



# Kartlegging av kommunenes kjøp av pleie- og omsorgstjenester fra kommersielle og ideelle aktører

---

RAPPORT 2019  
HELSEDIREKTORATET

**OPPDRAGSGIVER:** Helsedirektoratet

**RAPPORT NR:** 1020640

**RAPPORTENS TITTEL:** Kartlegging av kommunenes kjøp av pleie- og omsorgstjenester fra kommersielle og ideelle aktører

**ANSVARLIG KONSULENT:** Astrid Nesland

**KONSULENTER:** Cecilie Aagestad, Einar Stephan, Bjørn Brox, Marit Brochmann

**KVALITETSSIKRET AV:** Per Schanche

**DATO:** 01.03.2019

# Forord

Denne rapporten er utarbeidet av Agenda Kaupang på oppdrag av Helsedirektoratet. Formålet med oppdraget har vært å gjennomføre en kartlegging av kommunenes kjøp av pleie- og omsorgstjenester fra private kommersielle og ideelle leverandører.

Oppdraget er utført på bakgrunn av innsamlede regnskapstall fra kommunene, spørreskjemaundersøkelse, intervjuundersøkelse og enkelte andre kilder i offentlig statistikk.

Arbeidet er utført med Astrid Nesland som ansvarlig konsulent og Cecilie Aagestad, Einar Stephan, Bjørn Brox og Marit Brochmann som prosjektmedarbeidere. Per Schanche har vært kvalitetssikrer.

Stabekk, 01.03.2019

Agenda Kaupang AS

# Innhold

<b>1</b>	<b>Sammendrag</b>	<b>4</b>
<b>2</b>	<b>Innledning</b>	<b>7</b>
2.1	<i>Avgrensning</i>	7
2.2	<i>Problemstillinger</i>	8
2.3	<i>Definisjoner</i>	9
2.4	<i>Andre utredninger av temaet</i>	11
<b>3</b>	<b>Metodisk tilnærming</b>	<b>12</b>
3.1	<i>Mixed methods</i>	12
3.1.1	<i>Metode for å kombinere data fra KOSTRA, regnskap fra kommunene og Kommunal Rapports leverandørdatabase</i>	12
3.1.2	<i>Spørreskjemaundersøkelsens metode</i>	13
3.1.3	<i>Intervjuer</i>	13
3.2	<i>Kvantitative datakilder</i>	14
3.3	<i>Datakvalitet</i>	15
<b>4</b>	<b>Analyse og resultater</b>	<b>17</b>
4.1	<i>Regnskapsundersøkelsen</i>	17
4.1.1	<i>Hvor mye kjøper kommunene</i>	17
4.1.2	<i>Hvilke tjenester kjøper kommunene</i>	19
4.1.3	<i>Egenskaper ved kommunene som kjøper tjenester</i>	21
4.2	<i>Spørreskjemaundersøkelsen</i>	26
4.2.1	<i>Resultater fra kommuner som svarer at de har kjøpt tjenester siste 12 måneder</i>	28
4.2.2	<i>Resultater fra kommuner som svarer at de ikke har kjøpt tjenester</i>	32
4.3	<i>Intervjuundersøkelsen</i>	34
4.3.1	<i>Årsaker til kjøp av tjenester</i>	34
4.3.2	<i>Årsaker til å ikke kjøpe tjenester</i>	37
4.4	<i>Sammenstilling av svar fra spørreskjemaundersøkelsen og intervjuene</i>	38
4.5	<i>Leverandørenes oppfatninger om kommunenes tjenestekjøp</i>	39
<b>5</b>	<b>Metode for å gjenta undersøkelsen</b>	<b>41</b>
5.1	<i>Mandatet for undersøkelsen</i>	41
5.2	<i>Utvalget av kommuner</i>	41
5.3	<i>Metode for kartleggingen</i>	42
5.4	<i>Utviklingen over tid</i>	42
<b>6</b>	<b>Vedlegg</b>	<b>43</b>
6.1	<i>Metode for regnskapsundersøkelse</i>	43
6.2	<i>Metode for spørreskjemaundersøkelse</i>	50
6.3	<i>Metode for intervjuundersøkelse</i>	52
6.4	<i>Tjenestekjøp fordelt på kommuner</i>	54

# 1 Sammendrag

Interessen for tjenestekjøp fra private ideelle og kommersielle organisasjoner er for tiden sterk. Det skrives mange saker i media om kommuners valg om å kjøpe eller å ikke kjøpe tjenester fra private tilbydere. Skiftende politiske flertall setter fokus på tjenestekjøp i de store byene. Nærings- og handelsdepartementet har hatt et forslag til ny forskriftsbestemmelse om adgangen til å reservere anskaffelser av helse- og sosialtjenester for ideelle organisasjoner ute på høring høsten 2018.

Oppdraget denne rapporten skal besvare er kort oppsummert hvor mye av, hva og hvorfor kommunene kjøper tjenester fra kommersielle og ideelle leverandører. En viktig presisering er at det er tjenester som erstatter kommunal egenproduksjon som skal kartlegges. Dette betyr at tjenestekjøp som inngår som innsatsfaktorer i kommunal egenproduksjon ikke skal være med. Et eksempel på en slik innsatsfaktor er innleie av vikarer fra vikarbyrå.

Agenda Kaupang har kartlagt kommunenes kjøp av tjenester til erstatning for egenproduksjon gjennom ulike kartleggingsmetoder som regnskapsundersøkelse, spørreskjemaundersøkelse og intervjuundersøkelse til et utvalg av kommuner.

## ***Hvor mye kjøper kommunene?***

Vi har funnet at kommunenes kjøp av tjenester var omtrent 9,3 milliarder kroner i 2017. Dette utgjør 8,5 % av brutto driftsutgiftene til aktuelle KOSTRA-funksjoner; 234 aktiviserings- og service-tjenester overfor eldre og personer med funksjonsnedsettelse, 253 helse- og omsorgstjenester i institusjon, 254 helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende og 256 tilbud om øyeblikkelig hjelp døgnopphold. Av kjøpene yter kommersielle leverandører tjenester for omtrent 5,3 milliarder kroner og ideelle leverandører for 3,9 milliarder kroner.

## ***Hvilke tjenester kjøper kommunene?***

Kommunene kjøper i ulik grad tjenester fra private kommersielle og ideelle leverandører. Åtte av de ni tjenestene vi har kartlagt kjøpes fra både kommersielle og ideelle leverandører. Unntaket er trygghetsalarmer hvor det kun er kjøp fra kommersielle leverandører.

Kommunene kjøpte rundt 8 % av tjenestene til Aktiviserings- og servicetjenester til eldre og funksjonshemmede. Tjenestekjøpet er i hovedsak kjøp fra kommersielle leverandører med 89 % av alt kjøp. I leverandørene som betraktes som kommersielle finner vi flere kommunalt eide aksjeselskap.

I underkant av 10 % av sykehjemsutgiftene i kommunene går til tjenestekjøp. Det er flest kjøp fra ideelle leverandører når det gjelder sykehjemsplasser. Der har de ideelle 57 % av markedet. Når det gjelder barnebolig og avlastning i institusjon er det de kommersielle som har den største delen av markedet.

Kommunene kjøper ikke tjenester til tilbud til øyeblikkelig hjelp døgnopphold fra private leverandører. Det er imidlertid vanlig å samarbeide med andre kommuner om denne tjenesten.

Omtrent 8 % av utgiftene til helse- og omsorgstjenester i hjemmet går til tjenestekjøp. Hoveddelen av utgifter til kjøp går til omsorgsbolig og bofellesskap og til praktisk hjelp, BPA, mens det kjøpes mindre helsetjenester i hjemmet og praktisk hjelp. Når det gjelder omsorgsbolig og bofellesskap er det mest kjøp fra kommersielle tilbydere med 63 % av kjøpene. Praktisk hjelp, BPA er kjøpt mest av ideelle leverandører med 53 % av kjøpene. Kjøp av helsetjenester i hjemmet og praktisk hjelp kjøpes i all hovedsak av kommersielle leverandører.

### ***Er det noen forskjeller mellom små og store?***

Vi finner at de store kommunene med over 20 000 innbyggere som gruppe kjøper mest både i kroner og i andeler av brutto driftsutgifter. De store kommunene kjøper mer sykehjemsplasser enn de små kommunene. Dette tyder på at de har tatt en avgjørelse om å konkurranseutsette eller at det er mer vanlig at ideelle organisasjoner har etablert sykehjem i de store kommunene.

De mellomstore kommunene med mellom 5000 og 19 999 innbyggere, kjøper omtrent like mye hjemmetjenester totalt som de større kommunene målt i andel av brutto driftsutgifter. De mellomstore kommunene kjøper relativt sett like mye omsorgsbolig/bofellesskap til krevende brukere og BPA som de store. De små kommunene under 5000 innbyggere kjøper også en del tjenester i omsorgsbolig/bofellesskap, om enn ikke i like stor grad som de mellomstore og store kommunene.

### ***Mest kjøp i sentrale kommuner***

Sentrale kommuner kjøper mer enn mindre sentrale kommuner, men store kommuner kjøper også mer enn små kommuner. Det er derfor vanskelig å si at årsaken til at kommunen kjøper mindre er om den er mindre sentral eller bare mindre i størrelse.

### ***Kommunene kjøper tjenester for å dekke brukernes behov***

Kommuner som kjøper tjenester understreker at brukernes behov og faglig forsvarlighet alltid kommer først når de vurderer om de skal kjøpe tjenester eller ha tjenestene i egenregi. Kommunene som kjøper tjenester oppgir at de har god innkjøpskompetanse og at fagmiljøet og innkjøpsmiljøet jobber sammen om kjøpene.

Kommunene oppgir at pris er en faktor for hvorfor de kjøper tjenester, men pris er ikke like tungtveiende som flere av de andre årsakene til kjøp. Det veier tyngre at kommunene ønsker valgfrihet for sine innbyggere. Kjøp av tjenester blir gjort av kapasitets- og kompetansehensyn. Akutte situasjoner kan gi behov for tjenestekjøp der kommunen ikke selv klarer å rigge et tilbud med rett kompetanse eller at andre praktiske forhold gjør det umulig.

Det er mest kjøp i sentrale kommuner, og kommunene opplyser at de ser på geografi som en hindring for kjøp. Likevel ser vi at kommuner over hele landet kjøper tjenester og at i tilfeller der en kommune har opplyst at det ikke finnes tilbydere i markedet, kan vi finne en nabokommune som kjøper tjenester.

Tradisjoner har noe å si for tjenestekjøp og kommuner som har kjøpt tjenester i mange år for eksempel fra stiftelser med sykehjem i kommunen, er tilbøyelig til å fortsette med dette.

Politiske føringer har i varierende grad noe å si for tjenestekjøp. Det er ikke mulig å identifisere en klar sammenheng mellom ideologisk ståsted for flertallspartiene og hvorvidt kommunen kjøper tjenester. Noen kjøp er langvarige og det kan være tidligere flertall som har forpliktet kommunen for mange år fremover. Respondentene i undersøkelsen setter kvalitet høyest som kriterium for kjøp, og viser i flere tilfeller til at det ikke spiller noen rolle om det er ideelle eller kommersielle leverandører som yter tjenesten så lenge kvaliteten er ivaretatt. Oslo og Trondheim kommuniserer imidlertid tydelig at de foretrekker ideelle private tilbydere.

Kommuner som ikke kjøper tjenester har tro på at deres egne tjenester kvalitetsmessig er like gode eller bedre enn en privat leverandør kan tilby. De tror heller ikke det er noe å spare økonomisk. Kommuner som ikke kjøper oppgir i sterkere grad at det er politiske føringer for å ikke kjøpe tjenester og de forteller at geografi er en hindring for kjøp.

Funnene fra spørreskjemaundersøkelsen og intervjuundersøkelsen samsvarer godt med funn fra Program for storbyforskning.

**Datakvaliteten bør forbedres**

Det er et vesentlig poeng at kvaliteten i kommunenes regnskapsførsel kunne vært bedre. Dette gir lav datakvalitet. At det blir avvik mellom KOSTRA-tallene og regnskapstall fra kommunene, viser med tydelighet at det bør gjøres en innsats for å forbedre regnskapsførselen ute hos kommunene.

## 2 Innledning

Agenda Kaupang har på oppdrag fra Helsedirektoratet gjennomført en kartlegging av ideell og kommersiell tjenesteproduksjon som del av de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Formålet er at kartleggingen skal gi et estimat for kommunenes kjøp fra disse aktørene. Kartleggingen skal inneholde en beskrivelse av type tjenester, altså hvilke tjenester kommunene kjøper av ideelle og kommersielle leverandører og omfanget av dette, altså gi et estimat på hvor stor del av den samlede tjenesteproduksjonen som ytes av ideelle og kommersielle aktører. I kartleggingen vil det også være relevant å se etter spesielle kjennetegn ved kommunene som kjøper denne typen tjenester sett i forhold til blant annet størrelse og geografi. Kartleggingen skal også belyse hvorfor kommuner velger eller velger bort ideelle og/eller kommersielle aktører som leverandører av kommunale helse- og omsorgstjenester.

Rapporten baserer seg på offentlig registerdata, Kommunal Rapports leverandør database og funn fra innhentede regnskapsdata, spørreskjemaundersøkelse og intervjuer. Kapittel 3 gir en kort oversikt over metodisk tilnærming, kapittel 4 viser analyser og resultater og kapittel 5 gir en beskrivelse av veien videre.

Oppdraget består av å kartlegge andelen ideelle/kommersielle tjenestekjøp og omfanget av disse med utgangspunkt for følgende KOSTRA-funksjoner:

- ▶ 234 Aktiviserings- og servicetjenester overfor eldre og personer med funksjonsnedsettelse
- ▶ 253 Helse- og omsorgstjenester i institusjon
- ▶ 254 Helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende
- ▶ 256 Tilbud om øyeblikkelig hjelp døgnopphold i kommunene

### 2.1 Avgrensning

Helsedirektoratet har ønsket at tjenester i henhold til Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 skal inngå med unntak av følgende tjenester som ikke skal inngå i kartleggingen: legetjenester, tjenester ytt av privatpraktiserende fysioterapeuter, og tjenester som kommer inn under KOSTRA-funksjonene:

- ▶ 233 Annet forebyggende helsearbeid (miljørettet helsevern, frisklivssentraler mv.)
- ▶ 261 Institusjonslokaler
- ▶ 265 Kommunalt disponerte boliger (til helse- og omsorgsformål)

Vi ser i tillegg i KOSTRA at det er svært begrenset kjøp av tjenester for KOSTRA-funksjon 232 *Forebygging, helsestasjons- og skolehelsetjeneste* med bare én kommune som kjøper noen tjenester på landsbasis. Legetjenester og fysioterapitjenester utgjør etter all erfaring de driftstilskudd som ytes på KOSTRA-funksjon 241 *Diagnose, behandling, re-/habilitering*. Disse KOSTRA-funksjonene er dermed utelatt fra kartleggingen.

KOSTRA-funksjon 243 *Tilbud til personer med rusproblemer* er nært beslektet med KOSTRA-funksjon 254 *Helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende* og skillet mellom disse må trekkes opp. Dersom det er snakk om helse- og omsorgstjenester i eget hjem eller i en kjøpt bolig, vil det være riktig å føre utgiftene på KOSTRA-funksjon 254. Dersom det er snakk om institusjonsopphold for personer med rusproblemer vil det være riktig å føre utgiftene på KOSTRA-funksjon 243. Skillet mellom tjenester som skal inkluderes i kartleggingen går om tjenesten er hjemlet etter § 3-2 eller § 10 i Helse- og omsorgstjenesteloven. Institusjonsopphold til rusmisbrukere etter sosialtjenesteloven hører hjemme i KOSTRA-funksjon 243 og denne funksjonen er dermed utelatt fra kartleggingen.



## 2.2 Problemstillinger

Kort oppsummert er formålet med rapporten å kartlegge følgende mål- og problemstillinger:

- 1) Den skal kartlegge hva slags typer av helse- og omsorgstjenester som ytes av ideelle og kommersielle tjenesteaktører
- 2) Den skal gi et estimat for situasjonen når det gjelder bruk av ideell og kommersiell tjenesteproduksjon i Norge
- 3) Den skal kartlegge hvorfor noen kommuner velger/ -ikke velger bruk av denne typen tjenester

I kartleggingen benyttes tilgjengelig statistikk fra SSB supplert med innhentede erfaringsbaserte data for å besvare formålet og problemstillingene i prosjektet. Til sammen kan de ulike datatypene oppsummeres slik:

1. *Data samlet inn/tilgjengeliggjort av SSB*
  - KOSTRA
2. *Data samlet inn av Agenda Kaupang:*
  - Data fra digital spørreskjemaundersøkelse
  - Data innsamlet fra en regnskapsundersøkelse
  - Data fra kvalitative intervjuer/telefonintervjuer
3. *Data fra andre kilder:*
  - Data fra leverandørdatabasen til Kommunal Rapport
  - Data fra Brønnøysundregisteret

Tabell 2-1 på neste side gir en overordnet beskrivelse av hvilke datakilder legges til grunn for å besvare de ulike problemstillingene i rapporten. En nærmere beskrivelse av datakildene og selve gjennomføringen beskrives i kapittel 3 og 4.

Problemstilling 1 og 2 i kartleggingen hører tematisk sammen og omhandler å kartlegge kommunens bruk av private leverandører i pleie- og omsorgstjenester. For å kartlegge problemstilling 1 og 2 må man benytte til dels ulike datakilder. KOSTRA vil ikke være en tilstrekkelig datakilde, da type tjenester og utgifter til tjenester ikke kan kobles sammen. Data fra KOSTRA kan bidra til å gi informasjon om det foreligger noen karakteristiske kjennetegn ved kommunene som velger/ikke velger kommersielle eller ideelle tjenester, knyttet til for eksempel sentralitet eller kommunestørrelse. Vi kobler kommuneregnskapet med opplysninger fra kommunen om bruk av leverandører. Dette har vi kalt «regnskapsundersøkelsen» for å lettere kunne skille den fra spørreskjemaundersøkelsen som skal besvare problemstilling 3.

For å svare på problemstilling 2 vil vi, som i målsetting 1, benytte tilgjengelig data fra SSB for omfanget av tjenestene levert av forskjellige leverandører.

Problemstilling 3, som dreier seg om å få innsikt i hvorfor de ulike kommunene velger/ikke velger kommersielle eller ideelle tjenester, besvares ved en spørreskjemaundersøkelse og i tillegg kvalitative intervju. I prosjektet blir det gjennomført to ulike spørreskjemaundersøkelser med ulike respondenter, som på hver sin måte vil kartlegge problemstilling 1, 2 og 3. Det gis en nærmere beskrivelse av spørreskjemaundersøkelsene og utvalget i tilknytning til disse i kapittel 3.

Tabell 2-1 Oversikt over rapportens målsetting, problemstillinger og datakilder

Målsetting med kartleggingen	Problemstilling/forutsetning	Datakilder	
Den skal kartlegge hva slags typer av helse- og omsorgstjenester som ytes av ideelle og kommersielle tjenesteaktører	Innhente informasjon om ideelle og kommersielle aktører i kommunene fra Brønnøysund registeret. Datakildene 1–3 kobles. Økonomidata må kobles til type tjenester som er utført for å besvare problemstillingen.	1	Spørreundersøkelse/kommuneregnskap
		2	Leverandørdatabasen
		3	Brønnøysundregistrene
Den skal gi et estimat for situasjonen for bruk av ideell og kommersiell tjenesteproduksjon i Norge	Hvor stor del av den samlede tjenesteproduksjonen (kroner og andel) ytes av ideelle og kommersielle aktører i den enkelte kommune  Hvilke kjennetegn er det ved kommunene som kjøper/ikke kjøper tjenester med hensyn til størrelse og geografi	1	KOSTRA
		2	Spørreundersøkelse/kommuneregnskap
		3	Brønnøysundregistrene
Den skal kartlegge hvorfor noen kommuner velger/ ikke velger bruk av denne typen tjenester	Hvilke begrunnelser har kommunene for og eventuelt mot å kjøpe ideelle og kommersielle tjenester	1	Spørreundersøkelse
		2	Intervju

## 2.3 Definisjoner

**Kjøp av tjenester som erstatter kommunal egenproduksjon** er definert som betaling til private-, interkommunale – (der kommunen ikke selv er deltaker) eller andre kommunale selskaper for produksjon av tjenester som er et kommunalt ansvar. Andre relevante kjøp kan være fra stiftelser, driftstilskudd til privat drevne eldreentre, fritidsklubber, finansiering av boliger/institusjoner med driftsavtale med kommunen mm<sup>1</sup>.

Kjøp av tjenester som erstatter kommunal egenproduksjon handler om tilfeller der kommunen kjøper tjenester som leveres til en sluttbruker. Det dreier seg ikke om kjøp av tjenester som inngår som innsatsfaktorer i kommunens egenproduserte tjenester.

For å skille mellom kjøp av tjenester som inngår i kommunal egenproduksjon og tjenester som kjøpes bruker vi regnskapet til kommunen og det er derfor viktig å definere hvilke forskjeller det er mellom disse kjøpene. Forskjellen mellom artsserie 2 og 3 i regnskapet er at artsserie 2 er varer og tjenester som inngår i kommunal egenproduksjon og artsserie 3 er tjenester som erstattet kommunal egenproduksjon.

<sup>1</sup> Veiledning til regnskapsrapporteringen i KOSTRA

De relevante artene i regnskapet beskrives slik i KOSTRA hovedveileder:

#### Art 270 Andre tjenester (som inngår i egenproduksjon)

Kjøp av andre tjenester som inngår i egenproduksjon og som ikke hører naturlig under andre arter. For eksempel:

- ▶ Konsulenttjenester
- ▶ Juridisk bistand
  - Kontrolloppgaver
  - Generelle rådgivningstjenester i forbindelse med forvaltning, drift og vedlikehold
  - Vikartjenester
  - Kjøp av tannhelsetjenester
  - Kjøp av bedriftshelsetjenester
  - Kjøp av undervisningstjenester
  - Refusjon fra staten for statlige NAV-ansatte der kommunen dekker deler av lønnen

#### Art 370 Kjøp fra andre (private)

Betaling til private, interkommunale selskap (IKS) der kommunen ikke selv er deltager eller kommunale aksjeselskap for produksjon av tjenester som er et kommunalt ansvar, jf. Avsnitt 3.3/3.4 om skillet mellom artsserie 1 og 2 og artsserie 3. Gjelder også kjøp fra stiftelser. Eksempler:

- ▶ Tilskudd til private barnehager
- ▶ Kommunale driftstilskudd til privat drevne eldresenter eller fritidsklubber.
- ▶ Utgifter til privat transportfirma som forestår innsamling av husholdningsavfall
- ▶ Utgifter til privat transportfirma som forestår tømning av septiktanker
- ▶ Kjøp av tjenester sluttbehandling av slam
- ▶ Kommunal finansiering av boliger/institusjoner (f.eks. innen pleie- og omsorgstjenestene eller rusmisbrukeromsorg) som er drevet av private organisasjoner med driftsavtale med kommunen
- ▶ Driftsavtaler og driftstilskudd til leger, fysioterapeuter
- ▶ Kjøp av tjenester fra aksjeselskap (f.eks. transporttjeneste for eldre, renovasjonstjeneste)
- ▶ Tilskudd til lærebedrifter til lærlinger/lærekandidater
- ▶ Tilskudd til private barnehager til tiltak for å bedre språkforståelsen blant minoritetsspråklige barn i førskolealder
- ▶ Betaling veterinærer/veterinærvaktordning

Kartleggingen skiller mellom kjøp fra kommersielle og ideelle tjenesteleverandører som er definert slik:

**Kommersielle tjenesteleverandører** er kjennetegnet ved at de har et formål å drive forretningsdrift. Disse tjenesteleverandørene er registrert med sektorkode 2100 private aksjeselskap, 2300 Personlige foretak eller 8200 Personlig næringsdrivende i Enhetsregisteret i Brønnøysund. I tillegg vil selskap registrert med sektorkode 1520 Selvstendige kommuneforetak betraktes som kommersielle leverandører.

