

Hanne Bogen og Arne Backer Grønningsæter

En ideell forskjell?

Om ideelle aktører i spesialisthelsetjenesten

Hanne Bogen og Arne Backer Grønningseter

En ideell forskjell?

Om ideelle aktører i spesialisthelsetjenesten

© Fafo 2016

ISBN 978-82-324-0319-6 (papirutgave)

ISBN 978-82-324-0320-2 (nettutgave)

ISSN 0801-6143 (papirutgave)

ISSN 2387-6859 (nettutgave)

Omslagsfoto: Colourbox.no

Omslag: Fafos Informasjonsavdeling

Trykk: Allkopi AS

Innhold

Forord	5
Kapittel 1 Bakgrunn	7
1.1 Data og metode.....	9
1.2 Rapportens oppbygging	10
Kapittel 2 Ideelle aktører innen spesialisthelsetjenestene.....	11
2.1. Hva er en ideell aktør?.....	12
2.2 Innkjøpsreglene.....	14
2.3 Informantenes syn på endringene i regelverket for offentlige anskaffelser	18
2.4 Hvem er de ideelle aktørene innen spesialisthelsetjenestene?.....	21
2.5 Det offentliges kjøp av spesialisthelsetjenester fra private	23
2.6 Ulikheter mellom ideelle aktører innen helse- og sosialtjenestene	25
2.7 Både fordeler og ulemper ved å være ideell.....	27
2.8 Ikke bare konkurranse fra kommersielle.....	27
2.9 Hva viser forskning om de ideelle aktørenes merverdi?	29
2.10 Hva viser forskning om kvalitet hos ideelle spesialisthelsetjenesteaktører?	34
Kapittel 3 Hva mener våre informanter om ideelle aktørers merverdi og rolle?.....	39
3.1. Hva mener våre informanter om ideelles aktørers merverdi?	39
3.2 Bli de ideelle helseaktørene ivaretatt ved offentlige innkjøp?	42
3.3 Politiske og faglige synspunkter	45
Kapittel 4 Sammendrag	57
Litteratur	66
Informanter	69

Forord

Foreliggende rapport tar for seg situasjonen for ideelle aktører som leverer spesialisthelsetjenester på vegne av det offentlige. Bakgrunnen for rapporten er endringer i regelverket for offentlige anskaffelser. Siden 2004 har ideelle aktører hatt mulighet for et unntak i dette regelverket ved at innkjøpere av spesialisthelsetjenester har kunnet forbeholde konkurransen om slike oppdrag til bare å gjelde ideelle aktører. Disse har dermed hatt muligheten for en beskyttet rolle overfor kommersielle aktører som dermed ekskluderes fra dette oppdragsmarkedet. Målsettingen har vært å sikre at ideelle aktører fortsatt kan spille en viktig rolle i velferdsstatens produksjon av helse- og sosialtjenester. Endringene i innkjøpsregelverket kan gjøre det vanskeligere for ideelle aktører å fortsatt ha en slik beskyttet stilling. Et viktig spørsmål i denne sammenheng er om det er noe som skiller ideelle aktører innen spesialisthelsetjenestene fra kommersielle aktører og hva som kunne begrunne at de fortsatt beholder en særstilling. Hvilke særtrekk har ideelle aktører og hvilken merverdi tilfører de tjenesteproduksjonen som er viktig – og mulig – å ivareta også i fremtiden?

Rapporten er finansiert av Landsforeningen for hjerte- og lungesyke (LHL). LHL er en ideell organisasjon som eier flere helseinstitusjoner og som leverer spesialisthelsetjenester til befolkningen på vegne av det offentlige.

Våre kontakter i LHL har vært generalsekretær Eivind Jahren, medisinsk sjef Are Helseth og rådgiver Stig Grydeland. Vi takker for godt samarbeid.

Arne Backer Grønningseter har vært prosjektleder, Hanne Bogen har vært prosjektmedarbeider mens Lise Lien har vært kvalitetssikrer. Vi takker også publikasjonsavdelingen ved Fafo for ferdigstilling av manus.

Arne Backer Grønningseter
Prosjektleder
Oslo, oktober 2016

Hanne Bogen
Prosjektmedarbeider

Kapittel 1 Bakgrunn

I denne rapporten vil vi ta for oss den rollen ideelle virksomheter spiller innenfor spesialisthelsetjenestene i Norge, med særlig vekt på de utfordringene slike virksomheter kan møte i et mer konkurranseutsatt helsetjenestemarked. Bakgrunnen for rapporten er de nå vedtatte endringene i regelverket for offentlige anskaffelser. Disse vil kunne føre til endringer i de ideelle aktørenes økonomiske rammebetingelser når de leverer helse- og sosialtjenestene til det offentlige. Ideelle aktører har en lang tradisjon for å levere helse- og sosialtjenester til det offentlige, også innen spesialisthelsetjenestene. Fra en situasjon der det i hovedsak fantes to aktører på dette feltet – spesialisthelsetjenester levert av henholdsvis det offentlige og private ideelle aktører – har det i de siste tiårene vokst frem en tredje aktør i form av private kommersielle aktører. Etter sykehusreformen i 2002 vokste det blant annet frem en rekke kommersielle sykehus (Oslo Economics 2015:20). Spesialisthelsetjenester vil her si somatiske sykehus, diagnostikk i form av laboratorietjenester og radiologi, rusbehandling, psykisk helsevern, ulike typer av opptrenings- og rehabiliteringstjenester og avtalespesialister.¹ I Norge leveres det aller meste av tjenestevolumet innen spesialisthelsetjenestene av det offentlige, om lag 90 prosent målt i driftskostnader, mens private bidrar med 10 prosent.² Forholdet mellom den offentlige og den private andelen varierer imidlertid en del mellom de ulike tjenestene. Så godt som all finansiering av slike tjenester er offentlig og finansieres av staten gjennom de fire regionale helseforetakene. Disse har et lovpålagt ansvar for å sørge for at slike tjenester leveres til befolkningen – selv om også private aktører, både ideelle og kommersielle, kan forestå selve tjenesteproduksjonen.

Med EØS-avtalens inntreden i norsk rett i 1994 har offentlige innkjøp av varer og tjenester vært underlagt et innkjøpsregelverk som i atskillig større grad enn tidligere vektlegger like konkurransevilkår for dem som leverer tjenester til det offentlige; alle levererandører skal i utgangspunktet behandles likt ved slike innkjøp. Ved innkjøp av tjenester fra ideelle aktører har det imidlertid siden 2004 vært mulig å forbeholde konkurransen om helse- og sosialtjenester til kun ideelle aktører, noe som har innebåret at kommersielle aktører har kunnet stenges ute fra deler av dette tjenestemarkedet. Det er innkjøper som ut fra hensiktsmessighetsbetraktninger avgjør om dette unntaket skal

¹ Avtalespesialister er privatpraktiserende leger eller psykologer som får driftstilskudd fra staten. I denne studien tar vi ikke for oss avtalespesialistene.

² Statistisk sentralbyrå 23. juni 2016.

tas i bruk i hvert enkelt innkjøpstilfelle og har altså ikke vært er rettighet for de ideelle aktørenes del. Unntaket har bare vært gjeldende for Norge fordi det bare er Norge som har søkt om et slikt unntak.

Bakgrunnen for unntaket har vært et politisk ønske fra norske myndigheters side om å beskytte ideelle aktørers stilling fordi de vurderes å spille en viktig rolle i velferdsstatens produksjon av helse- og sosialtjenester. Med de nye reglene risikerer ideelle aktører ikke å nå opp i konkurransen med kommersielle aktører og dermed stå i fare for å bli utkonkurrert som tjenesteleverandører. Dette henger i stor grad sammen med at de fleste ideelle aktører har hatt pensjonsordninger tilsvarende de ordningene som tilbys i offentlig sektor. Disse er dyrere enn de ordningene kommersielle aktører ofte tilbyr, noe som har medført at kostnadene for de ideelles tjenester blir høyere enn for andre private aktører som konkurrerer om å få levere den samme typen tjenester til det offentlige. Det kan også være andre forhold som kan bidra til at ideelle aktører kommer i en vanskelig konkurransesituasjon overfor de kommersielle aktørene.

Det hevdes ofte at det finnes særtrekk ved ideelle aktører som gjør at de har en særlig viktig rolle å spille i samfunnsutviklingen generelt og innen velferdstjenesteproduksjon spesielt, for eksempel at de ikke tar ut utbytte og derfor uavkortet kan benytte den offentlige finanseringen til tjenesteproduksjon (se for eksempel Tretteberg & Sivesind 2015; Venås & Skjøstad 2016). Det pekes også på at ideelle aktører kan tilby en samfunnsmessig merverdi sammenlignet med både offentlige og kommersielle aktører ved at de for eksempel ofte har større tillit i befolkningen eller er mer innovative enn andre leverandører og at det derfor er viktig å sikre at også ideelle aktører har en fremtid som tjenesteproducenter på vegne av det offentlige. Dersom ideelle aktører blir utkonkurrert av kommersielle aktører, kan samfunnet gå glipp av denne ideelle merverdien. Flere interessenter har derfor tatt til orde for å finne måter å hindre at de vedtatte regelendringene for offentlige innkjøp skal skape en mer usikker økonomisk situasjon for ideelle aktører, for eksempel ved å finne legitime måter å tolke regelverket på som er til gunst for de ideelle aktørene. I hvilken grad kan for eksempel særtrekk ved ideelle virksomheter vektlegges ved innkjøp av helse- og sosialtjenester gitt at regelverket i utgangspunktet forutsetter at tilbydere skal stilles likt?

