opp mot prestasjoner i andre tilsvarende virksomheter. Også her kan det offentlige beholde både produksjon og finansiering.

I de neste avsnittene drøfter vi utbredelsen av de ulike konkurranseformene nærmere.

3.3.1 Etablering av konkurransemarkeder

Med etablering av konkurransemarkeder menes at det legges til rette for fri etableringsrett, det vil si at private aktører kan etablere seg og konkurrere om kunder både på pris, kvalitet og tilgjengelighet.

Etter lov om spesialisthelsetjenester § 4–1 skal sykehus godkjennes av departementet før det kan ytes helsetjenester. Bestemmelsen gjelder offentlige og private sykehus. Søknad om godkjenning vurderes ut fra om tjenesten ivaretar samfunnsmessige og ressursmessige hensyn, om det er behov for tjenesten, om det er lagt opp til forsvarlig bruk av helsepersonell og om tjenesten er faglig forsvarlig.

Tidligere ble dette praktisert svært restriktivt. I dag åpnes det noe mer opp for private tilbydere, særlig for enklere tjenester innen spesialisthelsetjenesten, men de reguleres stadig tett.

Private aktører innenfor flere ulike fagområder har etablert virksomhet og konkurrerer med det offentlige. Volvat og Aleris er eksempler på private sykehus som konkurrerer med de offentlige sykehusene uten offentlig finansiering. På mange behandlingsområder benytter privat helseforsikringsselskaper tilbydere i andre land. Innen røntgen/billeddiagnostikk og laboratorium tilbyr private aktører som Curato, Unilabs og Fürst sine tjenester og det finnes tilsvarende tilbud innen privat rehabilitering.

Det finnes private sykehjem uten offentlig finansiering, men markedet er svært begrenset på grunn av den høye egenbetalingen. En sykehjemsplass koster anslagsvis 700 000 til 1 400 000 kroner, avhengig av tjenestens art.

3.3.2 Anbudskonkurranse

Konkurranseutsetting av enkelte tjenester kan være motivert ut fra flere hensyn. Det motivet vi som oftest finner igjen i litteraturen er et ønske om å redusere utgiftene til produksjonen av tjenesten, dvs. en effektivitetsbetraktning. Andre motiver kan være manglende kompetanse på enkelte fagområder eller et ønske om å oppnå bedre kvalitet. Anbud kan både benyttes til å kjøpe tjenester fra leverandører som selv eier lokaler og utstyr, eller for å konkurranseutsette driften av virksomheter som er eid av det offentlige.

Ved anbudsetsetting beholder det offentlige ansvaret for innhold, finansiering, fordeling og ofte kvalitet, men man benytter markedet ved å la private aktører konkurrere om produksjonsansvaret for tjenesten.

Fra økonomisk teori vet vi at konkurranseutsetting av deler av den offentlige tjenesteproduksjonen innen en kategori kan påvirke kostnadseffektiviteten også i produksjonen til den delen som forblir produsert av det offentlige. Dette kan skyldes flere faktorer. Hvis kommersielle aktører produserer tjenestene til de laveste kostnadene kan trusselen om å bli konkurranseutsatt gi forsterkede incentiver innad i den offentlige produsenten til å iverksette effektiviserings tiltak for nettopp å hindre en eventuell konkurranseutsetting. Videre kan konkurranseutsettingen bidra til å identifisere potensial for effektivisering som det offentlige ellers ikke ville identifisert.

De anbudseksponerte tjenestene utgjør en begrenset del av helse- og omsorgstjenestene.

I spesialisthelsetjenesten benyttes anbud til private kommersielle sykehus, ideelle sykehus uten kortere avtaleperiode (ikke avtalesykehus), rehabiliterings- og opptrappingsinstitusjoner, psykisk helsevern, rusbehandling og røntgen- og laboratorieinstitutter.

Før omleggingen av finansieringen av spesialisthelsetjeneste i forbindelse med sykehusreformen og mottok

mange av disse institusjonene refusjon fra Rikstrykdeverket. De regionale helseforetakene ble underlagt den nye loven om offentlig anskaffelse som kom til anvendelse i 2001.

Hagenutvalget (NOU 2003:1 Behovsbasert finansiering av spesialisthelsetjenesten) påpekte at de regionale helseforetakene bør gjennomgå sin virksomhet med sikte på konkurranseutsetting, og da særlig at laboratorie- og røntgentjenester var egnet for anbudskonkurranse. Da ordningen ble innført var det et ønske om å ta vare på det eksisterende mangfoldet av private tilbydere og sikre at kjøpene av helsetjenester skjedde i henhold til anskaffelsesregelverket. Det var et ønske om å øke valgfriheten for pasientene og i høyere grad å slippe til private aktører for dermed å stimulere til kostnadseffektivisering og økt kvalitet i offentlig og privat sektor gjennom konkurranse, samt særlig å frigjøre en større samlet kapasitet.

Hovik og Stigen (2008) viser at konkurranseeksponering i økende grad er et virkemiddel kommunene tar i bruk. I 2008 hadde 77 prosent av kommunene benyttet metoder for konkurranseeksponering hvorav 60 prosent konkurranseutsetting i form av anbud eller tildeling etter forhandling. (Hver tredje kommune hadde benyttet benchmarking og hver femte hadde benyttet friere brukervalg/«penger følger brukeren».) De finner en tendens til at det er de tekniske tjenestene som konkurranseutsettes (det vil si at kommunen bruker anbud eller forhandlinger), mens de personrettede tjenestene i større grad har innslag av benchmarking.

Konkurransen skjer i to trinn.

1. Først må de private tilbyderne konkurrere i en anbudskonkurranse om pris per tjeneste og tilgangen til markedet, også omtalt som en inngangsbillett. Inngangsbilletten garanterer verken volum eller omsetning, men har normalt et øvre tak.
2. Deretter må de konkurrere med de offentlige og andre private tjenesteytere om de offentlig finansierte pasientene. Tilbyderne må fremstå som beste alternativ for den enkelte pasient og deres fastlege. I spesialisthelsetjenesten medfører Fritt sykehusvalg at denne konkurransen ikke bare skjer innad i RHF, men også på tvers av RHF.

Se mer informasjon om det formelle grunnlaget for anbudskonkurranser i Vedlegg 1.

3.3.3 «Penger følger brukeren»

«Pengene følger brukeren» - ordninger gir i prinsippet brukeren mulighet til å velge tjenesteleverandør.

Ordningen er særlig aktuell når det offentlige ønsker at bruker/pasient skal ha vesentlig innflytelse på innholdet i tjenesten.

Et eksempel på mekanismer som er benyttet i spesialisthelsetjenesten er Fritt sykehusvalg. Fritt sykehusvalg fungerer i prinsippet slik at man tildeler en bruker en rett (kupong). Brukervalg innebærer altså en form for konkurranse ved at tjenesteutøvende må konkurrere for å tiltrekke seg brukere. Dette skjer i utgangspunktet gjennom konkurranse om tilbudt kvalitet/tilgjengelighet.

Tilsvarende finner vi brukervalg innenfor sykehjemsektoren og dels også omsorgssektoren. I Oslo har brukerne fritt sykehjemvalg. 80,7 prosent av pasienter med vedtak om langtidsplass fikk innfridd førstevalget sitt i 2013.

3.3.4 Benchmarking

Benchmarking, eller målestokkonkurranse, er et styringsverktøy som baserer seg på sammenlikninger av resultater eller prosesser mellom eksterne eller interne virksomheter. Sammenlikning av nøkkeltall og kritiske faktorer kan være et hjelpemiddel for overordnet styring av underliggende virksomheter. Formålet er å skape en slags konkurransesituasjon for å redusere mengden av organisatorisk slakk og er en enkel form for markedsetterligning (kvasimarked) som tar sikte på å sammenligne offentlige virksomheter eller avdelinger for å avdekke hvem som har de beste resultatene. Ifølge Andreassen og Lunde (2001) brukes benchmarking relativt lite i offentlig sektor, hovedsakelig fordi en hovedmålsetting med metoden er å sette fokus på ubehagelige forhold, og er det noe offentlig sektor legger vekt på, er det «å unngå feil».

Benchmarking brukes i svært liten grad i spesialisthelsetjenesten. Dette skyldes i hovedsak at det er vanskelig å sammenlikne de ulike behandlingsområdene og aktørene. SNF-rapporten «Konkurranse i spesialisthelsetjenesten?» støtter opp under dette argumentet. De skriver blant annet at flere av de regionale helseforetakene har pekt på at en vesentlig årsak til at dette verktøyet ikke benyttes er vanskelighetene med å finne hensiktsmessige indikatorer som tillater meningsfull sammenlikning. Det eksisterende tallmaterialet gir ikke grunnlag for systematisk sammenstilling; det blir som «å sammenligne epler og bananer». Et annet argument mot å sammenlikne offentlige og private aktører er at de i mange tilfeller ikke har sammenlignbar pasientsammensetning. SNF 25/06 predikerte at benchmarking ville bli mer utbredt i spesialisthelsetjenesten på sikt. Foreløpig er det ingen tegn til dette.

I Oslo kommunes byrådssak 326/98: Kvalitet og målinger i pleie- og omsorgstjenestene pekes det på at det har gjennom årene vært rettet stor oppmerksomhet mot kvaliteten i ulike tjenestetilbud innenfor helse-, pleie- og omsorgssektoren. Sammen med rapporter om manglende tilbud var dette grunnlaget for å utarbeide et felles system for oppfølging av kvalitet. Det fremheves at «Målingene vil kunne gi et godt dokumentasjonsgrunnlag for prioriteringer og målrettet satsing innenfor tjenestene. På det enkelte tjenestested vil målingene bidra til aktiv og målrettet kvalitetsutvikling.» Systemet bygger både på observerbare kvalitetsindikatorer og brukerundersøkelser basert på beboernes og de pårørendes vurderinger.

Det er imidlertid en betydelig utfordring at kvalitetsindikatorerne blir påvirket av andre forhold enn tjenestekvaliteten på sykehjemmet. Kapasiteten i hjemmesykepleien og behandlingskvalitet på sykehuset er avgjørende. Videre kan det være seleksjonsmekanismer, for eksempel ved at institusjoner som er særlig gode på et behandlingsområde kan bli foretrukket av pasienter med særlige behov.

3.4 Politiske føringer på bruk av anbud

Konkurransetsetting og bruk av anbud er et resultat av politiske føringer, med en intensjon om å sikre finansieringsgrunnlaget til de eksisterende private aktørene og å legge til rette for økt effektivitet og bedre brukerorientering i tjenesteproduksjonen. Både bruken av private aktører og relasjonsform har variert med politiske flertall.

3.4.1 Politiske føringer i Oslo kommune

Oslo kommune benytter anbudsavtaler med private ideelle og private kommersielle institusjoner. De har solgt flere tidligere kommunalt eide sykehjem og de har konkurransesatt driften av kommunalt eide sykehjem.

I byrådets tiltredelseserklæring 12.01.1997 heter det blant annet: «Kommunen er ansvarlig for å finansiere selve tjenestetilbudet, og har som sin viktigste oppgave å stille krav til kvalitet og standard på tjenestene som produseres, uavhengig av hvem som utfører disse.»

I Oslo bygger konkurransetsettingen på den påfølgende bystyremelding 1/98 «Konkurranse og kvalitet i Oslo kommune» og bystyrets vedtak i sak 128/09 «Konkurransetsetting av sykehjemsdrift».

Konkurransetsetting i Oslo kommune benyttes ifølge Sykehjemsetatens hjemmesider for å:

- Synliggjøre og bedre kvaliteten

- Videreutvikle oppgaveløsningen
- Øke mangfoldet
- Fremme mer effektiv ressursbruk

Byrådet delegerte i 2012 til byråd for eldre å avgjøre hvilke sykehjem som skal konkurransetsettes.

Bystyret har i sin sak 91/09 anvist kriterier for vurdering av sykehjem:

1. *Kvalitet – «Alle kvalitetsindikatorer må sees i sammenheng, og sykehjem som ut fra en helhetvurdering kommer dårligst ut bør prioriteres for valg av sykehjem som skal konkurransetsettes»*
2. *Økonomiske hensyn – «Kommunen ønsker å gjøre bruk av konkurranse som et av virkemidlene for å oppnå flere, bedre og billigere tjenester, til beste for brukerne og på en mest mulig kostnadseffektiv måte. Sykehjem som er dyrest i drift bør av denne grunn prioriteres»*
3. *Bygningsmessige forhold – «... forutsatt at det ikke er besluttet å foreta store bygningsmessige endringer i kontraktperioden.»*

Det er med andre ord føringer for hvordan konkurransetsetting og bruk av private skal gjennomføres og i utvalgelsene at det er de sykehjemmene som skiller seg ut negativt som skal prioriteres ved konkurransetsetting.

3.4.2 Politiske føringer i spesialisthelsetjenesten

De ulike regjeringers tiltredelseserklæringer, NOUer og Stortingsmeldinger har lagt føringer for de privates rolle i helsetjenesten. I Sem-erklæringen fra 2001 ble det pekt på at de private helseinstitusjonene utgjør et viktig supplement til de offentlige sykehusene, samtidig som de skal være et korrektiv til disse når det gjelder alternative måter å organisere virksomhet på.

Sykehusreformen av 2002 innebar, i tillegg til at staten overtok eieransvaret for sykehusene og organiserte sykehusene som foretak, også et ønske fra den sittende regjeringen om i høyere grad å slippe til private aktører for dermed å stimulere til kostnads-effektivisering gjennom konkurranse (St. meld. nr. 5 (2003-2004)).

Økningen i bruken av private aktører var markant under Bondevik II- regjeringen som satt fra 2002 til 2005, men kuliminerte under den rød-grønne regjeringen som kom til makten etter stortingsvalget høsten 2005 (Hagen, Iversen og Kittelsen, HERO UiO 2007:2). Dagens regjering ønsker igjen å styrke de privates rolle.

I St.meld. nr. 5 (2003-2004) Inntektssystem for spesialisthelsetjenesten heter det at det «Ved valg av framtidig inntektssystem for spesialisthelsetjenesten, har

det vært viktig å legge til rette for at private tjeneste- produsenter skal kunne bidra til å oppfylle sørge for-ansvaret til RHF. Samtidig som dette stiller krav til langsiktige og forutsigbare avtaler mellom RHF og private, er det viktig at RHF også sikres større styring med samlet ressursbruk.»

«Videre vil Helsedepartementet i neste års [2004] styringsopplegg skjerpe kravene til at RHF tydeliggjør skillet mellom sitt sørge for-ansvar og sin rolle som eier av helseforetakene (jf. St.prp. nr. 1 (2003–2004)). I praksis vil dette kreve en tydeliggjøring av bestillinger som skal gis til utøvende virksomheter – både egne helseforetak og private aktører. Det vil også gi et godt utgangspunkt for å gjennomføre prosedyrer som sikrer korrekt behandling av private aktører som leverer eller deltar i konkurranse om leveranse av tjenester.»

I St.meld. nr. 5 (2003-2004) heter det videre at «Det er Regjeringens syn at RHF, innenfor sitt sørge for-ansvar, bør stå mest mulig fritt med hensyn til valg av oppgjørsordninger og utforming av kontrakter med utøvende virksomheter, både overfor egne foretak og private. Dette krever at RHF er bevisst sitt sørge for-ansvar og sin rolle som leder for de regionale helseforetaksgruppene. Samtidig ønsker Regjeringen å legge til rette for at RHF skal kunne opprettholde resultatbasert finansiering overfor tjenesteytende nivå slik at «penger følger pasienten». Dette vil, sammen med fritt sykehusvalg og informasjon om ventetider og kvalitetsindikatorer, stimulere sykehusene til rask og effektiv behandling med god kvalitet.»

Samtidig ble helseregionene, når det overtok avtaleansvaret for de private tilbyderne som i hovedsak tidligere var finansiert gjennom Rikstrygdeverket, underlagt føringer for kjøp fra private og tildelt øremerkede midler i henhold til tidligere kjøp i hver region.

NOU 2003:1, Behovsbasert finansiering av spesialisthelsetjenesten ga følgende forslag til rammer for de privateide institusjonene:

«Tredjepartsfinansiering gjennom trygderefusjoner er for en stor del etablert i forhold til privateide institusjoner på rehabiliteringsområdet ... Finansieringen foreslås endret i forslag til statsbudsjett for 2003. Den nåværende finansiering, der kurdøgnbetaling fra trygdeetaten utgjør en grunnleggende del av det økonomiske grunnlaget for opptreningsinstitusjonene, foreslås lagt om slik at de økonomiske ressursene knyttet til kjøp av tjenester fra disse institusjonene overføres til regionale helseforetak over en fireårsperiode. Forslaget gjelder også de spesielle helseinstitusjonene og helsesportsentre, jf. St.prp. nr. 1 (2002–2003).

3.5 Nye politiske føringer

Helse- og omsorgsdepartementet har i tilleggskdokument av 27. juni 2014 til oppdragsdokument 2014 bedt de regionale helseforetakene om å utarbeide en ny og offensiv strategi for økt bruk av anbud. Alle de regionale helseforetakene har oppdatert sine strategier høsten 2014 og forankret disse i sine styrever.

Innst. 224 L (2014-2015) beskriver endringer i pasient- og brukerrettighetsloven og spesialisthelsetjenesteloven (fritt behandlingsvalg). Helsedirektoratet vil være ansvarlig for den videre utforme ordningen av fritt behandlingsvalg, herunder priser.

I høringsnotatet om Fritt behandlingsvalg fra 2014 heter det: «Parallelt med forberedelsene med å innføre fritt behandlingsvalg vil departementet følge opp disse punktene i regjeringsplattformen ved å be RHF utarbeide en ny og offensiv strategi for økt bruk av private gjennom anbud. Målene for en slik strategi skal være de samme som for fritt behandlingsvalg - å mobilisere kapasitet i privat sektor for å redusere unødvendig venting for pasienter som har fått tildelt rett til helsehjelp, øke valgfriheten for pasientene og stimulere de offentlige sykehusene til å bli mer effektive.

Departementet legger til grunn at det primære virkemiddelet for å bruke ledig kapasitet hos private fortsatt skal være gjennom anbud, og at ordningen med fritt behandlingsvalg skal fungere som en sikkerhetsventil for pasientene og et korrektiv til de offentlige sykehusene. Bl.a. som følge av styringssignaler fra eier, har imidlertid ikke RHFene i de to siste stortingsperiodene utnyttet mulighetene for å bruke private gjennom anbud. I bestillerdokumentet til RHF for 2006 sto det bl.a. «Omfanget av avtaler mellom regionale helseforetak og private kommersielle sykehus må begrenses.» I oppdragsdokumentet til RHF for 2010 sto det bl.a.: «Avtaler mellom helseforetak og private kommersielle sykehus skal ikke ha et omfang som undergraver pasientgrunnlaget for de små offentlige sykehusene.»