**Ideelle tjenesteleverandører** er kjennetegnet ved at de har som formål i vedtektene å arbeide for å avhjelpe et bestemt behov i samfunnet. Det skal ikke skje noen utdeling til private eiere av utbytter og organisasjonens midler brukes i sin helhet til å fremme ideelle formål. Slike organisasjoner er registrert under sektorkode 7000 Ideelle organisasjoner i Enhetsregisteret i Brønnøysundregistret. Det mest vanlige er at ideelle organisasjoner er organisert som stiftelser, men andre organisasjonsformer forekommer.

## 2.4 Andre utredninger av temaet

SSB har utført et forsknings- og utredningsoppdrag for Helsedirektoratet andre halvår 2018 hvor de har sett på muligheter og begrensninger i eksisterende datamateriale for å besvare hvor mye og hva kommunene kjøper av private kommersielle og ideelle leverandører<sup>2</sup>. Datamaterialet som er lagt til grunn er KOSTRA, IPLOS-registeret, Virksomhets- og foretaksregisteret og KOSTRA-sysselsetting.

Notatet fra oppdraget besvarer private tjenestetilbyderes andel av kostnader, plasser, tjenestemottakere, timer og sykehjem/andre institusjoner. Notatet viser til noen utfordringer med tallmaterialet og foreslår løsninger ved å samle inn materialet direkte fra kommunene og gjennomføre case-studier.

Ideas2evidence og Samfunns- og næringslivsforskning har på oppdrag fra Program for storbyrettet forskning - KS undersøkt storbyenes kjøp av tjenester på levekårsområdet<sup>3</sup>. Lavekårsområdet omfatter helse- og omsorgstjenester, men det er gjort en avgrensning ved at enheter som i sin helhet konkurranseutsettes ikke er undersøkt. Rapporten, som ble publisert i 2017, ser på de fem største byenes kjøp av tjenester på levekårsområdet, omfanget av kjøpene og hva som er bakgrunnen og begrunnelsen for kjøpene.

De mest interessante funnene med paralleller til Agenda Kaupangs undersøkelse er:

- ▶ De store linjene i byenes innkjøpspolitikk er politisk styrt. Skiftende politiske flertall setter sitt preg på utviklingen og griper enkelte ganger også inn i enkeltsaker.
- ▶ Den politiske vilje er likevel ikke enerådende. Innføringen av et nasjonalt regelverk for offentlige anskaffelser har redusert politikernes handlingsvalg og blant annet endret forholdet mellom kommunen og de ideelle organisasjonene.
- ▶ Tilbyderne, både de kommersielle og de ideelle, er aktive pådrivere og forsøker så langt det er mulig å skape og utvide sitt eget marked.
- ▶ I tillegg spiller også administrasjonen en rolle og en betydelig andel av kjøpene kan karakteriseres som praktiske tilpasninger til skiftende behov.
- ▶ Kommunene drar også på en arv av tradisjoner som det kan være vanskelig for politikerne å bryte, særlig når det gjelder forholdet til det frivillige organisasjonslivet.
- ▶ Byene forsøker å realisere en rekke ulike målsettinger med sine tjenestekjøp. Med et visst unntak for Oslo, står ikke kostnadseffektivisering øverst på denne listen.
- ▶ De fleste er derimot opptatt av kvalitet og de mulighetene som konkurranse og tjenestekjøp gir til å fremme kvalitetsutvikling og læring.
- ▶ En annen viktig begrunnelse er å gi brukerne større frihet til å velge hvem de skal motta tjenester fra.
- ▶ Større fleksibilitet for kommunene til å tilpasse tjenesteproduksjonen til de behovene som oppstår, samt et ønske om å bruke tjenestekjøp som et indirekte middel til å styrke det frivillige organisasjonslivet, hører også med blant målsettingene.

---

<sup>2</sup> Dag Abrahamsen, Svetlana Beyrer, Gunnar Claus, Trond Ekornrud og Arne Jensen (2018), Private kommersielle og ideelle tjenestetilbydere i helse- og omsorgstjenesten.

<sup>3</sup> Jostein Ryssevik, Astrid Oline Ervik og Asle Høgestøl (2017), Gevinster ved kjøp av omsorg? En utredning om storbyenes kjøp av tjenester på levekårsområdet.

# 3 Metodisk tilnærming

## 3.1 Mixed methods

Den metodiske tilnærmingen i prosjektet er knyttet til det som i faglitteraturen kalles mixed methods research, som kort oppsummert er en metodikk hvor man kombinerer eksempelvis kvalitative intervjuer og kvantitative metoder (f.eks. spørreskjemaer) (Creswell & Plano Clark, 2011).<sup>4</sup>

Mixed methods innebærer altså at man kombinerer de metodene som i størst mulig grad belyser spørsmålene man ønsker å besvare. I dette prosjektet gjøres det gjennom å kombinere offentlig statistikk, detaljerte regnskap fra kommunene, leverandørdata til Kommunal Rapport, data fra spørreskjemaundersøkelser og subjektiv kunnskap fra intervjuer med kommunalsjefer innenfor helse- og omsorgstjenester i et utvalg kommuner og tre tjenesteleverandører.

Fordelen med mixed methods er at vi utnytter styrkene til ulike metoder for at kartleggingen skal bli mest mulig grundig og pålitelig. Kvantitative metoder kan brukes til å identifisere mulige sammenhenger mellom en rekke ulike forhold og til å teste hypoteser om disse sammenhengene. Formålet med denne rapporten er å kartlegge utbredelse av kjøp av tjenester i ulike kommuner, og type tjenester som kjøpes. Dette har blitt gjort på bakgrunn av registerdata og egenrapportering fra kommunene. Datakildene er ikke koblet på en slik måte at de kan si noe om årsak-virkning. Dette er heller ikke tilfellet i spørreskjemaundersøkelsen, som er en tverrsnittsundersøkelsen, med den begrensning at resultatene fra en slik undersøkelse heller ikke kan si noe om årsak-virkning eller retningen på mulige sammenhenger som observeres. Kvalitative metoder kan på sin side bidra til innsikt i hvordan og hvorfor noe skjer, og hvordan det oppleves av deltakerne i en bestemt kontekst. Kvalitative metoder kan også brukes til å identifisere hittil ukjente prosesser og sammenhenger. I denne rapporten er nettopp formålet med de kvalitative intervjuene å få ytterligere innsikt i hva som kan ligge bak spørsmålene som stilles i spørreskjemaundersøkelsen.

### 3.1.1 Metode for å kombinere data fra KOSTRA, regnskap fra kommunene og Kommunal Rapports leverandørdata

For å besvare problemstillingene om hvilke typer tjenester kommunene kjøper og hvor mye kommunene kjøper, benytter vi Kommunal Rapports leverandørdata og KOSTRA-data som grunnlag for en regnskapsundersøkelse til kommunene.

Siden målsettingen er å finne ut av hvilke omsorgstjenester som ytes av ideelle og kommersielle leverandører, må vi vite noe om leverandørene av ulike tjenester og dette finner vi ut av når kommunene rapporterer inn hva som er kjøpt av den enkelte leverandør. I regnskapsundersøkelsen sendte vi ut et skjema med leverandørtransaksjoner som vi ba kommunen om å fylle ut med hvilke tjenester hver navngitt leverandør har ytt for kommunen. Skjemaet viste også til hvilket beløp kommunen har rapportert inn til leverandørdatabasen og hvilken KOSTRA-funksjon dette beløpet er ført på. For å vise tjenestekjøp som erstatter kommunal egenproduksjon er det som er regnskapsført på art 370, tjenestekjøp fra private, de beløpene kommunene skulle sende inn. Vi synliggjorde også det kommunene hadde ført på art 270, da det erfaringsmessig forekommer feil mellom art 370 og 270 (jf. definisjonene i kapittel 2.3).

Det ble sendt ut klargjorte skjemaer for utfylling til alle landets kommuner med tjenestekjøp over 100 000 kr til sammen på KOSTRA-funksjonene 234, 254, 253 og 256. Der kommunene ikke har levert data til leverandørdatabasen ble det klargjort et blankt skjema til utfylling.

---

<sup>4</sup> Creswell JW & Plano Clark VL (2011). *Designing and Conducting Mixed Methods Research*. Sage Publications; USA.

Regnskapsundersøkelsen ble sendt ut i perioden fra 8. til 10.01.19 med svarfrist fra 23. til 24.01.19. Vi gjennomførte to runder med påminnelser. I første runde ble kommunenes kontaktpersoner påminnet om undersøkelsen, i den andre purrerunden fikk kommunene tilsendt et skjema hvor vi hadde stilt opp kommunenes kjøp og foreslått hvilke tjenester kjøpet var knyttet til. Vi har kun kunnet foreslå forslag til besvarelse for kommuner hvor:

- ▶ Det vesentligste av kjøpet rapportert i KOSTA er forklart med enkeltføringer fra leverandørundersøkelsen
- ▶ Tjenestefomfanget fra disse leverandørene i stor grad kan anslås basert på andre kommuners rapportering eller ved nærmere undersøkelse av hvilke tjenester leverandørene leverer.

For de kommunene som etter andre purringsrunde ikke har svart og det var samsvar mellom KOSTRA og leverandørdatabasen, er forslaget laget av Agenda Kaupang lagt til grunn i kartleggingen. For estimatet for øvrige kommuner er KOSTRA-tallene lagt til grunn.

For ytterligere beskrivelse av metoden i regnskapsundersøkelsen, se kapittel 6.1.

### 3.1.2 Spørreskjemaundersøkelsens metode

Kommunene har et «sørge for»-ansvar for pleie- og omsorgstjenestene. Etter dagens lover og regler står kommunen imidlertid fritt til å levere disse tjenestene i egen regi eller kjøpe dem fra private. Per dags dato finnes det ingen oversikt over på den ene siden utbredelsen av den type tjenester, eller på den andre siden begrunnelser som ligger til grunn for at kommuner velger/ikke velger ideelle eller kommersielle aktører som leverandør av helse- og omsorgstjenester i kommunene. Oppdraget innebærer derfor også:

«Å kartlegge hvorfor noen kommuner velger/ -ikke velger å kjøpe denne typen tjenester»

For å besvare dette benyttes en spørreskjemaundersøkelse. Spørsmålene til spørreskjemaundersøkelsen er kvalitetssikret av Helsedirektoratet og det er gjennomført en pilot av til tre rådmenn og en ordfører. Etter denne gjennomgangen ble det gjort noen mindre justeringer før undersøkelsen ble sendt ut 10.12.18. og endelig avsluttet 18.01.19.

Undersøkelsen er sendt ut til postmottak og adressert til rådmann eller kommunalsjef i alle kommuner i Norge (n=422). Undersøkelsen ble også sendt ut til postmottak til alle bydelene i Oslo (n=15).

### 3.1.3 Intervjuer

For å supplere resultatene fra spørreskjemaundersøkelsen ble det gjennomført 20 intervjuer med hovedsakelig kommunalsjefer innenfor helse- og omsorgstjenestene i noen utvalgte kommuner. Hovedformålet med intervjuene var å få et mer detaljert bilde av ulike begrunnelser for å velge/ikke velge ideelle og kommersielle tjeneste leverandører.

Kommunene ble valgt ut på bakgrunn av noen fastsatte kriterier. Utvalget skulle omfatte:

- ▶ kommuner som kjøper tjenester
- ▶ kommuner som ikke kjøper tjenester
- ▶ kommuner i forskjellige landsdeler
- ▶ små, mellomstore og store kommuner
- ▶ sentrale og usentrale kommuner basert på standard for sentralitet, SSB

Intervjuene var strukturerte og fulgte en fastsatt intervjuguide differensiert mellom kommuner som kjøper tjenester til erstatning av kommunal egenproduksjon og kommuner som ikke kjøper tjenester til erstatning av kommunal egenproduksjon.

### ***Intervju ideelle/kommersielle tjenestetilbydere***

For å få et enda mer utfyllende bilde når det gjelder kjøp av ideelle eller kommersielle tjenestetilbydere innenfor helse- og omsorgstjenestene har vi gjennomført intervjuer med 3 leverandører av helse- og omsorgstjenester.

Hensikten med å intervju leverandørene var å finne ut av:

- ▶ Hva betyr mest for kommunene ved valg av kommersielle/ideelle tjenestetilbydere?
- ▶ Er det pris, kompetanse eller i all hovedsak praktiske grunner?
- ▶ Hvordan er graden av profesjonalitet i innkjøp i ulike kommuner?
- ▶ Når dere skal vurdere å tilby tjenester tar dere hensyn til geografi, kommunestørrelse eller annet? Eller foreligger det noen andre kriterier?

Det er også interessant å få et innblikk i hva disse aktørene legger vekt på når de skal selge sine tjenester til kommuner. Foreligger det for eksempel noen kriterier for at virksomhetene etablerer seg i bestemte kommuner?

For ytterligere beskrivelse av metoden for intervjuene se kapittel 6.2.

## **3.2 Kvantitative datakilder**

I tillegg til ovennevnte innsamlede data i oppdraget har vi benyttet offentlig tilgjengelige data fra KOSTRA. Leverandør databasen til Kommunal Rapport er en viktig kilde for å kunne skille mellom private kommersielle leverandører og private ideelle leverandører. IPLOS vil ikke bli brukt i kartleggingen da SSBs funn fra deres oppdrag beskriver hva IPLOS kan gi av informasjon.

### ***Leverandør databasen***

Databasen gir oversikt over hvilke kommuner som har kjøpt tjenester, hvilke leverandører som er brukt, for hvor mye det er kjøpt, og hvilken art og KOSTRA-funksjon utgiften er ført på i regnskapet. Databasen gir også oversikt over hvilke bransjer og sektorer de enkelte leverandørene tilhører slik at vi kan identifisere om leverandøren er kommersiell eller ideell. Alle data er hentet fra kommunenes reskontrooversikter og koblet med data fra Enhetsregisteret.

I 2017 har 396 kommuner levert data til leverandør databasen. Disse kommunene utgjør omtrent 98 % av den totale kommuneøkonomien i Norge.

Databasen har noen svakheter. Kommunene har selv rapportert inn tallene fra sine regnskap og feil vil forekomme. Vi ser at leverandører som er satt som «ikke aktive» i kommunenes regnskaps-systemer for eksempel og der det har skjedd en fusjon i løpet av året, ikke vil komme med og at det dessuten kan være feilkilder knyttet til periodisering over årsskifter. Noen kommuner har rapportert inn tall inkl. mva, noe som Kommunal Rapport har korrigert i databasen. Korrigeringer av bilag knyttet til leverandørene i hovedboken vil ikke synes i leverandørreskontro når det sendes inn til leverandør databasen. Vi ser derfor at leverandør databasen ikke stemmer 100 % overens med KOSTRA.

### ***Kommune-stat-rapportering, KOSTRA***

KOSTRA inneholder blant annet data fra regnskapet for den enkelte kommune fordelt på regnskapsarter og funksjoner knyttet til grupper av tjenester. For dette oppdraget er det relevant å trekke ut hvilke utgifter kommunene har til KOSTRA-funksjonene definert i innledningen i kapittel 2, 234, 253, 254 og 256. Vi har totale brutto driftsutgifter for disse KOSTRA-funksjonene og utgiftene på art 370, kjøp av tjenester fra private.



KOSTRA gir ingen opplysninger om hvilke leverandører som har ytt tjenesten eller hvilken tjeneste innenfor KOSTRA-funksjonen som er levert. Vi kobler derfor sammen KOSTRA-tallene og leverandørdatabasen i regnskapsundersøkelsen som beskrevet i kapittel 3.1.1 og mer detaljert i kapittel 6.1.

KOSTRA gir ikke det detaljerte nivået som er nødvendig for denne kartleggingen. KOSTRA sier heller ikke noe om kvaliteten på det innrapporterte regnskapet og vi har derfor lagt størst vekt på kommunenes egenrapporterte kjøp og Kommunal Rapports leverandørdatabase.

### ***Enhetsregisteret i Brønnøysund***

Vi har brukt leverandørens organisasjonsform og sektorkode i Enhetsregisteret for å kunne identifisere hvorvidt leverandøren er ideell eller kommersiell. For organisasjonsformen Privat aksjeselskap er det mest vanlig at det er en kommersiell leverandør som står bak, for organisasjonsformen stiftelse eller samvirkeforetak er det mest vanlig at det er ideelle leverandører som står bak. Sektorkodene vi er interessert i å kartlegge er:

Tabell 3-1 Sektorkoder i Enhetsregisteret

Sektorkode	Beskrivelse
1520	Selvstendige kommuneforetak
2100	Private aksjeselskap mv.
2300	Personlige foretak
6500	Kommuneforvaltningen
7000	Ideelle organisasjoner
8200	Personlig næringsdrivende

## **3.3 Datakvalitet**

Erfaringer fra regnskapsundersøkelsen viser at det forekommer vesentlige feilføringer i kommunene. I den enkelte kommune er det gjerne den som har bestilt tjenesten som mottar fakturaen til kontering og attestering og det er dermed avgjørende at vedkommende har kjennskap til hvilken regnskapsart og KOSTRA-funksjon som er den riktige. Dette svikter dessverre i mange kommuner og gis liten oppmerksomhet før tallene skal tas i bruk for analyse og styring.

De vanligste feilføringene er feilføringer mellom KOSTRA-funksjonen 234 Aktiviserings- og service-tjenester overfor eldre og personer med funksjonsnedsettelse og 273 Arbeidsrettede tiltak i kommunal regi, 253 Institusjon og 254 Helsetjenester i hjemmet. Feilføringer mellom artene 370 *Kjøp fra private* og 270 *Kjøp av andre tjenester som inngår i kommunal tjenesteproduksjon* er også veldig vanlig. Eksempelvis er det svært ofte feilføringer på vikarbyråtjenester, innleie av leger, tolketjenester og egenandeler for spesialisthelsetjenester når det gjelder disse artene.

Det er usikkerhet i flere kommuner om hva som er å betrakte som institusjonstjenester og hva som er hjemmetjenester. For eksempel er tjenester til brukere innen psykisk helse med døgnomsorg i mange tilfeller betraktet som institusjonstjeneste selv om dette teknisk sett regnes som tjenester i bolig.



Ved gjennomgang av regnskapsundersøkelsen fremkommer det to hovedtyper av feil:

- ▶ Feil bruk av KOSTRA-funksjon
- ▶ Feil bruk av art

I kartleggingen finner vi at 56 % av føringene ikke gjelder tjenestekjøp til erstatning av kommunal egenproduksjon og dermed er feilført når vi sjekker KOSTRA-funksjonene 234, 253, 254, 256 og 273. For ytterligere beskrivelse av datakvalitet se kapittel 6.1.

# 4 Analyse og resultater

## 4.1 Regnskapsundersøkelsen

*Regnskapsundersøkelsen viser at kommunene kjøper tjenester til erstatning for egenproduksjon for 9,3 milliarder kroner for de fire KOSTRA-funksjonene vi har kartlagt. Dette er tilsvarende 8,5 % av brutto driftsutgifter. Kommunene kjøper alle typer tjenester, men mest sykehjemsplass, omsorgsbolig/bofelleskap og praktisk bistand BPA. 58 % av kjøpene er fra kommersielle leverandører og 42 % av kjøpene er fra ideelle leverandører. Større kommuner kjøper mer enn mindre kommuner, og mer sentrale kommuner kjøper mer enn mindre sentrale kommuner.*

Regnskapsundersøkelsen skal kartlegge situasjonen i Norge når det gjelder bruk av ideelle og kommersielle leverandører. I følgende kapittel viser vi resultatene fra kartleggingen.

Respondentene i regnskapsundersøkelsen utgjør 74 % av landets kommuner og representerer 88 % av landets innbyggere. Kommunene i utvalget står for 77 % av den samlede utgiften til PLO i norske kommuner<sup>5</sup>.

Tabell 4-1 Andel kommuner med tilhørende innbyggere som deltok i kartleggingen

	Kommuner	Innbyggere
Med i undersøkelsen	314	4 638 698
IKKE med i undersøkelsen	113	619 619
Andel med	73,5 %	88,2 %

Totalt er det 113 kommuner som ikke svarte /deltok i undersøkelsen. For 85 av disse kommunene viser tall fra KOSTRA at de kjøper tjenester i ulik grad. Kjøpene varierer fra ingen kjøp til 174 millioner kroner. Mediankjøpet for de som ikke er med i undersøkelsen er på 4,1 millioner kroner. Videre er 28 kommuner utelatt fra undersøkelsen da de ikke kjøper tjenester. Av de kommunene som ikke har svart på undersøkelsen finner vi både små (n=534 innbyggere) og store kommuner (n=44 029 innbyggere). Medianstørrelsen på kommunene som ikke har svart har omlag 4 000 innbyggere.

Agenda Kaupang vurderer svarprosenten som tilstrekkelig for at vi kan lage et godt nok estimat for tjenestekjøp fra kommersielle og ideelle leverandører på landsbasis. Tidspunktet for kartleggingen har vært ugunstig for kommunenes økonomiavdelinger og det er grunn til å tro at en kartlegging på et annet tidspunkt av året ville fått bedre respons.

### 4.1.1 Hvor mye kjøper kommunene

Tabellen under viser beløpene kjøpt i millioner kroner. Brutto driftsutgifter er hentet fra KOSTRA, kjøpet er hentet fra kommunenes rapportering i regnskapsundersøkelsen og andelen er beregnet ut fra dette. For kommuner som ikke har levert data i kartleggingen eller i leverandør-databasen, er det lagt til grunn at KOSTRA-rapporteringen er korrekt.

<sup>5</sup> Kilde: KOSTRA brutto driftsutgifter

Tabell 4-2 Estimert kjøp fra kommersielle og ideelle leverandører for alle norske kommuner i 2017, tall i mill. kr

Alle norske kommuner i MNOK	234 Aktiviserings- og servicetjenes- ter	253 Helse- tjenester i institusjon	254 Helse- tjenester i hjemmet	256 Øyeblikkelig hjelp døgnoophold	Totalt
Brutto kostnad for kommunen	6,3	44,2	57,2	0,8	108,6
Kjøpt fra kommersielle/ideelle	0,5	4,3	4,5	0,0	9,3
Andel kjøpt fra kommersielle/ideelle	7,7 %	9,6 %	7,9 %	0,0 %	8,5 %

Tabell 4-2 over viser at samlede kjøp for alle norske kommuner er 9,3 milliarder kroner for de fire KOSTRA-funksjonene. Tjenestekjøp for den enkelte kommune kan ses i tabell 6-4.

Det er grunn til å tro at estimatet er noe høyt for kommuner der vi har måttet legge KOSTRA-tall til grunn ettersom vi har oppdaget feilføringer i regnskapet i så stor grad. Likevel har vi ikke bedre data å legge til grunn for å estimere et nasjonalt nivå for kjøp av tjenester.

SSB har på oppdrag fra Helsedirektoratet gjennomført en egen undersøkelse av kjøpene fra private og ideelle organisasjoner. Kilden var registerdata. Agenda Kaupangs kartlegging viser et lavere nivå på kjøpene enn SSB (jf. tabellen under). Grunnen er at vi har samlet inn data fra kommuner og gjort korrigeringer av feilføringer.