Målsettingen med prosjektet som ligger til grunn for denne rapporten har vært å kartlegge hva ulike aktører mener er eventuelle særtrekk og merverdier ideelle aktørene innen spesialisthelsetjenesten kan tilføre tjenesteproduksjonen og som er viktige i et tjeneste- og brukerperspektiv. I tillegg har spørsmålet vært om disse eventuelle særtrekkene gjør at de endrede innkjøpsreglene kan praktiseres på en måte som i minst mulig grad rammer de ideelle aktørenes økonomiske stilling.

1.1 Data og metode

Datamaterialet som ligger til grunn for denne undersøkelsen, er i hovedsak basert på intervjuer med representanter for en rekke aktører eller organisasjoner som på ulike måter kan forventes å ha god kjennskap til ideelle aktører og den rolle de spiller i det norske samfunnet generelt og innenfor spesialisthelsetjenestene spesielt. Vi har intervjuet informanter som kan forventes å ha kunnskap og meninger om hvilken betydning endringene i innkjøpsreglene vil ha for ideelle aktører. Vi har intervjuet representanter for 1) de regionale helseforetakene som kjøper inn helsetjenester fra ideelle og kommersielle aktører, 2) representanter for myndighetene ved tre departementer som på hver sin måte har ansvar for å utforme regelverket for offentlige innkjøp, 3) representanter for fire politiske partier, 4) representanter for arbeidsgiverorganisasjoner for ideelle og kommersielle aktører, 5) representanter for to arbeidstakerorganisasjoner som organiserer arbeidstakere i helse- og sosialsektoren, 6) ledere for et utvalg ideelle og kommersielle virksomheter innen spesialisthelsetjenesten og 7) representanter for brukerorganisasjoner. Det er totalt gjennomført 26 intervjuer. Til sammen mener vi at disse aktørenes ulike perspektiver kan gi et godt bilde av de utfordringer ideelle aktører står overfor og hvilket handlingsrom de synes å kunne ha innenfor helse- og sosialfeltet.

Vi har kontaktet flere informanter enn dem som ble intervjuet. Noen har ikke svart på vår henvendelse, etter gjentatte purringer. Andre ga uttrykk for at de ikke hadde synspunkter som ville kunne bidra til å belyse temaet, for eksempel fordi de i liten grad har erfaringer med ideelle og kommersielle aktører, bare offentlige; det kan for eksempel dreie seg om brukerorganisasjoner. Bakerst i rapporten lister vi opp hvilke aktører eller organisasjoner som har vært intervjuet. I organisasjonene har vi primært intervjuet leder eller en som kan uttale seg på vegne av organisasjonen og som har særlig kjennskap til de temaene rapporten tar opp. Om vår funn hadde blitt annerledes dersom flere og andre aktører hadde blitt intervjuene, vet vi ikke, men vi mener at dem vi har intervjuet, representerer viktige aktører som på ulike måter kan belyse temaet.

I tillegg til å intervjuer en rekke relevante informanter, har vi gjennomgått foreliggende dokumentasjon om ideelle aktører innen spesialisthelsetjenestene, i tillegg også offentlige dokumenter om endringene i regelverket for offentlige anskaffelser. Vi har dessuten gjennomgått nyere forskning om ideelle aktørers rolle på helse- og sosialområdet i moderne velferdsstater som Norge og andre skandinaviske land.

Ideelle aktørers fremtidige rolle i det norske velferdssamfunnet står for tiden høyt på den politiske dagsordenen og det foregår en omfattende offentlig diskusjon om dette. I denne debatten gjør ulike posisjoner seg gjeldende. Diskusjonen gjelder hva som er legitime interesser blant private tjenesteleverandører, særlig legitimiteten i å ta ut utbytte av offentlige finansierte tjenester. Videre diskuteres det hva som særkjenner tegner ulike tjenesteleverandører og hvilken juridisk stilling ideelle aktører bør ha innen helse- og sosialfeltet. Også endringene i regelverket for offentlige anskaffelser og

Stortingets behandling av disse endringene har fått mye medieoppmerksomhet. Det er også knyttet sterke økonomiske interesser til det offentlige kjøp av tjenester fra private leverandører. Disse ulike interessene vil naturlig nok kunne prege synspunktene til noen av våre informanter. Som forskere har vi etter beste evne forsøkt å forholde oss nøytrale til de ulike interessene, men gjengi ulike informanters synspunkter.

Parallelt med datainnsamlingen og utarbeidelse av rapporten foregikk en lovforberedelses- og lovvedtaksprosess knyttet til lov om offentlige anskaffelser og om ideelle aktører fortsatt kunne beholde det nevnte unntaket i dette regelverket. Denne prosessen resulterte i et lovvedtak sommeren 2016. Det meste av arbeidet knyttet til rapporten forelå forut for dette vedtaket. Våre informanter visste altså ikke på intervjuetidspunktet hvilke vedtak som ville bli fattet og følgelig visste heller ikke forskerne hva utfallet ville bli. I slutten av oppsummeringen i kapittel 4 gir vi en kort presentasjon av hvilke lovvedtak som nå foreligger og den videre prosessen frem til lovens endelige ikrafttreden 1. januar 2017. Enkelte steder i rapportteksten foregriper vi noen resultater av denne prosessen i og med at situasjonen var mer avklart på det tidspunktet rapporten var i ferd med å slutføres sommeren 2016 enn den var underveis i prosjektet mens intervjuene pågikk og i rapportutarbeidningen. Vi tror det kan lette lesingen av rapporten.

1.2 Rapportens oppbygging

I kapittel 2 vil vi på bakgrunn av foreliggende informasjon og forskning ta for oss den rollen ideelle virksomheter spiller innen spesialisthelsetjenesten i Norge og de utfordringer disse virksomhetene vil kunne stå overfor gitt endringer i de juridiske rammebetingelsene. I kapittel 3 presenterer vi funn fra intervjuene med våre informanter mens vi i kapittel 4 sammenfatter de funn og vurderinger som er fremlagt i foregående kapitler.

Kapittel 2 Ideelle aktører innen spesialisthelsetjenestene

Ideelle aktører har spilt og spiller fortsatt en viktig rolle innen helse- og sosialtjenestene i Norge. De har ofte vært tidlig ute og etablert tjenestetilbud til befolkningen forut for at det offentlige etablerte tilsvarende tilbud. Sammenlignet med en del andre europeiske land har imidlertid ideelle aktører på velferdsfeltet en relativt beskjeden rolle i Norge, i likhet med de øvrige nordiske landene med velutbygde offentlig dominerte velferdsstater der ikke bare tjenestene er offentlig finansiert, men i stor grad også offentlig utført.

I løpet av de siste tiårene tyder mye på at det har blitt mer krevende å være ideell velferdsaktør. Årsakene til dette er sammensatte. Mange interessenter, inkludert regjerende partier, kan ha ønsket å bygge ut en tilnærmet heldekkende offentlig velferdsstat. Gode offentlige finanser har muliggjort en slik ambisjon. Samtidig kan ideelle aktørers situasjon ha blitt vanskeligere. Årsakene kan ligge hos de ideelle aktørene selv, for eksempel på grunn av manglende kapital til å utvide virksomheten og dermed oppnå stordriftsfordeler. Eller de kan ligge i deres rammebetingelser med på den ene siden en stat som finansierer deres tjenester og som dermed står i en posisjon til å bestemme hvilken rolle ideelle aktører skal ha innen de offentlig finansierte helse- og sosialtjenestene, og på den annen side kommersielle aktører som også kan ha ambisjoner om å tilby tilsvarende tjenester som dem de ideelle aktørene tilbyr.

Mye tyder imidlertid på at ideelle aktører fortsatt er ønsket innen helse- og sosialtjenestene. Dette kommer blant annet til uttrykk i en nylig fornyet samarbeidsavtale³ mellom regjeringen og KS på den ene side og Virke, Frivillighet Norge, Ideelt Nettverk og KS Bedrift på den annen. Ideelle aktører kan imidlertid ikke leve av intensjons-erklæringer, men må bli gitt – eller selv skaffe seg – et bærekraftig økonomisk handlingsrom. Det kan innebære at det offentlige, som finansierer spesialisthelsetjenestene, faktisk ønsker å benytte seg av ideelle aktører og like viktig, at også befolkningen ønsker deres tjenester.