RHF har et ansvar for å sørge for at befolkningen i regionen får et spesialisthelsetjenestetilbud. Både egne eide helseforetak og private leverandører bidrar med tjenester som i sum skal sikre ivaretagelsen av ansvaret. RHF har både en bestillerrolle og en eierrolle. Bestillerrollen krever vurderinger av befolkningens samlede behov for spesialisthelsetjenester og hvordan dette best kan dekkes gjennom bruk av egne helseforetak og private leverandører. Eierrollen innebærer styring av egne helseforetak. Kjøp fra private aktører gjøres av RHF. Ved kjøp fra private aktører skal det stilles samme krav om pasientsikkerhet, kvalitet og prioriteringer til private leverandørene som til egne helseforetak.

Kjøp fra private har historisk i hovedsak hatt karakter av supplement innen ulike fagområder. Departementet legger til grunn at en videreutvikling av bestiller-funksjonen betyr at private inngår i sørge-for-ansvaret på en annen og mer forpliktende måte enn i dag. De private aktørene kan ha større fleksibilitet enn de offentlige sykehusene i forhold til styring og omstilling, de kan være et korrektiv og det kan være strategiske fordeler knyttet til bruk av private der disse har utviklet spesiell kompetanse. Bedre oppgavefordeling som også omfatter private, og et tettere samarbeid med private, vil kunne gi økt tilgjengelighet og økt valgfrihet for pasientene, samtidig som RHF kan styre slik at befolkningens behov for spesialisthelsetjenester ivaretas. En sammensetning av et helhetlig tilbud med offentlige og private aktører vil også kunne stimulere til kvalitetsforbedring og effektivisering i de offentlige sykehusene. For å sikre tilgjengelighet for befolkningen, og stimulere til konkurranse i markedet, bør det vurderes både geografisk oppdeling av konkurranser og begrensninger på tildeling av volum til en enkelt leverandør.

Avtaler med private leverandører knyttet til «sørge for»-ansvaret inngås i dag av RHF. I en ny strategi bør imidlertid HF kunne gjennomføre egne, tidsbegrensede anskaffelser for å løse lokale utfordringer. Avtaler inngått av RHF bør samtidig inneholde romslige opsjoner både med hensyn til omfang og innhold. Avtaler inngått av RHF bør også ha en opsjon for avrop fra HF. Det bør være også være muligheter for å kunne øremerke volum for HF og krav til private om å følge fastsatte faglige prosedyrer. Etter departementets vurdering vil det også være ønskelig at de regionale helseforetakene i en ny strategi samarbeider om nasjonale anskaffelser.

Økt bruk av private fordrer også god informasjon til pasientene fra helseforetakene om hvilke muligheter som ligger i fritt sykehusvalg. Alle private leverandører med avtale skal forpliktes til å rapportere ventetider til Kontoret for fritt sykehusvalg. Informasjon om de ulike tilbudene, herunder oppgave- og funksjonsdeling, må også være tilgjengelig for fastlegene. Dette vil tilrettelegge for pasientenes frie valg og bidra til bedre kapasitetsutnyttelse.

Et tettere samarbeid med private betyr også en forpliktelse for helseforetakene til å benytte opsjoner/egne kjøp fra private når man ikke når oppsatte mål på tilgjengelighet. Dette kan innebære:

- Den private aktøren kan fungere som en underleverandør til et helseforetak.
- Private aktører gis et ansvar for deler av tilbudet i et gitt geografisk område.
- Private aktører kan spesialisere seg innenfor enkelte fagområder ved at ytelser samles i større grad på enkelte institusjoner.
- Helseforetak kan redusere sine tilbud på enkelte områder.
- Helseforetakene får spesielle oppgaver overfor en eller flere private aktører/avtalespesialister.
- Utforming av samarbeid må være slik at både helseforetakene og de private ser gevinstene ved et slikt samarbeid.
- For de private kan det gjøres interessant å inngå i et slikt samarbeid bl.a. ved muligheten til å delta i forskningsprosjekter og faglig utvikling.
- Etablering av faglig samarbeid mellom privat avtalepart og det helseforetak/sykehusområdet pasientene kommer fra, eller med det helseforetak hvor den private leverandøren er lokalisert.
- Private virksomheter/avtalespesialister inkluderes i regionalt planarbeid.
- Frigjøre utredningskapasitet ved helseforetakene gjennom å bruke private leverandører mer for enkelte pasientgrupper. På denne måten kan helseforetaket få frigjort kapasitet til behandling av prioriterte pasientgrupper.
- Bruke private leverandører mer for enklere operasjoner og etterkontroller for å frigjøre egen kapasitet til høyere prioriterte pasienter.

Det offentlige bør fortsatt ha hovedansvaret for områder som for eksempel akuttmedisin, høyspesialisert medisin, nasjonale/regionale funksjoner, forskning og utdanning. Større private leverandører bør imidlertid også ha en viss forskningsaktivitet, og de vil kunne inngå i utdanningsløp.»

4. Konkurransen og anbud i praksis: Strategi og organisering

4.1 Erfaringer med konkurranse og kjøp fra private

Vi har i oppdraget gjennomført intervjuer med informanter i de regionale helseforetakene, utvalgte helseforetak, Oslo kommune og hos private leverandører. Vi fått en rekke innspill om bruken av og erfaringene med konkurranse og anbud i helse- og omsorgssektoren, som vi har sammenstilt i de påfølgende kapitlene. Vi trekker også på de formelt uttrykte strategiene fra byrådssaker, helseforetakenes styresaker og innkjøpsstrategier, samt tidligere studier i framstillingen. Bruken av private aktører og anvendelsen av konkurranseelementer er fortsatt i stor endring og praksis på enkelte områder kan allerede være endret i forhold til den beskrivelsen som ble gitt i intervjuene. Innspillene er ikke nødvendigvis innbyrdes konsistente. De ulike informantene har forskjellige vurderinger av utfordringer og løsninger.

Når informantene ble spurt om erfaringene med konkurranse var det kjøp av helse- og omsorgstjenester fra private leverandører ved hjelp av anbudsutlysning som var fremst i bevisstheten. Synspunkter og erfaringer med bruk av andre konkurranseformer, som beskrevet i tidligere, kom ofte først frem på direkte forespørsel. Dette skyldes trolig både hvordan spørsmålet ble formulert, hvilke informanter som ble spurt, men tolkes av oss også som at konkurranse som begrep i hovedsak knyttes til kjøp fra private leverandører gjennomført av det regionale helseforetaket eller kommunen. Dette preger også sammenstillingen under.

Det første hovedområdet under intervjuene var strategi og organisering. Vi har valgt å strukturere diskusjonen av temaet på tre ulike nivåer, jf. Figur 4.1.

Figur 4.1 Strateginivåer



- Overordnet strategi handler om overordnede perspektiver og føringer for konkurranse og anbud
- Innkjøpsstrategi handler om de prinsipielle føringer for kjøpet og hvordan dette organiseres i praksis.

- Fagspesifikk strategi handler om hvilke strategier de legger til grunn for de ulike tjenesteområdene.

4.2 Overordnet strategi

Med overordnet strategi mener vi motivet for å benytte private aktører og konkurranse i helse- og omsorgssektoren samt de førende rammene for dette. Intervjuene med aktørene gir grunnlag for å fremheve følgende observasjoner:

- Aktørene oppgir at de er positive til mangfold. De ser det som ønskelig at de offentlige suppleres med private ideelle og kommersielle aktører, og at dette samlet sett bidrar til bedre tjenester.
- Dette til tross for at de offentlige aktørenes beslutning om å kjøpe fra private ofte er et resultat av politiske føringer og i mindre grad et resultat av egne strategiske valg.
- Flere er usikre på om anbudsordningen er den beste kontraktsformen for kjøp av helse- og omsorgstjenester. Detaljert spesifisering gjør tilbyderens tjenester likere og siler vekk de faglig svakeste. Samtidig reduseres konkurranse på kvalitet, nye initiativ og mangfold.
- De ulike tilbyderne må forholde seg til ulike strategier
- Ulike forhold og faktorer, som kultur og fordelingseffekter, gir restriksjoner på bruk av konkurranse og anbud

Nedenfor drøfter vi disse punktene nærmere

4.2.1 Positive til mangfold

Både de offentlige og de private aktørene gir uttrykk for at de er positive til mangfold innenfor helse- og omsorgssektoren. Med mangfold menes her at flere ulike aktører bidrar til at sektoren samlet sett best løser de oppgavene den skal.

De regionale helseforetakene ser viktigheten av å kunne benytte private og ideelle aktører som et supplement til deres egen aktivitet og mener dette er nødvendig for å kunne ivareta «(sørge for ansvaret)». De som forvalter kjøp av og avtaler for helse- og omsorgstjenester oppgir at de trolig er mer positive enn andre i sin organisasjon.

De er bekymret for at anbudskonkurransene med detaljerte konkurransegrunnlag medfører en ensretting og at det i liten grad blir en konkurranse om kvalitet og innovasjon. Flere mener at andre avtaleformer enn anbud vil være mer hensiktsmessig for å oppnå målet om tjenesteutvikling og variasjon i tjenestetilbudet som

gir økt brukervalg. Flere synes å vektlegge verdien av mangfold fremfor mulige konkurransegevinster ved anbudskonkurranse, noen gjør dette fordi de opplever at det samlet sett er beste måte å opprettholde sørgefor-ansvaret, andre gjør det som følge av de politiske føringene om å opprettholde aktiviteten til private tjenesteytere, selv om de ideelt sett kunne ønske å innrette kjøpet noe annerledes.

I Oslo kommune har man vært mer eksplisitte på at mangfold har en verdi og endret på konkurransegrunnlaget for å stimulere til variasjon mellom de ulike sykehjemmene.

Selv om alle informantene er positive til de privates rolle, er det innen enkelte områder noe skepsis til om det er en riktig bruk av private tjenesteytere, både i forvaltningen, hos konkurrerende offentlige tjenesteytere og i fagforeningene. Skepsisen går på bekymring for manglende størrelse på institusjonenes fagmiljø eller at de privates tjenesteprofil ikke lenger passer med dagens beste praksis, men at kjøp opprettholdes for å ivareta arbeidsplassene. Det pekes blant annet på at lokalisering, tjenesteprofil og kompetanse hos de private institusjonene, for eksempel innen rehabilitering og TSB, ikke alltid er i tråd med sykdomsbildet og befolkningsstrukturen. Kjøp fra private rehabiliteringsinstitusjoner ivaretar for eksempel ikke behovet for en tettere integrering med øvrig tjenester i primær- og spesialisthelsetjenesten eller den ønskede overgangen til økt oppfølging i poliklinikk og ved hjelp av ambulante tjenester. Flere er også skeptiske til press mot opparbeidede rettigheter innen pensjon og arbeidstidsordninger, det gjelder særlig der tidligere offentlige institusjoner konkurranseutsettes.

Innkjøpsenhetene benytter ulike avtaleformer og kriterier for å ivareta det mangfoldet som eksisterer, særlig overfor de mindre ideelle institusjonene. Det vil si at de utformer anbudsgrunnlaget slik at det er mulig for mindre private institusjoner å vinne frem i konkurransen. Dette gjør de ved å legge inn krav om fysisk tilstedeværelse i distriktet/ høy vekt på tilgjengelighet, og ved å hjelpe institusjonene til å bli bedre og mer relevante i forhold til fremtidige behandlingsprinsipper. De varsler om strengere krav til fagkompetanse.

I Oslo kommune overføres et stadig større antall sykehjem til privat drift. De mener at bruk av private og anbudsutsettelse gir økt bevissthet om tjenestens innhold og kvalitet, og de tror at økt mangfold gir større valgmulighet for brukerne. Sykehjemsetaten har et mål om å ytterligere få flere leverandører til å levere sykehjemstjenester. De tror dette vil føre til høyere kvalitet og mer variasjon innen sykehjemstilbudet.

De private aktørene er også overbevist om at et samspill mellom det offentlige og det private er bra for pasienten.

4.2.2 Bruk av private er i stor grad påvirket av politiske føringer

Alle representanter for kjøpersiden oppgir at de har en overordnet strategi for bruk av private tilbydere, normalt forankret i oppdragsdokumentet, i styresak eller i bystyrevedtak. Inntrykket fra intervjuene og fra strategidokumentene er at strategien for bruk av private aktører er et resultat av føringer fra politiske myndigheter heller enn egne strategiske grep hos de regionale helseforetakene eller kommunal forvaltning ut i fra en tanke om at dette er den optimale måten å levere et samlet tilbud til pasientene. Dette er i tråd med de politiske føringene gjengitt i kapittel 3.4.

Ved sykehusreformen overtok de regionale helseforetakene avtaleansvaret overfor leverandører som tidligere var finansiert av Rikstrygdeverket som avtalespesialister, laboratorie- og radiologitjenester, rehabiliteringstjenester med videre. I senere oppdragsdokument lå det føringer om å opprettholde kjøpsvolumene. Som del av føringene legges det til grunn at bruk av private skal gi økt effektivitet og kvalitet, redusere ventelister, bidra til innovasjon og gi grunnlag for målestokkonkurranse (benchmarking).

Innenfor kommunal sektor er beslutningen om salg av kommunale sykehjem til private og privat drift av kommunale sykehjem drevet frem av byråd og bystyret. Konkurransetsetting i Oslo kommune benyttes som beskrevet i kapittel 3.4 for å:

- Synliggjøre og bedre kvaliteten
- Videreutvikle oppgaveløsningen
- Øke mangfoldet
- Fremme mer effektiv ressursbruk

Administrasjonen har som oppgave å utvikle avtaleformer og ivareta oppfølging på en best mulig måte. Det er i føringene pekt på at et ønsket resultat av innføringen av konkurranse og anbudsregimet er å skape økt bevissthet på kvalitet og effektivitet. Dette gjelder både hos det offentlige og de private. De offentlige aktørene må følge opp de politiske føringene og legge en strategi for bruk av private. Dette har ført til at de bli mer bevisste på hva de kjøper og hvilke tjenester de private leverer.

For de private har økt bevissthet hos de offentlige aktørene/innkjøperne ført til at de må tilpasse seg for å kunne levere den kvaliteten og de tjenestene helseforetakene etterspør.

Benchmarking oppgis som et formål med bruk av private, men i praksis synes det å være liten grad av samarbeid og sammenligning mellom offentlige og private tjenesteytere. Tjenesteledere i helseforetakene

har ofte begrensede møtepunkter med de private, de oppfatter ikke statistikkgrunnlaget som egnet for sammenligning, og de vurderer pasientgrunnlag og tjenesteprofilen å være så ulike at sammenligning har begrenset relevans. Unntaket er på logistikk der de private anses å være ledende.

Det er ulike avdelinger i Oslo kommune som har ansvaret for de kommunalt og privat drevne sykehjemmene, med separat oppfølging. Enhetene har først nå tatt initiativ til en tettere tjeneste- og kompetanseutvikling slik at man lettere kan lære av hverandre. Det gjennomføres bruker- og pårørendeundersøkelser og sammenstilles statistikk av tilgjengelige kvalitetsindikatorer, men dette anses å ha en noe begrenset verdi som et sammenligningsgrunnlag ettersom resultatene i stor grad blir bestemt av andre forhold enn offentlig eller privat drift. For eksempel er beboere og pårørende øst i byen generelt mer fornøyd med tjenestene enn i de vestlige bydelene.

4.2.3 Ulike strategier for ideelle og kommersielle

De regionale helseforetakene har til dels ulik praksis selv om de står overfor de samme styringssignalene fra Helse- og omsorgsdepartementet. Helse Sør-Øst sin styresak 069-2014, Strategi for utvikling av samarbeidet mellom private og offentlige ytere av helsetjenester kan allikevel gi en representativ illustrasjon hvordan de ulike leverandørene og tjenesteområdene håndteres ulikt:

”RHF har både en bestillerrolle og en eierrolle. Bestillerrollen krever vurderinger av befolkningens samlede behov for spesialisthelsetjenester og hvordan dette best kan dekkes gjennom bruk av egne helseforetak og private leverandører og avtalespesialister. Eierrollen innebærer styring av egne helseforetak. Ved kjøp fra private aktører skal det stilles samme krav om pasientsikkerhet, kvalitet og prioriteringer til private leverandørene som til egne helseforetak. De private aktørene deles her i tre kategorier:

- *Ideelle organisasjoner*
- *Ikke ideelle leverandører*
- *Avtalespesialister*

De private ideelle sykehusene ... er en integrert del av spesialisthelsetjenesten og mottar årlig oppdrags- og bestillerdokument på linje med helseforetakene. ...

De private ideelle organisasjonene står for en vesentlig del av det samlede regionale behandlingstilbudet innenfor TSB, psykisk helsevern, og rehabilitering. I Samarbeidsavtalen mellom Regjeringen og hovedorganisasjonene innen ideell sektor er det fastslått at det er viktig å ta vare på og bygge videre på den kompetansen og erfaringen disse innehar.

*Den andre kategorien er **de private ikke ideelle leverandørene**. Dette er i hovedsak tilbydere innenfor radiologi, poliklinisk laboratorietjenester og kirurgi. Det er viktig for Helse Sør-Øst RHF å sikre lik tilgang til helsetjenester i hele regionen. Man søker derfor kontinuerlig å utvikle konkurransedokumentene slik at man både opprettholder konkurransen i markedet, samtidig som man vektet kvalitet, tilgjengelighet og pris.*

Avtalespesialistene tildeles avtalehjemler innen medisinske spesialiteter og finansieres gjennom driftstilskudd fra det regionale helseforetaket, Nav-refusjon og egenandel. Helse Sør-Øst RHF har avtaler med om lag 1 100 avtalespesialister”.

Som det fremgår over er det ulike føringer som styrer innkjøpet fra de forskjellige private leverandørene. Det er en forventning om at kjøp skal sikre de privates driftsgrunnlag. Samtidig heter det at ”Strategidokumentet beskriver en strategi for utvikling av samarbeid mellom private og offentlige tjenesteytere, basert på en helhetlig vurdering av hvordan det samlede tjenestetilbud settes sammen for å få størst mulig helsegevinst for vår befolkning.”

De ulike strategiene gjenspeiles til dels i ulike kontraktsformer og til dels i ulik vektning av tildelingskriteriene, særlig hvilken betydning pris skal ha.