Tabell 4-3 Forskjell i resultat mellom undersøkelse av registerdata fra SSB og regskapsundersøkelsen for norske kommuner i 2017, andel av brutto kostnad

Estimert kjøp fra private	234 Aktiviserings- og servicetjenes- ter	253 Helse- tjenester i institusjon	254 Helse- tjenester i hjemmet	256 Øyeblikkelig hjelp døgnoophold
Rapport utført av SSB	11,0 %	12,0 %	9,0 %	2,0 %
Regnskapsundersøkelsen	7,7 %	9,6 %	7,9 %	0,0 %
Avvik	-3,3 %	-2,4 %	-1,1 %	-2,0 %

Tabell 4-3 viser avviket mellom det SSB fant i sin undersøkelse basert på KOSTRA-tall og det vi har funnet basert på korrigerede regnskapstall. Forskjellen på KOSTRA-funksjon 234 skyldes at det er mye feilføring mellom denne funksjonen og 273 som er «arbeidsrettede tiltak». Forskjellen på KOSTRA-funksjon 253 og 254 skyldes i hovedsak feilføring på art og spesielt er vikarbyrå en stor feilkilde. Forskjellen på KOSTRA-funksjon 256 skyldes nærmest i sin helhet at Oslo kommune har feilført tjenester kjøpt fra Oslo Taxi på denne funksjonen.

Tabell 4-4 Forskjell i resultat mellom undersøkelse av registerdata fra SSB og Agenda Kaupangs kartlegging, tall i millioner kroner

Estimert kjøp fra private i MNOK	234 Aktiviserings- og servicetjenes- ter	253 Helse- tjenester i institusjon	254 Helse- tjenester i hjemmet	256 Øyeblikkelig hjelp døgnoophold	Totalt
Rapport utført av SSB	0,7	5,4	5,2	0,0	11,3
Regnskapsundersøkelsen	0,5	4,3	4,5	0,0	9,3
Avvik	-0,2	-1,1	-0,7	0,0	2,0

Tabellen over viser at undersøkelsen utført av SSB estimerer en verdi på private kjøp til erstatning for egenproduksjon som ligger 2 milliarder kroner høyere enn Agenda Kaupangs kartlegging. Det er spesielt KOSTRA-funksjonene 253 Institusjon og 254 Helsetjenester i hjemmet det er store forskjeller for. Estimert til SSB tilsvarer 21,5 % høyere enn Agenda Kaupangs kartlegging.

## 4.1.2 Hvilke tjenester kjøper kommunene

Kartleggingen skal svare på hva slags typer av helse og omsorgstjenester som ytes av ideelle og kommersielle tjenesteaktører. Altså den skal både svare på hvilke tjenester som kjøpes fra kommersielle og ideelle leverandører og for hvor mye.

Tabellen under viser hvilken andel av kjøpene for forskjellige typer tjenester kjøpes av kommersielle og ideelle leverandører.

Tabell 4-5 Fordeling av kjøp mellom kommersielle og Ideelle aktører

Relative andeler	Kommersielle	Ideelle
234: Dagaktivitetstilbud	40 %	60 %
234: Trygghetsalarm	100 %	0 %
253: Avlastning i institusjon/barnebolig	90 %	10 %
253: Sykehjemsplass	68 %	32 %
254: Avlastning, utenfor institusjon	91 %	9 %
254: Helsetjenester i hjemmet	96 %	4 %
254: Omsorgsbolig/bofellesskap	78 %	22 %
254: Praktisk hjelp	97 %	3 %
254: Praktisk hjelp, brukerstyrt personlig assistent (BPA)	48 %	52 %

Tabell 4-5 viser at når det gjelder dagaktivitetstilbud er det 40 % som leveres av kommersielle og 60 % som leveres av ideelle. Det er viktig å merke seg at kommunale selskap under sektorkode 1520 Selvstendige kommuneforetak her behandles som kommersielle selv om de sannsynligvis ikke er stiftet for å gi profitt til eieren. Mange dagaktivitetstilbud er organisert som slike selskaper. Den store andelen ideelle leverandører av dagaktivitetstilbud kan skyldes at det i dette også ligger tilskudd til organisasjoner som driver eldresentre.

Tabellen viser også at det er på områdene sykehjemsplass, omsorgsbolig og bofellesskap og Praktisk hjelp, BPA hvor det er størst andel kjøp fra ideelle leverandører.

Tabell 4-6 Unike leverandører i regnskapsundersøkelsen etter selskapsform og tjeneste

Unike leverandører	Kommersielle	Ideelle	Totalt
234: Dagaktivitetstilbud	154	39	193
234: Trygghetsalarm	12	0	12
253: Avlastning i institusjon/barnebolig	73	8	81
253: Sykehjemsplass	76	32	108
254: Avlastning, utenfor institusjon	70	9	79
254: Helsetjenester i hjemmet	44	8	52
254: Omsorgsbolig/bofellesskap	91	24	115
254: Praktisk hjelp	58	7	65
254: Praktisk hjelp, brukerstyrt personlig assistent (BPA)	59	4	63

Tabellen over viser at det finnes 154 kommersielle leverandører som kommunene har rapportert at de kjøper dagaktivitetstilbud fra. Av disse er 52 aksjeselskaper heleid av kommuner og 6 aksjeselskaper heleid av stiftelser<sup>6</sup>. I oversikten presenteres kjøpet som om det er fra private, basert på selskapsformen til leverandør, uavhengig om det er en annen selskapsform på eierselskapet.

<sup>6</sup> Kommuner kan velge å stifte aksjeselskap etter Lov om aksjeselskaper og disse blir da et eget rettssubjekt hvor styret skal føre tilsyn med virksomheten og påse at selskapet har en betryggende formuesforvaltning, internkontroll og ledelse. Kommunen må utøve eierskapet i henhold til en eierstrategi som viser kommunens mål med selskapet og resultatkrav.

Tabell 4-7 Fordeling av kjøp etter type og leverandørens selskapsform, regnskapsundersøkelsen 2017 (kjøp i tusen kroner og andel i prosent)

Fordeling av type kjøp etter selskapsform	Kommersielle		Ideelle		Totalt kjøp
	Kjøp	Andel	Kjøp	Andel	
234: Dagaktivitetstilbud	421 095	89 %	49 424	11 %	470 520
234: Trygghetsalarm	15 053	100 %	-	0 %	15 053
253: Avlastning i institusjon/barnebolig	562 671	92 %	51 882	8 %	614 553
253: Sykehjemsplass	1 552 072	43 %	2 099 042	57 %	3 651 115
254: Avlastning, utenfor institusjon	101 713	93 %	7 458	7 %	109 171
254: Helsetjenester i hjemmet	407 165	91 %	42 488	9 %	449 653
254: Omsorgsbolig/bofellesskap	1 152 004	63 %	682 476	37 %	1 834 480
254: Praktisk hjelp	249 161	94 %	16 162	6 %	265 323
254: Praktisk hjelp, BPA	877 294	47 %	973 069	53 %	1 850 363
Sum	5 338 228	58 %	3 922 003	42 %	9 260 232

Hvis vi ser på forholdet i tabellen over mellom andelsmessig ideelle leverandører og hvor mye disse leverer av de kjøpte tjenestene ser vi tydelig at ideelle er overrepresentert på sykehjemsplass, omsorgsbolig/bofellesskap og brukerstyrt personlig assistent (BPA).

Tabell 4-8 De 10 største leverandørene i regnskapsundersøkelsen og deres andel av totalt kjøp

10 største leverandører	Kjøp	Andel
ULOBA - INDEPENDENT LIVING NORGE SA	763 470	8,2 %
ALERIS UNGPLAN & BOI AS	692 549	7,5 %
OMSORGPARTNER AS	194 363	2,1 %
ATTENDO OMSORG AS	167 488	1,8 %
HEIMTA AS	127 866	1,4 %
UNICARE BAB AS	118 616	1,3 %
PRIMA OMSORG AS	112 366	1,2 %
ASSISTERMEG AS	109 754	1,2 %
ASOR HELSE AS	102 526	1,1 %
STIFTELSEN BETANIEN BERGEN	91 315	1,0 %
Andre leverandører	6 782 962	73,2 %

Tabell 4-8 viser de ti største leverandørene i regnskapsundersøkelsen og hvor stor andel av leveransene de står for. Samlet står de ti største leverandørene for 26,8 % av leveranseverdien til kommunene i undersøkelsen (jf. tabellen over). Av tabell 4-9 leses det hvordan kommunenes kjøp fra disse leverandørene fordeles på enkelttjenester. ULOBA og Stiftelsen Betanien Bergen er ideelle leverandører, mens de andre leverandørene er kommersielle leverandører.

Tabell 4-9 Type kjøp fra de 10 største leverandørene<sup>7</sup>

	ULOBA	Aleris	Omsorgsp.	Attendo	Heimta
253: Avlastning i institusjon/barnebolig	0 %	16 %	24 %	0 %	4 %
253: Sykehjemsplass	0 %	19 %	0 %	100 %	0 %
254: Avlastning, utenfor institusjon	0 %	1 %	0 %	0 %	0 %
254: Helsetjenester i hjemmet	0 %	2 %	0 %	0 %	1 %
254: Omsorgsbolig/bofellesskap	0 %	35 %	76 %	0 %	51 %
254: Praktisk hjelp	0 %	2 %	0 %	0 %	5 %
254: Praktisk hjelp, BPA	100 %	24 %	0 %	0 %	38 %

	Unicare	Prima O	Assist.m	Asor *	Betanien
234: Dagaktivitetstilbud	23 %	0 %	0 %	0 %	0 %
253: Sykehjemsplass	28 %	0 %	0 %	0 %	100 %
254: Helsetjenester i hjemmet	0 %	14 %	0 %	98 %	0 %
254: Omsorgsbolig/bofellesskap	2 %	12 %	0 %	0 %	0 %
254: Praktisk hjelp	47 %	28 %	0 %	0 %	0 %
254: Praktisk hjelp, BPA	1 %	46 %	100 %	2 %	0 %

Av tabell 4-9 vises det tydelig at enkelte av de ti største leverandørene er spesialisert innen for enkelttjenester mens andre leverer et bredere spekter av tjenester.

### 4.1.3 Egenskaper ved kommunene som kjøper tjenester

#### De største kommunene kjøper mest målt i kroner

Oslo kommune er suverent den største kommunen når det gjelder private kjøp til erstatning for kommunal tjenesteproduksjon, og det er ikke så rart i og med at Oslo er den desidert største kommunen i landet. Av tabell 4-10 følger en oppstilling av de ti største kommunene i kjøpsverdi.

Oslo kommune hadde ved utgangen av 2018 25 private sykehjem og 19 kommunale sykehjem. Ved utløp av kontrakter med de private tilbyderne de senere årene, har kommunen i flere tilfeller tatt tilbake tjenesteproduksjon innenfor egne rekker. Det har vært en uttrykt politikk av dagens bystyre om å i mindre grad konkurranseutsette disse tjenestene.

Tabell 4-10 Utgifter til kjøp av tjenester i de ti største kommunene, tall i hele tusen. Kjøpenes andel av bruttoutgiftene i prosent.

	Andel	Kjøp	Brutto
Oslo	31 %	3 686 039	11 935 962
Bergen	16 %	901 555	5 585 362
Asker	18 %	230 420	1 261 064
Stavanger	6 %	160 206	2 538 744
Trondheim	5 %	150 997	3 303 913
Tromsø	8 %	116 298	1 541 563
Bærum	4 %	115 662	2 641 587
Askøy	22 %	106 801	484 646
Tønsberg	10 %	101 053	996 618
Fredrikstad	5 %	88 484	1 777 985

<sup>7</sup> \*Asor helse leverer tjenester i hjemmet som inkluderer alle tjenestekodene innen KOSTRA-funksjon 254. Vi har ikke klart å gjøre en finere fordeling på dette selskapet.

## De største kommunene kjøper ikke mest målt i andel

Flere mindre kommuner har en svært stor andel av sine tjenester konkurranseutsatt i 2017 (jf. tabellen under). Tabell 4-11 viser de ti største kommunene i utvalget i andel private kjøp<sup>8</sup>.

Austevoll er den kommunen som har kjøpt den største andelen av tjenester. De har konkurranseutsatt både sykehjemmet og hjemmetjenesten. Moskenes har kjøpt omsorgsbolig/bofellesskap og har en andel på 32 % av brutto driftsutgifter som kjøp.

Tabell 4-11 De 10 største kommunene i andel kjøp, tall i hele tusen

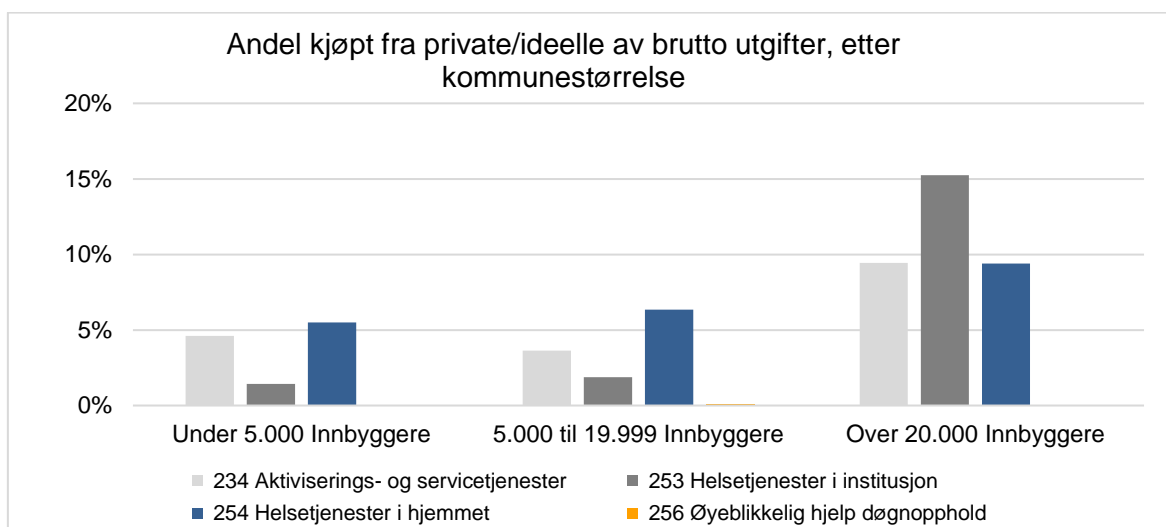
	Andel	Kjøp	Brutto
Austevoll	65 %	64 925	100 067
Moskenes	32 %	19 271	60 307
Oslo	31 %	3 686 039	11 935 962
Nore og Uvdal	22 %	20 293	90 358
Askøy	22 %	106 801	484 646
Hobøl	21 %	25 359	119 870
Spydeberg	20 %	27 524	139 206
Båtsfjord	19 %	14 063	72 154
Leka	19 %	4 355	22 560
Asker	18 %	230 420	1 261 064

Selv om Austevoll og Askøy kommer høyt opp på listen for kjøp i 2017, er dette er ikke nødvendigvis tilfellet over tid. Askøy hadde Klepppestø sykehjem i privat drift i 2017, mens det er fra 2018 gått tilbake i kommunal drift. Austevoll kommune har hatt både sykehjemsdrift og hjemmetjeneste konkurranseutsatt i flere år, men har i 2019 bestemt at tjenestene skal utføres i kommunal regi fra 2020.

<sup>8</sup> De tre kommunene Aurland, Moss og Vestre Slidre hvor kjøpene utgjør henholdsvis 23,7 %, 23,8 % og 32,3 % av brutto utgift, ville kommet med på listen dersom KOSTRA-tallene er korrekte. For disse kommunene har vi ikke mottatt svar og heller ikke klart å verifisere tallene med data fra leverandørdatabasen og de er dermed utelatt fra tabellen.

## Målt som gruppe kjøper de største andelsmessig mest

Figuren under viser andelen kjøpte tjenester sortert på KOSTRA-funksjon og gruppert i små, mellomstore og store kommuner.



Figur 4-1 Andel kjøp fra private/ideelle av brutto utgift sortert etter kommunestørrelse

Av Figur 4-1 ser vi at andelen kjøpte tjenester er noe høyere for større enn mindre kommuner for alle KOSTRA-funksjoner, noe som bekrefter hypotesen om at større kommuner kjøper mer enn mindre. De mellomstore kommunene kjøper imidlertid omtrent like mye hjemmetjenester som de større kommunene og dette skyldes at de mellomstore kjøper omsorgsbolig/bofellesskap til krevende brukere. De små kjøper også en del tjenester i omsorgsbolig/bofellesskap om enn ikke i like stor grad som de mellomstore og store kommunene.

## Større kommuner kjøper mer sykehjem, mindre kommuner mer omsorgsbolig

For å kunne synliggjøre hvor mye kommunene kjøper på en annen måte, har vi valgt å bryte utgifter ned på kroner per innbygger i kommunen.

Tabell 4-12 Kjøp per innbygger av private tjenester til erstatning for egenproduksjon, i kroner

Kjøp av tjenester per innbygger i kroner etter størrelse på kommunen	Under 5.000 Innbyggere	5.000 til 19.999 Innbyggere	Over 20.000 Innbyggere
234: Dagaktivitetstilbud	75	56	52
234: Trygghetsalarm	0	0	5
253: Sykehjemsplass	55	128	442
253: Avlastning i institusjon/barnebolig	189	72	131
253: Dagopphold i institusjon	-	-	38
254: Praktisk hjelp, brukerstyrt personlig assistent (BPA)	250	361	340
254: Praktisk hjelp	3	53	50
254: Helsetjenester i hjemmet	118	43	20
254: Omsorgsbolig/bofellesskap	314	524	223
254: Avlastning, utenfor institusjon	8	29	15
256: Kommunal øyeblikkelig hjelp, døgnopphold	-	0	-



Særlig kjøp av sykehjemsplasser ser ut til å øke for de større kommunene. Dette støtter hypotesen om at sykehjemsdrift konkurranseutsettes i større grad i større kommuner. Tilsvarende ser vi også at mellomstore kommuner er overrepresentert i kjøp av omsorgsbolig og bofellesskap. Når det gjelder 254: *Praktisk hjelp, BPA* ser det ut som at mindre kommuner kjøper mindre enn de mellomstore og store. Dette kan for eksempel skyldes at mindre kommuner heller utfører tjenestene selv eller at de ikke tildeler 254: *Praktisk hjelp, BPA* som tjeneste.

Ser vi 254: *Helsetjenester i hjemmet* i sammenheng med 254: *Omsorgsbolig/bofellesskap*, kjøper de minste kommunene nesten like mye som de mellomstore. Det kan være at grenseoppdragningen mellom disse to tjenestekodene ikke er godt nok forklart for kommunene. Vi vet fra tidligere undersøkelser at kommuner legger ulike tolkninger i de forskjellige tjenestebegrepene.

### Sentrale kommuner kjøper mer enn mindre sentrale

For å sjekke om det er kommunens størrelse som er avgjørende for om kommunene kjøper private tjenester eller om det er kommunenes muligheter til å kjøpe private tjenester har vi valgt å se på hvor sentralt plasserte kommunene er. I dette ligger den en antagelse om at sentralt plasserte kommuner har en større mulighet til å kjøpe tjenester enn mindre sentrale kommuner. Erfaringer fra intervjuene med kommunene viser at lite sentrale kommuner ikke nødvendigvis mangler muligheter for å kjøpe tjenester, men det kan være en oppfatning om at det er vanskelig å finne tilbydere slik at kostnaden ved slike kjøp forventes å bli høyere og tilbøyeligheten for å gjennomføre kjøpene mindre.

Hvis vi klassifiserer kommunene etter SSB sin standard for kommunens sentralitet av 2018, ser vi forskjeller i kjøpstilbøyelighet. For en forklaring av standard for sentralitet, se metodekapitlet. Vi har i stedet for tallnummereringen av sentralitet kalt kategoriene «Mest sentrale», «2. Mest sentrale» osv.

Tabell 4-13 Andel private kjøp av brutto driftsutgift etter kommunens sentralitet, SSB (antallet kommuner i parentes)

	234	253	254
Mest sentrale kommuner (8)	18,2 %	31,5 %	17,1 %
Nest-mest sentrale kommuner (26)	6,4 %	10,2 %	7,5 %
Mellomsentrale kommuner 1 (63)	3,2 %	3,9 %	6,1 %
Mellomsentrale kommuner 2 (105)	4,0 %	2,2 %	4,9 %
Nest-minst sentrale kommuner (119)	3,1 %	1,4 %	6,3 %
Minst sentrale kommuner (101)	5,6 %	2,6 %	4,9 %

Av tabell 4-13 ser vi at sentrale kommuner i sterkere grad kjøper tjenester enn mindre sentrale kommuner. Av tabellen kan vi ikke se om kjøpstilbøyeligheten skyldes kommunens sentralitet eller det faktum at sentrale kommuner har en større størrelse.

Tabell 4-14 og 4-15 viser andel kjøpte tjenester etter sentralitet for henholdsvis kommuner under 5 000 innbyggere og under 10 000 innbyggere. Ingen av disse kommunene er blant de mest sentrale kommunene i landet.

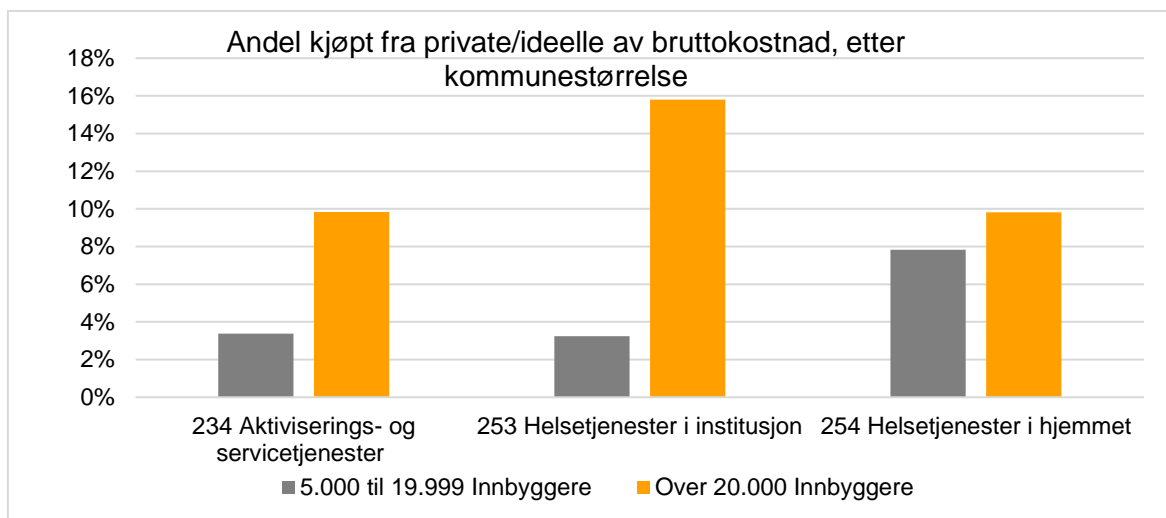
Tabell 4-14 Private kjøp som andel av brutto driftsutgift for kommuner under 5 000 innbyggere etter sentralitet (antall kommuner i parentes)

	234	253	254
Mellomsentrale kommuner 1 (1)			55,0 %
Mellomsentrale kommuner 2 (22)	9,4 %	1,6 %	6,2 %
Nest-minst sentrale kommuner (62)	3,0 %	0,6 %	5,2 %
Minst sentrale kommuner (61)	3,6 %	2,4 %	4,9 %

Tabell 4-15 Private kjøp som andel av brutto driftsutgift for kommuner under 10 000 innbyggere etter sentralitet (antall kommuner i parentes)

	234	253	254
Nest-mest sentrale kommuner (1)			7,3 %
Mellomsentrale kommuner 1 (16)	4,7 %	3,2 %	11,7 %
Mellomsentrale kommuner 2 (60)	5,3 %	1,0 %	4,7 %
Nest-minst sentrale kommuner (78)	3,5 %	1,6 %	6,2 %
Minst sentrale kommuner (62)	5,6 %	2,6 %	4,9 %

Av tabellene ser vi først at det klare skillet på andel private kjøp kommer i de tredje mest sentrale kommunene i Tabell 4-16. I denne tabellen ser vi at gruppen kommuner har økt fra én til 16 kommuner sammenliknet med Tabell 4-15. Av dette kan vi lese at økningen i kjøp skyldes kommuner mellom 5 000 og 10 000 innbyggere. Dette indikerer at kommunen bør være større enn 5 000 innbyggere og være relativt sentral før vi kan forvente at andelen private kjøp er forhøyet.