I dette kapitlet vil vi først gå nærmere inn på hva en ideell organisasjon eller aktør er, med særlig tanke på ideelle aktører som leverer spesialisthelsetjenester på vegne av det offentlige. Deretter presenterer vi regelverket for offentlige anskaffelser og de endringene som nå er gjennomført i dette regelverket. I den forbindelse presenterer vi

³ Inngått i juni 2015.

også noen av våre informanters vurderinger av mulighetsrommet i dette regelverket. Vi gjør oppmerksom på at på intervjuutidspunktet forelå bare forslag til endringer i regelverket, ikke de faktiske vedtakene. I kapittelet presenterer vi også omfanget av ideelle aktører innen spesialisthelsetjenesten og det offentlige kjøp av tjenester fra ideelle og kommersielle aktører. Vi presenterer også foreliggende informasjon og forskning om ideelle aktørers merverdi.

2.1. Hva er en ideell aktør?

Ifølge en rapport fra Senter for forskning på sivilsamfunn og frivillig sektor finnes det i Norge ingen klar definisjon på hva en ideell aktør eller virksomhet er (Tretteberg & Sivesind 2015:11f.). Henrik Sivesind ved nevnte senter har med bakgrunn i internasjonal forskning utarbeidet en definisjon som skal være tilpasset norske forhold og trekker frem følgende karakteristika (samme sted):⁴

- at virksomheten er *organisert* og har en viss varighet og regelmessighet
- at virksomheten er *privat* og ikke formelt underlagt offentlig styring
- at virksomheten ikke *videreformidler fortjeneste*; overskuddet brukes i tråd med organisasjonens hovedformål som ikke er kommersielt
- at virksomheten er *selvstyrt* ved at den har en egen styringsstruktur, kan nedlegges på eget initiativ og står ansvarlig for sine aktiviteter
- at medlemskap og deltakelse er *frivillig* og ikke lovpålagt eller obligatorisk

Sivesind peker på to overordnede forhold i definisjonen av en ideell virksomhet: at virksomheten ikke har profit som motiv, men heller at den har en virksomhetsidé som går ut på å fremme andre goder for samfunnet, ofte benevnt et sosialt formål.

Heller ikke i forskriften for offentlige anskaffelser, som ligger til grunn ved kjøp av tjenester fra blant annet ideelle leverandører, finnes en klart avgrensbar definisjon. Hva som skal regnes som en ideell aktør, må derfor utledes gjennom tolkning av dette regelverket. I en veileder for anskaffelser av helse- og sosialtjenester, utarbeidet av Difi, trekkes to forhold frem, henholdsvis 1) formålet med virksomheten og 2) måten virksomheten er organisert på (Difi 2013:22ff.):

⁴ Dette de samme faktorene som listes opp i FNs Handbook on Nonprofit Institutions in the System of National Accounts fra 2003.

Om formål

- at virksomheten ikke har profitt som formål, eventuelt at overskudd utelukkende benyttes til å drifte og tilby humanistiske og sosiale tjenester til allmennheten eller spesielle grupper
- at hele organisasjonen, uten økonomisk motiv, arbeider for å avhjelpe sosiale behov i samfunnet eller bestemte utsatte grupper og at dette er det sentrale i organisasjonens formål.

Om organisasjonsform

Dersom organisasjonen er organisert som en stiftelse eller forening, kan det tyde på at det dreier seg om en ideell organisasjon. Utdeling av midler skal skje i samsvar med formålet med stiftelsen og det kan ikke utdeles midler til den som opprettet stiftelsen. Også aksjeselskaper kan være en ideell organisasjon dersom formålet er å dekke sosiale behov og drives uten økonomiske motiv.

Som vi ser, overlapper definisjonene i de to kildene i stor grad. Ifølge disse definisjonene er viktige kjennetegn ved ideelle aktører dermed at de har et sosialt formål og at de ikke tar ut utbytte, men investerer et eventuelt overskudd i virksomheten for å styrke det sosiale formålet. I tillegg må virksomheten være privat og ikke underlagt offentlig styring.

Om begrepet ideell aktør

I denne rapporten har vi gjennomgående valgt å benytte uttrykket *ideell* aktør eller *ideell virksomhet* for den type organisering som verken kan kalles en offentlig virksomhet eller en markedsaktør, som en tredje aktør innenfor produksjon av velferdstjenester – eller tredje sektor, som ofte også benyttes som betegnelse.⁵ Andre uttrykk som i en viss grad er overlappende er det sivile samfunn, non-profit sektor eller NGO (non-governmental organization). Et ofte brukt uttrykk er frivillig sektor. Dette uttrykket har vi bevisst unngått fordi det kan gi inntrykk av at virksomheten baserer seg på (mye) ubetalt arbeidskraft, noe som i svært liten grad er tilfellet innenfor spesialisthelsetjenestene, også når ideelle aktører forestår driften. Her dreier det seg i all hovedsak om bruk av profesjonell, høyt utdannet arbeidskraft med de samme lønns- og arbeidsbetingelser som andre som jobber med tilsvarende tjenester. Innenfor andre deler av ideell virksom-

⁵ Det kan også argumenteres for at det finnes flere aktører enn tre, som for eksempel sosiale entreprenører, som verken er ideelle aktører eller markedsaktører, men trekker veksler på begge former. I tillegg spiller hushold/familier kanskje den mest basale rollen som velferdsprodusent. Så det finnes slik sett – minst – fem ulike velferdsproduserende sektorer eller aktører.

het gjør bruk av frivillige seg atskillig mer gjeldende, for eksempel innen lokalsamfunnsaktiviteter, men også i en viss grad i for eksempel sykehjem. Også uttrykket ideell aktør/virksomhet kan være problematisk i og med at det har en noe normativ overtone, men samsvarer ellers med enkelte av de karakteristika slike virksomheter tillegges (se over). Vi har derfor valgt å benytte dette uttrykket i denne rapporten.⁶

Det pågår for tiden et europeisk forskningsprosjekt som forsøker å komme frem til en konsensus- og «nedenfra og opp»-basert definisjon av hva ideell virksomhet er, eller nærmere bestemt hva begrepet tredje sektor rommer, som er det begrepet som benyttes i dette europeiske prosjektet. Begrepet er imidlertid ment å romme alle de andre tidligere nevnte begrepene og fenomenene (se for eksempel Salamon & Sokolowski 2014, som tar for seg utfordringene ved å lage en slik begrepsmessig overbygning over et mylder av organisasjonsformer).⁷ Her reises spørsmålet om hva som på tvers av europeiske land er den felles kjernen i begrepet tredje sektor. Etter hva vi forstår, overlapper de foreløpige resultatene fra forskningsprosjektet mye med de kriterier som er nevnt over, blant annet at virksomheten ikke har profitt som formål og at den avhjelper sosiale behov.

2.2 Innkjøpsreglene

Med Norges medlemskap i EØS fra 1994 forpliktet norske myndigheter seg til å etablere rutiner for offentlige anskaffelser som i størst mulig grad likestiller tilbydere av tjenester uavhengig av om de er å regne som ideelle eller kommersielle. Siden 2004 har det imidlertid vært mulig å gjøre et unntak for ideelle aktører når helse- og sosialtjenester kjøpes inn. Det har, dersom innkjøper finner det hensiktsmessig, vært mulig å avholde egne konkurranser for ideelle aktører og dermed utelukke kommersielle (Difi 2013:22ff.; NOU 2016:12:44). Det dreier seg altså om en mulighet de offentlige innkjøperne har hatt, ikke en rettighet for de ideelle virksomhetenes del. Det har variert mellom innkjøpsregionene og tjenesteområdene om denne muligheten er tatt i bruk. I en del tilfeller har det vært en ren hensiktsmessighetsbetraktning som ligger til grunn, for eksempel dersom det innen et tjenesteområde i en helseregion bare finnes ideelle aktører. Mens enkelte regionale helseforetak har valgt å holde egne, lukkede konkurranser bare for ideelle leverandører på noen tjenesteområder, har andre valgt å

⁶ I Sverige brukes nå ofte uttrykket idéburna organisationer for å fremheve den verdiforankringen slike organisasjoner ofte har, se definisjon hos Wikipedia: https://sv.wikipedia.org/wiki/Id%C3%A9buren_organisation.

⁷ Institutt for samfunnsforskning Senter for forskning på sivilsamfunn & frivillig sektor deltar i dette prosjektet.

likestille ideelle og kommersielle leverandører, eller de har valgt ulike tilnærminger på ulike tidspunkt ut fra hva som anses hensiktsmessig. Unntaket for ideelle aktører har for øvrig bare vært gjeldende for Norge (NOU 2016:12:44).