4.2.4 Restriksjoner på konkurranse og anbud

De som administrerer anbudsordningen opplever ikke bare føringer i form av minimumsvolum for kjøp fra private. De opplever også at det i de konkrete tilfellene ofte legges politiske føringer på hvordan konkurransene og anbudene innen rehabilitering og TSB gjennomføres og tildeles, noe som begrenser det faktiske handlingsrommet til å gjennomføre konkurranser og å høste konkurransegevinster. Dette kan for eksempel skyldes at politiske myndigheter ønsker å sikre en bestemt leverandørs tilstedeværelse for å unngå uheldige fordelingseffekter og ivareta lokalpolitiske hensyn og arbeidsplasser.

De regionale helseforetakenes ((sørge for ansvar)) utøves med andre ord ikke fritt basert på en optimal strategi. Hvis de uten føringer skulle tildelt kontrakter basert på en vurdering av tilgjengelighet, kvalitet og pris signaliseres det at det finnes institusjoner som ikke ville fått fornyet sin avtale. Flere oppgir at de ønsker å konsentrere kjøpene noe mer slik at volumet blir større hos hver enkelt leverandør.

Innkjøperne av helsetjenester har tidligere erfart at de overprøves av politikerne og styrer hvis de er for restriktive i tildelingen av kontrakter. Som en alternativ tilnærming oppgir de at de forsøker de å bidra med veiledning og tidlig varsling av faglige krav i neste anbudsperiode slik at flere tilbydere oppnår en høy

poengskår. Samtidig avviker de avtalen med enkelte institusjoner ved hver tildelingsrunde slik at de "svakeste" tilbydernes lukkes ut. Dette skjer bare i et begrenset omfang slik at den samlede tildelingen ikke overprøves.

Offentlige kjøpere er opptatt av å ivareta et helhetlig tilbud og helhetlige pasientforløp. De synes enkelte aktører tilpasser seg strategisk ved å bare tilby sine tjenester på de områdene der de får størst fortjeneste og utnytter systemet. De er også skeptiske til ulike parallelle finansierings- og avtaleordninger som reduserer de regionale helseforetakenes styringsevne og frykter at slike ordninger kan føre til at helheten ikke blir ivaretatt, noe som igjen kan gå utover pasienten. Videre frykter de at pålegg om økte kjøp fra private kan svekke budsjettbalansen og foretakets økonomiske kontroll, ikke bare direkte, men også indirekte ved at de kan dempe de offentlige avdelingenes vilje til å holde budsjettet hvis de ser at private institusjoner får vesentlige budsjettøkninger.

Tilbydernes svarer at de også kan sikre helhetlige pasientforløp. I den grad det ikke er ivaretatt i dag mener de at det er en konsekvens av de tildelingsprinsippene som kjøper har lagt til grunn, med begrensninger på de volumene som private får tildelt innenfor de ulike kategoriene/modalitetene.

Det er også private som mener at direkte kjøp fra helseforetak fremfor regionale helseforetak bedre vil ivareta pasientforløpene. Da kan de samarbeide tettere med helseforetakets avdeling og sikre en bedre pasientflyt.

Flere private tilbydere rapporterer at de opplever at det volumet som lyses ut ikke er i samsvar med behovet og ventetidene på tjenesteområdet. De frykter at offentlige fagpersoner som gir innspill til volum som skal lyses ut er mer opptatt av å sikre sitt eget pasientgrunnlag enn å ivareta pasientenes beste.

Videre forteller private tilbydere at de opplever at politikere i kommunene tar kontakt for å få hjelp til å konkurranseutsette sykehjemsdriften. Politikerne oppgir at de møter kulturell motstand mot bruk av private i kommuneadministrasjonen som bidrar til at konkurranseutsettingen stopper opp.

4.3 Innkjøpsstrategi

Gitt de overordnede føringene på at konkurranse og anbud skal benyttes i helsesektoren er det de regionale helseforetakene og kommunene (det vil si de som er ansvarlig for å fremskaffe helsetjenestene til innbyggerne) som legger planer for og utfører kjøpene. Med innkjøpsstrategi mener vi derfor planer hos disse ansvarlige. Intervjuene og styresaker gir grunnlag for å fremheve følgende observasjoner:

- Alle oppgir at de har en klar innkjøpsstrategi, både de regionale helseforetakene og kommunen. Strategiene varierer imidlertid mellom regionene.
- Praktisk gjennomføring av innkjøp blir ikke alltid så optimal som ønsket.
- Tidligere evalueringer har pekt på en rekke utfordringer i anskaffelsesprosessene i spesialisthelsetjenesten. Systematiske tiltak er iverksatt.
- Både kjøpere og tilbydere opplever at anbudsprosessene har blitt mer profesjonelle over tid og at kompetansen er økt på begge sider. Det er fortsatt ulike syn på hvor langt man er unna beste praksis i forvaltningen av anbudsordningen.
- Administrative målsettinger (KPI-er) om unngå klager og rettsaker kan medvirke til et mer detaljert konkurransegrunnlag og mindre frihet til leverandørene til å utvikle nye tjenesteformer.

Nedenfor drøftes punktene nærmere.

4.3.1 Klare innkjøpsstrategier. Store variasjoner.

Både de regionale helseforetakene og kommunen oppfatter at de har klare strategier for innkjøp.

Byrådet delegerte i 2012 til byråd for eldre å avgjøre hvilke sykehjem som skal konkurranseutsettes. Kommunens retningslinjer for konkurranseutsetting og kjøp av tjenester som tidligere har vært konkurranseutsatt, reguleres blant annet av følgende dokumenter:

- Bystyremelding 1/98 – Konkurranse og kvalitet i Oslo kommune
- Arbeidsbok 2007: Veileder for prosess, informasjon og medvirkning ved konkurranseutsetting i Oslo kommune
- Lov om offentlige anskaffelser
- Forskrift om offentlige anskaffelser
- Oslo kommunes regelverk om virksomhetens ansvar i anskaffelsesprosessen
- Regelverket om fortrinnsrett ved virksomhetsoverdragelse, jf- rundskriv 40/2001
- MBU-avtalens punkt 4.4 (Dokument 24)
- Arbeidsmiljølovens kapittel 16
- Virksomhetsoverdragelse – ansattes rettigheter og plikter – Kommuneforlaget 2002
- Bystyresak 1002.2/09 – Økonomiregelverket
- Fremtidig ivaretagelse av internbudgiverfunksjon ved konkurranseutsetting i Oslo kommune

Bystyret har som nevnt tidligere i sin sak 91/09 anvist kriterier for vurdering av sykehjem, der det er sykehjem som skiller seg ut negativt innen kvalitet og/eller kostnad som skal prioriteres ved konkurranseutsetting.

De har bevisst benyttet ulike vurderingskriterier for å bidra til mangfold og for å få erfaring med konsekvensene av ulike vektingskriterier. De opplever at de vektlegger pris mindre enn da ordningen først vedtatt i bruk, og at et godt tilbud til byens innbyggere er deres primære mål.

I følge informasjon tilgjengelig på Sykehjemsetatens hjemmesider har de i Oslo kommune ønsket å være forsiktige i å standardisere ved hjelp av ulike minstekrav. De ønsker i stedet at tilbyderne skal konkurrere om kvalitet. Det er leverandørens modell som skal imponere. De ønsker også å ha fleksibilitet i forhold til hvordan sykehjemmene ser ut og i henhold til de budsjettene de har til rådighet. De vurderer tilbudene etter en rekke kvalitetskriterier, og har prøvd ut ulike modeller for vektning og kriterier over tid. Det er et poeng i seg selv å endre konkurransegrunnlaget over tid. Det er ønskelig å unngå at samme aktør vinner i alle konkurranser. De søker å oppfylle bystyrets mål om variasjon og mangfold.

Videre ønsker de å unngå kun konkurranse på pris. De ønsker å stimulere kreativitet og nye løsninger, og å skape ulike type plasser slik at brukerne har flere valgmuligheter.

De forsøker å stimulere til at flere tilbydere legger inn tilbud. De ønsker også at tilbudet skal følge med i utviklingen over være i tråd med de nyeste anbefalinger for aktivitet og helsepolitiske føringer. Dette øker også muligheten til å tilpasse seg brukernes forventninger til fremtidige tjenester.

Selv om de regionale helseforetakene står overfor de samme politiske føringene er det forskjeller i hvordan de ulike regionene innretter sine strategier. Variasjoner kan observeres både i hvordan innkjøpsarbeidet er organisert, hvilke behov som skal dekkes samt volum som kjøpes inn og hvilke avtaleformer som benyttes. Det er ulike årsaker til at disse variasjonene. Regionenes behov, størrelse og ulik tilgang til leverandører er for eksempel viktige årsaker til at en de velger ulike strategier, men det kan også skyldes ulike vurderinger av hva som er en optimal innkjøpsstrategi for helsetjenester. Alle har forankret innkjøpsstrategien i form av styrevedtak. Det uttrykkes at bruk av private er både ønskelig og nødvendig.

Mens noen av de regionale helseforetakene legger vekt på at kjøp av helsetjenester skiller seg fra andre innkjøpsområder og organiserer dette på en annen måte enn andre innkjøpsområder, er det andre som

behandler kjøp av helsetjenester på samme måte som andre innkjøpskategorier.

Alle de regionale helseforetakene legger de samme prinsippene til grunn ved sine anskaffelser. Ved kjøp av helsetjenester må de forholde seg til de rammer som lov om offentlig anskaffelser setter for gjennomføring av anskaffelser. Dette innebærer at de må forholde seg til bl.a. de grunnleggende prinsippene som:

- Konkurransen så langt som mulig
- At innkjøper skal følge god forretningsskikk
- At tilbyderne skal likebehandles
- At prosessen skal være forutsigbar, gjennomiktig og mulig å etterprøve

Alle de regionale helseforetakene har en kategoribasert innkjøpsmetodikk. Innkjøpsfunksjonen i den enkelte helseregion organiseres etter kategorier og blir sentralstyrt der det regionale helseforetaket har det faglige ansvaret, men at ressursene fortsatt eies av helseforetakene. Det legges også til grunn at alle helseforetakene bidrar i hht størrelse og kompleksitet og at det settes av fagressurser fra helseforetakene som skal bidra i kategoriarbeidet.

I Helse Sør-Øst sitt overordnede plangrunnlag for innkjøp og logistikk, er den valgte strategien oppsummert ved innføring av kategoribasert innkjøpsmetodikk som åpner for mer innovativ tilnærming til innkjøp og som krever større åpenhet og dialog med markedene og interne miljøer, samt utvikling av strategisk innkjøpskompetanse, spesielt for kategoriansvarlige innkjøpere.⁶

Kjøp av varer og tjenester, inkludert kjøp av helsetjenester, representerer omlag 40 prosent av helseforetaksgruppens kostnader, og andelen er stigende, fremgår det av plandokumentet. God styring av dette området er sentralt for å oppnå sikker forsyning, god ressursforvaltning og god kvalitet i kjernevirksomheten. Innføringen av kategoribaserte innkjøp innebærer å differensiere anskaffelsesprosessene slik at de kan skreddersys avhengig av hvilke markeder det handles fra og hvilke fagmiljøer som skal ta varen eller tjenesten i bruk. En slik spesialisering forventes å gi bedre oversikt og legger til rette for bedre samordning og koordinering. Resultatet vil være reduserte innkjøpskostnader slik at midler frigjøres til pasientbehandling.

Enkelte tilbydere har etterlyst at det tydeligere uttrykkes viktigheten av private som strategiske

⁶

<http://www.foa.no/blog/files/7c1c52b033321acb490fd57d16ad917c-371.html#.VKmTOKbamMY>

samarbidspartnere over tid, ikke bare for å dekke opp kapasitetsbehovet ved "ventelistetopper".

Helse- og omsorgsdepartementet har som tidligere nevnt i sitt tilleggsdokument av 27. juni 2014 til oppdragsdokument 2014 bedt de regionale helseforetakene om å utarbeide en ny og offensiv strategi for økt bruk av anbud. Alle de regionale helseforetakene har oppdatert sine strategier høsten 2014 og forankret disse i sine styrever.

Helse Vest sin styresak 11214 fra november 2014 om strategi for innkjøp av spesialisthelsetjenester kan tjene som eksempel på den oppdaterte innkjøpsstrategien for spesialisthelsetjenester:

"Helse Vest har som mål å yte trygge og nære helsetjenester til befolkningen i regionen. Dette er uavhengig av om tjenesten ytes av det offentlige eller av private aktører. Det primære er at tilbudene tilsammen skal utfylle hverandre slik at tilbudene er tilgjengelig og dekker pasientenes behov." ...

Videre vektlegges det at en viktig forutsetning for å kunne nå målene er at en så langt som mulig sikrer en optimal bruk av avtalene Helse Vest inngår ved kjøp av spesialisthelsetjenester. For å lykkes med det ovennevnte er følgende momenter/faktorer viktige premisser/forutsetninger:

Behovsvurdering

I forkant av enhver anskaffelse må det gjennomføres en grundig behovsvurdering ved å foreta en behovskartlegging, se nærmere på hva som er en hensiktsmessig oppgave- og funksjonsfordeling mellom helseforetakene og private aktører (sykehus, institusjoner og avtalespesialister) og vurdere geografisk fordeling av tjenestene.

"Kartleggingen bør inneholde følgende element:

- analyse av behovsutviklingen ut fra demografi og sykdomsbilde innen aktuelt område
- analyse av tallmaterieil med tanke på hvilke områder det er behov for tilleggstenester (analyseverktøy)
- en oppsummering av HF-enes innmeldte behov og vurderinger, basert på bl. a. Mulig fremtidige kapasitetsutfordringer
- erfaringer fra tidligere anskaffelser/ avtaler
- vurdering av om det er alternativ måter å dekke behovet på
- hvor vi har behov/ geografisk beliggenhet
- en konkret beskrivelse av hva behovet er, herunder det faglige innholdet
- omfang og økonomiske ramme for hva som skal anskaffes
- sentrale føringer – oppdragsdokument osv.
- avklaringer med de andre regionene

- m.m"

Sammen med behovskartleggingen vurderer Helse Vest at det er en hensiktsmessig oppgave- og funksjonsfordeling mellom helseforetakene og de private aktørene innenfor de ulike fagområdene. De ser på helheten i tilgjengelige ressurser og hvordan disse kan utnyttas på best mulig måte, herunder å sikre seg at kapasitetsutnyttelsen innenfor egne helseforetak er best mulig ivaretatt og at de har nok pasienter og/eller prosedyrer for bl.a. å kunne ivareta spesialistutdanningen.

For å sikre tilgjengelighet av helsetjenester for befolkningen vurderer de geografisk oppdeling av konkurransen, begrensninger på tildeling av volum der det er hensiktsmessig, og om de vil legge føringer på at det vil inngås avtaler med flere leverandører med mer.

Samarbeid mellom helseforetakene og private aktører

Helse Vest vil legge til rette for og vil videreutvikle et mer forpliktende samarbeid mellom det enkelte helseforetak og privat aktør.

For å oppnå en bedre utnyttelse av de totale ressursene anser de samarbeid som et viktig virkemiddel. Et tettere samarbeid vil kunne medføre bedre helsetilbud til pasientene og effektiv bruk av de samlede ressurser. Samarbeidstiltakene vil kunne variere mellom de ulike avtalene de har innenfor kjøp av spesialisthelsetjenester. Noen vil være generelle, andre spesifikke og gi detaljerte føringer på bl.a. faglig innhold og pasientgrupper. De nevner eksempler på ulike samarbeidstiltak som reguleres gjennom avtale og som dermed forplikter både helseforetakene og de private aktørene:

- Bl.a. innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling stilles det krav til at den private aktør må samarbeide med det aktuelle helseforetaket for å sikre god utnyttelse av samlet behandlingsskapasitet opptaksområdet og gode behandlingsforløp for pasientene.
- Det stilles krav til at det må utvikles formaliserte samarbeidsrelasjoner med det samarbeidende helseforetak, innen for eksempel pasienttilbudet, rutiner, avviksbehandling, kompetanseheving, hospitering, veiledning og fag- og tjenesteutvikling generelt.
- Privat aktør og det aktuelle helseforetak har jevnlig faglige samarbeidsmøter
- Faglig samarbeid om «pasientflyt» ved å sikre at helseforetakene er mer aktiv ut til pasientene i forhold til «fritt sykehusvalg» og kan se på mulighetene for å kunne videre henvise pasienter der helseforetakene har kapasitetsproblemer. Dette er bl.a. aktuelt innenfor kirurgavtalene.

- Privat aktør blir pålagt å følge det samarbeidene helseforetakets definerte prosedyrer/protokoller. Dette er inntatt i avtalene innenfor kjøp av radiologiske tjenester.
- Privat aktør blir pålagt i å delta i faglig utviklingsarbeid og forskning
- For å bedre pasientflyt og mer hensiktsmessig arbeidsfordeling vil det være behov for mer formalisert og forpliktende samarbeid mellom helseforetakene og den enkelte avtalespesialist

Fleksibilitet i de inngåtte avtalene

Helse Vest vil ta i bruk ulike opsjoner. Disse må da utarbeides innenfor de rammer anskaffelsesregelverket setter.

Ved mer aktiv bruk av ulike opsjonsmuligheter vil de kunne ta høyde for ulike behov som oppstår i løpet av en avtaleperiode. Dette kan være opsjoner som gir anledning til å utvide kjøpet i løpet av avtaleperioden, muligheter for å øremerke volum for enkelte helseforetak og opsjon på avtalelengde.

Avtaleoppfølging

Gjennom avtaleoppfølgingen vil Helse Vest tilpasse tilbudet i tråd med behovet som er inntatt i avtalene, og sikre seg at de får levert de tjenester som etterspørres, – både på kvalitet og kvantitet.

Helse Vest vil gjennomføre jevnlig oppfølgingsmøter med de private aktørene.

I avtalene vil de vi stille krav til rapporteringer. Rapporteringen varierer mellom de ulike fagområdene. I tilknytning til avtaleoppfølgingen vil Helse Vest ta i bruk et analyseverktøy som baserer seg på data innhentet fra NPR. Dette datamaterialet gir mulighet til å generere rapporter på et nivå som er tilpasset deres behov i forhold til avtaleoppfølging av den enkelte leverandør.

Ved en systematisk avtaleoppfølging forventer de å på en bedre måte kunne fange opp endringer i behovet. De vil kunne foreta tilpassede «ad-hoc kjøp» som vil dekke eventuelle midlertidige kapasitetsproblemer innenfor enkelte områder i helseforetakene.

Helse Vest vil fremover videreutvikle sin avtaleoppfølging og setter av mer ressurser til dette arbeidet.