Figur 4-2 Kjøp fra private fra de mest sentrale kommunene etter størrelse

I Figur 4-2 har vi sett på de kommunene som SSB klassifiserer som mest, nest mest og 3. mest sentrale kommunene. I utvalget ligger det 41 kommuner i størrelsen 5 000 til 19 999 innbyggere og 45 kommuner med mer enn 20 000 innbyggere. Av figuren kan vi se at kommunens størrelse er avgjørende for omfang av kjøp også for de sentralt beliggende kommunene.

## 4.2 Spørreskjemaundersøkelsen

I overkant av seks av ti kommuner oppgir at de kjøper tjenester fra ideelle/kommersielle tjenestetilbydere. Forekomst av kjøp av tjenester øker med antall innbyggere i kommunen. De største kommunene kjøper de fleste av de aktuelle tjenestene. Den tjenesten som hyppigst kjøpes uavhengig av størrelse på kommunen er brukerstyrt personlig assistanse (BPA) og tjenester knyttet til bemannet bolig. Den hyppigst brukte begrunnelsen for å kjøpe tjenester er «Fordi kommunen mangler det konkrete tilbudet (f.eks. pga. manglende kapasitet eller kompetanse, eller fordi det gjelder spesielt krevende bruker (e))» De fleste kommunene kjøper både fra ideelle og kommersielle tjenestetilbydere. Kvalitet oppgis som det viktigste kriteriet ved valg av tjenester, deretter pris, mens i underkant av to av ti kommuner foretrekker ideell leverandør når tilbyder velges. Resultatene fra undersøkelsen viser at kjøp av tjenester i liten grad er et resultat av et politisk ønske. Men blant de kommunene som ikke kjøper tjenester, er det gjerne et politisk ønske om at kommunen ikke skal kjøpe tjenester.

Formålet med spørreskjemaundersøkelsen har vært å kartlegge ulike begrunnelser for hvorfor noen kommuner velger / ikke velger å kjøpe tjenester fra ideelle- og kommersielle tjenestetilbydere innenfor helse- og omsorgstjenestene.

Spørreskjemaundersøkelsen ble sendt ut 10. desember til postmottak i 422 kommuner samt til alle 15 bydeler i Oslo. Den ble avsluttet 18. januar 2019. 217 kommuner og tre bydeler har svart på undersøkelsen. Det betyr at om lag halvparten (51 %) av kommunene og 20 % av bydelene har svart på undersøkelsen.

### ***Kommunestørrelse og responsrate***

Tabell 4-17 viser en oversikt over antall og andel svar etter antall innbyggere i kommunen. Høyest responsrate finner vi blant kommuner i størrelsesorden 10 000 til 50 000 innbyggere. Med unntak av de største kommunene med flere enn 50 000 innbyggere, der 60 % har svart på undersøkelsen, er det lavere respons blant kommuner med færre enn 10 000 innbyggere. Lavest respons på undersøkelsen finner vi blant de aller minste kommunene. En mulig forklaring på lav responsrate blant de minste kommunene er at det er mindre vanlig å kjøpe tjenester blant de minste kommunene, og at de av den grunn ikke har svart på undersøkelsen. Tall fra regnskapsundersøkelsen viser blant annet at det er mindre utbredt i de aller minste kommunene, med færre enn 2 500 innbyggere, å kjøpe tjenester fra ideelle og kommersielle tjenesteleverandører. For flere metodiske betraktninger omkring responsraten henvises leseren til metodekapittelet.

Tabell 4-16 Antall/andel svar gruppert etter antall innbyggere i kommunen

Antall innbyggere	Antall svar	Andel svar
50 000≤	9	9/15 = 60 %
10 000 - 50 000	77	77/98 = 79 %
5000 - 10 000	43	43/87 = 49 %
2500 - 5000	46	46/95 = 48 %
≤ 2500	42	42/126 = 33 %
Bydel	3	3/15 = 20 %
Totalt	220	220/436 = 50 %

*Hvem har svart på undersøkelsen på vegne av kommunen*

Av de som har svart på undersøkelsen utgjør kommunalsjefer (eller tilsvarende) den største andelen (75 %, n=166), deretter følger kategorien annet (17 %, n=37). I kategorien «annet» er rådgiver, enhetsleder eller leder/saksbehandler ved tildelingskontor den stillingskategorien som forekommer hyppigst. Til slutt kommer rådmenn (8 % n= 17). Det er ingen ordførere blant de som har svart på undersøkelsen.

Resultatene viser at 64 % (n=140) av kommunene har kjøpt tjenester fra ideelle eller kommersielle leverandører innenfor de kommunale helse- og omsorgstjenestene siste 12 måneder, mens 39 % (n= 79) svarer at de ikke har kjøpt slike tjenester. Siden det bare er tre bydeler som har svart på undersøkelsen, har vi slått sammen resultatene for kommuner og bydeler.

Andelen som svarer «ja» er aller lavest i kommuner med færre enn 2 500 innbyggere, og høyest i kommuner med flere enn 50 000 innbyggere (jf. tabell 4-18). For de minste kommunene er responsraten på 33 %, og så lav at det kan hefte seg en viss usikkerhet til hvor representativt resultatene fra spørreskjemaundersøkelsen er for de aller minste kommunene.

Tabell 4-17 Kjøp av tjenester fra ideell eller kommersiell leverandør siste 12 måneder, fordelt etter antall innbyggere i kommunen

Antall innbyggere	Ja (%)	Nei (%)
50 000 ≤	100	
10 000 – 50 000	84	16
5000 – 10 000	65	35
2500 – 5000	58	42
≤ 2500	23	77
Totalt	64	39

Bydelene inngår ikke i denne oversikten

## 4.2.1 Resultater fra kommuner som svarer at de har kjøpt tjenester siste 12 måneder

I tabell 4-18 følger noen resultater fra undersøkelsen blant kommuner som svarer at de har kjøpt helse- og omsorgstjenester siste 12 måneder. Resultatene som presenteres i tabell 4-18 viser at det er mest vanlig å kjøpe tjenester innenfor brukerstyrt personlig assistanse (BPA) og bemannet bolig. Det er viktig å gjøre oppmerksom på at de enkelte kommunene har krysset av for flere ulike tjenester, slik at antallet (n) i de ulike tjenester overstiger antall kommuner som har svart at de kjøper ideelle/kommersielle tjenester.

Tabell 4-18 Antall kommuner med kjøp av ulike tjenester og andelen kommuner med kjøp

KOSTRA-funksjon	Tjenestetype	N	%
234	Dagaktivitetstilbud	40	29
234	Trygghetsalarm (utføring av tjeneste/pleie, gjelder ikke abonnement)	10	7
253	Sykehjemsplasser	42	30
253	Barnebolig/avlastning i institusjon	26	19
253	Helsetjenester i hjemmet/hjemmetjenester	15	11
254	Bemannet bolig	74	53
254	Brukerstyrt personlig assistent (BPA)	84	60
254	Praktisk Bistand	19	14
256	Kommunal øyeblikkelig hjelp, døgnopphold	7	5

Vi har sett nærmere på om det er forskjell mellom kommuner av ulik størrelse i hvilken type tjenester kommunene kjøper. Resultatene viser at blant de kommunene som har inntil 5000 innbyggere er det mest utbredt å kjøpe tjenester innenfor bemannet bolig. Blant kommuner med flere enn 5000 innbyggere er det kjøp av brukerstyrt personlig assistanse (BPA) som er mest utbredt. I kommuner med flere enn 50 000 innbyggere kjøpes alle typer tjenester med unntak av kommunal øyeblikkelig hjelp.

I spørreskjemaet blir kommunene videre stilt spørsmål om de kjøper tjenester av ideelle, kommersielle eller kommersielle og ideelle leverandører. Formålet med å stille dette spørsmålet var å kartlegge utbredelsen av kommuners kjøp av tjenester fra de ulike leverandørene og samtidig kartlegge hvilke kriterier som ligger til grunn fra kommunen sin side når leverandør av tjenestene skal velges.

Av kommunene svarer 11 % (n=15) at de kjøper tjenester fra ideelle, 48 % (n=66) at de kjøper fra kommersielle og 41 % (n=57) at de kjøper fra kommersielle og ideelle. Når det gjelder hvilke kriterier som ligger til grunn for valget om å kjøpe tjenester fra kommersielle/ideelle

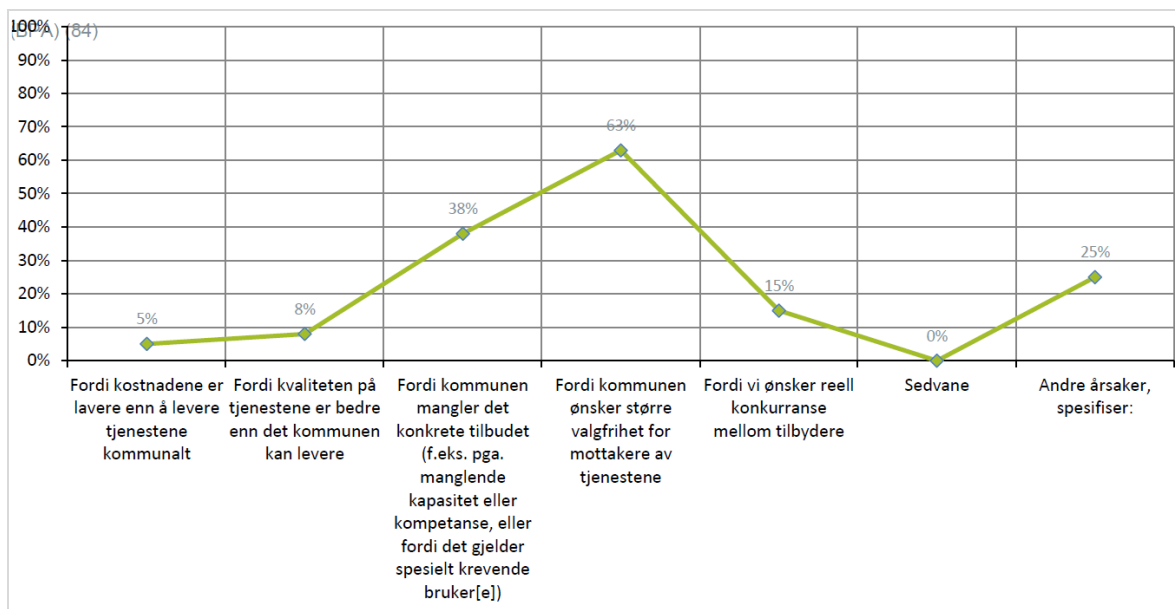
tjenestetilbydere er det mulig å svare på inntil to alternativer. Det er mest vanlig å oppgi «kvalitet» (81 %, n =113), deretter «pris» (67 %, n=94), og til slutt «annet» (32 %, n=45). I kategorien «annet» oppgis mange ulike årsaker, men kompetanse, geografi og valgfrihet er noen begrunnelser som går igjen. 17 % (n=24) av kommunene foretrekker ideell leverandør dersom dette er tilgjengelig.

### Begrunnelser for å kjøpe tjenester innenfor de ulike tjenestene

I spørreskjemaet er det spurt om hvilke typer tjenester kommunen kjøper. Kommunene har deretter blitt stilt flere oppfølgingsspørsmål med ulike begrunnelser for at kommunen kjøper denne tjenesten, respondenten gis mulighet til å velge inntil tre ulike begrunnelser for kjøp av de enkelte tjenestene. I det følgende gjengis svarfordelingen til noen begrunnelser innenfor de ulike tjenestene. Resultatene presenteres etter den rekkefølgen hvor det er mest vanlig at kommunene kjøper tjenester fra ideelle/kommersielle leverandører. For en oversikt over hvilke begrunnelser for kjøp av de ulike tjenestene som er hyppigst benyttet se tabell 4-19.

### Begrunnelser for å kjøpe BPA-tjenester

Det er mest vanlig å kjøpe tjenester fra ideelle/kommersielle aktører innenfor BPA-tjenester. 60 % av kommunene i utvalget kjøper den type tjenester. Blant de kommunene som kjøper BPA-tjenester er det mest vanlig å oppgi begrunnelsen «Fordi kommunen ønsker større valgfrihet for mottakerne av tjenestene» 63 % (n=53), og deretter «Fordi kommunen mangler det konkrete tilbudet (for eksempel på grunn av manglende kapasitet eller kompetanse, eller fordi det gjelder en spesielt krevende bruker (e))» 38 % (n=32). 15 % (n=13) svarer «Fordi vi ønsker reell konkurranse mellom tilbydere». I kategorien annet oppgis den hyppigste årsaken å være at «brukere og pårørende ønsker annen leverandør enn kommunen» og at det er «politisk vedtak om fritt brukervalg innen BPA» For de andre begrunnelsene er det totale antallet respondenter få, noe som medfører statistisk usikkerhet knyttet til blant annet representativitet.



Figur 4-3 Ulike begrunnelser for kjøp av BPA-tjenester

### ***Begrunnelser for å kjøpe tjenester innenfor bemannet bolig***

I alt oppgir 53 % av kommunene som kjøper tjenester at de kjøper tjenester innenfor bemannet bolig. Begrunnelsen for kjøp av tjenester knyttet til bemannet bolig, er i all hovedsak «Fordi kommunen mangler det konkrete tilbudet (f.eks. pga. manglende kapasitet eller kompetanse, eller fordi det gjelder spesielt krevende bruker (e))» Hele 95 % (n=70) svarer dette. Et mindre antall svarer «Fordi kvaliteten på tjenestene er bedre enn det kommunen kan levere» (11 %, n =8), og «Andre årsaker, spesifiser» (11%, n=8). De andre årsakene er i all hovedsak knyttet til manglende kompetanse i kommunen.

### ***Begrunnelser for å kjøpe sykehjemsplasser***

Blant kommunene som kjøper tjenester oppgir 30 % at de kjøper sykehjemsplasser. Begrunnelsen for kjøp av denne tjenesten, og som oppgis blant flest kommuner er «Fordi kommunen mangler det konkrete tilbudet (f.eks. pga. manglende kapasitet eller kompetanse, eller fordi det gjelder spesielt krevende bruker (e))». Dette oppgis av 83 % (n=35), for de øvrige begrunnelsene er antallet respondenter som har svart få (færre enn fire), og det er dermed ikke statistisk forsvarlig å presentere resultater for disse.

### ***Begrunnelser for å kjøpe dagaktivitetstilbud***

Blant kommunene som kjøper tjenester oppgir videre om lag 29 % (n=40) at de kjøper dagaktivitetstilbud fra ideelle/kommersielle. Den mest vanlige begrunnelsen er «Fordi kommunen mangler det konkrete tilbudet (f.eks. pga. manglende kapasitet eller kompetanse, eller fordi det gjelder spesielt krevende bruker (e))» 58 % (n=23) svarer dette. 35 % (n=14) oppgir «Fordi kommunen ønsker større valgfrihet for mottakere for tjenestene» og 23 % (n=9) oppgir henholdsvis «Fordi kvaliteten på tjenesten er bedre enn det kommunen kan levere» og «Andre årsaker, spesifiser». Kommentarer som er lagt inn her som begrunnelser er knyttet til både et «hensyn til brukere og foresatte, ønske om å bruke frivillighet/lav terskel tilbud i regi av Røde Kors eller at private aktører som gir et tilbud som kommunen ikke har.

### ***Begrunnelser for å kjøpe tjenester innenfor barnebolig/avlastning i institusjon***

Blant kommuner som kjøper tjenester oppgir 19 % (n=26) at de kjøper tjenester knyttet til barnebolig/avlastning i institusjon. Blant disse er den mest utbredte begrunnelsen «Fordi kommunen mangler det konkrete tilbudet (f.eks. pga. manglende kapasitet eller kompetanse, eller fordi det gjelder spesielt krevende bruker (e))». Det utgjør 85 % (n=22). For de øvrige begrunnelsene er antallet respondenter som har svart få (færre enn fire), og det er dermed ikke statistisk forsvarlig å presentere resultater for disse.

### ***Begrunnelser for å kjøpe tjenester innenfor Praktisk bistand***

14 % (n=19) oppgir at de kjøper tjenester innenfor praktisk bistand. Blant disse er den mest utbredte begrunnelsen «Fordi kommunen ønsker større valgfrihet for mottakere av tjenestene» og 58 % (n=11) oppgir dette, 37 % (n=7) oppgir at begrunnelsen er «Fordi kommunen mangler det konkrete tilbudet (f.eks. pga. manglende kapasitet eller kompetanse, eller fordi det gjelder spesielt krevende bruker (e))», mens andelen som svarer «Fordi vi ønsker reell konkurranse mellom tilbydere» er 32 % (n=6).

### ***Begrunnelser for å kjøpe tjenester innenfor Helsetjenester i hjemmet/hjemmetjenester***

I alt 11 % (n=15) oppgir at de kjøper tjenester innenfor helsetjenester i hjemmet/hjemmetjenester. Del fleste oppgir begrunnelsen «Fordi kommunen mangler det konkrete tilbudet (f.eks. pga. manglende kapasitet eller kompetanse, eller fordi det gjelder spesielt krevende bruker (e))» (73 %, n=11).

**Begrunnelser for å kjøpe tjenester innenfor Trygghetsalarm og kommunal øyeblikkelig hjelp**

Andelen som oppgir at de kjøper tjenester knyttet til trygghetsalarm (dette gjelder ikke tekniske tjenester, knyttet til montering vedlikehold m.m), utgjør 7 % (n=10). De eneste begrunnelsene som oppgis av flere enn fire kommuner er «Fordi kommunen mangler det konkrete tilbudet (f.eks. pga. manglende kapasitet eller kompetanse, eller fordi det gjelder spesielt krevende bruker (e))» (60 % n=6) og «Fordi kvaliteten på tjenestene er bedre enn det kommunen kan levere (50 %, n=5). Av kommunene som kjøper tjenester oppgir 5 % (n=7) at de kjøper tjenester innenfor kommunal øyeblikkelig hjelp. Dette er for få respondenter til å analysere dette tallet nærmere.

Tabell 4-19 Oversikt over de inntil tre vanligste begrunnelsene for kjøp innenfor de ulike tjenestene

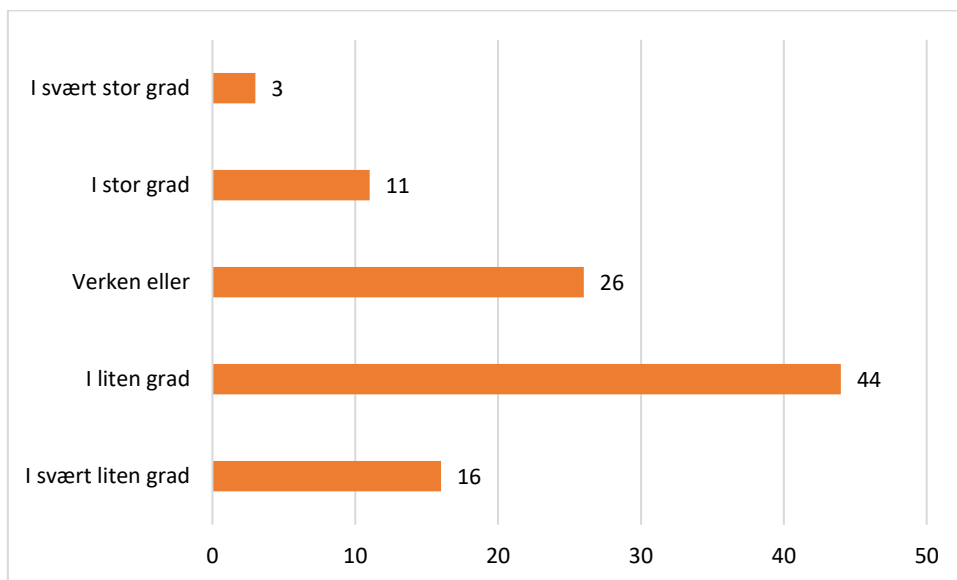
	BPA	Bemannet bolig	Syke- hjems- plasser	Dag aktivitets- tilbud	Barnebolig/ avlastning i institusjon	Praktisk bistand	Helse- tjenester i hjemmet	Trygghets- alarm
Kommunen mangler det konkrete tilbudet	x	x	x	x	X	x	x	x
Kommunen ønsker større valgfrihet for mottakere av tjenestene	x			x		X		
Fordi kvaliteten på tjenestene er bedre enn det kommunen kan levere		x		x				x
Fordi vi ønsker reell konkurranse mellom tilbydere						X		
Fordi kostnadene er lavere enn å levere tjenestene kommunalt								
Sedvane								
Annet	x	x						

Tabell 4-19 viser at den mest vanligste begrunnelsen for å kjøpe tjenester på tvers av alle tjenesteområdene er «fordi kommunen mangler det konkrete tilbudet», deretter at «kommunen ønsker større valgfrihet for mottakere av tjenestene», eller «fordi kvaliteten på tjenesten er bedre enn det kommunen kan levere».



### Et politisk ønske om å kjøpe tjenester fra kommersielle/ideelle tjenestetilbydere

For å kartlegge om det foreligger politiske føringer for å kjøpe tjenester fra kommersielle/ideelle tjenestetilbydere blir kommunene bedt om å ta stilling til «I hvilken grad er det politisk ønske om å kjøpe kommersielle/ideelle tjenester i din kommune?» Blant kommunene som har kjøpt tjenester oppgir 60 % (n =78) at det i «svært liten/i liten grad» er et politisk ønske om å kjøpe tjenester videre oppgir, 26 % (n=33) «verken eller» og 14 % (n=18) «i stor grad/ i svært stor grad».



Figur 4-4 Prosentandel som oppgir ulik grad av politisk ønske om å kjøpe kommersielle/ideelle tjenester.

### 4.2.2 Resultater fra kommuner som svarer at de ikke har kjøpt tjenester

I utvalget er det 39 % (n=79) av kommunene som svarer «nei, har ikke kjøpt tjenester».