For de ideelle aktørene har dette unntaket i reglene for offentlige anskaffelser i en del tilfeller ført til at de har sluppet å konkurrere med kommersielle virksomheter. Kommerielle virksomheter kan ha mulighet til å tilby tjenestene til en lavere pris dersom deres lønns- og pensjonsforhold er dårligere enn de ideelle virksomhetenes. Ideelt drevne virksomheter har i mange tilfeller tilbudt lønn og pensjon på linje med offentlige virksomheter og har derfor ofte lagt en høyere pris til grunn i sine tilbud, noe som kan ha vanskeliggjort konkurransen med kommersielle.⁸ Innenfor spesialisthelse-tjenesten befinner imidlertid ideelle og kommersielle aktører seg i stor grad på ulike tjenestemarkeder; konkurransen mellom ideelle og kommersielle aktører har derfor per i dag i praksis vært svært begrenset.⁹

EU vedtok i 2014 et nytt regelverk for offentlige anskaffelser. Flere har tolket dette regelverket dithen at det nevnte unntaket for ideelle aktører ikke lenger kan videreføres (se for eksempel NHO 2016). I så fall vil ideelle aktører risikere å måtte konkurrere med kommersielle om å utføre oppdrag for det offentlige, noe som har vært oppfattet som utfordrende blant annet på grunn av en ofte ulik kostnadssituasjon, ikke minst på grunn av ulike pensjonskostnader.

Nærings- og fiskeridepartementet, som har ansvaret for konkurransepolitikken, ba på bakgrunn av de nye innkjøpsreglene juristen Fredrik Sejersted om å utarbeide en rettslig vurdering av om unntaket for de ideelle aktørene ville kunne beholdes. Hans korte svar var at det kunne det ikke (Sejersted 2014). Det noe lengre svaret var at det likevel kunne finnes et visst handlingsrom for å ivareta de ideelle aktørene siden de nye reglene for innkjøp av helse- og sosialtjenester er mer for fleksible enn de generelle innkjøpsreglene. Dels ble terskelverdiene for kjøp av helse- og sosialtjenester forslått¹⁰ økt (til 750 000 euro, ca. 6,3 mill. NOK) slik at oppdrag under dette beløpet som hovedregel ikke må kunngjøres; det må imidlertid gjennomføres en konkurranse også for beløp under den nye terskelverdien (se NOU 2016:12:55). Dels åpnes det for å kunne vektlegge forhold som kvalitet, kontinuitet, tilgjengelighet, brukernes særlige behov osv. ved kjøp av helse- og sosialtjenester; dette er forhold som trolig kan begrunne behovet for lengre kontraktsperioder enn tidligere. Sejersted påpeker derfor at det innenfor rammen av de nye reglene «bør være mulig å utforme egne norske regler

⁸ Flere ideelle virksomheter har i de siste årene endret sine pensjonsordninger slik at de i større grad blir konkurransedyktige med de kommersielle. Det gjelder blant annet Frelsesarmeen og Kirkens Bymisjon.

⁹ Dette kommer vi tilbake til.

¹⁰ Og nå vedtatt økt.

for anskaffelse av helse- og sosialtjenester som er utformet slik at eksisterende ideelle organisasjoner med særskilt erfaring og kompetanse bør kunne stå sterkt, generelt og ved den enkelte tildeling» (samme sted, s. 3).

Sejersted peker også på at det innenfor nåværende regelverk kan være mulig for offentlige myndigheter å inngå langsiktige, løpende kontrakter med ideelle aktører. Dersom slike avtaler inngås før de nye reglene trår i kraft, vil de kunne være gyldige etter at unntaket for ideelle aktører er opphevet. Videre påpeker han at regelverket trolig kan åpne for bruk av såkalt utvidet egenregi, at ideelle aktører kommer inn og bistår som del av det offentlige tilbudet, og at det har vært praksis for dette. Reglene for offentlig støtte (statsstøttereglene, som setter sterke begrensinger for tildeling av offentlig støtte til private virksomheter som driver næringsvirksomhet), bør også kunne komme i betraktning og benyttes mer enn i dag ifølge Sejersteds utredning.

Sejersted peker altså på at det kan finnes et mulighetsrom for de ideelle aktører ved å 1) vektlegge forhold ved tjenestene som kan styrke ideelle aktørers stilling vis a vis kommersielle aktører, i den grad ideelle aktører faktisk utmerker seg positivt sammenlignet med kommersielle på en del områder; her nevnes mer kontinuitet i tjenesteproduksjonen, tjenestenes tilgjengelighet, brukermedvirkning, innovasjon som slike kvalitetsaspekter, 2) at det kan finnes andre måter å finansiere ideelle aktører på enn gjennom offentlige anskaffelser og 3) at eksisterende kontrakter kan gjøres løpende forut for regelendringen.

Foreliggende rapport tar ikke mål av seg til å gi en egen vurdering av det juridiske handlingsrommet for ideelle aktører i det nye innkjøpsregelverket og en vurdering av Sejersteds tolkning av dette regelverket. Vi vil likevel kort forholde oss til uttalelser ulike parter har gitt om saken, blant annet i de gjennomførte intervjuene. En rekke ideelle aktører som leverer spesialisthelsetjenester til de regionale helseforetakene, har etablert et eget nettverk kalt Ideelt Nettverk¹¹ og for egen del innhentet juridiske vurderinger av regelverket. Vurderingene som er gjort, er kommet til at Sejersted-rapporten gir en rimelig tolkning av dette handlingsrommet. De ideelle aktørene har også stått i nær dialog med de myndighetene som er ansvarlige for anskaffelsesregelverket og har løpende vært informert om myndighetenes tolkning av regelverket. De leverte også i 2015 en høringsuttalelse til forslaget til lov- og forskriftsendringer i de nye EU-direktivene. Senere i dette kapitlet refererer vi enkelte andre synspunkter på handlingsrommet for ideelle aktører slik Sejersted-rapporten presenterer dem.

Myndighetene, representert ved Nærings- og fiskeridepartementet, la i januar 2016 frem et endelig lovforslag der det fremgikk at fortsatt å reservere kontrakter om helse- og sosialtjenester til ideelle organisasjoner vil være et brudd på EØS-avtalen (Prop. 51

¹¹ Vår oppdragsgiver inngår i dette nettverket.

L (2015-2016):75). Stortingsvedtak om de nye reglene forelå i begynnelsen av juni 2016;¹² de nye reglene forventes å trå i kraft ved årsskiftet 2016/2017.

I lovforslaget som ble lagt frem våren 2016 fremhevet regjeringen den viktige rollen ideelle aktører kan spille innen helse- og sosialtjenestene og påpekte at mange ideelle aktører har høy kompetanse, stort engasjement og stor tillit i befolkningen, samtidig som de er viktige innovatører (Prop. 51 L (2015-2016):75). Den fornyede samarbeidsavtalen mellom regjeringen, de ideelle aktørene og KS fra juni 2015 sies her å være et uttrykk for regjeringens verdsetting av ideelle aktører. I tillegg uttaler den at den «vil søke å utnytte handlingsrommet den har for å legge til rette for at de ideelle organisasjonene kan fortsette å tilby helse- og sosialtjenester av god kvalitet til brukerne» (samme sted). Hvordan den konkret tenker å utnytte dette handlingsrommet, fremgår ikke av lovproposisjonen. Det påpekes imidlertid at man vil «sørge for at brukernes særlige behov kan tas i betraktning ved helse- og sosialtjenester, herunder behovet for langsiktige relasjoner og stabilitet over tid» (Prop. 51 L (2015-2016):75). Dette hensynet vil, etter hva vi forstår, ikke bare vektlegges når ideelle aktører leverer tjenester til det offentlige, men vil gjelde alle aktører som leverer helse- og omsorgstjenester til det offentlige. Dette må forstås slik at det først og fremst er brukernes behov, ikke leverandørenes, som skal ivaretas. I lovteksten som ble vedtatt i juni 2016, nevnes ikke ideelle aktører. Den har imidlertid en egen paragraf (§ 7a) om anskaffelser av helse- og sosialtjenester. Det pekes her på at departementet gjennom forskrift skal gi særskilte regler om anskaffelse av helse- og sosialtjenester og at det her skal legges vekt på særtrekkene ved helse- og sosialtjenester, som hensynet til mangfold, kvalitet, kontinuitet og brukermedvirkning. I august 2016 forelå den nye forskriften. I denne nevnes ideelle aktører. Dette kommer vi tilbake til i oppsummeringskapitlet.