Samordning og koordinering med andre regioner

Alle kjøp av spesialisthelsetjenester skjer i regi av det enkelte regionale helseforetaket med bakgrunn i «sørge for ansvar». Regionene er ulikt dimensjonert og det er store regionale forskjellene i behov. Derfor

ønsker Helse Vest primært å gjennomføre regionale anskaffelser.

De fire regionale helseforetakene har etablert et nettverk for kjøp av spesialisthelsetjenester. Nettverket møtes fire ganger i året. I nettverket utveksles det gjensidig informasjon og erfaring. Saker av felles interesse diskuteres.

Gjennom dette samarbeidet skal de sikre en bedre koordinering mellom regionene og bedre fange opp områder som er egnet for en felles anskaffelse. De regionale helseforetakene kan også samarbeide om konkrete anskaffelser innenfor områder hvor vi finner dette er hensiktsmessig.

Dette samarbeidet vil kunne bestå i at de regionale helseforetakene samkjører ulike sider av en anskaffelse, men at hver region gjennomfører sin anskaffelse ut fra sitt «sørge-for ansvar». Videre kan det være situasjoner hvor regionene har sammenfallende behov for et tilbud. I disse tilfellene kan det være aktuelt å gå sammen om en felles anskaffelse, men hvor omfang et av behov kan variere mellom regionene.

4.3.2 Resultat av politiske signaler og tidligere evaluering

Helse Vest sin nye strategi for kjøp av spesialisthelsetjenester og de tilsvarende strategien for de andre regionale helseforetakene er nettopp vedtatt og er et resultat av nye politiske signaler. I tillegg kan endringene sees på som en respons på tidligere evalueringer av de regionale helseforetakenes innkjøpspraksis. Evalueringene kom med en rekke forslag til konkrete tiltak innen alt fra anskaffelsesform, vurderingskriterier, avtaleperiode, fleksibilitet og leverandørdialog. To slike utfordringer for de regionale helseforetakene er:

- *Ulik tilnærming til innkjøp hos de ulike offentlige aktørene:* Stor grad av variasjon er utfordrende for leverandørene. Etter at anbudsregimet ble innført har de regionale helseforetakene fått tilbakemelding på at det er store forskjeller i hvordan de foretar innkjøp. Stor variasjon i konkurransegrunnlag og hva som vektlegges gjør tilbudsprosessen tidskrevende og utfordrende for leverandørene.
- *Manglende kommunikasjon av mål og strategier:* I 2012 gjennomførte de regionale helseforetakene et omfattende evalueringsarbeid av anskaffelsesprosessen i de regionale helseforetakene. Et av hovedfunnene i evalueringen var at mål og strategier kunne vært bedre kommunisert. Eksempelvis var Helse Sør-Øst sin strategi for kjøp av helsetjenester etablert i dokumentet «Strategi for kjøp av helsetjenester fra private leverandører – Helse Sør-Øst 2008-2011».

Dette dokumentet er utformet på et relativt overordnet nivå og evalueringen pekte på manglete konkrete mål og klare strategier for anskaffelser.

På grunnlag av tilbakemeldingene er det igangsatt systematiske tiltak for å avhjelpe disse utfordringene hos de regionale helseforetakene.

I den videre fremstillingen vil erfaringene og kommentarene gjenspeile den situasjonen som har vært i de senere årene. Frem til nå er det i stor grad lagt vekt på å kjøpe private helsetjenester i et omfang som er i henhold til politiske føringer, og innkjøpsfaglig på en måte som er så hensiktsmessig som det er mulig å få til innenfor den regionale politiske kontekst.

4.3.3 Praksis kan avvike fra strategi

I praksis ser vi at den utøvde innkjøpsstrategien kan avvike fra den planlagte. Dette gjelder på alle områder, både i forhold til hvilke behov som skal dekkes, hvilke volum som skal anskaffes, forutsigbarhet og grad av fleksibilitet.

De nylig oppdaterte strategiene kan man ikke forvente å være implementert, men mange av prinsippene er videreført fra tidligere avtaler.

Selv om det foreligger analyser og strategier for kjøp av private tjenester oppgir leverandører det at det ofte i praksis legges til grunn volumer på nivå med tidligere avtaleperioder og historiske føringer. Det antydes at dette kan skyldes et ønske om å beskytte helseforetakenes pasientgrunnlag, og at det er først når det blir fristbrudd av et visst omfang at kjøpsvolumet har blitt økt. Innkjøpersiden har antydnet på sin side at de kunne ønsket seg en annen profil på kjøpene som er mer i tråd med befolkningens behov og som sikrer større volumer og mer robuste fagmiljøer, men at de i praksis må være svært forsiktige med å anvende "strikte" innkjøpsprinsipper.

Hver region har løst dette ved å benytte en kombinasjon av tilpassede tildelingskriterier og fleksibilitet i avtaleformer som sikrer et best mulig tilbud innenfor innkjøpernes handlingsrom. Det er forskjeller i praktisering mellom de regionale helseforetakene, men alle vurderer at de holder seg innenfor gjeldende føringer.

Holdninger, kultur og forskjeller i synet på hva som er optimal bruk av private kan også være årsaker til at det er forskjellene mellom de regionale helseforetakene. Innkjøpsmiljøenes kapasitet og enkeltpersoners vilje og evne til å utvikle innkjøps samarbeidet med de private kan også være avgjørende for hvordan strategiene blir utviklet og etterlevet. Hver region har funnet sin løsning på hva som har vært mulig å få til i praksis av samarbeidsaktiviteter og oppfølging utifra bemanning

og antall institusjoner som skal følges opp, men alle legger vekt på tett oppfølging. Både innkjøpere og tilbydere oppfatter at innkjøpsstrategiene har blitt profesjonalisert over tid. Innkjøperne oppfatter også at mange av tilbyderne er svært profesjonelle i sin tilnærming, særlig de større kommersielle aktørene.

I de praktiske retningslinjene og i intervjuene er det få om noen som vektlegger innovasjon eller benchmarking som en årsak til at de kjøper tjenester fra private aktører, selv om det er en begrunnelse på et overordnet strateginivå. Bidrag til innovasjon er også eksplisitt nevnt i prinsippene for innkjøpsstrategi, men blir i liten grad vektlagt i praksis. Årsaken til dette er i hovedsak at det er vanskelig å sammenlikne de offentlige og de private aktørene fordi de er så forskjellige. Det er likevel stor enighet om at det er behov for effektivisering i offentlig sektor.

Innenfor omsorgssektoren brukes benchmarking i noe større grad. Kommunene har noe mulighet til å sammenlikne kommunale, private ideelle, og private kommersielle sykehjem ved hjelp av kvalitetskriterier og brukerundersøkelser. Ettersom offentlige og private sykehjem er organisert i ulike enheter benyttes slik sammenlikning i liten grad, men hovedgrunnen til en begrenset sammenlikning er de metodiske utfordringene og den begrensede verdi målingene kan ha i praksis på grunn av forskjeller i hvilken grad lokalene er tidsriktige og legger til rette for effektiv drift, i at brukerundersøkelsene generelt er mer positive i øst enn vest i byen og ettersom mange av indikatorene i stor grad blir påvirket av behandlingen før de kommer til institusjonen. Utarbeidelsen av konkurransegrunnlaget og tilbydernes tilbudsarbeid gir en bevissthet til tjenestens innhold og kvalitet som oppleves som svært nyttig. I tilbudsevalueringen blir også de ulike leverandørene vurdert opp mot hverandre.

Bedre kommunikasjon av mål og strategi

De regionale helseforetakene har forbedret sin kommunikasjon av mål og strategi innenfor innkjøpsområdet, men leverandørene savner fortsatt tydeliggjøring.

Vår oppfatning er at de regionale helseforetakene har dratt lærdom av disse tilbakemeldingene. Vi opplever at det har vært systematisk forbedring på dette området, og at de regionale helseforetakene i større grad har en klar strategi som de forsøker å kommunisere utad. De oppgir at de har en klar innkjøpsstrategi, noe som er forankret i tidligere styresaker og ytterligere styrket i styrenes behandling av oppdaterte innkjøpsstrategier.

Etablering av fagnettverk, bedre samordning og økt bruk av interregionale avtaler

De regionale helseforetakene har som beskrevet i strategien fra Helse Vest lagt opp til økt kunnskapsutvikling for å lære av hverandre. De har også lagt opp økt samordning og til kjøp gjennom interregionale avtaler der dette er hensiktsmessig. Både innkjøpere og mindre private leverandører frykter at felles avtaler kan ha konsekvenser for mindre regionale tilbydere. De har en mindre organisasjon med mindre erfaring fra tilbudsprosesser og begrenset med risikokapital sammenlignet med de større profesjonelle aktørene.

4.4 Fagspesifikk strategi og organisering av innkjøpene

Med utgangspunkt i innkjøperens rammer lagt i de andre strateginivåene innrettes de enkelte fagspesifikke kjøpene. Det utarbeides egne strategier for hvert fagområde. Strategiene på dette området er mer operative enn på de to andre nivåene, og omfatter strategi for gjennomføring og oppfølging av anskaffelsene.

Vi kan drøfte arbeidet med fagspesifikke strategier og innretning av de enkelte innkjøpene med utgangspunkt i tre faser i arbeidet, jf. Figur 4.2.

Figur 4.2 Faser i de fagspesifikke innkjøpene



Før vi drøfter strategi og organisering i de tre fasene gir vi noen overordnede betraktninger.

4.4.1 Overordnede betraktninger

Fagspesifikke strategier og organisering av innkjøpene varierer både mellom de regionale helseforetakene og også innad i de enkelte foretakene. Variasjonene observeres langs en rekke dimensjoner:

- Størrelsen på markedet, det vil si omfanget av varen eller tjenesten som skal anskaffes, og antall leverandører påvirker hvordan innkjøpene blir organisert
- Type fagområde (TBS, rehabilitering, radiologi/lab. osv.)
- Form på involvering av spesialister i innkjøpsprosessen
- Tidsperiode og tidsbruk: Hvor mye tid som brukes på innkjøp, og hvor lang tid prosessen tar, varierer også stort mellom regionene. Eksempelvis vil anskaffelsesprosessens tidsperiode ofte være lengere i Helse Sør-Øst enn i Helse-Midt, dette henger både sammen med regionens størrelse og

antall tilbydere man må forholde seg til og til måten anskaffelsesløpet er organisert på. Det legges ned betydelig tid i å organisere, utforme og gjennomføre anskaffelsene. Hvor mange årsverk de regionale helseforetakene bruker på anskaffelser er vanskelig å måle, men anslag er fra 5 – 20, inkludert fagspesialister, avhengig av regionenes størrelse.

- Grad av fleksibilitet i forhold til regelverk og i forhold til endrede behov: Noen tolker regelverket strengt, mens andre velger å benytte fleksibiliteten som ligger i regelverket. Et eksempel er dersom det oppstår uforutsette endringer i behovet. Enkelte gjennomfører tilleggskjøp relativt umiddelbart, mens andre venter til neste anskaffelsesutlysning.

Til tross for store variasjoner og ulikheter er det grunn til å fremheve at det observeres en økt profesjonalisering i anskaffelsesregimet over tid.

Økt kunnskap om bruken av anbud og konkurranse har også resultert i en positiv utvikling. Gjennom intervjuene har vi fått følgende inntrykk:

- Både innkjøpere og leverandører gir tilbakemelding på at innkjøpsprosessene har blitt bedre. Utviklingen har vært positiv og begge parter egner i større grad å forstå motpartens behov og interesser. Det er likevel stadig uenigheter om konkurranseform og tildelingskriterier. Spesielt vektingen mellom pris og kvalitet og hvor detaljerte konkurransegrunnlagene skal være er kjøpere og leverandører uenige om.
- Innkjøpsregimet har bidratt til å løfte kvalitet og kompetanse hos leverandørene, både private kommersielle og private ideelle
- Innkjøper utnytter i økende grad den fleksibiliteten som finnes i regelverket, selv om det er forskjeller i grad av fleksibilitet mellom de ulike aktørene. Økt fleksibilitet har gitt mer effektive innkjøp.
- Det er fortsatt, særlig innenfor noen fagområder, et relativt høyt konfliktnivå. Stadig uenigheter og juridiske tvister kan være med på å påvirke hvordan de regionale helseforetakene velger å organisere innkjøpene. Spesielt innenfor fagområde bildediagnostikk er det steile fronter. Et resultat av de mange juridiske tvistene har vært endring i tildelingskriteriene innenfor dette fagområde. Forholdet mellom aktørene har ført til at det settes minimumskriterier for kvalitet og at leverandørene i praksis konkurrerer utelukkende på pris. Kvalitet og tilgjengelighet er ofte vanskelig å måle, dette har ført til uenigheter om hva som er det beste tilbudet. For å unngå lange prosesser i rettsvesenet, som både er ressurs- og tidskrevende, velger kjøper å vekte pris relativt mye da dette målet er enkelt å sammenlikne.

Prisene på radiologi og laboratoriums tjenester har de siste årene falt kraftig og de private leverandørene oppgir at de sliter med å få avkastning på investert kapital.

4.4.2 Behovsvurdering

Som ledd i anskaffelsen av tjenester fra private tilbydere vurderer de regionale helseforetakene eller kommunene behovet. Behovsvurdering er illustrert over ved Helse Vest sin nylig vedtatte strategi for kjøp av spesialisthelsetjenester. De skal bestemme hvor de har behov/ geografisk beliggenhet, hva behovet er (tjenester/prosedyrer), det faglige innholdet (standarder/retningslinjer) og omfang og økonomiske ramme for hva som skal anskaffes.

Som nevnt peker flere på at behovsvurderingene ofte endre opp med volumbefalinger på linje med historiske nivå hvis det ikke har vært fristbrudd eller endrede politiske føringer av volumet som skal kjøpes.

Ulik involvering av fagmiljø

Spesialister, eller fagekspertene, involveres i vurderingen av hvilke tjenester som skal kjøpes, og hvilke behov innkjøp på ulike fagområder skal dekke. En utfordring med denne løsningen er at interne spesialister (de regionale helseforetakenes egne spesialister) ofte representerer «konkurrerende virksomhet». Dette kan for eksempel være en radiolog som jobber ved et offentlig sykehus, som skal være med å vurdere hvilke radiologitjenester de skal kjøpe fra private aktører. Spesialistenes interesser kan derfor påvirke deres insentiver og dermed behovsvurderingen. For å løse dette har enkelte av de regionale helseforetakene i noen tilfeller valgt å bruke spesialister fra andre regioner. Enkelte private mener det er fordelaktig at spesialister fra andre regioner er med i denne prosessen fremfor personer fra helseforetaket som skal kjøpe tjenestene. Andre

private mener at det uansett ikke vil bli en vurdering på armlengdes avstand og at det derfor er mer hensiktsmessig å gå motsatt vei og heller knytte miljøene tettere sammen ved at det er helseforetakene og ikke de regionale helseforetakene som kjøper tjenestene.

Flere melder om at de i tilbudsforhandlingene møter andre medisinske eksperter enn de som har utarbeidet behovsgrunnlaget, og at disse kan ha andre medisinske vurderinger som følge av manglende eller lite oppdatert spesialistkompetanse innen behandlingsområdet.

Diskusjon av kvalitetsnivå og markedsanalyser utarbeides

Det diskuteres hensiktsmessig kvalitetsnivå og i enkelte tilfeller gjennomføres markedsanalyser for å kartlegge behovet.

Volum

Kontraktsomfanget er ofte historisk bestemt, noe enkelte private har kritisert. I andre tilfeller tvinger fristbrudd frem kjøp og mer spesifikk behovsvurdering.

I kommunen er antall sykehjem og barnehager som konkurranseutsettes politisk bestemt.

4.4.3 Kjøp

Hvem som tildeles kontrakten eller kontraktene i de enkelte konkurransene avhenger av hvem som oppnår best uttelling på konkurransens definerte tildelingskriterier. Tildelingskriteriene kan som regel deles i tre kategorier; kvalitet, tilgjengelighet og pris.

Tabell 4-1 viser en oversikt over eksempler på ulike tildelingskriterier innenfor de tre ulike kategoriene. Eksemplene er hentet fra rehabiliteringsområdet i Helse Sør-Øst.

Tabell 4-1: Eksempler tildelingskriterier

Kvalitet	Tilgjengelighet	Pris
<ul style="list-style-type: none">• Ytelsens faglige innhold og dokumentasjon• Fagttjenester og kompetanse• Samhandling• Pasientsikkerhet• Kompetanseutvikling i regionen/innen fagområdet, utdanning• Evaluering av resultat• System for brukerevaluering og brukermedvirkning• Dokumentert erfaring• Logistikk	<ul style="list-style-type: none">• Geografisk tilgjengelighet• Tilgjengelighet til offentlig kommunikasjon• Utføring av lokaler og universell utforming• Elektronisk kommunikasjon• Åpningstider og bemanning i ferier• Likeverdig tilgjengelighet• Ventetider	<ul style="list-style-type: none">• Pris per kategori• Innsatsfaktor/aktivitet (døgnbehandling, per konsultasjon...)• Per behandlingsforløp• Resultatbasert

Intervjuene gir grunnlag for å fremheve følgende momenter:

- Det er stor variasjon i hvilke tildelingskriterier som benyttes og hvordan disse vekttes på tvers av konkurranser, og på tvers av og innad i de ulike fagområdene.
- Leverandørene blir likere som følge av detaljerte og spesifikke tildelingskriterier og tilbakemeldinger de får i forhandlingene.
- Flere av tildelingskriteriene er vanskelig å måle, dette gjelder spesielt innenfor kategoriene kvalitet og tilgjengelighet
- Prisbegrepet varierer, det blir praktisert på forskjellige måter
- Deling av markedet kan gi uheldige resultater.
- Det er variasjon i prosess mellom de regionale helseforetakene. Dette henger blant annet sammen med antall avtaler og omfanget av aktører som skal følges opp. Enkelte innkjøpsprosesser oppfattes like fullt som langvarige og tungroddede.

Stor variasjon i tildelingskriterier

Hvilke tildelingskriterier som benyttes og hvordan disse vekttes varierer i stor grad. Det er variasjon i tildelingskriteriene mellom kjøperne (det regionale helseforetaket/kommune) og mellom fagområdene. Bruken av tildelingskriteriene har også variert over tid og tilpasses hele tiden det spesifikke anbudet. Politiske føringer kan i stor grad påvirke hvilke kriterier som bli vektlagt. Eksempelvis kan krav til geografisk tilgjengelighet pålegges utenfor kjøpers kontroll. Antall leverandører og juridisk konfliktnivå er også faktorer som vil påvirke hvilke vurderingskriterier som benyttes og i hvordan de vektlegges.