Tabell 4-20 Begrunnelser for å ikke kjøpe tjenester fra ideelle/kommersielle tjenesteleverandører

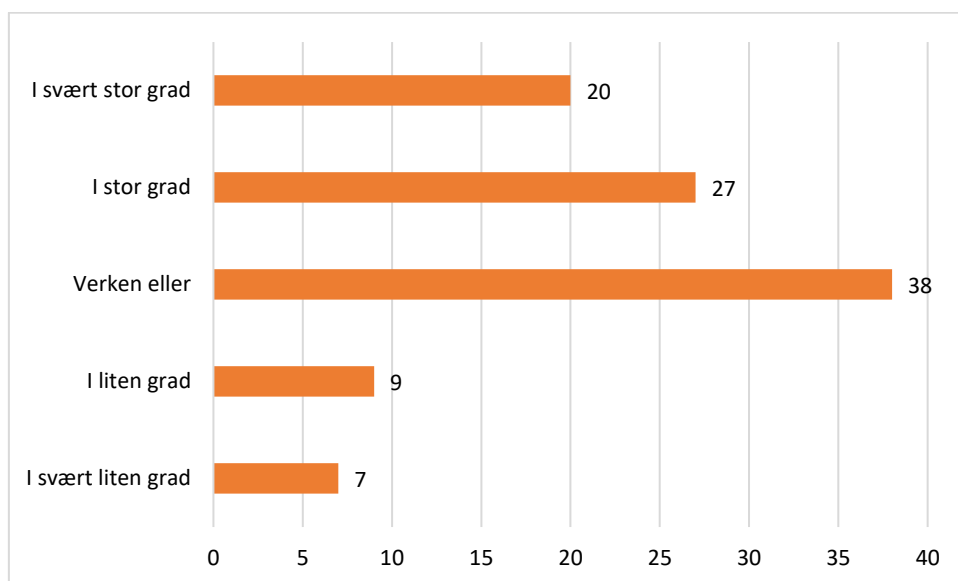
Begrunnelser	N	%
Fordi kommunen leverer tjenestene billigere selv	38	48
Fordi kommunen leverer tjenestene med bedre kvalitet	25	32
Fordi det ikke finnes ideelle/kommersielle tilbydere i området	34	43
Fordi kommunen mangler innkjøp/bestiller kompetanse	1	1
Fordi kommunen ikke ønsker å overlate tjenestene til kommersielle aktører	22	28
Fordi kommunen ikke ønsker å overlate tjenestene til ideelle til ideelle aktører	1	1
Fordi kommunen ikke ønsker å overlate tjenestene til ideelle og kommersielle aktører	22	28
Annet, presiser	17	22

På samme måte som kommunene som har oppgitt at de kjøper tjenester blir kommunen som har svart at de ikke kjøper tjenester bedt om å oppgi inntil tre begrunnelser for hvorfor de ikke kjøper tjenester, antall svar er derfor høyere enn antall respondenter (n=79). De mest vanligste begrunnelsene fra kommuner som ikke kjøper tjenester er for det første «fordi det ikke finnes ideelle/kommersielle tilbydere i området» og for det andre «fordi kommunen leverer tjenestene bedre selv». Blant kommunene som ikke kjøper tjenester oppgir om lag 30 % «Fordi kommunen leverer tjenestene med bedre kvalitet», «Fordi kommunen ikke ønsker å overlate tjenestene til kommersielle aktører», «Fordi kommunen ikke ønsker å overlate tjenestene til ideelle og kommersielle aktører». I kategorien «annet» er den hyppigste kommentaren knyttet til at kommunen ikke har behov/at det ikke har vært vurdert da kommunen dekker tjenestene godt selv.

### Et politisk ønske om ikke å kjøpe tjenester fra kommersielle/ideelle tjeneste tilbydere

For å kartlegge om det foreligger politiske føringer for at kommunen ikke skal kjøpe tjenester ble kommunene bedt om å ta stilling til «I hvilken grad er det politisk ønske om ikke å kjøpe ideelle/kommersielle tjenester i din kommune?» 16 % (n=9) svarer «i svært liten/ i liten grad», 38 % (n=21) svarer «verken eller» og 47 % (n=46) svarer i «stor grad/i svært stor grad». 20 respondenter/kommuner har ikke svart på spørsmålet.

Resultatene viser at det er mer utbredt blant de kommunene som ikke kjøper tjenester å svare at det i «stor grad/i svært stor grad» er et politisk ønske om ikke å kjøpe tjenester fra ideelle/kommersielle aktører (47 %). Til sammenlikning er andelen blant kommuner som kjøper tjenester og som rapporterer at det i «stor grad/i svært stor grad» er et politisk ønske om å kjøpe kommersielle/ideelle tjenester innenfor helse- og omsorgstjenestene 14 %.



Figur 4-5 Prosentandel som oppgir ulik grad av politisk ønske om å ikke kjøpe tjenester fra ideelle/kommersielle tjenesteleverandører

## 4.3 Intervjuundersøkelsen

Akutte behov, mangel på kompetanse og ressurser viktigste årsaker til kjøp av tjenester. Private leverandører tilbyr mer fleksibilitet i tjenestene og har mer erfaring med å bygge opp eller ned tjenester, og kan om mulig «flytte med» brukerne. Kommunene som kjøper tjenester ønsker valgfrihet for brukerne og respondentene oppfatter at det i liten grad foreligger politiske føringer for kjøp av tjenester. Kommunene som ikke kjøper tjenester vurderer at kommunen dekker godt behovet selv, både i form av kompetanse og ressurser. De opplever ikke at det er et uttalt politisk ønske om å ikke kjøpe tjenester. Leverandørene sier at hovedårsaken er at kommunene kjøper på grunn av manglende kompetanse og ressurser i form av personell, eller fordi tjenester skal etableres raskt. Det er svært ulik kompetanse for å kjøpe tjenester i kommunene.

For å få en dypere innsikt i begrunnelsen for at kommunene velger/ikke velger å kjøpe tjenester fra kommersielle/ideelle tjenestetilbydere ble det gjennomført intervjuer med kommunalsjefer innenfor helse- og omsorgstjenestene i 20 kommuner. Utvalget speiler kommune Norge ved at både store og mindre kommuner er representert i fem ulike regioner. For en nærmere beskrivelse av utvalget i intervjuundersøkelsen henvises leseren til metodekapittelet.

### 4.3.1 Årsaker til kjøp av tjenester

Kommuner som kjøper tjenester understreker at brukernes behov og faglig forsvarlighet alltid kommer først når de vurderer om de skal kjøpe tjenester eller ha tjenestene i egenregi. Kommunene som kjøper tjenester oppgir at de har god innkjøpskompetanse og at fagmiljøet og innkjøpsmiljøet jobber sammen om kjøpene.

#### ***Kommuner kjøper tjenester fordi de mangler kompetanse og ressurser i kommunen, og de oppgir at kvalitet og kompetanse er avgjørende for tjenestekjøp til enkeltpersoner***

Kommunene forteller om situasjoner som oppstår, enten akutt eller som et endret behov, som gjør at de vurderer at deres tilbud ikke er like godt, eller faglig forsvarlig, som et tilbud fra en leverandør. Tendensen er at brukere som har hatt opphold i spesialisthelsetjenesten eller fengselsvesenet skal tilbake til kommunen tidligere enn det som har vært situasjonen før. Kommunene forteller at kompetanse er avgjørende for at de kjøper tjenester. Kjøpene er utelukkende knyttet til tjenester til enkeltpersoner. Det kan være behov for spesialisert kompetanse som kommunen ikke har eller ikke har mulighet til å rekruttere.

Kommunene vurderer også i mange tilfeller kvaliteten som bedre for brukeren der hvor leverandøren kan tilby en annen arbeidstidsordning for de ansatte enn det kommunen selv er begrenset av. Der det er lange vakter vil brukeren ha færre ansatte å forholde seg til, noe som vurderes som kvalitetsmessig bedre.

Helsetjenestene har blitt mer komplisert og spesialisert over tid, hevder en kommune. Omfanget av vold og trusler i omsorgssituasjoner er økende. Noen ganger handler derfor kjøpene ikke bare om helse- og omsorgskompetanse, men om sikkerhets- og beredskapskompetanse som ikke kommunene har.

Kommunene oppgir også at kapasitet er en faktor som er avgjørende for at de kjøper tjenester. Kommunene kan være begrenset av forhold i arbeidsmarkedet/rekrutteringsmuligheter eller tilgang til egnede boliger.

Både kommunene og leverandørene forteller om at de private tjenesteyterne har mer erfaring med å bygge opp og ta ned kapasitet. Det blir dermed lettere å kjøpe tjenesten for kommunen enn å bygge opp et tilbud som kanskje må bygges ned igjen. En kommune forteller at de bygget opp en turnus rundt en bruker og ansatte mange personer. Da brukeren etter kort tid falt fra satt kommunen igjen med en rekke ansatte som måtte omstilles i den kommunale virksomheten.

Kapasitet henger sammen med kommunens størrelse. Små kommuner oppgir at de har mindre muligheter til å bygge opp kapasitet til brukere med spesielle behov. Når kommunene ikke klarer å bygge opp kompetansen for en bruker, klarer de ikke å gjøre det når neste bruker trenger tjenester heller og slik sett har de kun alternativ om å kjøpe tjenestene.

### ***Akutte situasjoner kan gi behov for tjenestekjøp***

Som tidligere nevnt er det en tendens at innbyggere med opphold i spesialisthelsetjenesten eller fengselsvesenet overføres tidligere til kommunen. Det gjelder også personer under tvunget psykisk helsevern. Det kan planlegges for at disse innbyggerne skal tilbakeføres til kommunen, men det er utskrivende enhet som har hovedpåvirkningen når dette skjer. Kommunene opplever at de ikke klarer å snu seg rundt så fort som spesialisthelsetjenesten forventer. Dersom ikke kommunen har mulighet for å planlegge for at innbyggerne skal tilbake til deres ansvar, vil det oppleves som en akutt situasjon.

Plutselige funksjonsfall, trafikkulykker, fødselsskader og familier som yter omsorg og ikke makter mer, kan også oppleves som akutte situasjoner som kan gi behov for tjenestekjøp.

Kommunen bemannet opp tilbud til en bruker med svært krevende behov. Det var totalt 15 personer ansatt i turnusen rundt denne brukeren. Da brukeren gikk bort etter kort tid, satt kommunen igjen med overtallighetsproblematikk og måtte igangsette omstilling. Kommunen mener en privat aktør hadde kunnet bemanne opp og ned mye raskere.

- Liten kommune som ligger lite sentralt

### ***Kommunene kjøper tjenester av økonomihensyn***

I intervjuundersøkelsen har enkelte kommuner trukket fram at de kjøper tjenester av økonomihensyn. Det går både på å finne det beste økonomiske tilbudet for kommunen og å finne det beste økonomiske alternativet kombinert med kvalitet. En respondent uttrykte at det som er strategien nå, er å gi best mulig tjenester for lavest mulig pris og da må det vurderes om det er i privat regi eller om det kan gjøres i egen regi.

En nyansering av dette er at kommuner som konkurranseutsetter drift av tjenester til sykehjem nå vektet pris lavere enn kvalitetskriteriet, mens pris var vektet høyere i den tidsperioden da de første kommunene startet å konkurranseutsette. Økonomi veier ikke like tungt som kjøp på grunn av valgfrihet og kapasitetshensyn.

### ***Kommunene ønsker valgfrihet for sine innbyggere/brukere***

Flere kommuner oppgir at de ønsker valgfrihet for sine innbyggere. Dette knytter seg i særdeleshet til praktisk bistand, enten organisert som hjemmehjelp eller som Brukerstyrt Personlig Assistanse. For BPA får vi oppgitt av leverandør at politisk farge så å si aldri har noe å si for om kommunen velger å kjøpe eller ikke. Brukernes valgfrihet teller mer enn prinsipielle politiske syn.

### **Geografi har liten betydning for kjøp, men kommuner oppfatter likevel geografi som en hindring**

Kommunene som kjøper tjenester befinner seg over hele landet. Også kommunene som kjøper peker på at geografi kan være en hindring.

### **Tradisjoner har noe å si for tjenestekjøp**

I noen kommuner har private tilbydere i alle år utført tjenestene for kommunen. Dette gjelder særlig for sykehjem, omsorgsboliger for eldre og dagsenter til både eldre og yngre brukere. De private kom kanskje inn på et tidspunkt hvor kommunen selv ikke hadde tilbudet og har siden driftet tjenesten. Eksempler på dette kan være sykehjem og omsorgsboliger bygget av menigheter eller foreninger.

### **Ideelle eller kommersielle?**

Det er flere kommuner som oppgir at det ikke spiller noen rolle om tjenesteleverandøren er ideell eller kommersiell siden hensynet til innbyggerens behov og faglig forsvarlighet uansett kommer først ved valg av tjeneste. Likevel oppgir respondentene i de store byene at de opplever at det nå er tverrpolitisk enighet om at ideelle leverandører er å foretrekke dersom alt annet er likt.

En stor kommune kan fortelle oss at det imidlertid er noen vurderinger som må gjøres rundt kvalitet og organisering når man velger ideelle leverandører. Leverandøren må være tilstrekkelig profesjonelt organisert og kunne levere den samme kvaliteten som kommunen selv eller kommersielle leverandører. Dette sikrer man ved at ideelle og kommersielle deltar på like vilkår i anbudsutlysninger i den aktuelle kommunen.

En respondent oppgir at det er politisk vedtatt at det nå er ideelle som skal være foretrukket leverandør, mens det tidligere ikke har vært noen bevisst holdning til om det er kommersielle eller ideelle som kan yte den beste tjenesten.

Kommunen har hatt sykehjem driftet av ideelle organisasjoner i «alle år». De merker at ideelle i noen tilfeller har blitt etablert i en tid hvor eldreomsorgen var mindre krevende og så har det med tiden utviklet seg til at eldreomsorgen er veldig spesialisert. Kravene endrer seg over tid og det er viktig at organisasjonen er robust nok og profesjonelt nok ledet til at den også endrer seg i takt med kravene.

- Stor, sentral kommune

### **Politiske føringer har i varierende grad noe å si for tjenestekjøp**

Kommunene vi har intervjuet som kjøper tjenester forteller om varierende politisk interesse og politiske føringer for tjenestekjøp. Det synes som om de fleste av kommunene har en pragmatisk holdning til tjenestekjøp generelt. Når det gjelder konkurranseutsetting av større enheter er dette å se på som en sak av prinsipiell betydning, mens når det gjelder kjøp av enkelttjenester til enkeltbrukere er det en pragmatisk holdning og praktiske hensyn teller mer enn prinsipielle syn.

En kommune forteller i klare ordelag at det har vært blankofullmakt til å kjøpe inn tjenester når behovet har oppstått.

### 4.3.2 Årsaker til å ikke kjøpe tjenester

#### ***Kommunene vurderer egne tjenester som kvalitetsmessig gode***

Kommunene som ikke kjøper oppgir at de vurderer egne tjenester som kvalitetsmessig like gode som de tjenestene markedet kan tilby. De vurderer at de har riktig kompetanse, gode rutiner, følger opp avvik og måler kvalitet mot andre kommuner ved å delta i nettverk. Det trekkes fram at små kommuner har noen fordeler i at organisasjonen blir oversiktlig og kvaliteten dermed blir veldig synlig. Det er en generell oppfatning både administrativt og politisk at kvaliteten ikke nødvendigvis blir bedre av å kjøpe tjenestene.

Det er en generell oppfatning både administrativt og politisk at kvaliteten ikke nødvendigvis blir bedre av å kjøpe tjenestene.

- Liten, usentral kommune

#### ***Kommunene tror ikke det er noe å spare økonomisk***

Blant kommunene som ikke kjøper er det både kommuner med god råd og kommuner med mindre handlingsrom. Kommunene i utvalget uttrykker at de ikke tror det er noe å spare på å anskaffe tjenestene i markedet.

#### ***Politiske føringer for å ikke kjøpe***

Blant respondentene i kommunene som ikke kjøper er det en oppfatning om at det er politisk et ønske om at kommunen skal klare å tilby tjenester til innbyggerne i egen regi. Dette mener de selv om de ikke har fått noen klare politiske føringer på at det ikke skal kjøpes.

#### ***Kommunene forteller at det ikke finnes tilbydere på markedet***

Kommuner i de geografiske ytterkantene av landet forteller om et arbeidsmarked og reiseavstander som ikke enkelt lar seg forene med kjøp av tjenester. Det er praktiske forhold som gjør at det blir kostbart å sende folk som skal jobbe i turnus lange avstander. Likevel er det flere av nabo-kommunene til disse respondentene som kjøper tjenester. Geografi er dermed ikke nødvendigvis en så sterk forklaringsfaktor.

#### ***Innkjøpskompetanse***

Innkjøpskompetansen er også varierende i kommuner som ikke kjøper. Kommunene etterlyser bedre veiledere for kjøp av helse- og omsorgstjenester og også hvordan man kjøper av ideelle leverandører på en riktig måte.

## 4.4 Sammenstilling av svar fra spørreskjemaundersøkelsen og intervjuene

Innledningsvis i kapittel 2 har vi formulert noen hypoteser som har dannet grunnlag for spørsmålene som stilles både i spørreskjemaundersøkelsen og intervjuundersøkelsen. Vi har tatt utgangspunkt i at det er et skille mellom ulike begrunnelser eller årsaker til at enkelte kommuner kjøper tjenester fra ideelle/kommersielle tjenesteleverandører. Spørsmålene er formulert med utgangspunkt i at det antagelig er et skille mellom ulike årsaker til at kommuner kjøper tjenester fra ideelle/kommersielle leverandører. Praktiske årsaker knyttet til: 1) at tjenestene er billigere eller bedre enn kommunens tjenester og 2) at kommunen mangler et egnet tilbud til visse pasient-/brukergrupper.

### ***Kommunene kjøper tjenester på grunn av manglende kompetanse og/eller kapasitet***

Den mest vanlige begrunnelsen blant kommunene for kjøp av tjenester fra ideelle/kommersielle tjenesteleverandører er knyttet til at kommunene mangler kompetanse og kapasitet både med hensyn til personell, men også i enkelte tilfeller lokaler i kommunen til å håndtere krevende brukere med et sammensatt sykdomsbilde. Dette blir ytterligere utdypet i intervjuundersøkelsen, hvor det særlig fremkommer at mange av kommunene ikke er rigget til å ta imot pasienter med et sammensatt sykdomsbilde som gjerne krever to eller i noen tilfeller tre til en bemanning. Tjenestene skal gjerne etableres raskt og for kommune er det heller ingen garanti for at tilbudet vil opprettholdes, da brukeren kan flytte eller dø. Ansatte i kommunal regi må dermed flyttes til andre tjenesteområder i kommunen. Kommersielle aktører etablerer seg raskere og avvikler raskere enn tilbud i kommunal regi. De ansatte i kommersielle virksomheter har gjerne store deler av Norge som arbeidsplass, og kan både flytte med bruker og raskere etablere et arbeidsforhold et annet sted.

Selv om manglende kompetanse og ressurser trekkes fram som den viktigste begrunnelsen, fremkommer det også i enkelte tilfeller at kjøp av tjenester også er begrunnet ut i fra at kvaliteten på tjenestene til ideelle/kommersielle leverandører er bedre enn det kommunen kan levere selv. Det dreier seg gjerne om tjenester knyttet til bemannet bolig og dagaktivitetstilbud. Dette blir utdypet i intervjuundersøkelsen der det fremkommer at både private, men også ideelle leverandører har god kvalitet og leverer tjenester som kommunene ikke selv leverer når det gjelder ulike dagaktivitetstilbud. Her blir eksempelvis dagaktivitetstilbud i regi av Røde Kors nevnt.

### ***Kommunene vurderer først kvalitet og deretter pris når leverandør skal velges***

I all hovedsak så er begrunnelsen i de mindre kommunene at de mangler kompetanse og ressurser til å levere tjenestene selv. I spørreskjemaundersøkelsen fremkommer det at uavhengig av kommunestørrelse er det kvalitet og deretter pris som har betydning for valg av leverandør. Et mindre antall, om lag to av ti sier at de foretrekker ideell leverandør dersom dette er tilgjengelig.

Dette bringer oss videre til en annen hypotese om årsaker til kjøp av tjenester, og innledningsvis stiller vi spørsmål om det er ideologiske grunner til at kommunen ønsker konkurranse om tjenestene, enten ved hjelp av anbud (sykehjem) eller fritt brukervalg (BPA, hjemmesykepleie, bemannet bolig). En annen begrunnelse som er noe mindre fremtredende enn kompetanse og ressurser er knyttet til at kommunen ønsker større valgfrihet for mottakerne av tjenestene. Dette er særlig relevant for tjenestene praktisk bistand og BPA. I intervjuundersøkelsen fremkommer det at det er flere kommuner som oppgir at det ikke spiller noen rolle om tjenesteleverandøren er ideell eller kommersiell siden hensynet til innbyggerens behov og faglig forsvarlighet uansett kommer først ved valg av tjeneste.

I følge resultatene fra spørreskjemaundersøkelsen er det i liten grad et politisk ønske om å kjøpe tjenester fra ideelle/kommersielle leverandører. Dette bekreftes i intervjuene med kommunalsjefene, -i all hovedsak så er politikerne opptatt av å levere gode tjenester innenfor økonomisk forsvarlige rammer til innbyggerne enn at det er et politisk ønske om at ideelle/kommersielle leverandører skal benyttes.

#### ***Kommunene leverer tjenestene selv fordi de både har kompetanse og kapasitet***

Når det gjelder mulige årsaker til at kommunen velger å levere tjenester selv har vi en hypotese om at det kan være både praktiske og ideologiske årsaker til dette. Vi stiller spørsmål om de praktiske årsakene kan være at kommunen leverer tjenestene billigere og bedre selv, eller om det er slik at det ikke er private leverandører i området. Resultatene fra spørreskjemaundersøkelsen bekrefter våre hypoteser og spørsmål. De mest vanligste begrunnelsene fra kommuner som ikke kjøper tjenester er for det første «fordi det ikke finnes ideelle/kommersielle tilbydere i området» og for det andre «fordi kommunen leverer tjenestene bedre selv». I intervjuundersøkelsen vektlegges det at i all hovedsak mener kommunene selv at de ikke har behov for å kjøpe tjenester med bakgrunn i at de har tilstrekkelig kompetanse og ressurser til å gi et kvalitetsmessig godt tilbud i egen regi. Det geografiske elementet, som at det ikke er tilbydere i området, tillegges mindre betydning.

#### ***For kommunene er det mindre viktig at leverandøren er en ideell organisasjon***

En annen hypotese er om valg av å ikke kjøpe tjenester er mer knyttet til ideologiske grunner, som at kommunen mener at det er feil å overlate tjenestene til private leverandører, og særlig til kommersielle leverandører. Resultatene fra spørreskjemaundersøkelsen viser at en mindre andel (to av ti) ville valgt en ideell leverandør forut for en kommersiell leverandør hvis det var mulig. I intervjuundersøkelsen svarer kommunene at det viktigste er at tjenesten som velges er av god kvalitet og innenfor økonomisk forsvarlige rammer, heller enn at leverandøren nødvendigvis må være en ideell leverandør. I enkelte store kommuner er det imidlertid signaler om at ideelle bør foretrekkes framfor kommersielle.

#### ***Sterke politiske føringer for å ikke kjøpe tjenester***

I spørreskjemaundersøkelsen viser resultatene at det relativt sett er en høy andel som svarer at det i «stor grad» eller «svært stor grad» foreligger politiske føringer for at kommunen ikke skal kjøpe tjenester. Når vi følger opp med det samme spørsmålet i intervjuene til kommuner som ikke kjøper tjenester, uttaler respondentene at de ikke opplever at det foreligger noe bestemt politisk ønske om å ikke kjøpe tjenester fra ideelle/kommersielle leverandører, men at det heller er et politisk ønske om at kommunen skal levere tjenestene i egen regi.

## **4.5 Leverandørenes oppfatninger om kommunenes tjenestekjøp**

For å få et enda mer utfyllende bilde når det gjelder kjøp av ideelle eller kommersielle tjenester innenfor helse- og omsorgstjenestene har vi gjennomført intervjuer med 3 store leverandører av helse- og omsorgstjenester. To av disse er landsdekkende, mens den tredje dekker Nord-Norge. Leverandørene forteller at markedet er i konsolidering, at mindre leverandører blir kjøpt opp av større og at det skjer fusjoner mellom leverandører.

Hensikten med å intervju disse aktørene var å få innblikk i hva leverandørene opplever betyr noe for kommunen i valg av tjenester, og hva leverandørene legger vekt på når de skal selge sine tjenester til kommuner. Foreligger det for eksempel noen kriterier for at virksomhetene etablerer seg i bestemte kommuner av en viss størrelse?