En rekke aktører som har avtale med Helse Sør-Øst, har for øvrig fått en mer forutsigbar situasjon ved at dette regionale helseforetaket de siste årene har inngått løpende avtaler med leverandørene, først med rusinstitusjoner i 2012, deretter med psykiatriske institusjoner/behandlingssteder i 2014 og våren 2016 med eksempelvis LHL. Alle opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjoner som har avtale med Helse Sør-Øst, har også fått slike kontrakter. Slike kontakter kan tildeles uavhengig av om leverandøren er å regnes som ideell eller kommersiell. Disse avtalene er altså løpende, men med en oppsigelsestid på 2 år. Av avtalene følger det at helsemyndighetene har stor innflytelse på hvilke tjenester som skal leveres og i hvilket omfang. Til gjengjeld har altså disse virksomhetene større forutsigbarhet for driften enn tidligere. De andre regionale helseforetakene har ikke inngått tilsvarende avtaler. Vi har ikke informasjon om hvorfor et regionalt helseforetak har valgt å tildele løpende avtaler mens andre fortsatt har valgt å tildele avtaler med angivelse av et visst antall års lengde (for eksempel 4 år, i andre tilfeller 8 år). Etter hva vi skjønner, ut fra offentlig dokumentasjon, synes

¹² Stortingsvedtak ble gjort 9. juni 2016.

det juridisk sett ikke å være noe i veien for å inngå slike langsiktige avtaler på helse- og sosialområdet selv om de kan være til hinder for andre potensielle leverandører, også ideelle, siden de som allerede er «innenfor», får en beskyttet stilling, i hvert fall for en periode. De langsiktige avtalene er imidlertid ikke evigvarende. Av Difis veileder fremgår det at avtalene må konkurranseutsettes med jevne mellomrom for å sikre effektiv konkurranse (Difi 2013:19f.). Kontrakten må dermed inneholde en oppsigelsesklausul eller oppsigelsesadgang; denne var i det nevnte tilfellet over satt til to år.

Av den nye forskriften til lov om offentlige anskaffelser av helse- og sosialtjenester som forelå sommeren 2016, fremgår det at det fortsatt er anledning til å tildele løpende kontrakter om slike tjenester med begrunnelse i brukernes behov, kontraktens formål, investeringskostnader eller andre relevante grunner (se oppsummeringskapitlet). Kontraktene må imidlertid inneholde en oppsigelsesadgang. Slike løpende kontrakter gjelder innkjøp av helse- og sosialtjenester generelt uavhengig av om leverandørene er ideelle eller kommersielle.

2.3 Informantenes syn på endringene i regelverket for offentlige anskaffelser

Vi har innhentet synspunkter fra våre informanter på de forestående endringene i regelverket for offentlige anskaffelser.

I samtale med saksbehandlere (jurister) i Nærings- og fiskeridepartementet har vi fått opplyst at det har vært utredet om det finnes begrunnelser for å opprettholde unntaket for ideelle virksomheter, men at man ikke har klart å finne en slik begrunnelse som vil kunne «stå seg» juridisk, det vil si som ville holde i en rettssak dersom en slik ble reist fra for eksempel en kommersiell aktør som føler seg ekskludert. Det påpekes at de forhold Sejersted-rapporten trekker frem, slik som behov for kontinuitet, langsiktighet osv., primært skal begrunnes i brukernes behov og ikke som sådan vil kunne ekskludere kommersielle aktører fordi også deres brukere vil ha de samme behovene for kontinuitet, langsiktighet osv. Ved offentlige anskaffelser, inkludert lovpålagte tjenester som utføres på vegne av det offentlige, må det stilles de samme kvalitetskravene til alle aktører, noe som ikke ville vært tilfellet dersom én aktør skulle ha særfordeler bare i kraft av å være ideell. Brukerne har krav på samme (gode) kvalitet uavhengig av hvem som leverer tjenestene. Som del av brukerhensynet kan imidlertid også lange kontrakter begrunnes i at leverandøren trenger forutsigbarhet for å kunne bygge opp et godt fagmiljø og gjøre nødvendige investeringer, men dette er et hensyn som vil gjelde både ideelle og kommersielle virksomheter, ifølge departementet (se også Difi 2013:189). Et slikt brukerhensyn kan ifølge Nærings- og fiskeridepartementet for eksempel ivaretas ved at

det i anskaffelsesregelverket gis rom for å tildele lengre kontraktperioder for helse- og sosialtjenester enn for andre tjenester.

Ideelt Nettverk (omtalt i kap. 2.2.), som organiserer mange av de ideelle aktørene, har som nevnt uttalt at de støtter Sejersted-rapportens vurdering av at det fortsatt vil være et handlingsrom for å gi ideelle aktører et fortrinn fremfor kommersielle aktører. De er også av den oppfatning at bruken av samarbeidsformen «utvidet egenregi» kan komme i betraktning når ideelle aktører samarbeider med det offentlige. I så fall kommer ikke reglene om offentlige anskaffelser til anvendelse. En slik samarbeidsform forutsetter imidlertid for det første at oppdragsgiver må utøve en kontroll over leverandøren som tilsvarer den kontroll som utøves over egen virksomhet (det såkalte kontrollkriteriet) og dernest at en vesentlig del – minst 80 prosent – av leverandørens aktivitet må være for oppdragsgiveren, det såkalte aktivitetskriteriet (Nærings- og fiskeridepartementet 2013, kap. 3). De to nevnte kriteriene for utvidet egenregi er for øvrig tatt inn i den nye forskriften til lov om offentlige anskaffelser (§ 3-1). I tillegg kan ikke utvidet egenregi inngås med rettssubjekter som det er direkte private eierandeler i.

En av våre informanter blant de ideelle aktørene sier seg enig i at ordningen med utvidet egenregi vil forutsette at det offentlige har stor grad kontroll (jf. kontrollkriteriet nevnt over), men at dette først og fremst vil gjelde kontroll over økonomi og typer og volum av tjenester som skal leveres, ikke over det *verdigrunnlaget* ideelle virksomheter eventuelt ønsker å legge til grunn for tjenesteutførelsen.

Også med hensyn til reglene for offentlig støtte mener de ideelle aktørene at dette bør kunne anvendes i større grad enn i dag og at regelverket, slik de tolker det, åpner for det. En viktig forskjell på dette regelverket og reglene for offentlige anskaffelser er imidlertid at reglene for offentlige anskaffelser dreier det seg om å inngå en såkalt gjensidig bebyrdende avtale, for eksempel om lovfestede spesialisthelsetjenester. Fra det offentliges side stilles det krav om motytelser fra leverandørens side, for eksempel levere definerte helsetjenester av en bestemt kvalitet i et bestemt omfang. Dette er ikke i samme grad er tilfellet ved tildeling av offentlig støtte, som ikke er en gjensidig bebyrdende avtale (Difi 2013:70ff.). Ved tildeling av offentlig støtte vil det offentlige i mindre grad kreve samme omfattende styring over bruken av midlene selv om også slike midler skal brukes til det formål de er bevilget til.

Vi har også forespurt noen av våre informanter om hvordan de ser på det faktum at en del ideelle virksomheter har fått løpende avtaler. Blant de ideelle virksomhetene som nå har fått slike avtaler, synes det å være stor tilfredshet med dette fordi det gir større forutsigbarhet for driften. Det uttrykkes også en lettelse over å slippe de jevnlige anbudsrundene som krever mye administrativ innsats. De to årene med oppsigelsesfrist blir ikke oppfattet som så truende, men mer som en periode der man kan rekke å omstille seg til eventuelle nye krav. Av andre informanter som var mer kritiske til særbehandling av ideelle aktører, fikk vi til svar at de kan ha forståelse for en slik beslutning fra det offentliges side. Innkjøperne av helse- og sosialtjenester er avhengige av å ha

et til enhver tid fungerende tjenestetilbud tilgjengelig for befolkningen og kan derfor ønske å skape en trygghet for de ideelle leverandørene i en overgangsperiode. Disse informantene tror likevel at på sikt vil også de ideelle virksomhetene måtte tilpasse seg en situasjon med konkurranse fra kommersielle.

Noen erfaringer fra Danmark og Sverige

Det er interessant å merke seg at i Danmark synes man å ha tolket «anvendelsesområdet» for utvidet egenregi annerledes enn i Norge, både på utdanningsområdet og innen helse- sosialtjenester, noe som synes å ha gitt mulighet for å sikre eksistensen til ideelle aktører på velferdsfeltet (Segaard 2016).

I Sverige er det nylig levert en offentlig utredning som tar for seg det sivile samfunnets rolle (SOU 2016:13). I denne foreslås det at anskaffelser av sosiale tjenester eller andre spesielle tjenester under om lag sju millioner svenske kroner (750 000 euro) ikke skal omfattes av den nye svenske loven om offentlige anskaffelser.¹³ Dette vil gi kommuner og fylkeskommuner økt frihet til å inngå samarbeid med ideelle aktører (SOU 2016:13:37). Det foreslås også at det skal være mulig å reservere kontrakter for visse tjenester til tilbydere som for eksempel har ansatte med redusert arbeidsevne. Videre foreslås det at valgfrihetssystemet, at brukerne kan velge hvilke leverandører av helse- og sosialtjenester de ønsker å benytte seg av, forbeholdes ideelle aktører. Det foreslås også at den merverdien ideelle aktører bidrar med i større grad enn i dag ivaretas i anbudsutlysningene. Dersom disse endringene gjennomføres, mener man ideelle aktørers stilling som leverandører av velferdstjenester vil kunne styrkes.