Leverandørene blir likere

Detaljerte og spesifikke tildelingskriterier kan ha uheldige effekter. Kombinert med tilbakemeldinger i forhandlinger kan leverandørene innenfor enkelte fagområder bli svært like. Leverandørene tilpasser tjenestene sine etter konkurransegrunnlaget og tilbakemeldingene de får ved eventuelle forhandlinger. Et resultat av denne tilpasningen kan være en situasjon med homogene tilbydere. Detaljerte konkurransegrunnlag og strenge regler kan gå utover leverandørenes insentiver og muligheter til nytenkning og innovasjon.

Kvalitet og tilgjengelighet er krevende å vurdere

Spesielt kvalitetsparametere er vanskelig å måle. Dette gjelder for flere fagområder. Eksempelvis er det knyttet stor usikkerhet til hva som er riktig behandling av hver enkelt ruspasient, noe som gjør det enda vanskeligere å måle kvalitet. Hvordan kjøperne definerer de ulike kvalitetsparametere er under stadig utvikling, men måleproblemene fører fortsatt til

at pris ofte blir avgjørende i mange tilfeller. I enkelte tilfeller er det også ulik oppfatning om hva som er tilstrekkelig eller nødvendig kvalitet. Innenfor laboratorium- og røntgenområde ønsker leverandørene i større grad å konkurrere på kvalitet. De regionale helseforetakene setter minimumskriterier hva gjelder kvalitet. De opplever at ved hjelp av slike minimumskriteriers oppnår de ønsket og tilstrekkelig kvalitet på tjenesten. De private aktørene mener på sin side at disse kriteriene er for lave, noe som igjen fører til en ren priskonkurranse.

Effektene, eller resultatene, av ulike tjenester kan også være lite målbare. Det er innenfor flere fagfelt vanskelig å vurdere kvalitet ettersom effekten (målet) er vanskelig å observere. Eksempelvis dreier rehabilitering seg om mer enn den observerbare funksjonsforbedringen et program resulterer i. Dette gjør at kvalitet måles ved en faglig vurdering av kompetanse og at pris må sees i forhold til de oppnådde resultater som i stor grad ikke er kvantifiserbare. utfordringen knyttet til å observere sammenhengen mellom kompetanse og resultat legger en demper på konkurransegevinstene en kan forvente å oppnå.

Prisbegrepet varierer

Leverandørene opplever at priskriteriet blir praktisert på forskjellige måter. Eksempelvis kan konkurranser prises etter innsatsfaktor (døgnbehandling, per konsultasjon) eller per behandlingsforløp. Enkelte leverandører oppgir at det i noen tilfeller er prisen per døgnbehandling som blir lagt til grunn, selv om det åpenbart ville vært fordelaktig å prise etter behandlingsforløp. En slik form for prising gjør at leverandører som har utviklet en behandlingsform som går raskere ikke blir premiert. Resultatbasert pris blir sjeldent benyttet. For tjenester der det er enkelt å dokumentere sammenhengen mellom tjenesten og resultatet/effekten er det ytret et ønske blant leverandørene om at dette blir hensyntatt i prisingen.

Deling av markedet

I enkelte tilfeller utlyses en konkurranse slik at to eller flere leverandører har mulighet til å levere tjenesten. Ved å for eksempel gi 60 prosent av kontraktsumfanget til den best kvalifiserte leverandøren, og 40 prosent til nummer to, kan kjøper sikre tilstedeværelsen av flere aktører i markedet og dermed ivareta konkurransen på sikt. I og med at helseforetakene i praksis er «den eneste kunden» på enkelte markeder som radiologi, vil aktører som ikke vinner kontrakter med helseforetakene kunne forsvinne fra det regionale markedet. Deling av markedet er derfor vanlig blant annet innenfor laboratoriums- og radiologi-tjenester som krever store investeringer.

En utfordring med denne løsningen er at leverandørene kan drive strategisk prissetting. Dersom

det for eksempel kun er to leverandører i markedet kan leverandør nummer to sette en høy pris og fortsatt vite at han vil få deler av kontrakten. Det kan i noen tilfeller være gunstig å få en mindre andel av kontrakten da prisen, og deretter marginen, er høy.

I praksis er helseforetakene klar over denne problemstillingen, og legger ofte inn mekanismer i utlysningene som sikrer at prisdifferansen mellom tilbyderne ikke blir for stor.

Kjøpermakt

De regionale helseforetakene har kjøpermakt og fleksibilitet til å velge alternative løsninger. Dersom tilbudene fra de private tilbyderne ikke er tilfredsstillende, med for høy pris eller dårlig kvalitet kan de regionale helseforetakene velge å avlyse konkurransen, lyse ut på nytt, gå i direkte forhandlinger for å presse ned prisen, eller velge å utføre tjenesten selv.

Variasjon i prosess

Det er variasjon i innkjøpsprosessene mellom de regionale helseforetakene. Dette henger blant annet sammen med antall avtaler og omfanget av aktører som skal følges opp, og regionale forhold. Det oppleves som at intensjonen i hvert regionale helseforetak er å innrette seg optimalt ut i fra det antall aktører og avtaler man må håndtere. Enkelte innkjøpsprosesser oppfattes like fullt som langvarige og tungroddede. Med mange aktører å håndtere kan det særlig i Helse Sør-Øst ta lang tid fra en konkurranse er utlyst til avtaler er inngått, og det oppleves som byråkratisk å få til endringer i volum og tjenesteprofil underveis i perioden. Andre regionale helseforetak oppleves som svært fleksible, men dette

kan like fullt variere mellom tjenesteområdene. Alle de regionale helseforetakene omtales som lett tilgjengelige og mottakelige fra innspill, men det vil ofte ikke gi effekt før i neste avtaleperiode.

4.4.4 Oppfølging

Både før og etter et kjøp er gjennomført er det ofte dialog mellom kjøper og leverandør. Oppfølging skjer gjennom rapporter og dialogmøter. Spesielt innenfor omsorgssektoren oppgir kjøperne at oppfølgingen og evalueringen tildeles mye ressurser. Private sykehjem blir fulgt opp svært tett av oppdragsgiver og måles der det lar seg gjøre. I kjølevannet av Adecco-skandalen har det blitt økt fokus på både oppfølging og kontroll av private sykehjem. Statistikk benyttes også aktivt i kommunen for å måle de ulike aktørene. Indikatorer som infeksjoner, liggesår og fall benyttes for å kunne si noe om kvaliteten på tjenesten. Statistikk benyttes i mindre grad i spesialisthelsetjenesten, da tilgangen på data er begrenset og ulike institusjoner er vanskelig å sammenlikne. Brukerundersøkelser er også hyppig brukt i kommunene, hvor både pasienter og pårørende evaluerer tjenesten.

Brukerkonferanser benyttes i større grad i dag enn tidligere. Kjøperne arrangerer brukerkonferanser i forkant av kjøp som en arena for kunnskapsutvikling. Her kan tilbydere gi innspill til vurderingskriterier og hvordan konkurransen skal innrettes. De private aktørene oppgir allikevel at de har begrenset mulighet til å påvirke. Helseforetakene mener at de i dag er flinkere til å holde dialog med leverandørene enn de var tidligere. Av naturlige årsaker vil anskaffelsesområdetets størrelse påvirker formen på og omfanget av leverandør oppfølging.



5. Konsekvenser for leverandører og brukere

Det andre hovedtemaet vi har fokusert på i intervjuene er effekter av konkurranse og anbud for de private og offentlige leverandørene av helsetjenester samt brukerne av helsetjenestene.

Det finnes noen studier av konsekvenser for leverandører og brukere. I en studie basert på 23 virksomheter fra fire sektorer⁷ i seks land finner Flecker og Hermann (2011)⁸ at hovedmålsettingen med det de kaller liberalisering (fjerning av offentlig monopol) og privatisering (overgang til privat eierskap) av offentlige tjenester, nemlig kostnadsreduksjon, blir oppnådd. Dette skjer imidlertid på bekostning av arbeidstakerne gjennom endringer i ansettelsesforholdene og forverring av arbeidsvilkårene. De finner blandede resultater hva angår produktivitet og kvalitet. I den grad de finner økt produktivitet er dette hovedsakelig et resultat av nedbemanning og arbeidsintensivering og ikke økt produksjon.

Når det gjelder de private leverandørene studere Flecker og Hermann (2011) bedriftsstrategier som følge av at offentlige tjenester åpnes for konkurranse. Hovedreaksjonene har vært konsentrasjon av kapital gjennom fusjoner og oppkjøp, internasjonalisering, det vil si investeringer utenfor hjemlandet, og diversifisering, det vil si investeringer i relaterte bransjer. I Norge kan vi se eksempler på konsentrasjon gjennom oppkjøp innenfor rutebuss, internasjonalisering innenfor barnehage og sykehjem og diversifisering gjennom aktører slik som Aleris, som både leverer tjenester innenfor sykehjem og barnevern, eller Norlandia, som er en aktør både innenfor barnehage og sykehjem (Oslo Economics, 2014).

I England har Regjeringen styrket NHS sine kjøp fra private. Det har skjedd en konsolidering hos leverandørene ved kjededannelser og oppkjøp.

5.1 Konsekvenser for private tjenesteleverandører

5.1.1 Leverandørene driver i hovedsak lønnsomt

Basert på tilbakemeldingene fra informantene synes det som at leverandørene i hovedsak driver lønnsomt. Innen enkelte tjenestesegmenter og/eller tidsperioder velger leverandørene å opprettholde tilbudet selv om det isolert sett ikke er bærekraftig. Leverandørene kan med andre ord drive med underskudd i enkelte perioder for å kunne være i posisjon til neste

anbudsrunde. Ved korte avtaleperioder er det større insentiv til å opprettholde tjenesten i perioder der det i utgangspunktet ikke er lønnsomt.

Utfordringen med korte avtaleperioder er at det er mer krevende å få avkastning på investert kapital. Dersom kontraktene strekker seg over mange år gir det lengre avskrivningstid og flere år med avkastning på utstyret. Dette gjør markedet mer attraktivt. Enkelte private tilbydere mener avtaleperiodene er for korte, noe som går utover utenlandske investors insentiver og villighet til å investere i det norske markedet.

Innenfor tjenesteområder der kvalitet er vanskelig å måle, eller der det brukes minimumskriterier, er det ofte større prispress. Det samme gjelder for utlysninger der pris vektlegges relativt mye. Pris har en tendens til å bli vektlagt mye dersom det juridiske konfliktnivået er høyt noe som kan være en av årsakene til prisfallet på laboratorium- og billediagnostikk-tjenester.

Oslo Economics (2013:2) analyserte utviklingen i kostnader og kvalitet for konkurranseutsatte og ikke-konkurranseutsatte sykehjem i Oslo fra år 2000 til 2010. Rapporten viser at sykehjem som var konkurranseutsatt per 2010 hadde vesentlig lavere kostnader enn sykehjem drevet i kommunal regi eller av ideelle organisasjoner. Videre viser analysen, ved å benytte et vektet snitt av Oslo kommunes ulike kvalitetsindikatorer, at konkurranseutsatte sykehjemmene per 2010 hadde noe høyere gjennomsnittskvalitet enn ikke-konkurranseutsatte sykehjem.

I perioden fra 2000 til 2010 reduserte sykehjemmene som ble konkurranseutsatt sine kostnader vesentlig mer enn sammenliknbare sykehjem. Dette kan indikere at endret driftsform, som følge konkurranseutsettingen, er en del av forklaringen på de systematiske forskjellene i kostnadseffektivitet mellom konkurranseutsatte og ikke-konkurranseutsatte sykehjem.

Beregningene viser at dersom kostnadene ved de konkurranseutsatte sykehjemmene hadde fulgt gjennomsnittutviklingen blant de kommunale sykehjemmene, ville kostnadene for produksjonen av sykehjemstjenestene for Oslo kommune vært om lag 179 mill. kroner høyere enn de faktisk har vært i løpet av 10-årsperioden.

⁷ Elektrisitet, postvesen, lokal kollektivtransport og sykehus
⁸ Omtale av litteraturen er hentet fra en undersøkelsen utført i samarbeid mellom Actecan, Arbeidsforskningsinstituttet og

Oslo Economics som belyser hvordan arbeidstakere påvirkes ved konkurranseutsetting av offentlige tjenester (Oslo Economics, 2014:11).

Rapportens funn om at de konkurranseutsatte sykehjemmene i løpet av analyseperioden har oppnådd størst forbedring i kostnadseffektivitet og økt kvaliteten mest synes å være konsistent med Sykehjemsetatens retningslinjer om at det er institusjoner med de høyeste kostnadene og de laveste kvalitetsindikatorerne som skal konkurranseutsettes. Konkurranseutsetting synes således å være en velegnet måte å omorganisere institusjoner som trenger fornyelse.

Rapporten går ikke detaljert inn i årsakene til kostnadsforskjellene, for eksempel ved å sammenligne bemanningssammensetning, pensjonsavtaler og overtidsbruk.

5.1.2 Anbudsregimet kan føre til at leverandørene leverer bedre tjenester

Innenfor de fleste fagområder stilles det høye krav til leverandørene. Krav til kvalitet, enten i form av minimumskrav eller som vektingskriterier, kan bidra til at det leveres bedre tjenester. Institusjoner med svakere kompetansemiljø eller som ikke klarer å rekruttere når det blir pålagt krav om flere typer behandlingsspesialister, eller en mangelfull skriftlig dokumentasjon av dokumentasjon av behandlingstilbud og fagmiljø, vinner ikke frem i konkurransen og kan miste sitt finansieringsgrunnlag. Både private og offentlige aktører er enige om at de institusjonene som i dag har avtale har en høyere faglig kvalitet i snitt ettersom «faglig svakere» institusjoner nå er avviklet.

Enkelte leverandører hevder kvalitetskravene er for lave og vektlegges for lite, eller anvendes på en slik måte at faktisk behandlingskvalitet ikke reflekteres av vurderingskriteriene. Flere opplever at fagkompetansen på kjøpersiden er mangelfull eller utdatert og at dette medfører en uhensiktsmessig innretning av innkjøpene med gale vurderingskriterier eller en uhensiktsmessig vektning av vurderingskriteriene.

Andre mener kvalitetskravene er gode og benyttes på en hensiktsmessig måte. Noen oppgir at minimumskrav til kvalitet er med på å luke ut leverandører som ikke leverer tilfredsstillende kvalitet. Andre mener at minimumsskravene settes så strikt at nye behandlingsmetoder ikke vinner frem.

Anbudsordningen gir bedre dokumentasjon og fremmer gode logistikk- og IT-løsninger. Logistikk kan være et avgjørende konkurransefortrinn innenfor enkelte tjenesteområder. Dette har ført til utvikling av nye logistikk- og IT-løsninger hos de private. Innenfor enkelte fagområder finner en også eksempler på kunnskapsutveksling mellom offentlige og private aktører. Deling av protokoller og utveksling av personell forekommer, og hensikten er at aktørene

skal lære av hverandre. Dette skjer for eksempel innenfor fagområde bildediagnostikk.

En annen positiv effekt av anbudsregimet er at det skapes «nye» markeder som aktørene kan velge å ta del i. Utlysninger kan føre til at enkelte aktører velger å etablere seg i geografiske markeder de tidligere ikke har vært en del av. Dette gir kjøpersiden tilgang til nye leverandører.

5.1.3 Anbudsregimet er ressurskrevende, hindrer innovasjon og overfører risiko til leverandørene

Å delta i en anbudskonkurranse er tidskrevende. Anbudsregimet har ført til økt behov for administrativ kompetanse og er ressurskrevende for tjenesteleverandørene. Tilbyderne anslår ett og fem månedersverk for hver konkurranse de deltar i. Enkelte tjenesteleverandører benytter også juridisk bistand for å sikre at ting blir gjort riktig. De regionale helseforetakene anslår at deres samlede ressursbruk knyttet til anskaffelser er på 5-20 årsverk avhengig av regionens størrelse og innkjøpsprosessenes innretning, når man inkluderer spesialister fra helseforetakene.

Enkelte hevder at regimet kan gi fragmentering av pasientforløp. Med fragmentering mener de at den helhetlige behandlingsskjeden ikke er optimal ut ifra pasientens behov eller samfunnets ressursbruk. Private tilbydere kan medføre at det forekommer overbehandling, eller at behandlingen skjer i en behandlingsform som de ikke anser som faglig beste praksis fordi institusjonene som vinner anbud har en geografisk plassering og en fagprofil som ikke er optimal. Flere ønsker for eksempel ambulante tjenester og eller flere tjenester i pasientenes nærmiljø. Mangelfull eller ineffektiv kommunikasjon mellom de ulike behandlingsleddene påpekes også. Andre svarer med at dette kan løses ved anskaffelsenes innretning og at private kan tilby dette hvis de får mulighet.

En annen type innspill er at leverandørene på en uheldig måte plukker ut de tjenestene de forventer å tjene mest på og kun tilbyr sin kapasitet på disse områdene, slik at det blir mangelfull kapasitet på andre områder. Leverandørene kommenterer dette med at innkjøperne unngå strategisk tilpasning ved å benytte mer fleksible avtaler med mindre strikte avtalekategorier.

Flere mener anbudsregimet kan hindre innovasjon og gi mer ensartete leverandører. Dette skyldes i hovedsak detaljerte konkurransegrunnlag og tilbakemeldingene i forhandlingsprosessen. Ettersom tilbydere får tilbakemelding og mulighet til å tilpasse seg er det fare for at de blir mer homogene. Insentivet til nytenkning og innovasjon kan bli redusert som følge av de detaljerte konkurransegrunnlagene. Det er svært få informanter som opplever at anbudsregimet

stimulerer til nyskapning som følge av at leverandørene må utvikle nye behandlings- og logistikktilbud for å vinne frem i konkurransen. Over tid utvikles kravene til tjenesten som beskrives i konkurransegrunnlaget. Dette skyldes en samvirkning mellom innspill fra helseforetakenes fagmiljøer, innspill fra private leverandører før neste utlysingsperiode og i noen grad som følge av at de som vinner frem i anbudskonkurransen har nyskapende løsninger.