### ***Kommunene er stort sett bevisst på at de kjøper av kvalitetshensyn***

I all hovedsak kjøper kommunene tjenester fordi de mangler kompetanse eller personell. Det kan være en spesiell bruker som krever så spesialisert kompetanse at kommunene ikke klarer å bygge opp et kvalitetsmessig godt nok tilbud selv. Kommunene er opptatt av å få et forsvarlig tilbud og at de private leverandørene har dynamikken for å bygge opp og ned tilbud raskt.

Noen ganger kjøper kommunene også av prishensyn. Leverandørene oppfatter at det er mye enklere hvis kommunene setter en pris i forkant av konkurransen. Ofte hører man at private skummer fløten fordi de har så lav pris. Hvis kommunen setter prisen, så må privat leverandør vurdere om den kan levere tjenesten eller ikke. Det kan være veldig uheldig når pris betyr mye og det er mye bedre om konkurransen kan være på servicegrad og kvalitet.

### ***Kommunene har varierende kompetanse om innkjøp og oppfølging av kjøpte tjenester***

Kommunenes kompetanse når det gjelder anskaffelsene er veldig varierende. Leverandørene mener at de færreste av kommunene er profesjonelle når det gjelder innkjøp av tjenester og at det kan være usikkerhet i rollefordelingen mellom fagkompetansen og innkjøpskontoret i kommunen. Det finnes små kommuner som er veldig gode og store som er dårlige, og omvendt. Konkurranser blir ofte avlyst, og det er ofte pga. feil i konkurransegrunnlaget/tilbudsutforming.

Når tjenesten er anskaffet er det variabelt hvilken oppfølging kommunene utfører. I noen få tilfeller kan det være «ute av syne, ute av sinn», men stort sett forsøker kommunene å utføre kontraktsoppfølging og tilsyn av tjenesten. Det har blitt en bedring de siste årene på dette ettersom kommunene har blitt mer vant til å anskaffe tjenester. Sammenliknet med tjenestekjøp av barnevernstjenester, er helse- og omsorgstjenester lite regulert og lite kontrollert.

### ***Kommunene er ikke veldig opptatt av om det er en ideell eller kommersiell leverandør***

Leverandørene peker på at det er en begrenset mulighet til å reservere kontrakter til ideelle leverandører og at kontraktene fort kommer over terskelverdien for når dette er mulig. Den ene ideelle leverandøren vet kun om to kommuner som har reservert kontrakter til ideelle leverandører. Den ideelle leverandøren trekker også fram at det ikke er en eksakt vitenskap eller definisjon av hva som er en ideell organisasjon eller ikke.

### ***Leverandørene er også opptatt av kvaliteten for brukeren***

Leverandørene vi har intervjuet oppfatter at det ikke bør være noen motsetning mellom å kjøpe eller ikke kjøpe tjenestene av private leverandører. De mener i likhet med kommunene at kvalitetshensyn kommer først og mener at den beste utviklingen av tjenestene skjer gjennom en blandet tiltakskjede med offentlige, kommersielle og ideelle leverandører som konkurrerer om kvalitet.

# 5 Metode for å gjenta undersøkelsen

Helsedirektoratet skal gjenta undersøkelsen for å estimere tjenestekjøp fra ideelle og kommersielle leverandører. Dette kapitlet foreslår en fremgangsmåte for at dette kan gjøres på et senere tidspunkt.

## 5.1 Mandatet for undersøkelsen

Mandatet for undersøkelsen kan være å følge med på utviklingen i kommunale kjøp av helse- og omsorgstjenester fra ideelle og kommersielle leverandører. Vi foreslår at samme avgrensning som er brukt i dette oppdraget videreføres. Dette innebærer at det kun kartlegges kjøp for de 9 tjenestetypene vi har lagt til grunn i dette oppdraget.

Vi foreslår at kartlegging av årsaker for kjøp/ikke kjøp av tjenester fra kommersielle og ideelle leverandører ikke inngår i den årlige kartleggingen. Det kan vurderes om dette kan gjøres som en utvidet kartlegging for eksempel hvert 5. år for å se om det er endringer i kommunenes strategier, oppfatninger og vurderinger.

## 5.2 Utvalget av kommuner

Dersom dette skal være en årlig kartlegging, foreslår vi at det gjøres en avgrensning i antallet kommuner som kartlegges. Formålet med gjentatte målinger av undersøkelsen vil være å kartlegge utviklingen i kommuners tjenestekjøp fra kommersielle og ideelle leverandører over tid. Hensikten er å observere om det foreligger variasjoner mellom måletidspunktene, både med hensyn til omfang av kjøp, men også med hensyn til hvilke tjenester som kjøpes. Designmessig bør man etterstrebe å følge de samme kommunene over tid, det vil si at man bør legge opp til en panelundersøkelse.

I vår undersøkelse gikk vi bredt ut til alle kommunene. Imidlertid vil det kunne være tilstrekkelig å velge ut et utvalg av kommuner. Dette utvalget kan gjøres på bakgrunn av de kommunene som Agenda Kaupang har kartlagt. Vi tenker at en fornuftig tilnærming kan være å velge ut 100 kommuner av de som Agenda Kaupang har kartlagt. Disse kommunene kan utgjøre et nullpunkt for panelundersøkelsen. Vi vurderer at et utvalg på maksimalt 100 kommuner vil være tilstrekkelig med hensyn til å være representative sett i forhold til både størrelse, region og grad av sentralitet for de kommunene som kjøper tjenester.

Noe som er svært viktig å tenke på i utvalget er at kommunereformen gjør at det ikke er de samme kommunene i 2018 som i 2020. I 2020 vil det være 356 kommuner i Norge, 9 av de 15 største kommunene vil være nye kommuner og nesten 1 av 3 innbyggere vil bo i en ny kommune. Man bør derfor velge ut kommuner med tanke på hvilke kommuner man vil ha i utvalget i 2020. Velger man for eksempel ut at Indre Østfold skal være med i utvalget, må man for 2018 og 2019 kartlegge Askim, Spydeberg, Eidsberg, Hobøl og Trøgstad kommuner.

For å kunne estimere et nasjonalt nivå på kjøpene kan man legge til grunn KOSTRA-tall for de øvrige kommunene. Dette vil gi noen begrensninger om at man ikke kan se hvilken tjenestetype som kjøpes i de øvrige kommunene eller om det er kommersielle eller ideelle leverandører. Det er også viktig å tenke på at man her også må følge kommuner som slår seg sammen.

### 5.3 Metode for kartleggingen

Agenda Kaupang foreslår at metoden for kartlegging følger den metoden vi har benyttet. Dette innebærer at Kommunal Rapports leverandørdatabase legges til grunn dersom de har valgt å videreføre den. Grunnlaget må bearbeides og sendes til kommunene til utfylling.

Alternativt må leverandørreskontro hentes inn for de aktuelle KOSTRA-funksjonene for kommunene som skal kartlegges. Disse må så bearbeides til filer som sendes tilbake til kommunene med oppdrag om å påføre hvilken tjeneste som kjøpes for hver enkelt leverandør. Det er da nyttig å ha med både art 270 og 370 slik at kommunene må ta stilling til om det er feilføringer mellom disse artene.

Når filene er mottatt fra kommunene må disse sammenstilles og leverandørens sektorkode må innhentes for å kunne skille mellom kommersielle og ideelle leverandører. Andelen kjøp beregnes ut fra brutto driftsutgifter slik de ligger i KOSTRA.

For å estimere et nasjonalt nivå på kjøpene må brutto driftsutgifter og kjøp fra private hentes ut for øvrige kommuner fra KOSTRA.

Vi foreslår at en tredelt kommuneinndeling med under 5000 innbyggere, mellom 5000 og 20 000 innbyggere og over 20 000 innbyggere legges til grunn i analysene. Ved beregninger hvor sentralitet er en faktor benyttes SSBs standard for sentralitet fra 2018 slik vi har benyttet i vår kartlegging.

Det vil være krevende å følge leverandørene over tid ettersom det skjer en konsolidering i markedet med mange oppkjøp og fusjoner. Vi foreslår derfor at det ikke legges vekt på å undersøke hvilke leverandører som yter tjenester fra år til år, men at det kun fokuseres på om leverandøren er kommersiell eller ideell.

Timing for undersøkelsen er svært viktig. Månedene mars-juni er den mest gunstige tiden for å belaste kommunenes økonomiavdeling med kartleggingen. Kartleggingen bør absolutt ikke skje i tiden januar-februar ettersom dette er tiden for årsavslutning av regnskapet og kommunenes økonomiavdelinger er svært belastet.

### 5.4 Utviklingen over tid

Når det er utviklingen over tid som er interessant bør det som et minimum undersøkes:

- ▶ Kjøp fra private som andel av samlet utgift i PLO
- ▶ Fordeling mellom ulike tjenester
- ▶ Fordeling mellom kommersielle og ideelle selskaper
- ▶ Fordeling mellom store, mellomstore og små kommuner
- ▶ Fordeling av kjøp etter sentralitet

# 6 Vedlegg

## 6.1 Metode for regnskapsundersøkelse

For å kunne si noe om omfanget av kjøp, type tjenester som kjøpes og om leverandørene er kommersielle eller ideelle, har vi gått ut til kommunene med en regnskapsundersøkelse.

I kartleggingen har det vist seg mer krevende å få resultater fra større kommuner. Omfanget av kjøp og bredden av tjenester gjør det mer krevende for enkeltpersoner å holde oversikt over hva som kjøpes. Dataene for Oslo er basert på leverandør databasen korrigert for åpenbare feilføringer.

### Utvalget

Utvalget av kommuner utgjør i utgangspunktet alle landets kommuner i og med at vi skulle estimere et nasjonalt nivå for tjenestekjøp. Det er imidlertid rundt 50 kommuner som til sammen kjøper så lite tjenester at beløpet er under 500 000 kr totalt. Disse kommunene fant vi lite hensikt i å kartlegge med en utsendelse av kartleggings skjema. I 22<sup>9</sup> av disse kommunene har Agenda Kaupang funnet konsistens mellom de verdiene som er rapportert i KOSTRA og de verdiene som fremkommer i Kommunal Rapport sin leverandørundersøkelse. Disse verdiene er da benyttet i undersøkelsen. De resterende 28<sup>10</sup> av kommunene har enten ikke vært med i leverandør databasen, eller ikke hatt tilstrekkelig samsvar mellom KOSTRA og leverandør databasen. Disse 28 kommunene er i vurderingen for hele landet tatt med etter det kjøpet de har registrert i KOSTRA. Dette utgjør svært små beløp og vil således ikke være en stor kilde til feil dersom det er feilføringer. Ytterligere 84<sup>11</sup> kommuner har vi ikke fått svar fra i undersøkelsen. For disse kommunene kan vi heller ikke gjøre noen vurderinger av verdiene i leverandør databasen enten fordi de ikke har rapportert til Kommunal Rapport, eller at avvikene mellom det de har rapportert og KOSTRA er betydelige. Disse 84 kommunene er i vurderingen for hele landet tatt med etter det kjøpet de har registrert i KOSTRA.

<sup>9</sup> Engerdal, Fedje, Granvin, Hasvik, Hyllestad, Ibestad, Kvænanngen, Lesja, Lund, Modalen, Norddal, Seljord, Siljan, Stordal, Træna, Tvedestrand, Tynes, Utsira, Vestre Toten, Vevelstad, Åfjord og Åsnes kommune

<sup>10</sup> Bindal, Bjugn, Bygland, Bykle, Dovre, Eidfjord, Fyresdal, Grong, Hemsedal, Hjartdal, Holtålen, Høylandet, Kvalsund, Lierne, Lavangen, Longyearbyen, Lurøy, Namsskogan, Nissedal, Rennebu, Rollag, Snillfjord, Snåsa, Sør-Aurdal, Tokke, Vanylven, Ørskog og Åseral kommune

<sup>11</sup> Aure, Aurland, Balestrand, Bardu, Berg, Bø, Tysfjord, Evje og Hornnes, Finnøy, Fjaler, Fjell, Folldal, Gamvik, Gjemnes, Gloppen, Gol, Kautokeino, Hammerfest, Haram, Haugesund, Hemne, Hemnes, Hof, Hvaler, Jondal, Kvinesdal, Kvitsøy, Leikanger, Leksvik, Lillesand, Lunner, Lyngdal, Masfjorden, Meland, Melhus, Meråker, Moss, Nes, Nome, Nord-Aurdal, Nordkapp, Nordreisa, Nærøy, Nøtterøy, Porsanger, Radøy, Rendalen, Rennesøy, Rindal, Risør, Rødøy, Salangen, Saltdal, Sande, Sandefjord, Sandøy, Selbu, Skiptvet, Solund, Songdalen, Stor-Elvdal, Stranda, Stryn, Sykkylven, Sørum, Sør-Varanger, Tingvoll, Tinn, Tjøme, Tolga, Torsken, Tranøy, Trysil, Tynset, Tysvær, Nesseby, Vadsø, Valle, Vega, Vestby, Vestre Slidre, Vik, Øystre Slidre og Ås kommune

De 50 kommunene som ikke har kjøpt noe særlig med tjenester har en medianbefolkning på 1455 innbyggere, og er altså relativt små i størrelse. Kommunene fordeler seg slik etter fylke:

2 Hedmark	5 Hordaland
4 Oppland	1 Sogn og Fjordane
2 Buskerud	4 Møre og Romsdal
6 Telemark	11 Trøndelag
3 Aust-Agder	4 Nordland
1 Vest-Agder	3 Troms
2 Rogaland	2 Finnmark

Det er altså ingen kommuner i de tre fylkene Østfold, Akershus og Vestfold som kjøper mindre enn 100 000 kr.

Tabell 6-1 Kommuner som ikke er med i utvalget Kilde: KOSTRA

Kommunenavn	Kjøp i 1000 kr	Andel kjøp av brutto driftsutgifter
Bindal	3	0,0 %
Bjugn	3	0,0 %
Bygland	93	0,2 %
Bykle	65	0,2 %
Dovre	2	0,0 %
Eidfjord	8	0,0 %
Engerdal	0	0,0 %
Fedje	55	0,3 %
Fosnes	92	0,5 %
Fyresdal	7	0,0 %
Granvin	39	0,2 %
Grong	0	0,0 %
Hasvik	26	0,1 %
Hemsedal	50	0,1 %
Hjartdal	0	0,0 %
Holtålen	0	0,0 %
Hyllestad	27	0,1 %
Høylandet	0	0,0 %
Ibestad	83	0,2 %
Kvalsund	0	0,0 %
Kvænangen	14	0,0 %
Lesja	0	0,0 %
Lierne	0	0,0 %
Lavangen	16	0,0 %
Lund	0	0,0 %
Lurøy	0	0,0 %
Modalen	0	0,0 %
Namsskogan	0	0,0 %
Nissedal	0	0,0 %
Norddal	26	0,0 %
Rennebu	56	0,1 %
Rollag	48	0,1 %
Seljord	0	0,0 %
Siljan	25	0,1 %
Snillfjord	36	0,1 %
Snåsa	32	0,1 %
Stordal	25	0,1 %
Sør-Aurdal	43	0,0 %
Tokke	0	0,0 %
Træna	0	0,0 %
Tvedestrand	0	0,0 %
Tysnes	0	0,0 %
Utsira	80	0,9 %
Vanylven	0	0,0 %
Vestre Toten	20	0,0 %
Vevelstad	34	0,2 %
Ørskog	16	0,0 %
Åfjord	0	0,0 %
Åseral	2	0,0 %
Åsnes	66	0,0 %

## Metode for innsamling av data

For å gjøre innsamlingen av data så tilrettelagt som mulig for kommunene, laget vi en fil for hver kommune basert på Kommunal Rapports leverandørdatabase. Vi trakk ut utgifter ført på KOSTRA-funksjonene 234, 253, 254, 256, 261 og 273 og ba kommunene om å spesifisere hvilken tjeneste de har kjøpt av navngitt leverandør på de ulike KOSTRA-funksjonene. Eksempel på en fil kan ses i bildet under:

	A	B	C	D	E	F	G	H
1	<b>Sjekk om listen under er komplett med hensyn på "370 Kjøp fra andre (private)"</b>							
2		234	253	261	254	273	256	Totalsum
3	Fra KOSTRA rapportering har vi følgende verdier registrert							
4	i din kommunes regnskap per KOSTRA kode:							
5		2 265 000	11 406 000		24 520 000	5 929 000	-	44 120 000
6	Din kommune har til Kommunal rapport opplyst leverandørregisteret.							
7	Fra denne har vi følgende verdier:							
8		1 515 000	11 416 000	-	24 519 500	-	-	37 450 500
9	Avvik (kostnader ikke funnet i leverandørregister							
10		750 000	-	10 000	-	-	5 929 000	-
11	(behov for å legge til linjer)							
12								
13	<b>Leverandører til</b>							
14	<b>Eksempel kommune</b>							
15		Aktivitet	Her vises hvor kommunen har bokført disse kostandene i sitt regnskap			Arbeidsr.	Øyeblikk.	Totalsum
16		234	253	261	254	273	256	Totalsum
17	<b>370 Kjøp fra andre (private)</b>							
18	ALERIS OMSORG AS	-	-	-	1 250 000	-	-	1 250 000
19	ALERIS UNGPLAN & BOI AS	-	2 500 000	-	3 500 000	-	-	6 000 000
20	APOTEK 1 GRUPPEN AS	-	-	-	12 500	-	-	12 500
21	APRO TELE OG DATA AS	-	-	-	100 000	-	-	100 000
22	LEGE LARS HOLM	-	10 000	-	-	-	-	10 000
23	GAMMEL NOK PRAKTISK BISTAND AS	-	-	-	365 000	-	-	365 000
24	MJØSEN BO OG HABILITERING AS	1 515 000	8 906 000	-	768 000	-	-	11 189 000
25	ORANGE HELSE HJEMMETJENESTER AS	-	-	-	61 000	-	-	61 000
26	PRIMA OMSORG AS	-	-	-	1 245 000	-	-	1 245 000
27	TIETO NORWAY AS	-	-	-	218 000	-	-	218 000
28	ULOBA - INDEPENDENT LIVING NORGE SA	-	-	-	17 000 000	-	-	17 000 000

Figur 6-1 Eksempel på fil i regnskapsundersøkelsen

Kommunene fikk valget om å sortere utgiftene på følgende kategorier:

Tabell 6-2 Sorteringsvalg for utgifter i kartleggingen

Feilført/gjelder ikke kjøp av tjenester til erstatning av egenproduksjon	254: Praktisk hjelp
234: Dagaktivitetstilbud	254: Helsetjenester i hjemmet
234: Trygghetsalarm	254: Omsorgsbolig/bofellesskap
253: Sykehjemsplass	254: Avlastning, utenfor institusjon
253: Avlastning i institusjon/barnebolig	256: Kommunal øyeblikkelig hjelp, døgnopphold
253: Dagopphold i institusjon	273: Arbeidsrettede tiltak i kommunal regi
254: Praktisk hjelp, brukerstyrt personlig assistent (BPA)	Feilført; gjelder ikke disse tjenestene

Når kommunene returnerte kartleggingsfilen til Agenda Kaupang ble den gjennomgått og dersom det var noen uklarheter eller åpenbare feilføringer som ikke var plukket opp, tok vi kontakt med kommunene. I eksemplet over ville vi satt spørsmålsteget ved om Aleris Ungplan og BOI både har utført institusjonstjenster/barnebolig og tjenester i bolig. Det er tjenester de utfører, så det er sannsynlig at de kan ha levert tjenestene, men det kan også være tilfelle at kommunen har ført på feil KOSTRA-funksjon. Når det gjelder Apotek-føringen er denne åpenbart feilført. Det samme gjelder lege Lars Holm som nok ikke har erstattet noen kommunal egenproduksjon, men jobbet som innsatsfaktor i kommunal egenproduksjon.

## Analysen av innkommet data

Når svarene kom inn gikk vi gjennom besvarelsen før vi overførte verdiene til analysearket. Dette resulterte i noen korrigeringer av føringer som var åpenbare feil selv etter at kommunene hadde sett gjennom sine tall. Metoden vi brukte for å sjekke om det var åpenbare feil var to-delt. Vi slo opp på leverandørenes hjemmesider for å se hvilke tjenester de faktisk utfører og vi laget oss en oversikt over hvilke leverandører som var ført på hvilke KOSTRA-funksjoner.

I de tilfeller der kommunen ikke hadde svart på undersøkelsen etter første purrerunde, sendte vi et utfylt forslag til kommunen basert på opplysninger om hvilke tjenester leverandørene utfører og oversikten over hvordan andre kommuner har ført leverandørenes tjenester. I andre purrerunde fikk vi tilbake mange svar, men for flere av kommunene som ikke har svart og hvor vi lett har kunnet identifisere leverandørene og tjenestene, har vi benyttet vårt forslag inn i analysen. Kriteriet om at det ikke måtte være store avvik mot KOSTRA måtte også oppfylles for at vi inkluderte disse kommunene i analysen.

Vi valgte å dele kommunene inn i en tredelt gruppering med kommuner under 5 000 innbyggere klassifisert som «små kommuner», mellom 5 000 og 20 000 innbyggere som «mellomstore kommuner» og over 20 000 innbyggere som store kommuner.

I analysene har vi lagt SSBs sentralitetsklassifisering fra 2018 til grunn. Sentralitet er en indeks med verdi for hver enkelt kommune. Fram til og med 2017 var indeksen basert kommunens beliggenhet i forhold til tettsteder og disse tettstedenes størrelse. Høyest sentralitet hadde kommunene med «landsdelssenter»-funksjoner og kommunene rundt disse. Sentraliteten hadde da fire hovednivåer, mellom 0 og 3. Fra og med 2018 ble det innført en ny standard for sentralitet, basert på nærhet til arbeidsplasser og servicefunksjoner, uten bruk av tettsteder i klassifiseringen. Her ligger sentraliteten mellom 0 (kun teoretisk mulig) og 1000. Disse verdiene er gruppert sammen til seks klasser. Den mest sentrale kommunen vil alltid ha verdi 1000 (Oslo) og de minst sentrale kommunen har verdier ned mot 300<sup>12</sup>.

## Datakvalitet

Som nevnt i kapittel 3, er datakvaliteten for materialet rapportert av kommunene til leverandør-databasen og dermed også til KOSTRA, preget av feilføringer.

### **Feil bruk av KOSTRA-funksjon**

Fra tidligere rapportering i KOSTA-funksjon i leverandørregisteret er det gjort en rekke korreksjoner fra kommunene. Av opprinnelige verdier av kjøp var om lag 31 % korrekt bokført i regnskapet, 56 % holdt utenfor undersøkelsen (gjaldt ikke erstatning av egenproduksjon), mens det resterende ble flyttet over til andre KOSTRA-funksjoner.

Det har vært en relativt stor endring av kostnader opprinnelig bokført på KOSTRA-funksjon 234 *Dagaktivitetstilbud* over til 273 *Arbeidsrettede tiltak i kommunal regi*. Sistnevnte kategori inngår ikke i kartleggingen. Det har imidlertid vist seg nødvendig å sette fokus på denne kategorien også, da det er avdekket vesentlig feil mellom disse to KOSTRA-funksjonene.

Flere kommuner har også flyttet over utgifter ført på 253 *Helse- og omsorgstjenester i institusjon* over til 254 *Helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende*.

Vi har brukt begrepet tjenestekode om koden som gir både KOSTRA-funksjon og type tjeneste. Et eksempel på dette er 253: Sykehjemsplass. Når vi skriver feil bruk av tjenestekode, betyr det i realiteten at KOSTRA-funksjonen er feil.