I utredningen pekes det også på at bruk av samarbeidsformen ideelt-offentlig partnerskap (IOP) kan styrke ideelle aktørers rolle (SOU 2016:13:38). Dette er ifølge utredningen en samarbeidsform EU-regelverket muliggjør og er ment å fremme innovasjon. Denne samarbeidsformen finnes ifølge utredningen rettet mot for eksempel hjemløse personer, utsatte EU-borgere, integreringstiltak, støtte til rusmisbrukere og krisesentre. Foreløpig har denne samarbeidsformen ifølge utredningen en uklar rettsstilling og skal utredes nærmere i den pågående Velfærdsutredningen. I hvilken grad denne ordningen vil kunne ha relevans for norske spesialisthelsetjenester, synes uklart ut fra de opplysninger som fremkommer i denne utredningen. Også i Danmark er for øvrig ordningen med offentlig-privat samarbeid i utstrakt bruk på helse- og velferdsområdet (Anbud365 2016).

¹³ I tillegg må tjenestene ikke ha grenseoverskridende interesse.

2.4 Hvem er de ideelle aktørene innen spesialisthelsetjenestene?

Det har ikke vært et formål med foreliggende studie å bidra til definisjonen om hva en ideell aktør er, men heller legge til grunn de definisjoner som gjør seg gjeldende per i dag (jf. kap. 2.1) Vi vil imidlertid påpeke at det kan være vanskelig å avgrense konkrete ideelle virksomheter fra kommersielle innen spesialisthelsetjenestene og til dels også ideell fra offentlig virksomhet. Her er offentlig statistikk ikke til så god hjelp slik den foreligger per i dag.

Fafo gjennomførte i 2015 et oppdrag for LHL for blant annet å kartlegge omfanget av ideelle aktører innen spesialisthelsetjenestene i Norge (Bogen & Flatø 2015). Det viste seg å ikke være en enkel oppgave. Offentlig statistikk, slik den foreligger hos Statistisk sentralbyrå (SSB), overensstemmer ikke helt med de mer teoretiske definisjonene av en ideell aktør nevnt tidligere i teksten (Halle & Hedum 2011). Hos SSB er de virksomhetene definert som ideelle som er tette integrert med det offentlige og som i praksis er å regne som offentlige ved at de inngår i offentlige helseplaner og har langsiktige avtaler med det offentlige. Hvor private og ikke formelt underlagt offentlig styring de da er, kan diskuteres. Mange virksomheter som gjerne regnes som ideelle, faller ikke inn under kategorien ideell i SSBs statistikk. Det gjelder for eksempel LHL-klinikkene, som har hatt tidsbegrensede avtaler, men som mange vil regne som drevet på ideell basis. Det gjelder også Kirkens Bymisjons virksomheter. Ut ifra SSB-statistikken er det dermed vanskelig å foreta en avgrensing av ideelle virksomheter i samsvar med en mer teoretisk definisjon.¹⁴ SSB skriver selv at deres definisjon er basert på et pragmatisk kriterium, nemlig om virksomheten har en langsiktig driftsavtale med et regionalt helseforetak eller et helseforetak. De som har mer tidsbegrensede avtaler, med angivelse av et visst antall år, er derfor ikke å regne som ideelle – selv om formålet med driften kan være like ideell som de andres.

I offentlige styringsdokumenter nevnes ofte 12 sykehus som ideelle (Helse- og omsorgsdepartementet 2015). De er samtidig tett integrert med det offentlige helsevesenet ved at de inngår i helseregionenes regulære tjenestetilbud. Det gjelder for eksempel Lovisenberg sykehus og Diakonhjemmet sykehus og 10 andre privat sykehus som har langsiktige avtaler med og mottar årlige oppdrags-/bestillerdokumenter fra de regionale helseforetakene. Denne relasjonen ble etablert i forbindelse med sykehusreformen i 2002. Det stilles ingen offentlige eierkrav til disse sykehusene tilsvarende dem som stilles til de helseforetakene som er eid av de regionale helseforetakene, men: «I rettslig forstand betraktes imidlertid disse sykehusene som offentlige», ifølge et høringsnotat om private virksomheters adgang til å yte spesialisthelsetjenester (Helse- og omsorgs-

¹⁴ SSB skulle i 2015 gjennomgå statistikkgrunnlaget for eventuelt å finne andre inndelingsmåter. Vi har ikke klart å bringe på det rene om resultatet av denne gjennomgangen foreligger.

departementet 2015:27). Disse 12 institusjonen blir ikke berørt av endringene i regelverket for offentlige anskaffelser. De havner dermed i en annen kategori enn andre ideelle virksomheter som utfører tidsbegrensede oppdrag for det offentlige og som vil berøres av endringene i lov om offentlige anskaffelser. Det er denne siste gruppen ideelle virksomheter som er tema for denne rapporten.

Slik vi har forstått det, lå det i sin tid ingen prinsipiell vurdering til grunn for beslutningen om å «innlemme» de 12 ideelle virksomhetene i det offentlige helsevesenet. Med sykehusreformen ble det av mer pragmatiske grunner besluttet at disse skulle inngå som del av det offentlige helsetilbudet fordi deres kapasitet og kompetanse ble vurdert som viktige for å kunne gjennomføre reformens mål om et bedre helsevesen.

Som vi har sett, finnes det ikke alltid entydige skiller mellom offentlige, ideelle og kommersielle spesialisthelsetjenester i offentlig statistikk og i offentlige dokumenter. Innenfor private opptrenings- og rehabiliteringstjenester som utføres på vegne av de regionale helseforetakene, skilles det ikke mellom ideelle og kommersielle utførere. Etter sykehusreformen i 2002 ble finansierings- og bestilleransvaret for private rehabiliterings- og opptreningsinstitusjoner overført til de regionale helseforetakene. Helse- og omsorgsdepartementet vurderte det slik at en del av disse rehabiliteringsinstitusjonene trengte en periode til å tilpasse seg den nye situasjonen der institusjonene etter lov om offentlige anskaffelser som hovedregel må konkurrere om oppdrag for det offentlige (NOU 2014:4:108f.). I en overgangsperiode skulle det kunne tildeles kontrakter til disse institusjonene uten å følge anskaffelsesregelverkets krav til kunngjøring og prosedyrer. Det midlertidige unntaket som ble innført for disse institusjonene, gjelder imidlertid fremdeles. Det avholdes derfor *felles* konkurranser for alle opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjoner. På dette tjenestefeltet innen spesialisthelsetjenestene har det altså vist seg vanskelig å opprettholde et klart skille mellom ideelle og kommersielle aktører.

Et ytterligere forhold som flere av våre informanter påpekte at kunne skape et uklart skille mellom ideelle og kommersielle aktører innen spesialisthelsetjenestene er at den ideelle virksomheten kan ha organisert seg med et driftsselskap som driftes etter en non-profit-modell (som drifter selve tjenesten) mens den har et eiendomsselskap (som forvalter eiendomsmasse osv.) som er for-profit. For begge selskapene gjelder det at offentlige midler inngår. Driftsselskapet leier eiendom hos eiendomsselskapet, ifølge noen av våre informanter ofte til en veldig høy leie som det offentlige betaler. Det offentlige på sin side er gjerne avhengig av den kapasiteten disse virksomhetene representerer. Offentlige midler er dermed med på å bygge opp eiendomsmasse i ideelle aktørers eie. Flere av våre informanter, både blant de offentlige innkjøperne og ideelle leverandører selv, påpekte at det kan være vanskelig å se forskjell på ideelle og kommersielle her, det vil si på hvordan de forvaltet verdiene som det offentlige har bekostet. Det ble derfor påpekt at det synes å være en glidende overgang mellom kommersielle og ideelle med hensyn til å forvalte verdier.

Selv om man altså prøver å lage definisjoner som skal avgrense ideelle fra andre aktører, kan det i praksis i en del tilfeller vise seg vanskelig å foreta slike avgrensinger. Her finnes flere glidende overganger.

I tillegg er det også slik at det ikke bare er blant de kommersielle aktørene at det skjer oppkjøp og etablering av større og sterkere enheter. I løpet av de siste tiårene har staten kjøpt opp eller overtatt ideelt drevne sykehus; for eksempel har staten nylig kjøpt opp Orkdal sykehus som tidligere ble drevet av Norske kvinners sanitetsforening. Ideelle virksomheter har kjøpt opp andre ideelle virksomheter, for eksempel kjøpte Diakonhjemmet for få år siden opp Sagenehjemmet som tidligere var eid av Sagene menighet. «Landskapet» endrer seg med andre ord også for de ideelle.