Inntrykket vi sitter igjen med etter intervjuene støttes også av økonomisk teori. I Direktoratet for forvaltning og IKT sin «Veileder for anskaffelser av helse- og sosialtjenester» trekkes det frem enkelte særtrekk som har betydning for hvordan anskaffelser best kan gjennomføres og følges opp. Betydningen av tillitt og langsiktige tjenesterelasjoner trekkes frem som viktige forhold. Slike forhold vil fremme stabilitet og gi leverandørene insentiver til å bygge opp kompetanse og gjennomføre nødvendige investeringer. Dette viser også av Jakobsen (2012) som trekker frem at tette samarbeidsrelasjoner er avgjørende for å oppnå gode resultater. I sin doktorgradsavhandling fra Norges Handelshøyskole gjennomførte han en analyse av 310 kontrakter knyttet til kommunale tjenestekjøp i Skandinavia. Han analyserte hvordan disse følges opp av partene etter kontraktstigning. Studien indikerer at 50 prosent av kontraktene er for detaljerte, noe som skyldes at de offentlige innkjøperne er utsatt for et sterkt byråkratisk press. Videre peker han på at mye av arbeidet med å formalisere kontrakter i offentlig sektor skyldes behovet for å tilpasse seg dette presset. En konsekvens av dette er at mye verdiskapning går tapt. Et viktig forskningsresultat i studien er at når offentlig innkjøper blir for opptatt av å følge normer, regler og reguleringer, blir de mindre opptatt av å skape effektive kontraksrelasjoner. Resultatet er at anskaffelsessystemet hindrer innovasjon.

Innen laboratorie- og radiologitjenester synes de private aktørene å representere profesjonelle kompetansetilbud som bidrar med nyskapning gjennom i form av teknologibruk og logistikk. De opplever at innkjøperne ofte ikke har tilstrekkelig kunnskap om fagområdet og at anbudskonkurransene kan få en uheldig form som følge av dette. De vil gjerne ha større grad av faglig samarbeid mellom offentlige og private tjenesteleverandører, og bruk av benchmarking mellom offentlige og private tilbydere slik at man kan lære av hverandre. Innkjøperne kan respondere med at de private tilbyderne ønsker å legge seg på en høyere standard og kostnadsnivå enn nødvendig. Det er ikke god bruk av fellesskapets ressurser å betale for en Mercedes når en Toyota er tilstrekkelig. De private mener på sin side at de har en svært effektiv tjenesteproduksjon og at «faglige tilleggstenester» og høy service til helsepersonell som

forskriver diagnostikk har høy verdi. De er bekymret for at priskriteriet blir dominerende og at tilbydere må bruke mindre tid og dermed ta større risiko i tolkningen av funn.

På mange områder fører dagens regime til en overføring av risiko til leverandørene. Ettersom leverandørene møter en enekjøper (monopsonist), som dikterer alle vilkår, overføres store deler av risikoen til leverandørene. Dette følger av kontraktsform og usikkerhet om volum. Innen laboratorie- og radiologitjenester er man avhengig av å investere i kostnadskrevende utstyr, med lengre nedskrivingsstid enn avtaleperiodene.

Fra økonomisk teori vet vi at større enheter med mulighet for å spre risikoen er bedre i stand til å leve med risiko enn mindre enheter uten diversifisering. Flere mener at leverandørene må ta på seg en for stor risiko og at de regionale helseforetakene i større grad bør dele risikoen med tilbyderne. En måte å gjøre dette på er å benytte lengre innkjøpsperioder og å ikke velge eneleverandører i et geografisk område, men å kjøpe fra flere tilbydere.

5.1.4 Rekrutteringen er i hovedsak tilfredsstillende

I all hovedsak oppgir de private at de opplever gode rekrutteringsmuligheter og at de i stor grad klarer å opprettholde sine fagmiljøer.

Korte avtaleperioder skaper en usikkerhet om muligheten til å rekruttere og beholde fagpersonell som må leve med usikkerhet om de har en jobb når kontraktperioden utløper.

De private informantene oppgir at de tilbyr lønn på linje med eller lavere enn i offentlig sektor. Enkelte offentlige tilbydere opplever at det for noen fagspesialiteter kan være vanskelig å konkurrere. De mener at de private i noen tilfeller tilbyr høyere lønn, eller mindre vaktbelastning for samme lønn.

En undersøkelsen fra 2014 utført i samarbeid mellom Actecan, Arbeidsforskningsinstituttet og Oslo Economics belyser hvordan arbeidstakere påvirkes ved konkurranseutsetting av offentlige tjenester (Oslo Economics, 2014:11). Analysen ser på konsekvenser for lønn og arbeidstidsordninger i bransjene rutebuss, barnevern, barnehage og sykehjem. Andre faktorer som drøftes er konkurranseutsettingens påvirkning på arbeidsstokk, arbeidstakers tilknytningsform, bruk av midlertidig arbeidskraft, jobbtfredshet, arbeidstempo og stress, samt i hvilken grad konkurranseutsetting har betydning for arbeidstakerorganisasjoner og organisasjonsgrad. Konkurranseutsetting forstås her som enhver situasjon hvor det offentlige er ansvarlig for å besørge produksjonen av en tjeneste, men fasiliteter og muliggjør konkurranse mellom flere aktører om å levere tjenesten, i tillegg til

å finansiere hele eller deler av produksjonen. Begrepet vil i så måte være dekkende også for situasjoner der det offentlige er ansvarlig for å besørge produksjonen av noen tjenester, men har finansiert private aktører for å dekke fremvoksende behov. Dette kan sees på som en passiv form for konkurranseutsetting, mens en aktiv form for konkurranseutsetting er virksomhetsoverdragelser etter anbudskonkurranse, og anbudskonkurranser om drift av en ny virksomhet.

Det er vanskelig, basert på studiens funn, å si om arbeidsvilkårene generelt blir bedre eller verre som følge av konkurranseutsetting. Bildet er nyansert, og det er store forskjeller mellom de undersøkte bransjene. De sykehjemansatte i undersøkelsen deler seg i to tydelige leire; et flertall som i liten grad eller ikke i det hele tatt opplever konkurranse, og et mindretall som opplever konkurranse som en realitet. Respondenter som har erfaringer med konkurranseutsetting rapporterer at konkurranseutsetting 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. Generelt sier de som opplever konkurranse at utviklingen i arbeidslivet er blitt mer negativ sammenliknet med de som ikke opplever konkurranse.

Fagorganisering er lavere i privat sektor, og informantene påpekte et visst innslag av at fagorganisering av og til ble motarbeidet. Ledelsen i konkurranseutsatte sykehjem gir inntrykk av at det er liten forskjell mellom konkurranseutsatte og offentlige virksomheters arbeidsstokk. I avtalene med kommunene er antallet ansatte innenfor ulike fag- og kompetansegrupper regulert.

Ansatte ved alders- og sykehjem omfattes av ulike tariffavtaler som regulerer lønns- og arbeidsvilkår, og dette bidrar til at forskjellene mellom offentlig og privat sektor ikke er store på disse områdene. Private aktører innenfor bransjen antyder likevel at lønnsnivået er noe høyere i offentlig sektor.

Rapporten viser at det innenfor sykehjem er få signifikante forskjeller mellom offentlig og privat sektor på de fleste variablene som dreier seg om arbeidsvilkår. Dette gjelder blant annet å ha ujevn arbeidsbelastning, å måtte arbeide i høyt tempo, å ha for mye å gjøre, å være utslitt når man kommer hjem fra jobb, å oppleve arbeidet som stressende, å utføre hardt fysisk arbeid og å jobbe under risikofylte forhold.

Heltid er noe mer utbredt i privat enn i offentlig sektor, det indikeres at overtid kan være noe hyppigere brukt i privat sektor.

Sykepleieres pensjonsvilkår forblir uendret som følge av konkurranseutsetting ettersom deres pensjonsordning er regulert gjennom lov. Både unge (30 år) og eldre (55 år) hjelpepleiere får dårligere pensjonsvilkår som følge av konkurranseutsetting. For uttak ved 67 år er imidlertid forskjellene forholdsvis små.

I Leif E. Moland og Hanne Bogen (2011) «Konkurranseutsetting og nye organisasjonsformer i norske kommuner» studeres konsekvenser av konkurranseutsetting på ledelse, lønn, arbeidstempo og arbeidsmiljø. Rapporten har en gjennomgangen av forskningslitteraturen viser at det verken i Norge, Sverige og Danmark kan konkluderes entydig med at det er forskjeller i kvaliteten på tjenester som driftes av henholdsvis kommunen, private kommersielle virksomheter og ideelle organisasjoner. Noen studier viser bedre kvalitet i de private kommersielle virksomhetene, og andre viser dårligere kvalitet. Gjennomgående viser undersøkelsene små forskjeller. Det er flere metodiske problemer som påpekes ved undersøkelser som prøver å måle kvalitet.

Rapporten peker på at private, kommersielle tilbydere vinner anbud fordi de tilbyr tjenester der det loves en tilsvarende eller bedre kvalitet enn det kommunen kan yte, til en billigere pris. Studier har vist at kommunene sparer penger når det gjelder drift av sykehjem. Det foreligger imidlertid ikke forskning som har kartlagt hele det økonomiske bildet, det vil si som viser hele kostnadsbildet for kommunene. Innsparing på grunn av billigere drift av tjenester er en ting, men utgifter som transaksjonskostnader, kostnader ved å gjennomføre anbudskonkurranser, utarbeide egne tilbud og å følge opp utførere er også en del av bildet. Et slikt regnestykke gjøres i begrenset grad av kommuner som har konkurranseutsatt tjenester.

Når det gjelder ansattforhold, viser de til at det har vært strid om lønns- og pensjonsspørsmål ved overgang til privat virksomhet i Norge. Ansatte som overføres til privat virksomhet, kan risikere lavere lønn enn kommunalt ansatte, noe som blant annet skyldes at hva som regnes inn i lønna, vil kunne variere, og fordi ansiennitetsstignene er ulike. Også pensjonen kan bli redusert i og med at de private leverandørene vanligvis tilbyr en dårligere pensjonsordning for sine ansatte enn det kommunen gjør – bortsett fra for sykepleierne, som har en lovfestet rett til pensjon i KLP uavhengig av arbeidssted.

Det synes å være høyere arbeidsbelastning for ansatte i konkurranseutsatte virksomheter, men også mer varierte oppgaver og større ansvar. Når det kommer til jobbtilfredshet er det ikke entydige funn. Noen opplever lavere trivsel etter konkurranseutsetting, mens andre rapporterer om bedre arbeidsmiljø og bedre ledelse.

I en casestudie fra fem kommuner finner de at det ikke er noen vesentlige forskjeller i arbeidsforholdene til ansatte i kommunale eller private sykehjem. De ser noen forskjeller der de kommunale sykehjemmene kan oppleves som mer forutsigbare og trygge, mens private kommersielle tjenester kan være flinkere til å bringe inn nye ideer og arbeidsmåter. Flere framhever at det i private kommersielle tjenester er kort vei fra idé til handling, og at beslutninger kan tas raskt. Noen gir også uttrykk for at ansatte kan oppleve å ha en større innflytelse på arbeids-situasjonen sammenlignet med i kommunale sykehjem. Casestudien gir, med unntak av i en kommune, få eksempler på dårlige arbeidsforhold i de kommersielle sykehjemmene. Enkelte framhever at sykefraværet er lavere hos de private kommersielle.

Rapporten peker på at det ikke gjennomføres gode og systematiske kartlegginger av kvalitet, kostnader og arbeidsvilkår i kommunene eller på overkommunalt nivå. De mener at kommunene i for liten grad følger opp og kontrollerer at lovnader i kontrakter holdes.

5.2 Konsekvenser for offentlige tjenesteleverandører

Flecker og Hermann (2011) viser de indirekte konsekvensene konkurranseutsetting kan ha gjennom at mange offentlige virksomheter gjennomfører endringer i påvente av liberalisering eller økt konkurranse. Det gjennomgående er at virksomheter som har blitt konkurranseutsatt har kuttet kostnader gjennom tre strategier: a) investeringer i teknologi, b) omstilling og c) reduksjon i arbeidskraftkostnader gjennom nedbemanning, intensivering av arbeidet og kutt i lønn. Flecker og Hermann (2011) finner også en økt bruk av mer «kreative» arbeidsgiverstrategier i form av å forsøke å komme seg ut av «dyre» tariffavtaler begrunnet med økt konkurranse.

Hovedinntrykket fra informantene er at kjøp fra private bare i svært begrenset grad påvirker oppgaveløsningen hos de offentlige tjenesteleverandørene. Årsaken til dette er flere:

- Tjenestene som kjøpes av de private oppleves å ha en annen tjenesteprofil og et ulikt pasienttilfang enn de private tilbyderne. Sammenligning oppfattes dermed som mindre relevant.
- Begrenset datakvalitet, måleutfordringer og metodiske problemer gjør at målestokkonkurranse (benchmarking) ikke benyttes.
- Det er andre miljøer som kjøper inn helsetjenester fra private enn de som følger opp offentlig egenproduksjon. Det er derfor ofte lite felles oppfølging.

- Det er lite faglig samarbeid og få møtepunkter mellom ledere og fagpersoner i offentlige og private virksomheter.

Det opplyses at et resultat av dagens anbudsregime riktignok kan være noe økt bevissthet om tjenestenes innhold som følge av at kjøperne i kommunen og i det regionale helseforetaket må kartlegge hvilke tjenester de har behov for å kjøpe, de må spesifisere tildelingskriterier og den informasjonen de får om hvordan private aktører løser oppgavene sine gjennom oppfølging av leverandørene. De færreste opplever likevel at dette har vesentlig overføringseffekt på de offentlige tilbyderne. Oslo kommune har iverksatt tiltak for å sikre bedre fagutveksling mellom offentlige og private sykehjem.

Bruk av private kan også skape usikkerhet om volum og et potensielt inntektstap for helseforetakene. Det kan medføre at fagspesialister som skal definere volumet som skal kjøpes fra private vil være tilbakeholdne.

En stor overføring av pasienter til private leverandører vil også gi dårlig utnyttelse av fagpersonell, eksisterende infrastruktur og utstyr som de allikevel må ha for å kunne dekke øyeblikkelig-hjelp behovet.

Det kan også være utfordrende å ivareta helhetlige pasientbehandling for helseforetakene når deler av diagnostikk eller behandling skjer hos en privat aktør når tilgangen til oppdatert pasientinformasjon og dialogen med andre fagfolk blir mer krevende. Enkelte aktører har ytret ønske om at helseforetakene i større grad blir involvert i innkjøpsprosessen. Det foreslås at en i større grad åpner for muligheten til å gjennomføre direkte kjøp fra helseforetakene. De regionale helseforetakene hevder innovasjonsgevinstene av å bruke private leverandører er fraværende, med unntak av logistikk-løsninger. Behandlingsprofilen og fraværet av øyeblikkelig hjelp og forskning hos de fleste private tilbydere gjør at relevansen er begrenset.

Når det gjelder konkurranse om helsepersonell opplever vi ikke at det anses som et betydelig problem. De private oppgir at de har lønninger på nivå med offentlig sektor. Tilbakemeldingene fra de offentlige aktørene er at kampen om helsepersonell med de private ikke anses som en negativ utfordring.

5.3 Konsekvenser for brukere

Pasientene har fått et bedre tjenestetilbud fra de private som en følge av krav til etterlevelse av kvalitetskravene i spesialisthelsetjenesteloven og kravene til kvalitet i anbudskonkurransen. De kvalitetsmessig svakeste institusjonene er avvirket, og

de gjenværende er underlagt rapporterings- og tilsynsrutiner som i mange tilfeller er strengere enn for de offentlige. Enkelte private kan ha opplevd at de har måttet tilpasse kvaliteten til hva de regionale helseforetakene opplever som godt nok. Det er liten grunn til å tro at kvaliteten i de offentlige tjenestene har blitt påvirket i spesialisthelsetjenesten.

Private tilbydere kan bidra til å dekke tjenestebehovet i perioder med topper i det offentlige og er fleksible i tilpasningen av produksjonsvolum. Dette kan gi reduserte ventetider.

Enkelte kan også oppleve bedre service hos private aktører. Fokus på god service er ofte viktig for at private skal bli foretrukket og dette kan gi merverdi for pasienten. En utfordring ved kjøp fra private tilbydere er uklarhet for pasienten om ansvarsforhold og informasjon om tjenestetilbud. Når pasienten må forholde seg til flere aktører kan skape usikkerhet og redusere følelsen av trygghet.

Brukervalg

Bruk av private aktører kan gi variasjon i tjenestetilbudet, og dermed større valgmulighet der pasienter og brukere selv kan velge tilbyder. Vi forstår det slik at tilbakemeldingene på brukervalg er gode og at det ikke anses som en akseptabel løsning å ta vekk muligheten til brukervalg når den først er

innført. Vi har imidlertid i liten grad kartlagt konsekvensene av brukervalg. Flere har påpekt at fritt sykehusvalg også har en uheldige fordelings effekter, da det er de ressurssterke pasientene som benytter seg av den. Ordningen kan også misbrukes ved at pasienter velger behandlingssted på bakgrunn av hvor de ønsker en «feriereise», noe som særlig har vært en utfordring for Helse Nord RHF med pasienter som søker behandling i Oslo i forbindelse med helg.

I sykehjemsvalget i Oslo får 80,7 prosent av pasienter med vedtak om langtidsplass innfridd førstevalg sitt. Det er svært få av de som ikke får oppfylt sitt førstevalg som ønsker å bytte til dette når de får mulighet.

I Oslo går man nå over til en form for tjenstekonsesjonsavtale med tilbydere av BPA slik at det er mulig å gi brukerne valg mellom ulike tilbydere. Brukervalg og et mangfold av tilbydere vurderes dermed som viktigere enn fordelene ved anbudsordningen. Et tilleggsmoment er at bruk av anbud ved tjenester til enkeltpasienter er krevende å gjennomføre uten å røpe personsensitive data.

Forenklingsutvalgets forslag innebærer løsninger som gjør det lettere å kombinere anbudskjøp og fritt brukervalg.

6. Har anbudsregimet i spesialisthelsetjenesten gitt ønskede resultater?

Vi har tidligere belyst dagens anbudsregime i helse- og omsorgssektoren fra forskjellige perspektiver. Et spørsmål som naturlig melder seg er om dette regimet er vellykket. Oppnår man de politiske målene om økt effektivitet, økt kvalitet og økt innovasjonsgrad?

Som vist tidligere er det forventet fra politisk hold at konkurranse i helsesektoren skal kunne bidra til positive virkninger når det gjelder sektorens kapasitet, effektivitet, kvalitet og innovasjonsgrad. Det kan imidlertid synes som om disse forventningene bare i begrenset grad oppnås slik dagens regime utøves, med føringer på nivå og innretning av private kjøp.