---

<sup>12</sup> <https://www.ssb.no/klasse/klasseklassifikasjoner/128>



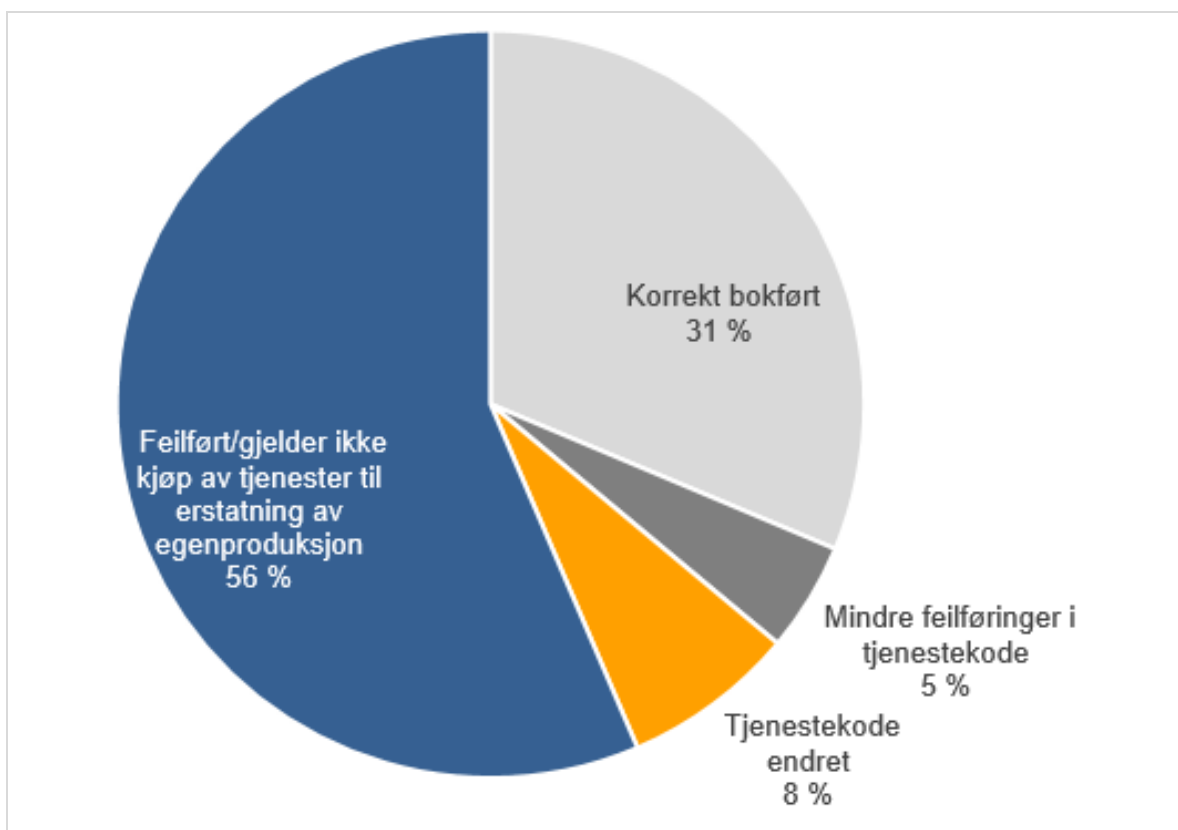
### Feil bruk av art

I bokføringer gjort på KOSTRA-funksjon 253 *Helse- og omsorgstjenester i institusjon* ble så mye som 70 % av leverandør/kommuneforholdene klassifisert som feilførte. Antallet er stort, men beløpene på disse feilene er relativt små. Her dreide det seg i hovedsak om legetjenester, vikarbyrå og andre småkjøp. Det er en stor sannsynlighet for at mange av kommunene har misforstått KOSTRA-hovedveileder da det står eksplisitt at driftsavtaler med leger skal føres på art 370. Det som menes med dette er driftsavtaler og driftstilskudd til fastleger, og ikke tjenester fra leger i egenproduksjon. Regninger fra leger som utfører tjenester på sykehjemmene blir sett på som innsatsfaktor i kommunenes egenproduksjon.

For KOSTRA-funksjonen 256 *Tilbud om øyeblikkelig hjelp døgnopphold i kommunene* var det kun rapportert mindre kjøp fra private tilbydere. Ingen av disse kostnadene har blitt stående etter gjennomgang. Feilene her var både at tjenesten ikke ble vurdert å være til erstatning for egenproduksjon og at leverandøren ikke ble vurdert å være privat.

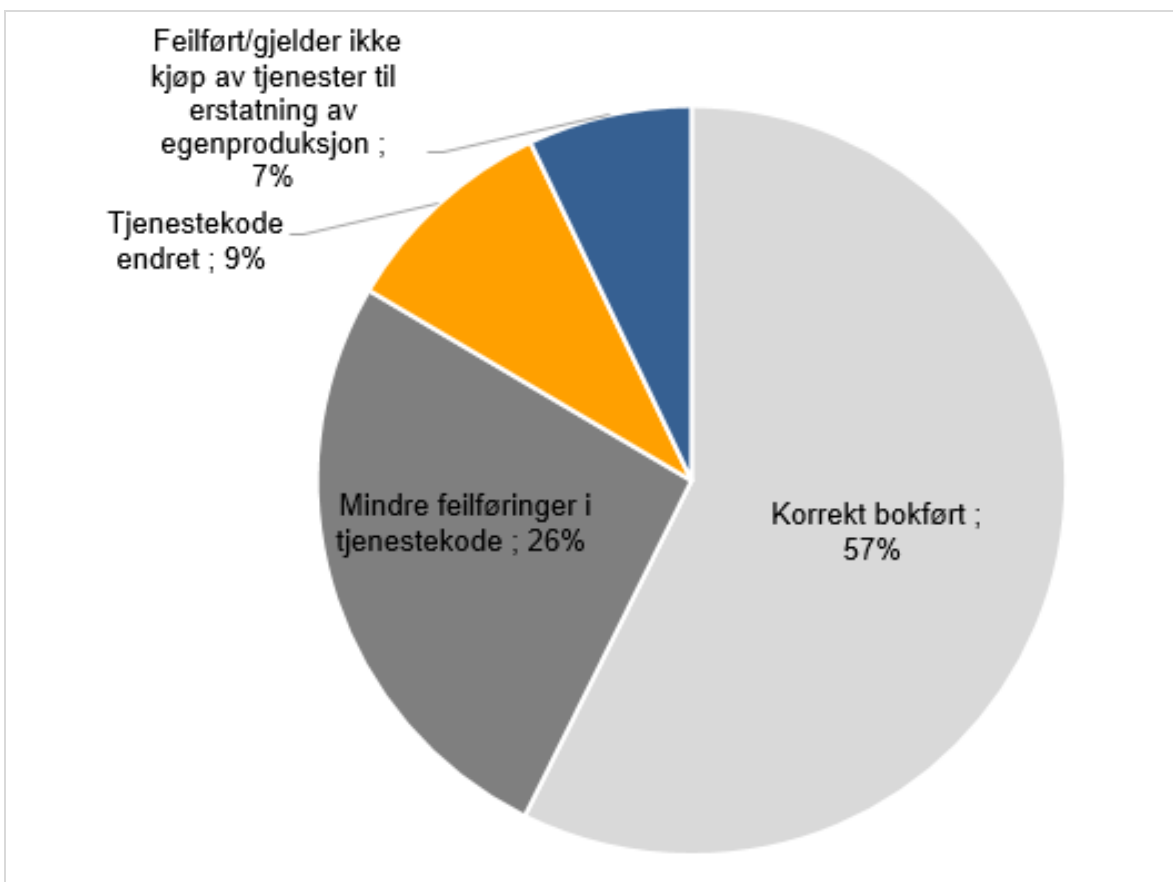
Den vanligste feilen blant kommunene er å føre kostnader knyttet til vikarer og innleie av personell på art 370 til erstatning for egenproduksjon. Dette er ikke et alternativ til egenproduksjon (av tjenesten) og skal derfor føres på art 270 (Kostnader som inngår i egenproduksjonen)

Figuren under viser feilføringer når vi teller antallet feilførte leverandør-/kommuneforhold:



Figur 6-2 Omfanget av feilføring som vår undersøkelse har avdekket.

En del av feilene er knyttet til mindre leverandør-/kommuneforhold, blant annet legene på sykehjem som tidligere nevnt. Selv om det er mange feilføringer, er de små av verdi og hvis vi gjør analysen basert på transaksjonsverdien, ser forholdet mye bedre ut:



Figur 6-3 Datakvalitet etter transaksjonsverdi

Av forskjellen mellom figur 4-1 og 4-2 ser vi tydelig at små transaksjoner med lav hyppighet, mellom leverandører og kommuner har en tydelig større sannsynlighet for å bli bokført feil i regnskapet. Store og repetitive transaksjoner har vesentlige mindre regnskapsfeil enn mindre. Årsaken til dette kan vi spekulere i, men det kan være at større repetitive kjøp konteres hos bestillerenheten i kommunen, mens mindre kjøp konteres hos flere personer ute i tjenest utførende enheter. Feilføringer kan være et symptom på manglende opplæring og oppfølging av ansatte i de utførende enhetene.

I kartleggingen er det både store og små kommuner med få korrigeringer for feilføringer, og både store og små kommuner med mange feilføringer. Det er færre kommuner blant de store som har omfattende feil og mangler i rapporteringen enn blant de mindre kommunene.

Kommunene har selv rettet feil art eller KOSTRA-funksjon ved innsending til Agenda Kaupang. Det har likevel også vært nødvendig å gå ekstra runder med noen av kommunene der vi har sett at det etter innsending likevel var feil. Etersom vi avgrenset undersøkelsen til KOSTRA-funksjonene innen pleie- og omsorgstjenestene kan det være ytterligere feilføringer hvor pleie- og omsorgsutgifter er feilaktig ført på andre KOSTRA-funksjoner.

#### **Gjennomgang av de ti største leverandørene**

Vi har gått gjennom føringene for de ti største leverandørene som fremkommer i tabell 4-8 for å se om de er ført riktig. Stiftelsen Betanien Bergen, Aleris Omsorg, Attendo, Asor og Omsorgspartner

er i all hovedsak ført riktig med over 97 % av beløpene. Dette kan skyldes at de har store kontrakter med få kommuner. Prima Omsorg er også i hovedsak ført riktig.

Aleris Ungplan og BOI er for eksempel ført på 17 forskjellige KOSTRA-funksjoner blant annet 290 *Interkommunale samarbeid*, 386 *Kommunale kulturbygg* og 27 forskjellige arter. De leverer tjenester til Helse- og omsorg, barnevern og rusomsorg.

Heimta som driver tilsvarende virksomhet som Aleris Ungplan og BOI er ført på 8 forskjellige arter og 8 forskjellige KOSTRA-funksjoner.

Uloba som utelukkende leverer BPA til kommunene, er ført på 5 forskjellige KOSTRA-funksjoner og 17 forskjellige arter. Tabellen under avslører at 90 % av utgiftene er ført riktig på 370 og KOSTRA-funksjon 254.

Tabell 6-3 Kommunenes føringer av ULOBA før korrigeringer Kilde: Kommunal Rapports leverandørdatabase

ULOBA -		KOSTRA-funksjoner					Totalsum
INDEPENDENT	LIVING NORGE SA	234	241	253	254	400	
Arter							
120					4 255 978		4 255 978
137					2 823 525		2 823 525
170					880 730		880 730
180					77 250		77 250
230					84 241		84 241
240					73 073		73 073
270				157 371	26 879 009	10 581	27 046 961
272					781 020		781 020
370	3 314 274	568 350	538 151	697 183 890			701 604 665
371				1 178 568			1 178 568
373				13 298 906			13 298 906
379				1 094 643			1 094 643
422				226 365			226 365
429				152 151			152 151
470	476 928			2 324 887			2 801 815
729				20 629			20 629
770				25 090			25 090
(tom)				16 243 509			16 243 509
Totalsum	3 791 202	568 350	695 522	767 603 464	10 581		772 669 119

Årsaker til at Heimta, Aleris Ungplan og BOI og Uloba er ført på så mange arter og KOSTRA-funksjoner kan være at de har mange kundeforhold til mange kommuner. Et høyt antall kundeforhold, gir et høyt antall transaksjoner og dette øker risikoen for feil.

## 6.2 Metode for spørreskjemaundersøkelse

I utarbeidelsen av spørreskjemaundersøkelsen ble det tatt utgangspunkt i noen hypoteser om hvorfor kommuner velger / ikke velger private leverandører innenfor helse- og omsorgstjenester. Disse hypotesene og spørsmålene baserer seg blant annet på analyser og strategiske spørsmål i pleie- og omsorgstjenesten i mange kommuner. Spørsmålene er formulert med utgangspunkt i at det antagelig er et skille mellom ulike årsaker til at kommuner bruker ideelle/kommersielle leverandører.

Det er tatt utgangspunkt i at det er flere praktiske årsaker til at kommunene kjøper ideelle/-kommersielle tjenester: For det første at tjenestene er billigere eller bedre enn kommunens egne og for det andre at kommunen mangler et egnet tilbud til visse pasientgrupper (ofte de mest hjelpetrengende unge). For det tredje kan det foreligge ideologiske årsaker som at kommunen ønsker konkurranse om tjenestene, enten ved hjelp av anbud (sykehjem) eller fritt brukervalg (hjemmehjelp og hjemmesykepleie).

På den samme måten kan det være både praktiske og ideologiske årsaker til at kommuner leverer tjenestene selv. Det kan være praktiske årsaker som at kommunen leverer tjenestene billigere eller bedre i egen regi, eller at det ikke er private leverandører i området. En annen praktisk årsak kan være at kommunen mener den mangler kompetanse til å håndtere kontrakter med private leverandører. En mer ideologisk årsak kan være at kommunen mener at det er feil å overlate tjenestene til private leverandører, i alle fall kommersielle.

Det er også mulig at kommunens praksis mer oppfattes som en tradisjon enn et bevisst valg. Konkurransetsetting av pleietjenester kan virke som en ukjent tanke i noen kommuner. Tradisjonelt leverer norske kommuner alle tjenester i egen regi.

Spørreskjemaundersøkelsen ble gjennomført etter en stegvis prosess:

- ▶ Alle kommuner og bydeler i Oslo er respondenter i spørreskjemaundersøkelsen.
- ▶ Spørsmålsbatteri med hensiktsmessige bakgrunnsvariabler er utformet i samarbeid med oppdragsgiver, med utgangspunkt i de problemstillinger som prosjektet skal besvare.
- ▶ Undersøkelsen er pilotert til tre rådmenn, en ordfører og prosjektledelsen ved Helsedirektoratet.
- ▶ Spørreundersøkelsen er sendt ut via e-post gjennom Questback
- ▶ Frist for besvarelse var satt til 4. januar, men ble forlenget til 19. januar. Etter 19 januar tok konsulentene telefonisk kontakt med respondenter fra kommuner med flere enn 10 000 innbyggere som ikke hadde svart på undersøkelsen. Dette for å øke respondentraten ytterligere.

### **Metodiske betraktninger**

Det ble i alt sendt ut tre påminnelser i løpet av desember og fristen ble i utgangspunktet satt til 4. januar 2019. I begynnelsen av januar var det om lag 190 besvarelser. Vi ønsket å øke antall respondenter og gjorde derfor en ekstra innsats for å øke responsraten. I dette arbeidet kontaktet vi alle bydelene i Oslo, og samtlige kommuner med flere enn 10 000 innbyggere som ikke hadde svart på undersøkelsen innen den oppgitte fristen. Det er mulig at andelen svar i kommuner med 5000 - 10 000 kunne ha blitt høyere også (se tabell 4-16) , hvis vi hadde tid og anledning til å purre opp disse kommunene også. Det er derfor vanskelig å gi en fullstendig frafallsanalyse med utgangspunkt i ulik oppfølging av respondentene.

I arbeidet med å kontakte kommunene etterspurte og mottok vi kontaktinformasjon på kommunalsjef eller tilsvarende, innenfor helse og -omsorgstjenester. Noen kommunalsjefer fikk vi kontakt med direkte, mens andre fikk en påminnelse via mail. I begge tilfeller ble det sendt ut ny invitasjon og ny link til selve undersøkelsen. Dette var en tidkrevende prosess, men innsatsen medførte at responsraten økte fra om lag 190 til 220 da vi avsluttet undersøkelsen 18.01.19.

Gjennom direkte henvendelse, og i påfølgende samtaler med flere kommunalsjefer eller personer i tilsvarende stilling viste det seg at det var mange som ikke hadde mottatt denne spørreskjemaundersøkelsen. Spørreskjemaundersøkelsen ble sendt ut til alle postmottak og adressert til rådmann eller kommunalsjef innenfor helse- og omsorgstjenester. Det er mulig at responsraten ville vært høyere om undersøkelsen hadde blitt sendt direkte til kommunalsjef innenfor helse- og omsorgstjenester ved første utsendelse. Det kom også fram at til tross for at de hadde mottatt linken til undersøkelsen var undersøkelsen ikke blitt gjennomført fordi det rett og slett hadde blitt glemt i en hektisk hverdag. Vi fikk også forståelsen av at det i samme periode hadde sirkulert flere spørreskjemaundersøkelser slik at belastningen før jul ble for høy. Et lite mindre tall hadde valgt å ikke svare på undersøkelsen fordi det ble vurdert som en ekstra oppgave som kunne prioriteres bort i en ellers hektisk hverdag.

## 6.3 Metode for intervjuundersøkelse

Hensikten med intervjuundersøkelsen var å utdype årsaker til at kommuner kjøper eller ikke kjøper tjenester fra kommersielle eller ideelle tilbydere.

Siden sentralitet og kommune-størrelse kan være mulige forklaringsfaktorer for hvorfor kommunene benytter seg ulikt av kommersielle og ideelle aktører, har vi valgt ut kommuner etter kommunestørrelse og landsdel. Vi vurderer det som hensiktsmessig å anonymisere svarene, siden dette kan være kontroversielle spørsmål i noen kommuner.

Det ble sendt ut invitasjon til intervju til 27 kommuner<sup>13</sup> og vi mottok positivt svar fra 16 kommuner<sup>14</sup> etter to runder med purringer. Vi valgte å kontakte ytterlige fire kommuner<sup>15</sup> for å supplere det endelige utvalget, slik at vi endte opp med 20 kommuner i utvalget.

Vi har lagt hovedvekten på å intervju strategisk nivå i kommunen og har snakket med rådmann, kommunalsjef for pleie og omsorg og økonomisjef. I suppleringsrunden snakket vi i tillegg med to representanter for rådmannens stab.

Intervjuene ble gjennomført etter strukturerte intervjuguider som vises under:

### **Intervjuguide for kommuner som har kjøpt tjenester**

- ▶ Hvilke årsaker er viktigst når dere vurderer å kjøpe tjenester?
- ▶ Kan du utdype noe om kommunens strategiske valg på dette området?
- ▶ I hvilken grad legger politikerne føringer for omfang av kjøp -og eventuelt hvilke områder det kjøpes på?
- ▶ Hvilke konsekvenser har politikernes føringer (hvordan følges dette opp både administrativt og politisk) for omfang av kjøp -og hvilke områder det kjøpes på?
- ▶ Har kjøp av tjenester bidratt til å forbedre kommunens egenproduksjon (kvalitetssystem) innenfor helse- og omsorgstjenestene?

I tillegg stilte vi oppfølgingsspørsmål der vi ønsket at kommunen skulle utdype svarene.

### **Intervjuguide for kommuner som ikke har kjøpt tjenester**

- ▶ Hvilke årsaker er viktigst for at dere beslutter å ikke kjøpe tjenester?
- ▶ Kan du utdype noe om kommunens strategiske valg på dette området?
- ▶ I hvilken grad legger politikerne føringer for at kommunen ikke kjøper tjenester?
- ▶ Kommunen har valgt å ikke kjøpe tjenester. Ville kommunen kjøpt slike tjenester hvis det var tilgjengelig (dette må stilles til kommuner som har svart at de ikke har kjøpt fordi det ikke er tilgjengelig).
- ▶ Vurderer kommunen egen kvalitet som bedre enn det en leverandør kan levere og hvordan vet dere eventuelt at kvaliteten er bedre?

Vi har også gjennomført intervjuer på leverandørsiden. Målsettingen var å intervju 3-5 leverandører og vi sendte ut henvendelse til 5 leverandører, 2 ideelle og 3 kommersielle. Vi mottok svar fra 1 ideell og 2 kommersielle.

---

<sup>13</sup> Moskenes, Austevoll, Vestre Slidre, Aurland, Snåsa, Nordkapp, Evje og Hornes, Svelvik, Målselv, Sogndalen, Vindafjord, Ørland, Malvik, Østre Toten, Sogndal, Kvinesdal, Fauske, Vestre Aker bydel i Oslo, Byrådsavdelingen i Oslo, Stavanger, Tromsø, Sola, Rana, Kristiansund, Horten, Bodø, Asker

<sup>14</sup> Austevoll, Aurland, Snåsa, Nordkapp, Evje og Hornes, Sogndal, Vestre Aker bydel i Oslo, Stavanger, Sola, Kristiansund, Bodø, Svelvik, Målselv, Sogndalen, Malvik, Vindafjord.

<sup>15</sup> Hobøl, Holtålen, Lier og Trondheim

Kriteriene for å velge ut ideelle/kommersielle aktører til å svare på intervjuundersøkelsen var som følger: Både ideelle og kommersielle aktører skulle intervjues. Leverandørene skal være ulike med hensyn til hvilke tjenesteområder de leverer, og leverandørene velges ut også med hensyn til geografisk spredning. Det vil si at det er lite hensiktsmessig å kun velge leverandører som leverer tjenester på Østlandet. *Leverandør A* er en kommersiell aktør og leverer på de fleste områder innenfor helse- og omsorgstjenester. Denne leverandøren er lokalisert i store deler av landet, men intervjuobjektet som er regiondirektør er lokalisert i region øst (Oslo, Akershus, Hedmark, Oppland og Østfold). *Leverandør B* er en kommersiell leverandør som leverer hjemmetjenester i de nordlige delene av landet, intervjuobjektet er lokalisert i Nordland. *Leverandør C* er en ideell leverandør som leverer tjenester innenfor BPA-ordningen. De leverer tjenester over hele landet, men intervjuobjektet som jobber med kontraktsoppfølging er lokalisert i Øst.

Følgende spørsmål ble stilt til leverandørene:

- ▶ Hvilke tjenester innenfor helse- og omsorgstjenester leverer dere til kommuner?
- ▶ Hvilke tjenester leverer dere mest av innenfor helse- og omsorgstjenester?
- ▶ Hva opplever dere betyr mest for kommuner ved valg av kommersielle/ideelle tjenestetilbydere?
- ▶ Hvordan er graden av profesjonalitet i innkjøp av tjenester i ulike kommuner?
- ▶ Hva legger dere vekt på når dere skal selge tjenester til kommuner?
- ▶ Når dere skal vurdere å tilby tjenester tar dere hensyn til geografi, kommunestørrelse eller annet?
- ▶ Hva etterspør kommunene?