2.5 Det offentliges kjøp av spesialisthelsetjenester fra private

De regionale helseforetakene har et ansvar (et «sørge for»-ansvar) for at befolkningen i helseregionene får tilbud om de spesialisthelsetjenester de har behov for. I Norge utføres det aller meste av spesialisthelsetjenestene i offentlig regi. I tillegg til tjenester levert av offentlige virksomheter i regionen, kan de regionale helseforetakene både kjøpe tjenester fra offentlige sykehus i andre regioner og fra private virksomheter, både ideelle og kommersielle. Som andel av driftskostnadene utgjorde som vi har nevnt kjøp av spesialisthelsetjenester fra private 10 prosent i 2015 (Statistisk sentralbyrå 2016). Andelen varierer imidlertid avhengig av tjenestetype. Mens andelen kjøp var 9 prosent innen somatikk i 2015, var den noe høyere (11 prosent) innen psykisk helsevern for voksne og noe mindre innen psykisk helsevern for barn og unge (6 prosent) samme år. Innen rusbehandling (tverrfaglig spesialisert rusbehandling) var den imidlertid atskillig høyere, med 35 prosent (samme sted). Kjøp av spesialiserte rustjenester fra private institusjoner skjer hovedsakelig fra ideelle aktører (Hatlebakk 2014).¹⁵ Det er verdt å merke seg at det særlig er innen rusbehandling at det kjøpes tjenester fra private og da fortrinnsvis fra ideelle. Dette har i stor grad sammenheng med historiske forhold fordi ideelle organisasjoner var tidlig ute med å tilby rusomsorg og rusbehandling. Det var oftest religiøse og ruspolitiske organisasjoner som etablerte slike tilbud, også før det offentlige gjorde seg gjeldende på dette området.

Omfanget av kjøp fra private varierer mellom helseforetakene. Innen spesialisert rusbehandling var det i 2012 Helse Vest som hadde den største andelen kjøp, med 40 prosent av driftskostnadene på dette tjenesteområdet. Omfanget var imidlertid på hele 83 prosent i 2005. Årsaken til den høye andelen kjøp av rusomsorg den gang var

¹⁵ Disse tallene er fra 2012.

at Helse Vest fornyet flere avtale med private aktører i forbindelse med rusreformen i 2004 da helseforetakene overtok ansvaret for rusbehandling. Andelen sank til 40 prosent fordi det regionale helseforetaket i 2011 overtok en tidligere privat rusinstitusjon som dermed inngikk i de offentlige driftsutgiftene. Kjøp av rusomsorg som andel av driftskostnadene ligger noen lavere for de tre andre helseregionenes del og varierte mellom 25-38 prosent i 2012 (Hatlebakk 2014:17).

Årsverk utført hos ideelle aktører innen spesialisthelsetjenesten

SSB presenterer i sitt satellittregnskap for ideelle og frivillige organisasjoner tall for årsverksutviklingen innen ulike typer av ideell og frivillig aktivitet. Tall foreligger for perioden 2006 til 2013. Årsverkstall kan gi en indikasjon på om ideelle aktører på dette tjenesteområdet klarer å opprettholde aktiviteten tross rammebetingelser som kan være krevende. Den regnskapskategorien som i størst grad fanger opp ideelles aktivitet innen spesialisthelsetjenesten, inneholder tall for sykehus, rehabilitering, psykisk helsevern og «andre helsetjenester».

Tabell 1. Årsverksutviklingen i ideelle sykehus, rehabilitering, psykisk helsevern og andre helsetjenester. (ICNPO 03900)

	2006	2008	2010	2012	2013
Lønnstakere	7 642	8 205	9 425	9 255	9 122

Kilde: SSBs Satellittregnskap for ideelle og frivillige organisasjoner (per 22.10.15). Tabell 08520. Tall for årsverk fra frivillige, dvs. ubetalt arbeidskraft, foreligger ikke.

I den grad tallene i tabell 1 gjenspeiler en reell årsverksutvikling innen spesialisthelsetjenester drevet av ideelle aktører, viser de at aktiviteten var økende frem til 2010 for så å synke noe frem til 2013.

Lite konkurranse mellom ideelle og kommersielle aktører innen spesialisthelsetjenestene

Utgangspunktet for denne rapporten er en endring i regelverket for offentlige anskaffelser som kan komme til å true ideelle aktørers eksistens fordi de vil ha problemer med å klare seg i konkurransen med kommersielle aktører. En viktig årsak til dette er at mange ideelle aktører har dyrere pensjonsordninger enn de kommersielle aktørene. Det viser seg imidlertid at det, i det minste innen spesialisthelsetjenestene, per i dag er lite konkurranse mellom ideelle og kommersielle aktører fordi de i liten grad utfører de samme tjenestene og dermed i liten grad konkurrerer på det samme helsetjenestemarkedet. Innen for eksempel TSB (spesialisert rusbehandling) og psykisk helsevern

finnes det knapt kommersielle aktører.¹⁶ Det finnes til gjengjeld kommersielle aktører innen kirurgi, laboratorietjenester og radiologi, men her finnes det få eller ingen ideelle (se også NOU 2016:12:59). Ideelle aktører har dermed i stor grad konkurrert med andre ideelle fordi disse er de eneste aktørene de har hatt å konkurrere med. LHL (med blant annet klinikkene Feiring og Glitre) deltar for sin del ikke i konkurranser med andre aktører på enkelte av sine tjenesteområder, verken ideelle eller kommersielle. De er – i det minste foreløpig – eneste private leverandør til det offentlige innenfor enkelte tjenester, som for eksempel hjertekirurgi. Siden de ikke har noen konkurrenter på dette området, de er eneste leverandør, kjøpes deres tjenester inn av det offentlige gjennom såkalte direkteanskaffelser, noe det er anledning til i anskaffelsesregelverket.

Med endringer i dette regelverket ved at det eventuelt ikke lenger skal være mulig å forbeholde konkurranser for ideelle aktører, kan det tenkes at flere kommersielle aktører vil benytte anledningen til å etablere seg på de tjenesteområdene der enkelte ideelle aktører i dag nærmest er enerådende. Dermed kan det bli mer konkurranse mellom ideelle og kommersielle på disse tjenesteområdene. Det kan også være at de kommersielle aktørene heller vil styrke sin posisjon der de allerede har et marked og en opparbeidet kompetanse. Endrede rammevilkår som følge av nytt anskaffelsesregelverk vil imidlertid potensielt kunne endre markedsfordelingen mellom ideelle og kommersielle aktører.

2.6 Ulikheter mellom ideelle aktører innen helse- og sosialtjenestene

I debatten om ideelle aktører innen helse- og sosialtjenestene blir ofte alle ideelle aktører sett under ett. Det skilles gjerne ikke mellom ideelle aktører som yter lovpålagte helsetjenester på vegne av det offentlige og andre som engasjerer seg i ikke-lovpålagte aktiviteter, men som ofte mottar offentlig støtte til drift av for eksempel en rus-kafé eller andre lavterskeltiltak som tiltak, for eksempel bo-trening eller søppelplukking. Vi tror det er hensiktsmessige å skille mellom ulike typer av ideell aktivitet på dette området, hvorav noen typer tjenester både skal og også må forventes å være underlagt en større grad av offentlig styring enn andre. Spesialisthelsetjenester drevet av ideelle – og kommersielle – på vegne av det offentlige må trolig vurderes å ha en noe annen rolle enn mer lavterskelpregede og ikke-lovpålagte tjenestetilbud, nettopp fordi de utgjør en del av det lovpålagte «sørge for»-ansvaret på helsetjenesteområdet. Man må anta at både myndigheter og befolkning vil ønske at slike tjenester skal være underlagt streng

¹⁶ Alle opptrenings- og rehabiliteringstjenester behandles som om de er ideelle. De konkurrerer derfor med hverandre, men det har altså en spesiell forklaring.

styring, nettopp for å sikre et best mulig og likeverdig helsetilbud uavhengig av hvem som leverer tjenestene og av hvor man bor. At de som har dette «sørge for»-ansvaret, det vil si de regionale helseforetakene, oppfatter at dette er deres mandat og derfor forsøker sikrer seg nettopp det, bør ikke være overraskende. Det dreier seg også om store summer som bevilges til spesialisthelsetjenestene. Det offentlige brukte vel 139 milliarder på spesialisthelsetjenester i 2015 (Statistisk sentralbyrå 2016).¹⁷ Dersom de privates andel her er på om lag 10 prosent, utgjør dette store summer som på vegne av det offentlige må forvaltes på en best mulig måte, enten de skaffes til veie gjennom anbudsprosesser eller på andre måter.

Det kan også være grunn til å påpeke at innen spesialisthelsetjenestene kan helsemyndighetene representert ved de regionale helseforetakene ha behov for ulike former for kvalitetskontroll avhengig av hvilke typer tjenester det dreier seg om. Spesialisthelsetjenester omfatter svært ulike typer tjenester. For somatiske tjenester, som for eksempel kirurgi, vil metodemangfold trolig være mindre viktig og ønskelig enn at man tilbyr det som til enhver tid er beste praksis og at det er ønskelig at de ulike aktørene lærer av hverandre basert på dette. Standardisering kan derfor ses som en form for kvalitets-sikring. Innen rusomsorg og psykisk helsevern er trolig situasjonen en noe annen. Siden brukergruppenes hjelpebehov kan være svært varierende – det som virker for en, behøver ikke å virke for en annen – kan metodemangfold oppfattes som et fortrinn, forutsatt at de ulike metodene er kvalitetssikret. Dermed kan helsemyndighetene, til det beste for brukerne/pasientene, ønske å sikre større «ensretting» innen noen typer av tjenester (ulike somatiske spesialiteter) enn andre (f. eks. rusbehandling og psykiatri).