6.1 Kapasitet

Økt kapasitet vil kunne løses ved økte kjøp fra private leverandører på de områdene de har kompetanse, men dette kan også oppnås uten direkte bruk av private aktører, gjennom økte budsjetter og en høyere andel stykkprisfinansiering i helseforetakene. Økonomistyringen vil også avhenge om kjøp fra det private skjer med eller uten et øvre budsjettak for den enkelte leverandør. Prioriteringen mellom ulike pasientgrupper kan også påvirkes. Tilbudsindusert etterspørsel og lav egenbetaling vil medføre at ventelister og ventetid ikke vil forsvinne, men ventetiden vil bli redusert, noe som vil øke legitimiteten til den offentlige helsetjenesten

6.2 Effektivitet

Spesialisthelsetjenestens innkjøp fra private drives i liten grad av effektivitetsbetraktninger. Det er i liten grad slik at det er behovet for effektivisering som styrer hvilke tjenester som anbudsutsettes. Selv om konkurransen i seg selv kan sørge for at den mest effektive anbyder som velges, gjøres det i liten grad vurderinger av om den private virksomheten er mer eller mindre effektiv enn den offentlige.

Anbudsregimet vil i stor grad sikre at den mest effektive private anbyderen får oppdraget. Anbudsrunder vil således, når de gjennomføres på en god måte, gi større grad av effektivitet enn innkjøp uten anbud. Det synes som om helseforetakene gjennomfører anbudsrundene på en profesjonell måte som sikrer at det blir konkurranse mellom leverandørene om å være effektive, innenfor de formelle og uformelle politiske føringene de er pålagt om å ivareta eksisterende private aktører.

Innen lab- og røntgentjenester har det vært en tøff priskonkurranse. På dette området har det skjedd

oppkjøp av mindre enheter slik at det er noen kjeder igjen. Fortsatt rapporterer innkjøperne og sterk konkurranse. På andre områder er det svakere priskonkurranse og en liten grad av kjededannelse og oppkjøp, med unntak av sykehjem i noen kommuner og på enkelte andre områder. Hvis priskonkurransen øker forventes det økt omfang av oppkjøp og kjedesammenslutninger, slik man blant annet har erfart i England.

Det er blitt påpekt at anbud i noen grad gir mer oppstykkede behandlingsforløp. Dette vil kunne gi en mindre effektiv prosess enn dersom hele behandlingen skjedde ett sted.

I den grad private leverandører er mer effektive enn offentlige, er det lite som tyder på at økt konkurranse bidrar til en effektivisering i de offentlige virksomhetene. Benchmarking og faglig samarbeid mellom privat og offentlig er svært lite utbredt. Aktører med ulik tjenesteprofil og pasientsammensetning oppfattes ikke som sammenlignbare, noe som innebærer metodiske utfordringer. Videre har det vært få arenaer for læring på tvers, noe de regionale helseforetakenes nye strategier søker å forbedre.

Dagens begrensede konkurranseutsetting sikrer pasientgrunnlaget for de offentlige sykehusene. Dersom volumet på tjenestetilbudet skulle øke betydelig, er det en frykt for at ressurser i offentlige sykehus vil bli stående ubrukt i perioder. De har krav om å opprettholde kapasitet til øyeblikkelig hjelp-funksjon, og mangel på elektive pasienter kan gi ledige ressurser deler av døgnet, en utfordring mindre lokalsykehus møter allerede i dag. Videre er det styringsutfordringer knyttet til å redusere sykehusenes kapasitet. Dette vil kunne bidra til en mindre effektiv ressursbruk enn i dagens situasjon.

Samlet sett synes det som om anbudsregimet i liten grad har medført en effektivisering av spesialisthelsetjenesten. Men det er heller ikke slik at det kan fastslås at anbud gir en mindre effektiv samlet spesialisthelsetjeneste.

I Oslo kommune har man ved konkurranseutsetting av sykehjem redusert kostnadene, samtidig som kvaliteten er opprettholdt eller styrket. Det er de minst kostnadseffektive offentlige institusjonene som har blitt konkurranseutsatt. I spesialisthelsetjenesten kjenner vi ikke til konkurranseutsetting av offentlige tjenester.

De private kan ha insentiver til å øke det samlede behandlingsvolumet, og bare i svært begrenset grad

å forebygge sykdomsutvikling og senere behandlingsbehov. Medfinansieringsansvar for fastlegen etter modell fra National Health Service i England (GP commissioning groups) eller former for «managed care» der ansvaret for innbyggernes samlede helsetilbud løses av private er modeller for å ivareta dette.

6.3 Kvalitet

Dagens anbudsregime legger i begrenset grad opp til reell konkurranse om kvalitet, gitt at nivået er akseptabelt. For pasienten vil ofte kvaliteten i behandlingen være krevende å vurdere. Men også helseforetakene mangler for svært mange fagområder gode kvalitetskriterier. Det blir derfor utfordrende å følge opp private leverandørers kvalitet.

For pasienter vil det likevel kunne være observerbare egenskaper ved en leverandør som bidrar til høy pasientopplevd kvalitet. Dette kan for eksempel gå på servicegrad og reduksjon i ventetid. Mange pasienter verdsetter mulighetene for valget mellom ulike leverandører, særlig hvis det er en positiv variasjon i tilbudets profil. Oppkjøp og kjededannelser kan igjen gi redusert variasjon.

Krav til etterlevelse av kvalitetskravene i spesialisthelsetjenesteloven og kravene til kvalitet i anbudskonkurransen har medført at avtalene med de kvalitetsmessig svakeste institusjonene er avvirket. Videre underlegges avtaleinstitusjonene rapporterings- og tilsynsregimer som av flere oppleves som strengere enn hva tilsvarende offentlige institusjoner er underlagt.

Det er de regionale helseforetakene som signaliserer at om de var uten politiske føringer ville de inngått avtaler med færre private aktører med større fagmiljøer enn i dag, særlig innen rehabiliteringsområdet. Det er videre en del tilbud innen rehabilitering og TBU som ble utviklet i en annen tid og der kommuner og helseforetak ønsker en tettere integrering med øvrig primær- og spesialisthelsetjeneste og økt bruk av ambulante tjenester.

6.4 Innovasjon

Dagens anbudsregime tilrettelegger i liten grad for innovasjon. Kravene som stilles i utlysningene og påfølgende forhandlinger er ofte av en slik karakter at det gis få frihetsgrader for hvordan tjenester skal leveres. Dette henger igjen sammen med utfordringer knyttet til måling av output og innkjøpernes mål om å unngå konflikt. I tillegg gjør korte avtaleperioder det lite lønnsomt for leverandører å utvikle nye behandlingsmetoder eller organiseringsmåter.

Det synes likevel som om anbudsregime i noen grad har gitt innovasjon knyttet til støttetjenester. Logistikken hos private leverandører har vært viktig for å kunne tilby konkurransedyktige priser. Dette har medført innovasjon knyttet til logistikk og IKT.

6.5 Forbedring av anbudsregimet

De nye innkjøpsstrategiene i de regionale helseforetakene søker å svare ut en rekke av utfordringene. Strategiene innebærer løsninger som også ut flere av de private tilbydere har fremmet. Samtidig er det slik at strategiene i liten grad ennå er implementert i praksis. Det vil være viktig for helseforetakene å arbeide for å gjennomføre de tiltak som er strategifestet. Når den nye strategien har virket noen år, bør det gjøres en grunnleggende evaluering av om anbudsregimet nå gir flere ønskede effekter enn det har gjort tidligere. Det bør parallelt også vurderes om det er andre tjenesteområder eller enkeltoppgaver som er egnet for anbudsutsettelse.

Mange aktører opplever at de oppnådde konkurransegevinstene av anbudskonkurranse som brukes i dag tross alt er relativt beskjedene. Det er en liten del av de samlede tjenestene som er eksponert, og konkurransen er fulgt av føringer om å ivareta eksisterende private aktører.

Dette betyr ikke at det nødvendigvis at andre avtalerelasjoner er bedre enn anbudskonkurranse. Kostnadene i form av ressursbruken ved anbudsregimet er betydelige, men likevel relativt lave sammenlignet med volumet og gevinstpotensialet. Anbudskjøp vurderes som stadig mer profesjonelle over tid.

«Fornylsesutvalget» har utredet bedre offentlige innkjøp. Innkjøperne ønsker dette velkommen, særlig muligheten for økt brukervalg i kombinasjon med anbud, men de synes allerede å ha funnet måter å optimalisere sine innkjøp ut i fra sitt politisk bestemte oppdrag. Nye anskaffelsesregler forventes dermed å gi liten endring fra i dag.

Det er først hvis det kommer andre politiske signaler om at større volum skal konkurranseutsettes eller at kjøper i noe større grad fristilles fra ansvaret om å ivareta spesifikke private institusjoner at det kan forventes effekter på kostnadseffektivitet med press på lønnsomhet og restrukturering.

Det er mindre trolig at dette vil gi effekter for kvalitet og innovasjon, da de forventes i stor grad å bli bestemt som følge av konkurransegrunnlaget.

6.6 Åpenhet om målkonflikt

De ulike politiske føringene gir grunnlag for en målkonflikt. Administrasjonen må som nevnt i utøvelsen av «sørge for ansvaret» både etterleve føringene om å ivareta de private aktørene og å utløse konkurransegevinster. Selv der de oppfatter at den offentlige tjenesteproduksjonen er beste løsning er de ofte pålagt å benytte private aktører i et visst omfang.

Viktigheten av mangfold, med både offentlige og private tilbydere og bruk av konkurransemekanismer begrunnes ut i fra et mål om å levere tjenester av høy kvalitet på en effektiv måte. Flere opplever at anbudskonkurranse gir ensretting gjennom strikte tildelingskriterier og risiko for konflikter og reduserer mangfoldet.

Implisitt ligger det også en (lokal-)politisk føring om å opprettholde arbeidsplassene i det etablerte tjenestetilbudet, særlig for private ideelle institusjoner.

Som det fremgår i gjennomgangen av erfaringene er innkjøperne like fullt i stor grad enige i viktigheten av mangfold, og er positive til bruk av private tjenesteytere.

Oslo kommune representerer en bevissthet i å være åpen om målkonflikten og ved å variere konkurransegrunnlaget for å skape mangfold og variasjon for brukerne. Målet for konkurranseutsetting i Oslo kommune benyttes for å:

- Synliggjøre og bedre kvaliteten
- Videreutvikle oppgaveløsningen
- Øke mangfoldet
- Fremme mer effektiv ressursbruk

Nettopp å tydeliggjøre tjenestens innhold og kvalitet synes å ha blitt prioritert i de senere årene, samtidig som vektleggingen av lavere kostnader er tonet noe ned.

6.7 Ulik egnethet for anbudskjøp?

God forståelse av de finansielle og organisatoriske rammebetingelsene er derfor viktig for at konkurranse skal gi de ønskede effektene.

En tjenestes egnethet for allokering i et marked påvirkes av en rekke forhold. I boken «Økonomistyring i det offentlige» (Busch m.fl., 1999) tas det utgangspunkt i tjenestens målbarhet med hensyn til resultat og grad av programmerbarhet når ulike styringsformer og kontrollmuligheter drøftes.

Oppgavens programmerbarhet

Resultatets målbarhet	Oppgavens programmerbarhet	
	Perfekt	Ikke perfekt
Høyt	Regel eller målstyring	Målstyring
Lavt	Regelstyring	Verdistyring

I tilfellet der resultatet ikke er målbart vil bruk av konkurranse være lite egnet styringsform. Det samme er tilfellet der det er vanskelig å si konkret hva det forventes av tjenesten.

For mange helsetjenester er resultatet vanskelig å måle, samtidig som en ikke vet hva som er den beste tjeneste (eksempelvis usikkerhet knyttet til beste behandlingsform og behov for videre forskning).

Teorien tilsier da at valg av leverandør skje på basis av andre kriterier enn pris og kvalitet, angitt som verdistyring i tabellen over.

På den annen side kan det innvendes at selv om kvalitet ikke kan måles perfekt kan man ved bruk av kvalitetssystemer og tilsyn sikre akseptabel kvalitet også for disse tjenestene og at man sikrer en bedre utnyttelse av ressursene ved hjelp av konkurranseeksponering.

En mellomvariant er å benytte ulike avtalerelasjoner innen samme tjenesteområdet for å ivareta både hensynet til effektiv tjenesteproduksjon av en veldefinert tjeneste og å stimulere til å utvikle bedre behandlingstilbud ved hjelp av egne «forsknings- og innovasjonsavtaler». Dette kan skje ved tradisjonelle avtaleformer eller å velge ut deler av avtalebrevet med føringer om at tjenesteutvikling skal vektlegges særlig i konkurransegrunnlaget.



7. Kan konkurranse bidra til å bedre pasientenes helsetjeneste innenfor forsvarlige økonomiske rammer?

Regjeringen har en helsepolitiske visjon om å utvikle pasientens helsetjeneste, med bruk av pasientene som endringsagenter og med pasientene i sentrum.

Pasientene stiller krav til en helsetjeneste som er tilgjengelig med kort ventetid og god kvalitet, og der alle tilgjengelige metoder benyttes for å behandle alle lidelser.

7.1 Store produktivitetsutfordringer

Samtidig står helsetjenestene overfor store utfordringer i tiden som kommer. En kombinasjon av fire faktorer setter sektoren under press:

- Befolkningsvekst og aldring
- Kostbare nye behandlingsformer
- Knapphet på spesialistkompetanse
- Svekket offentlig budsjettbalanse

I dag jobber om lag 246 000, eller 10 prosent av arbeidsstyrken i helse- og omsorgssektoren. Erling Holmøy i Statistisk sentralbyrå har beregnet arbeidskraftbehovet i 2060 til mellom 428 000 (15 prosent) til 1 077 000 (38 prosent) avhengig av omfanget av familieomsorg, redusert dødelighet, standardvekst og utsatt sykkelighet. Gitt en framtidig forventet knapphet på arbeidskraft, synliggjør dette at det er et stort behov for effektivisering og innovasjon, selv om helse- og omsorgstjenesten alltid vil være arbeidskraftintensiv.

Helsetjenesten er preget av stor produktinnovasjon, men beskjeden prosessinnovasjon (Kristiansen, 2015⁹). I de senere år har norske sykehus økt effektiviteten med cirka én-to prosent per år, men trolig er potensialet større. En rekke servicebedrifter har effektivisert langt mer. I USA kan personalet i en operasjonsstue gjøre dobbelt så mange operasjoner per dag som i Norge.

Hvis bruk av private med en annen incentivstruktur kan styrkes produktiviteten bedre enn i offentlig sektor vil dette kunne gi vesentlige gevinster i et samfunnsperspektiv.

Både anbudsutlysning og andre former for konkurranseeksponering er virkemiddel som vil kunne bidra både til en helsetjeneste der pasienten står i sentrum, og til effektivisering i sektoren. Selv om erfaringene med konkurranse i helsesektoren så langt ikke er entydig positive, er det antagelig slik at man

ikke har råd til å la konkurranse-virkemidlet være uprøvd.

Konkurranse i markedet, der pasienten selv velger blant tilgjengelige leverandører, vil i stor grad kunne skape opplevelse av en helsetjeneste der pasienten er i sentrum. Men denne modellen kan være utfordrende når det gjelder det samlede produksjonsvolum hvis det ikke er øvre begrensinger på kjøp og minimal egenandel for pasientene. Det er ikke sikkert modellen gir mest mulig effektiv ressursutnyttelse i et makroperspektiv.

7.2 En nyorientering i bruk av konkurranse og private aktører?

Helsesektoren står overfor store utfordringer i tiden som kommer. Regjeringen har en helsepolitisk visjon om å utvikle helsetjenesten, med bruk av pasientene som endringsagenter og med pasientene i sentrum. Konkurranselovens formål er også å fremme konkurranse for derigjennom å bidra til effektiv bruk av samfunnets ressurser, men ved anvendelse av loven skal det nettopp tas særlig hensyn til forbrukernes interesser.

Det er imidlertid en bekymring i helsetjenesten at det store arbeidet som er gjennomført for å sikre bedre økonomisk styring av spesialisthelsetjenesten skal svekkes ved at private aktører slipper til uten øvre budsjettbegrensninger. Det er frykt for at dette kan gi svakere økonomisk styring i sektoren samlet sett og svekkede insentiver til effektivisering i helseforetakene. Samtidig erkjennes det at det mer enn noensinne er behov for tiltak som kan gi økt kvalitet, styrket effektivitet og mer reelle brukervalg. Spesialisthelsetjenesten forventer en stor oppgavevekst og det er store behov for å stimulere til bedre tjenester og mer effektive prosesser. Trolig kan både økt mangfold, uavhengig av konkurranseform og økt bruk av konkurranseeksponering bidra til dette, i tillegg til helseforetakenes kontinuerlige forbedringstiltak.

Økt mangfold gir ulike erfaringer med alternative løsninger og kan dermed bidra til økt nyskaping på sikt. Dagens anbudsregime har i begrenset grad gitt ønsket utvikling i effektivitet, kvalitet og innovasjon, så nye avtalerelasjoner innenfor anskaffelsesreglementet bør utprøves for å øke mangfoldet.

⁹ IvarSønbø Kristiansen, DN 7.1.2015

Regjeringens liste fra høringsnotatet om Fritt behandlingsvalg representerer allerede en nyorientering i bruk av private som realiseres gjennom de regionale helseforetakenes strategier:

- Den private aktøren kan fungere som en underleverandør til et helseforetak.
- Private aktører gis et ansvar for deler av tilbudet i et gitt geografisk område.
- Private aktører kan spesialisere seg innenfor enkelte fagområder ved at ytelser samles i større grad på enkelte institusjoner.
- Helseforetak kan redusere sine tilbud på enkelte områder.
- Helseforetakene får spesielle oppgaver overfor en eller flere private aktører/ avtalespesialister.
- Muligheten til å delta i forskningsprosjekter og faglig utvikling for private aktører.
- Etablering av faglig samarbeid mellom privat avtalepart og det helseforetak/sykehusområdet pasientene kommer fra, eller med det helseforetak hvor den private leverandøren er lokalisert.
- Private virksomheter/avtalespesialister inkluderes i regionalt planarbeid.
- Frigjøre utredningskapasitet ved helseforetakene gjennom å bruke private leverandører mer for enkelte pasientgrupper.
- Bruke private leverandører mer for enklere operasjoner og etterkontroller for å frigjøre egen kapasitet til høyere prioriterte pasienter.

Andre mulige mekanismer for å benytte private aktører er:

Forsknings- og innovasjonsavtaler

Nyskaping kan stimuleres ved å legge føringer for at en begrenset prosentandel av innkjøpene skal skje som del av «forsknings- og innovasjonsavtaler» med føringer om at tjenesteutvikling skal vektlegges særlig i konkurransegrunnet. Innovasjon synes i liten grad å bli premiært i anbudskonkurransene.