## 6.4 Tjenestekjøp fordelt på kommuner

Tabell 6-4 Estimerte kjøp fra private til erstatning for egenproduksjon 2017

Kommune	Brutto kostnad	Kjøp	Andel kjøp	Innbyggere
Agdenes	61 066	988	1,6 %	1 711
Alstahaug	169 966	4 435	2,6 %	7 428
Alta	544 709	87 486	16,1 %	20 446
Alvdal	74 310	77	0,1 %	2 441
Andøy	127 263	1 057	0,8 %	4 908
Aremark	41 130	1 834	4,5 %	1 398
Arendal	959 788	28 578	3,0 %	44 576
Asker	1 261 064	230 420	18,3 %	60 781
Askim	301 560	9 172	3,0 %	15 720
Askvoll	93 828	3 250	3,5 %	3 065
Askøy	484 646	106 801	22,0 %	28 821
Audnedal	44 651	110	0,2 %	1 765
Aukra	104 675	-	0,0 %	3 547
Aure	102 548	253	0,2 %	3 590
Aurland	77 221	18 266	23,7 %	1 787
Aurskog-Høland	285 074	15 706	5,5 %	16 162
Austevoll	100 067	64 925	64,9 %	5 156
Austrheim	69 054	-	0,0 %	2 884
Averøy	131 550	6 380	4,8 %	5 856
Balestrand	78 268	9 795	12,5 %	1 288
Ballangen	77 161	10 421	13,5 %	2 554
Balsfjord	177 029	3 327	1,9 %	5 685
Bamble	332 922	2 259	0,7 %	14 138
Bardu	97 491	4 758	4,9 %	3 994
Beiarn	49 957	633	1,3 %	1 043
Berg	29 282	3 616	12,3 %	914
Bergen	5 585 362	901 555	16,1 %	278 556
Berlevåg	36 927	5 018	13,6 %	991
Bindal	58 740	3	0,0 %	1 473
Birkenes	92 162	-	0,0 %	5 178
Bjerkreim	47 939	20	0,0 %	2 826
Bjugn	110 046	3	0,0 %	4 822
Bodø	957 313	17 736	1,9 %	51 022
Bokn	24 285	-	0,0 %	855
Bremanger	162 159	8 431	5,2 %	3 847
Brønnøy	192 389	1 909	1,0 %	7 956
Bygland	44 266	93	0,2 %	1 200
Bykle	31 359	81	0,3 %	952
Bærum	2 641 587	115 662	4,4 %	124 008
Bø (Nordland)	107 275	7 047	6,6 %	2 624
Bø (Telem.)	170 560	2 870	1,7 %	6 262
Bømlo	280 786	4 041	1,4 %	11 806
Båtsfjord	72 154	14 063	19,5 %	2 267
Dovre	76 685	2	0,0 %	2 675
Drammen	1 252 446	54 975	4,4 %	68 363
Drangedal	105 936	2 126	2,0 %	4 148
Dyrøy	43 424	-	0,0 %	1 138
Dønna	43 996	1 905	4,3 %	1 410
Eid	160 794	8 024	5,0 %	6 064
Eide	93 119	5 331	5,7 %	3 454

Kommune	Brutto kostnad	Kjøp	Andel kjøp	Innbyggere
Eidfjord	30 681	8	0,0 %	921
Eidsberg	247 569	4 799	1,9 %	11 406
Eidskog	190 817	9 655	5,1 %	6 127
Eidsvoll	435 985	49 935	11,5 %	24 415
Eigersund	341 704	1 811	0,5 %	14 899
Elverum	502 496	39 738	7,9 %	21 086
Enebakk	164 586	11 919	7,2 %	10 927
Engerdal	54 961	-	0,0 %	1 274
Etne	99 786	12 927	13,0 %	4 135
Etnedal	49 699	-	0,0 %	1 351
Evenes	59 856	1 894	3,2 %	1 402
Evje og Hornnes	79 550	151	0,2 %	3 614
Farsund	236 066	-	0,0 %	9 769
Fauske	242 281	1 369	0,6 %	9 729
Fauske	242 281	709	0,3 %	9 729
Fedje	21 900	-	0,0 %	587
Fet	194 513	3 553	1,8 %	11 555
Finnøy	71 410	2 185	3,1 %	3 235
Fitjar	105 013	12 386	11,8 %	3 189
Fjaler	87 879	7 004	8,0 %	2 862
Fjell	341 583	22 254	6,5 %	25 204
Flakstad	40 785	267	0,7 %	1 349
Flatanger	39 137	2 220	5,7 %	1 090
Flekkefjord	284 872	2 059	0,7 %	9 090
Flesberg	62 945	970	1,5 %	2 696
Flora	297 221	19 904	6,7 %	11 999
Flå	34 856	4 759	13,7 %	1 081
Folldal	63 645	600	0,9 %	1 577
Forsand	59 983	-	0,0 %	1 245
Fosnes	20 361	-	0,0 %	628
Fredrikstad	1 777 985	88 484	5,0 %	80 121
Frogn	304 782	27 654	9,1 %	15 743
Froland	115 756	2 411	2,1 %	5 713
Frosta	67 825	-	0,0 %	2 630
Fræna	230 939	-	0,0 %	9 741
Frøya	122 481	-	0,0 %	4 937
Fusa	122 929	-	0,0 %	3 895
Fyresdal	47 218	7	0,0 %	1 319
Førde	257 726	7 084	2,7 %	13 009
Gamvik	40 767	3 608	8,9 %	1 137
Gaular	66 519	-	0,0 %	2 966
Gausdal	166 996	17 273	10,3 %	6 204
Gildeskål	73 563	3 255	4,4 %	2 024
Giske	150 567	2 575	1,7 %	8 176
Gjemnes	69 134	255	0,4 %	2 611
Gjerdrum	118 488	4 509	3,8 %	6 546
Gjerstad	74 189	4 374	5,9 %	2 511
Gjesdal	187 893	7 610	4,1 %	11 902
Gjøvik	696 946	22 206	3,2 %	30 319
Gloppen	168 843	7 696	4,6 %	5 783



Kommune	Brutto kostnad	Kjøp	Andel kjøp	Innbyggere
Gol	124 287	6 602	5,3 %	4 612
Gran	344 698	41 337	12,0 %	13 707
Grane	41 838	102	0,2 %	1 469
Granvin	25 010	-	0,0 %	933
Gratangen	41 051	-	0,0 %	1 121
Grimstad	424 829	21 106	5,0 %	22 692
Grong	64 900	-	0,0 %	2 467
Grue	161 921	15 118	9,3 %	4 777
Gulen	94 959	3 187	3,4 %	2 371
Hadsel	223 017	11 764	5,3 %	8 009
Halden	715 589	78 570	11,0 %	30 790
Halsa	47 545	-	0,0 %	1 599
Hamar	843 624	39 711	4,7 %	30 598
Hamarøy	63 114	-	0,0 %	1 810
Hammerfest	318 294	22 426	7,0 %	10 527
Haram	210 689	196	0,1 %	9 312
Hareid	115 220	5 161	4,5 %	5 185
Harstad	562 102	12 468	2,2 %	24 845
Hasvik	36 135	-	0,0 %	1 037
Hattfjellidal	53 719	2 089	3,9 %	1 414
Haugesund	773 939	57 416	7,4 %	37 166
Hemne	97 088	2 966	3,1 %	4 259
Hemnes	159 694	4 130	2,6 %	4 524
Hemsedal	53 012	50	0,1 %	2 442
Herøy (M. og R.)	193 455	4 664	2,4 %	8 957
Herøy (Nordl.)	52 453	-	0,0 %	1 788
Hitra	125 418	5 913	4,7 %	4 659
Hjartdal	47 258	-	0,0 %	1 593
Hjelmeland	61 403	-	0,0 %	2 708
Hobøl	119 870	25 359	21,2 %	5 557
Hof	91 361	16 565	18,1 %	3 176
Hol	139 205	13 645	9,8 %	4 535
Hole	134 011	2 373	1,8 %	6 772
Holmestrand	242 917	14 633	6,0 %	10 861
Holtålen	55 293	-	0,0 %	2 046
Hornindal	38 357	-	0,0 %	1 198
Horten	548 403	15 694	2,9 %	27 202
Hurdal	62 889	1 287	2,0 %	2 910
Hurum	186 651	15 919	8,5 %	9 462
Hvaler	110 097	8 530	7,7 %	4 517
Hyllestad	50 281	-	0,0 %	1 438
Hægebostad	45 313	2 405	5,3 %	1 702
Høyanger	131 165	5 121	3,9 %	4 190
Høylandet	37 895	-	0,0 %	1 264
Hå	359 111	-	0,0 %	18 800
Ibestad	50 526	-	0,0 %	1 394
Inderøy	129 114	2 792	2,2 %	6 800
Iveland	27 923	-	0,0 %	1 342
Jevnaker	131 241	9 131	7,0 %	6 696
Jondal	43 057	791	1,8 %	1 108

Kommune	Brutto kostnad	Kjøp	Andel kjøp	Innbyggere
Jølster	90 354	1 003	1,1 %	3 049
Karasjok	88 237	-	0,0 %	2 696
Karlsøy	90 159	334	0,4 %	2 273
Karmøy	845 606	19 657	2,3 %	42 229
Kautokeino	91 672	4 766	5,2 %	2 938
Klepp	319 959	803	0,3 %	19 042
Klæbu	103 643	2 374	2,3 %	6 050
Kongsberg	624 294	29 130	4,7 %	27 216
Kongsvinger	415 420	29 178	7,0 %	17 857
Kragerø	264 241	10 991	4,2 %	10 586
Kristiansand	1 600 547	16 249	1,0 %	89 268
Kristiansund	616 226	2 420	0,4 %	24 442
Krødsherad	55 587	3 649	6,6 %	2 257
Kvalsund	43 792	60	0,1 %	1 027
Kvam	233 997	10 418	4,5 %	8 423
Kvinesdal	178 151	17 790	10,0 %	5 988
Kvinnherad	359 913	1 582	0,4 %	13 241
Kviteseid	66 791	-	0,0 %	2 442
Kvitsøy	13 289	406	3,1 %	534
Kvæfjord	181 273	6 410	3,5 %	2 986
Kvænanngen	59 523	-	0,0 %	1 233
Kåfjord	74 960	2 138	2,9 %	2 132
Lardal	60 844	9 258	15,2 %	2 475
Larvik	980 439	45 350	4,6 %	44 082
Lavangen	34 916	16	0,0 %	1 076
Lebesby	48 906	312	0,6 %	1 330
Leikanger	57 628	482	0,8 %	2 332
Leirfjord	52 605	340	0,6 %	2 278
Leka	22 560	4 355	19,3 %	584
Leksvik	100 954	434	0,4 %	3 480
Lenvik	342 686	31 741	9,3 %	11 697
Lesja	54 198	-	0,0 %	2 048
Levanger	437 866	9 002	2,1 %	19 892
Lier	515 356	53 660	10,4 %	25 740
Lierne	45 640	-	0,0 %	1 389
Lillehammer	684 653	36 693	5,4 %	27 781
Lillesand	234 099	323	0,1 %	10 702
Lindesnes	115 439	2 652	2,3 %	4 950
Lindås	367 682	14 038	3,8 %	15 731
Lom	74 783	-	0,0 %	2 360
Loppa	40 160	2 990	7,4 %	968
Lund	76 536	-	0,0 %	3 259
Lunner	185 345	24 548	13,2 %	9 080
Lurøy	57 881	-	0,0 %	1 920
Luster	160 317	11 899	7,4 %	5 151
Lyngdal	216 026	11 748	5,4 %	8 588
Lyngen	86 514	-	0,0 %	2 876
Lærdal	74 498	2 226	3,0 %	2 159
Lødingen	93 586	1 044	1,1 %	2 134
Lørenskog	586 804	47 076	8,0 %	37 406

Kommune	Brutto kostnad	Kjøp	Andel kjøp	Innbyggere
Løten	166 079	7 577	4,6 %	7 633
Malvik	232 174	30 207	13,0 %	13 820
Mandal	335 186	3 366	1,0 %	15 600
Marker	85 678	5 469	6,4 %	3 597
Marnardal	64 659	2 764	4,3 %	2 309
Masfjorden	60 513	705	1,2 %	1 710
Meland	145 375	6 345	4,4 %	8 021
Meldal	117 400	406	0,3 %	3 960
Melhus	332 425	9 705	2,9 %	16 213
Meløy	214 421	12 801	6,0 %	6 435
Meråker	72 323	726	1,0 %	2 508
Midsund	66 358	5 005	7,5 %	2 085
Midtre Gauldal	165 179	5 057	3,1 %	6 319
Modalen	20 852	-	0,0 %	383
Modum	314 052	9 073	2,9 %	13 786
Molde	644 358	19 744	3,1 %	26 822
Moskenes	60 307	19 271	32,0 %	1 073
Moss	734 456	174 949	23,8 %	32 407
Målselv	188 664	29 104	15,4 %	6 781
Måsøy	47 564	-	0,0 %	1 204
Namdalseid	63 341	-	0,0 %	1 593
Namsos	315 294	5 797	1,8 %	13 051
Namsskogan	35 841	-	0,0 %	872
Nannestad	181 820	430	0,2 %	12 657
Narvik	565 440	39 874	7,1 %	18 756
Naustdal	64 656	-	0,0 %	2 848
Nedre Eiker	418 540	36 453	8,7 %	24 718
Nes (ak)	432 672	28 482	6,6 %	21 241
Nes (Buskerud)	118 161	4 205	3,6 %	3 357
Nesna	67 005	6 436	9,6 %	1 837
Nesødden	302 976	28 589	9,4 %	18 869
Nesseby	40 029	251	0,6 %	951
Nesset	101 318	843	0,8 %	2 963
Nissedal	52 907	-	0,0 %	1 476
Nittedal	405 760	53 366	13,2 %	23 213
Nome	205 832	5 177	2,5 %	6 585
Nord-Aurdal	198 375	19 759	10,0 %	6 490
Norddal	60 422	-	0,0 %	1 663
Nord-Fron	156 080	7 046	4,5 %	5 723
Nordkapp	75 166	197	0,3 %	3 291
Nord-Odal	137 568	444	0,3 %	5 100
Nordre Land	189 769	4 679	2,5 %	6 773
Nordreisa	133 899	13 976	10,4 %	4 919
Nore og Uvdal	90 358	20 293	22,5 %	2 530
Notodden	325 791	2 023	0,6 %	12 757
Nærøy	134 802	5 212	3,9 %	5 138
Nøtterøy	505 231	22 448	4,4 %	21 748
Odda	223 333	3 657	1,6 %	7 025
Oppdal	162 860	7 011	4,3 %	6 973
Oppgård	536 526	36 076	6,7 %	26 988

Kommune	Brutto kostnad	Kjøp	Andel kjøp	Innbyggere
Orkdal	244 570	2 378	1,0 %	11 891
Os (Hedm.)	58 732	520	0,9 %	1 963
Os (Hord.)	360 816	16 816	4,7 %	20 152
Osen	28 344	-	0,0 %	978
Oslo	11 935 962	3 686 039	30,9 %	666 759
Osterøy	201 821	5 813	2,9 %	8 026
Overhalla	80 372	6 438	8,0 %	3 840
Porsanger	93 860	9 599	10,2 %	3 971
Porsgrunn	859 214	12 866	1,5 %	36 198
Radøy	126 363	292	0,2 %	5 128
Rakkestad	200 026	4 111	2,1 %	8 173
Rana	608 388	6 779	1,1 %	26 101
Randaberg	203 577	3 097	1,5 %	10 873
Rauma	207 062	-	0,0 %	7 503
Re	205 052	10 865	5,3 %	9 486
Rendalen	56 740	971	1,7 %	1 858
Rennebu	81 237	56	0,1 %	2 556
Rennesøy	60 581	2 547	4,2 %	4 892
Rindal	68 202	778	1,1 %	2 026
Ringebu	128 905	9 690	7,5 %	4 502
Ringerike	677 434	24 194	3,6 %	30 034
Ringsaker	808 379	9 730	1,2 %	33 842
Rissa	175 048	5 949	3,4 %	6 628
Risør	205 848	7 682	3,7 %	6 936
Roan	25 270	-	0,0 %	959
Rollag	57 336	48	0,1 %	1 399
Rygge	354 814	24 906	7,0 %	15 747
Rælingen	307 784	23 991	7,8 %	17 730
Rødøy	41 316	1 247	3,0 %	1 267
Rømskog	26 662	3 939	14,8 %	685
Røros	139 244	6 294	4,5 %	5 623
Røst	17 405	6	0,0 %	535
Røyken	388 529	39 323	10,1 %	21 931
Røyrvik	22 077	-	0,0 %	938
Råde	180 763	22 818	12,6 %	7 398
Salangen	76 832	8 807	11,5 %	2 220
Saltdal	184 722	7 651	4,1 %	4 702
Samnanger	63 648	116	0,2 %	2 488
Sande (Møre og Romsdal)	94 744	723	0,8 %	2 540
Sande (Vestf.)	206 470	20 857	10,1 %	9 496
Sandefjord	1 353 059	83 613	6,2 %	62 019
Sandnes	1 271 262	63 124	5,0 %	75 497
Sandøy	36 871	1 832	5,0 %	1 246
Sarpsborg	1 268 365	14 108	1,1 %	55 127
Sauda	150 054	-	0,0 %	4 760
Sauherad	101 909	6 144	6,0 %	4 303
Sel	167 424	-	0,0 %	5 916
Selbu	111 327	205	0,2 %	4 098
Selje	86 334	-	0,0 %	2 791
Seljord	76 464	-	0,0 %	2 979

Kommune	Brutto kostnad	Kjøp	Andel kjøp	Innbyggere
Sigdal	101 923	-	0,0%	3 502
Siljan	40 424	-	0,0%	2 357
Sirdal	69 780	594	0,9%	1 836
Skaun	112 531	-	0,0%	8 000
Skedsmo	929 183	-	0,0%	53 276
Ski	591 692	24 477	4,1%	30 698
Skien	1 149 893	18 713	1,6%	54 316
Skiptvet	83 721	2 760	3,3%	3 783
Skjervøy	90 340	1 875	2,1%	2 912
Skjåk	73 135	-	0,0%	2 202
Skodje	102 422	838	0,8%	4 667
Skånland	102 243	5 396	5,3%	3 048
Smøla	64 941	-	0,0%	2 160
Snillfjord	31 874	36	0,1%	982
Snåsa	58 197	32	0,1%	2 159
Sogndal	195 396	23 048	11,8%	7 941
Sokndal	88 846	-	0,0%	3 316
Sola	409 340	7 364	1,8%	26 016
Solund	27 191	447	1,6%	794
Songdalen	109 737	405	0,4%	6 568
Sortland	238 464	3 116	1,3%	10 378
Spydeberg	139 206	27 524	19,8%	5 765
Stange	544 899	9 912	1,8%	20 317
Stavanger	2 538 744	160 206	6,3%	132 729
Steigen	71 962	1 958	2,7%	2 543
Steinkjer	449 736	31 587	7,0%	21 972
Stjørdal	421 155	7 278	1,7%	23 625
Stord	409 734	17 728	4,3%	18 821
Stordal	36 706	-	0,0%	1 005
Stor-Elvdal	77 985	2 818	3,6%	2 530
Storfjord	63 304	5 091	8,0%	1 890
Strand	217 386	8 379	3,9%	12 662
Stranda	114 898	178	0,2%	4 623
Stryn	172 934	482	0,3%	7 218
Sula	188 874	13 709	7,3%	9 007
Suldal	128 347	1 929	1,5%	3 853
Sund	100 184	397	0,4%	7 058
Sunnidal	234 127	2 665	1,1%	7 126
Surnadal	176 232	1 198	0,7%	5 986
Sveio	122 650	1 205	1,0%	5 656
Svelvik	117 004	13 260	11,3%	6 653
Sykkylven	158 467	3 298	2,1%	7 695
Søgne	197 534	17 424	8,8%	11 321
Sømna	57 182	-	0,0%	2 047
Søndre Land	204 018	4 863	2,4%	5 717
Sør-Aurdal	101 824	43	0,0%	3 026
Sørfold	73 265	-	0,0%	1 958
Sør-Fron	92 428	5 428	5,9%	3 163
Sør-Odal	172 779	3 305	1,9%	7 866
Sørreisa	75 018	4 394	5,9%	3 496

Kommune	Brutto kostnad	Kjøp	Andel kjøp	Innbyggere
Sørum	325 178	608	0,2 %	17 665
Sør-Varanger	292 358	27 465	9,4 %	10 199
Tana	97 548	-	0,0 %	2 911
Time	348 073	14 059	4,0 %	18 656
Tingvoll	77 048	6 774	8,8 %	3 109
Tinn	194 644	804	0,4 %	5 894
Tjeldsund	38 037	742	2,0 %	1 252
Tjøme	126 345	16 722	13,2 %	4 928
Tokke	73 524	-	0,0 %	2 228
Tolga	32 032	327	1,0 %	1 620
Torsken	35 402	4 868	13,8 %	921
Tranøy	60 996	6 818	11,2 %	1 540
Tromsø	1 541 563	116 298	7,5 %	74 541
Trondheim	3 303 913	150 997	4,6 %	190 464
Trysil	236 576	307	0,1 %	6 550
Træna	16 133	-	0,0 %	465
Trøgstad	125 723	318	0,3 %	5 367
Tvedestrand	149 377	-	0,0 %	6 051
Tydal	32 122	203	0,6 %	861
Tynset	152 974	831	0,5 %	5 584
Tysfjord	76 183	7 843	10,3 %	1 960
Tysnes	77 090	-	0,0 %	2 847
Tysvær	251 901	680	0,3 %	11 041
Tønsberg	996 618	101 053	10,1 %	44 922
Ullensaker	573 866	53 244	9,3 %	35 102
Ullensvang	99 933	240	0,2 %	3 377
Ulstein	156 827	5 270	3,4 %	8 457
Ulvik	35 655	2 599	7,3 %	1 131
Utsira	8 813	-	0,0 %	201
Vadsø	150 631	9 748	6,5 %	6 154
Vaksdal	152 060	14 142	9,3 %	4 123
Valle	45 742	6 117	13,4 %	1 246
Vang	67 490	3 608	5,3 %	1 596
Vanylven	105 413	-	0,0 %	3 203
Vardø	59 026	-	0,0 %	2 104
Vefsn	340 819	-	0,0 %	13 465
Vega	33 343	107	0,3 %	1 234
Vegårshei	64 181	4 019	6,3 %	2 104
Vennesla	285 907	1 086	0,4 %	14 425
Verdal	297 931	3 279	1,1 %	14 849
Verran	80 109	3 242	4,0 %	2 515
Vestby	250 311	26 166	10,5 %	17 188
Vestnes	279 126	1 990	0,7 %	6 577
Vestre Slidre	60 445	19 552	32,3 %	2 114
Vestre Toten	272 913	11 770	4,3 %	13 179
Vestvågøy	287 543	4 388	1,5 %	11 294
Vevelstad	17 834	31	0,2 %	528
Vik	101 550	10 952	10,8 %	2 722
Vikna	114 664	-	0,0 %	4 418
Vindafjord	205 302	5 626	2,7 %	8 828

Kommune	Brutto kostnad	Kjøp	Andel kjøp	Innbyggere
Vinje	136 522	3 376	2,5 %	3 726
Volda	225 654	6 882	3,0 %	9 102
Voss	349 574	5 591	1,6 %	14 514
Værøy	24 818	2 028	8,2 %	744
Vågan	238 590	6 655	2,8 %	9 444
Vågsøy	163 891	-	0,0 %	6 031
Vågå	113 824	-	0,0 %	3 640
Våler (Hedm.)	112 289	2 643	2,4 %	3 743
VÅler (Østf.)	103 177	12 827	12,4 %	5 335
Øksnes	122 786	7 114	5,8 %	4 580
Ørland	90 812	595	0,7 %	5 291
Ørskog	56 855	16	0,0 %	2 296
Ørsta	264 932	2 503	0,9 %	10 744
Østre Toten	418 478	62 565	15,0 %	14 887
Øvre Eiker	344 056	21 806	6,3 %	18 562
Øyer	120 720	4 977	4,1 %	5 082
Øygarden	133 689	1 715	1,3 %	4 913
Øystre Slidre	80 940	331	0,4 %	3 248
Åfjord	90 488	1 122	1,2 %	3 263
Ål	151 062	10 915	7,2 %	4 719
Ålesund	1 039 612	37 481	3,6 %	47 199
Åmli	59 573	3 481	5,8 %	1 856
Åmot	126 919	-	0,0 %	4 518
Årdal	199 240	10 096	5,1 %	5 363
Ås	349 370	10 057	2,9 %	19 288
Åseral	29 022	-	0,0 %	937
Åsnes	239 447	-	0,0 %	7 329