Et større skille mellom bestiller og utfører, slik at

Kan et større skille mellom bestiller med sørge-for-ansvaret og tilbydere gi en bedre samlet portefølje av offentlige og private tilbydere, der oppgavene fordeles etter de som er best egnet til å levere god kvalitet på en effektiv måte?

En tettere integrering mellom bestiller og utfører

Kan en tettere integrasjon mellom bestiller (f.eks. HF i stedet for det regionale helseforetaket) og utfører stimulere til bedre pasientforløp og samlet sett mer effektiv ressursbruk?

Offentliggjøring av mer detaljerte kvalitets- og effektivitetsdata

Offentliggjøre kvalitetsmålinger og effektivitet på enhetsnivå for å stimulere til bedre rapportering og praksis over tid. Man kan begynne på de relativt sett enkleste områdene, samt utarbeide analyseverktøy som korrigerer for skjevheter i pasientgrunnet.

Et privat laboratorium tar over driften av laboratoriet ved et offentlig sykehus

Laboratoriene på offentlig sykehus blir i liten grad utsatt for konkurranse fra andre aktører. Hva er effekten av en konkurranseutsetting ved at et privat laboratorium går inn og tar over hele eller deler av driften av et allerede eksisterende laboratorium ved et offentlig sykehus?

En privat radiologileverandør tar over driften av elektiv billeddiagnostikk for en radiologiavdelingen ved et offentlig sykehus

På samme måte som for laboratorier drives radiologiavdelingene på offentlig sykehus av sykehusene selv. Ved å konkurranseutsette driften av en offentlig røntgenavdeling kan en trolig oppnå både kvalitets- og effektivitetsgevinster slik man erfarte ved konkurranseutsettingen i Oslo.

Opprettelse av fullskala privat sykehus i Oslo

Oslo Universitetssykehus er et svært stort sykehus, også i internasjonal sammenheng. Med 23 000 ansatte er i underkant av 18 prosent av alle som jobber i spesialisthelsetjenesten i Norge, sysselsatt i dette helseforetaket. Oslo-området kommer til å oppleve en betydelig befolkningsvekst i årene som kommer. Dette innebærer større etterspørsel etter spesialisthelsetjenester generelt, og sykehusplasser spesielt. Oslo Universitetssykehus utreder et nytt campus nær Universitetet i Oslo. Styret har nylig pekt på at de som del av prosessen vil utrede et lokalsykehus sør-øst i Oslo. På samme måte som St. Görans sykehus i Stockholm kunne dette sykehuset være del av den offentlige helsetjenesten, men driftet av private.

Digital betjening av fritt sykehusvalg og behandlingsvalg

Tilby pasientene å velge mellom flere offentlige (og private) tilbydere ved å booke dag og tid på det tidspunktet de henvises til spesialisthelsetjenesten hos fastlegen eller på web hjemme.

Prøve ut andre avtaleformer med private

Mange vektlegger samfunnsverdien av mangfold og ny tjenesteutvikling. Flere er bekymret for at dette ikke skjer som del av anbudsprosesser og at transaksjonskostnadene er høye. De foreslår å prøve ut strategiske samarbeid etter modell fra privat næringsliv på andre sektorområder der informasjon og kunnskap deles for å sikre best mulig brukeropplevelse, kvalitet og logistikk.





8. Referanser

Actecan, Arbeidsforskningsinstituttet og Oslo Economics. Konkurransetsetting av offentlige tjenester. Utarbeidet for Arbeids- og sosialdepartementet. Oslo Economics rapport 2014-11.

Andersen, C., Brekke, K. R., Kjerstad, E., Kristiansen, F., Straume, O. R., og Sunnevåg, K. J. "Konkurranse i spesialisthelsetjenesten." (2006).

Andreassen, Tor Wallin, og Tormod K. Lunde. Offentlige tjenester: prinsipper for økt brukerorientering. Universitetsforlaget, 2001.

Anthony Scott (2014)

<http://www.med.uio.no/helsam/forskning/nettverk/hero/arrangementer/2014/presentasjoner/choice-and-competition-in-healthcare.pdf>

Busch, Tor, Jan Ole Vanebo og Erik Johnsen. Økonomistyring i det offentlige. Tano-Aschehoug, 1999.

Heidi Gautun, Hanne Bogen og Anne Skevik Grødem FAFO-rapport: «Konsekvenser av konkurranseutsetting. Kvalitet, effektivitet og arbeidsvilkår i sykehjem og hjemmetjenester», 2013.

Helsedirektoratet. Privat i offentlig sektor. De private rehabiliteringsinstitusjonenes rolle og rammebetingelser. Rapport, IS-1671, 2009.

Hovik, Sissel, og Inger Marie Stigen. Kommunal organisering 2008: redegjørelse for kommunal-og regionaldepartementets organisasjonsdatabase. Norsk institutt for by-og regionforskning, 2008.

Jessop, Robert Douglas. The future of the capitalist state. Polity, 2002.

Leif E. Moland og Hanne Bogen, FAFO-rapport: «Konkurranseutsetting og nye organisasjonsformer i norske kommuner – muligheter og begrensninger», 2011.

Merete Thonstad, Hva kan 150 års statistikk fortelle oss om sykehusenes utvikling? Statistisk sentralbyrå, Sykehusstatistikk 1853–2002. 2003.

Roar Jakobsen doktorgrad Norges Handelshøyskole 2012,

<http://paraplyen.nhh.no/paraplyen/arkiv/2012/desember/disputas-t/>

Seip, Anne-Lise. Veiene til velferdsstaten: norsk sosialpolitikk 1920-1975. Gyldendal, 1994.



9. Vedlegg 1

9.1 Formelt grunnlag for kjøp av helse- og sosialtjenester

9.1.1 Lov om offentlig anskaffelse

I utgangspunktet avgjør det offentlige om tjenesteytelsene skal leveres i egen regi eller gjennom kjøp fra andre aktører. Det offentlige kjøp av helse- og sosialtjenester er underlagt lov om offentlige anskaffelser (LOA, LOV-1999-07-16-69). Loven med tilhørende forskrift er utformet med EØS-regelverket som ramme, og skal bidra til at offentlige anskaffelser skjer på en samfunnstjenlig måte. Et grunnleggende prinsipp i loven er at effektiv ressursbruk sikres ved at offentlige anskaffelser skjer gjennom konkurranse, basert på gjennomsiktighet og likebehandling.

9.1.2 Forskrift om offentlig anskaffelse

Forskrift om offentlig anskaffelse (FOA, FOR-2006-04-07-402) gir nærmere regler for hvordan konkurransen skal gjennomføres. Hvilke krav som stilles til konkurransen avhenger dels av hvilken anskaffelse som skal foretas (type leveranse), dels av verdi på anskaffelsen og dels av hvilke aktører (leverandører) anskaffelsen rettes mot. I Figur 9.1 har vi vist den overordnede strukturen i forskriften basert disse elementene.

Et sentralt krav i forskriften er at anskaffelser med verdi over 500 000 kroner ekskl. mva. skal kunngjøres.

I forskriftens del I finnes alminnelig bestemmelser som gjelder for alle anskaffelser uavhengig av verdi. Oppdragsgiver (kommuner og statlig virksomheter) kan velge å bare følge del I dersom verdien av anskaffelsen ikke overstiger 500 000 kroner, eller dersom noen av unntaksbestemmelsene kan brukes.

Del II gjelder for anskaffelser mellom 500 000 kroner og EØS-terskelverdi (1 millioner kroner for statlig sektor og 1,6 millioner for kommunal sektor), samt for uprioriterte tjenester over 500 000 kroner. Del II har regler om hvordan en konkurranse skal gjennomføres og hvilke prosedyrer som kan benyttes. Oppdragsgiver kan velge mellom konkurranse med forhandling, åpen eller begrenset anbudskonkurranse.

Del III omhandler anskaffelser over EØS-terskelverdi (unntatt uprioriterte tjenester), mens del IV gir regler for særskilte prosedyrer.

9.1.3 Krav til anskaffelser av helse- og sosialtjenester

Helse- og sosialtjenester er såkalte uprioriterte tjenester og konkurranser om slike tjenesteleveranser

skal gjennomføres i henhold til forskriftens del I eller II. Oppdragsgiver kan også velge å bruke del III i forskriften. Anskaffelsesregelverket gir imidlertid adgang til å reservere anbudskonkurranser innenfor helse- og sosialfeltet til ideelle organisasjoner, jf. forskriften § 2-1. tredje ledd. Dette betyr at oppdragsgiver kan velge mellom å reservere konkurransen for ideelle organisasjoner, eller gjennomføre en ordinær konkurranse som er åpen for alle.

Figur 9.1: Oppbygging av regelverket (forskriften for offentlige anskaffelser)

	Alle verdier	500-1 000 kr*	<1 000 kr *
Anskaffelser varer/tjenester	Følger alminnelige bestemmelser i loven	Bestemmelser i forskriftens del II er gjeldende	Bestemmelser i forskriftens del II er gjeldende
Uprioriterte tjenester (helse- og sosialtjenester)	Følger alminnelige bestemmelser i loven	Kan følge alminnelige bestemmelser eller bestemmelser fra del II	Kan følge alminnelige bestemmelser eller bestemmelser fra del II
Ideelle organisasjoner, § 2-1. tredje ledd (helse- og sosialfeltet)	Kan reservere konkurransen for ideelle	Kan reservere konkurransen for ideelle	Kan reservere konkurransen for ideelle

*1,6 millioner kroner for kommunal sektor

Anskaffelsesreglene regulerer i utgangspunktet ikke varigheten av den enkelte kontrakt eksplisitt. Et unntak er rammeavtaler. Rammeavtaler, som er en kontraktstype som fastsetter vilkår for de enkelte kontraktene som skal tildeles innenfor en gitt periode, og gir oppdragsgiver anledning til å gjøre avrop ved behov, kan i utgangspunktet ikke inngås for mer enn fire år av gangen.

For andre kontraktsformer skilles det mellom tidsbegrensede kontrakter og tidsubegrensede kontrakter. Selv om regelverket ikke gir noen eksplisitte reguleringer av varighet av slike kontrakter gir det føringer for varigheten. De grunnleggende prinsippene om konkurranse og krav til god forretningsskikk tilsier at en ikke kan inngå kontrakter med lengre varighet enn forventet. Når kontraktens varighet fastsettes må det gjøres konkrete vurderinger og oppdragsgiver må vurdere behovet for eventuelle opsjoner på forlengelse.

Regelverket setter heller ikke noe hinder for å inngå løpende (tidsbegrensede) kontrakter. En kontrakt kan imidlertid ikke være evigvarende, og det forutsettes at oppdragsgiver og leverandør må ha adgang til å avslutte kontrakten ved å si den opp innen rimelig tid.

Direktoratet for forvaltning og IKT (Difi) har utarbeidet en veileder for offentlige anskaffelser av helse- og sosialtjenester (Veileder for anskaffelser av helse- og sosialtjenester, Difi Veileder 2013:2). Veilederen beskriver hovedtrekkene i regelverket og har som mål å være til praktisk nytte for alle som er involvert med anskaffelser av tjenester i helse- og sosialsektoren.

EU-kommisjonen har nylig foreslått et nytt anskaffelsesdirektiv som også omfatter helse- og sosialtjenester. I følge forslaget må nasjonale myndigheter fastsette passende nasjonale prosedyreregler for anskaffelser. Blant annet på denne bakgrunn har et offentlig utredningsutvalg, nedsatt i 2012, nylig fremlagt sine forslag til forbedringer av regelverket for offentlige anskaffelser. Forenklingsutvalget har foreslått blant annet følgende endringer:

- Unnta kontrakter med anslått verdi under kr. 100 000 fra anskaffelsesregelverket
- Ikke videreføre unntaksbestemmelsen for tildeling til ideelle organisasjoner av kontrakter om helse- og sosialtjenester
- Endringer i loven for å hindre at oppdragsgiver kommer i konflikt med reglene om taushetsplikt i helsepersonell-loven
- Videreføre den nasjonale terskelverdien på kr. 500 000
- Forenkling av regelverket som omhandler rammeavtaler
- At man går bort fra den tradisjonelle anbudsretten, det foreslås to nye prosedyre reformer – åpen og begrenset tilbudskonkurranse
- Digitalisering av anskaffelsesprosessen innen 1. januar 2016
- Videreføring av dagens regler om at oppdragsgiver har rett, men ikke plikt, til å oppstille kvalifikasjonskrav
- Presisering at for helse- og sosialtjenester så kan «brukervalg» være et tildelingskriterium
- En forenkling av dagens regler om avvisning

Nærings- og fiskeridepartementet sendte 20. juni 2014 utredningen på høring, med frist til å sende inn høringsuttalelser 31. oktober samme år. Helse Nord, Helse Sør-Øst og Helse Vest leverte alle innspill til utredningen. De tre regionale helseforetakene stiller seg positive til mange av forslagene til utvalget, men påpeker blant annet viktigheten av fleksibilitet for innkjøperne av helse og sosialtjenester.

9.1.4 Ideelle organisasjoner

I loven er det gjort unntak for kontrakter som utføres av ideelle organisasjoner av helse og sosialtjenester. Unntaket innebærer at oppdragsgiver ikke er forpliktet til å følge reglene i forskriftens del II og III. Oppdragsgiver kan velge mellom å reservere konkurransen for ideelle organisasjoner, og følge del I i forskriften, eller gjennomføre en ordinær konkurranse (som er åpen for alle) etter prosedyrene i del II og III i forskriften.

Fra 2016 vil det bli felles lovbestemmelser for kommersielle og ideelle aktører. En årsak er at det i flere tilfeller har vist seg å være vanskelig å skille mellom aktørene. Det er mulig for stiftelser å overføre midler til morselskapet ved hjelp av betaling av leie og lisenser. Det er tilsvarende mulig for kommersielle aktører å etablere stiftelser for å kunne konkurrere i markeder der det er krav om stiftelsesform.

9.2 Fritt sykehusvalg

Fritt sykehusvalg betyr at pasienter som blir henvist til vurdering/undersøkelse/behandling i spesialisthelsetjenesten har rett til å velge sykehus/behandlingssted. Fritt sykehusvalg i Norge ble innført da pasient- og brukerrettighetsloven trådte i kraft i 2001 og er hjemlet i lovens §2-4. Som det fremgår av loven har pasienten rett til å velge på hvilket sykehus, distriktpsykiatrisk senter, privat radiologisk institusjon eller institusjon som tilbyr tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelbruk, eller behandlingssted i en slik institusjon, behandlingen skal foretas. For at pasienten skal ha rett til å velge en institusjon forutsettes det at institusjonen eies av, eller har avtale med, et av de regionale helseforetakene. Pasienten kan har imidlertid ikke rett til å velge behandlingsnivå. Dette betyr at pasienten ikke har rett til å velge mer spesialisert behandling enn det pasienten er henvist for. Som hovedregel er sykehusene som er omfattet av ordningen forpliktet til å ta imot alle pasienter som velger seg til sykehuset, uavhengig av bosted. Dette gjelder med ett unntak. Sykehusene kan avvise pasienter fra andre regioner når de må prioritere pasienters rett til vurdering/undersøkelse/behandling fra egen region. Sykehus og fastleger plikter til å informere pasienter om ordningen og det finnes en egen informasjonstjeneste hvor nødvendig informasjon er gjort tilgjengelig for pasientene.

Det finnes per i dag ikke noe statistikk som belyser hvor mange pasienter som velger å benytte seg av retten til å fritt velge sykehus/behandlingssted. I 2011 gjennomførte Riksrevisjonen en utvalgsundersøkelse i forbindelse med gjennomgangen av ordningen. Undersøkelsen avdekket at omtrent 15 prosent av utvalgspasientene benyttet fritt sykehusvalg. En

svakhet ved undersøkelsen er at behandlingstypene som ble valgt ikke ble valgt tilfeldig. Behandlingstypene som ble valgt tilsier at andel brukere er blitt noe høyere enn ved tilfeldig valg av behandlingstype. Til sammenlikning gjennomførte SINTEF en undersøkelse som viser at ordningen i 2003 ble benyttet ved 47 000 sykehuskontakter, noe som tilsvarer 1,6 prosent av alle planlagte sykehuskontakter.

Riksrevisjonen gjennomførte i 2012 en undersøkelse av ordningen med rett til fritt sykehusvalg. Sentralt i undersøkelsen var å måle om ordningen fører til bedre utnyttelse av kapasiteten i spesialisthelsetjenesten, om pasientene får tilstrekkelig og god nok informasjon og i hvilken grad forvaltningen av ordningen bidrar til at målene nås.

Riksrevisjonen finner at det er stort potensiale for reduserte ventetider ved økt bruk av ordningen med fritt sykehusvalg. Ordningen bidrar til å jevne ut ventetiden mellom sykehusene og kan dermed lede til en bedre utnyttelse av ressursene i spesialisthelsetjenesten. Videre finner de at mange pasienter ikke får nødvendig informasjon slik at de reelt sett kan benytte retten til fritt sykehusvalg.

Undersøkelsen viser at 15 prosent benytter seg av retten til å velge sykehus. For pasienter som hører til Helse Sør-Øst var andelen nærmere 18 prosent, mens de tre andre helseregionene hadde en andel på ca. 12 prosent.

Undersøkelsen viser også at det er de ressurssterke pasientene som oftest benytter ordningen. I brukerundersøkelsen kommer det frem at et stort flertall syntes det er enkelt å finne informasjon og at informasjonen på nettstedet er lett å forstå. Dette er imidlertid ofte pasienter med høy utdanning, høy inntekt og tilknytning til arbeidslivet.

En del pasienter som opplyser at de ikke ble skriftlig informert om ordningen med fritt sykehusvalg. Det kommer frem av undersøkelsen at sykehusene i liten grad oppfordrer pasientene til å bruke ordningen. Det samme gjelder fastlegene.

9.2.1 Reduksjon i antall klagesaker

Klagenemnda for offentlige anskaffelser (KOFA), det norske klageorganet for brudd på offentlige anskaffelser, mottok 131 klagesaker i 2014. Dette tilsvarer omtrent en tredjedel av nivået i 2010, hvor de hadde 407 innkomne klagesaker. En av årsakene til reduksjonen kan være at det brukes mer tid på utforming av detaljerte konkurransegrunnlag. Avdelingene som utformer konkurransegrunnlagene blir også i enkelte tilfeller målt på antall klagesaker, noe som kan være en grunnene til at færre saker ender i KOFA.

oslo**economics**

www.osloeconomics.no

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

Besøksadresse:
Dronning Mauds Gate 10
0250 Oslo

Postadresse:
Postboks 1540 Vika
0117 Oslo