Gjennom våre intervjuer med innkjøperne fra de regionale helseforetakene har vi fått bekreftet en slik antakelse. Det blir påpekt at innen somatikk er fagmiljøene i hovedsak enige om hva som er beste behandling, mens det innen rusbehandling rår stor faglig uenighet. Og siden det innen den siste typen tjenester ikke finnes en enighet om hvilket behandlingstilbud som er best, sies det i bestillingene ikke noe om hvilken behandlingsmetodikk man ønsker «levert», bare angivelse av antall dagbehandlinger, polikliniske behandlinger eller døgnbehandlinger man ønsker at leverandørene stiller til rådighet. I tillegg stilles det krav om at virksomhetene har forsvarlig bemanning og kompetanse. Det er opp til leverandørene å tilby ulike, men gode, behandlingsmåter. Mangfold i behandlingsmåter er her et kvalitetsfortrinn. Kjøper vil trolig ha behov for en annen type kontroll med slike tjenester enn over de somatiske tjenestene.

¹⁷ I denne summen inngår også utgifter til avtalespesialistene.

2.7 Både fordeler og ulemper ved å være ideell

Det har vært hevdet at ideelle aktører har noen ulemper sammenlignet med kommersielle ved at de kan ha vanskeligere for å skaffe kapital til for eksempel utvidelse av virksomheten eller til innovasjon/omorganiseringer siden de ikke tar ut (eller deler ut) utbytte (Tretteberg & Sivesind 2015:27; Lundbäck & Lundberg 2015:35). Det kan være vanskeligere å få interessenter til å investere i slik virksomhet dersom de ikke får utbytte på sin innskutte kapital. På den annen side har jo da de ideelle den fordel at de kan pløye det eventuelle overskuddet tilbake i virksomheten og på den måten endre eller forbedre virksomheten. De kan også ha den fordel at de ofte kan skaffe kapital gjennom donasjoner til virksomheten, noe kommersielle virksomheter i liten grad kan (Lundbäck & Lundberg 2015:35). Enkelte av våre informanter har pekt på at en del ideelle aktører, nettopp fordi de beholder overskuddet, har hatt mulighet for å tiltrekke spesielt kompetent arbeidskraft fordi det har hatt mulighet for å lønne sitt personale bedre enn andre virksomheter. Dermed har de også hatt gode muligheter til å forbedre sitt tjenestetilbud og bli gode tjenesteleverandører på sitt område. Samtidig bidrar usikkerheten rundt hvor lenge et offentlig oppdrag varer og i hvilket omfang til at det kan være vanskelig å tiltrekke seg kompetent helsefaglig arbeidskraft som ofte kan velge arbeidssted på øverste hylle. For å kompensere for denne usikkerheten, synes det som om en del ideelle aktører har måttet tilby svært gunstige lønnsforhold for enkelte yrkesgrupper. Men enkelte av våre informanter har også fortalt at en del ideelle virksomheter har hatt problemer med å tiltrekke seg helsefaglig arbeidskraft med høy kompetanse fordi de ikke fremstår som et attraktivt faglig arbeidsmiljø. Dette synes å ha mer å gjøre med situasjonen for den enkelte virksomhet enn med om virksomheten er ideell eller ikke.

2.8 Ikke bare konkurranse fra kommersielle

Ideelle aktører er ikke bare truet av kommersielle aktører som kunne ønske å erobre deler av de ideelle aktørenes marked. De er også truet av det offentlige selv som i det minste i en viss grad kan ønske å overta deler av de tjenestene de ideelle leverer. Der ideelle aktører var tidlig ute med å utvikle helsetjenester der det offentlige manglet et tilbud, kan det offentlige selv etter hvert ønske å bygge opp egen kompetanse og kapasitet. Årsakene kan være flere. Aktører innen det offentlige helsevesenet, for eksempel driftige og ambisiøse leger, kan ønske å overta ulike typer av prestisje-medisin og argumentere for at slik aktivitet bør foregå i offentlige sykehus. De kan ha lært av de ideelle, kanskje jobbet hos ideelle, og vurdert det slik at dette kan de like gjerne gjøre selv. Her kan også den teknologiske utviklingen innen deler av medisinen spille

inn ved at nye behandlingsmåter, for eksempel innen hjertemedisin, både har gjort behandlingen mindre fysisk inngripende overfor pasienten, men også mer teknologisk avansert og kanskje også mer spennende og statuspreget å være med på å utvikle. Det kan også oppfattes som administrativt lettere og økonomisk fordelaktig å organisere aktiviteten «innomhus» enn å kjøpe den eksternt. Som en av våre informanter blant de ideelle leverandørene sa: «Det er krevende at staten både er konkurrent og kunde. Vi konkurrerer med en monopolist som samtidig kjøper våre tjenester.»

Nå er det ikke sikkert at det økonomisk sett er mer fordelaktig å produsere tjenestene i offentlig regi. Det forutsetter at offentlige sykehus prissetter sine tjenester på en måte som er sammenlignbar med de eksterne leverandørenes priser. Prinsipielt sett kunne man imidlertid tenke seg at det offentlige har mange konkurransefortrinn fremfor eksterne leverandører, blant annet stordriftsfordeler og trolig lettere tilgang til investeringsmidler – som det ikke forventes at skal gi økonomisk utbytte til eiere, bare samfunnsmessig nytte.

Hjertesukket fra vår informant over reiser flere viktige problemstillinger. For det første at ideelle virksomheter trues av flere konkurrenter enn bare kommersielle aktører. Det offentlige kan selv ønske å overta (deler av) virksomhet som ideelle – eller kommersielle – var tidlig ut med. Ulike forhold kan tilsi at dette også kan være en samfunnsmessig hensiktsmessig strategi. Dessuten viser utsagnet at å være tidlig ute på et område ikke er noen garanti for at man klarer å være i front. Alternativt må man hele tiden forsøke å finne nye områder å være i front på eller bygge opp kapasitet på «gamle» områder. Som vår informant over tilføyde: «Vi må ligge fremst i løypa med hensyn til nyvinninger, pris osv. (...) Vi har ikke råd til et hvileskjær.» Slik sett lever ideelle virksomheter farlig og har ingen garanti for at de også i fremtiden vil beholde sine markedsandeler på et tjenesteområde, dette desto mer dersom det er det offentlige som er den viktigste kjøperen av deres tjenester og dermed «sitter på makten».

Vi har forespurt flere av våre informanter, blant annet de regionale helseforetakenes innkjøpere av eksterne spesialisthelsetjenester, om det fra et tjenesteperspektiv prinsipielt sett ville være ønskelig at det offentlige tilbød disse tjenestene selv eller om det virker som om det offentlige ønsker å overta tjenester de ideelle – og kommersielle – leverer på vegne av det offentlige. Svaret fra de offentlige innkjøperne er at de ønsker å beholde flere aktører, både ideelle og kommersielle, fordi disse kan fungere som et korrektiv til den offentlige driften. De eksterne, både ideelle og kommersielle, synes å ha kortere beslutningsveier og har kanskje lettere for å se nye muligheter enn det offentlige helsevesenet. De har også et ofte stramt budsjett som skal holdes og må være effektive. En av innkjøperne uttrykte at det i de senere år ikke vært politisk korrekt å snakke så mye om at det trengs et korrektiv til offentlig drift i helsevesenet, men mente at et slikt korrektiv trengs for at det offentlige helsevesenet skal være nyskapende og drive effektivt. De ideelle og kommersielle aktørene kan også fungere som et supplement til den offentlige driften ved at man mer fleksibelt kan utvide – eller redusere – tjenestevolumet etter

behov. Det offentlige slipper da å ta kamper innad i eget system dersom for eksempel nedskalering anses nødvendig mens det ofte er de eksterne leverandørene som er den fleksible part og som sitter med risikoen.

Ifølge flere av innkjøperne var det viktig å sikre de ideelle aktørene langsiktighet og forutsigbarhet i driften fordi de hadde bygget opp viktig kompetanse og volum på bestemte tjenesteområder og slik sett var vanskelige å erstatte, i det minste på kort sikt. Det offentlige har et ansvar for å sikre et til enhver tid «oppegående» helsevesen uavhengig av hvem om utfører tjenestene. I den grad det offentlige ønsker å erstatte private med offentlige leverandører, måtte dette være ledd i en langsiktig strategi.

I ledelsen for de regionale helseforetakene var det altså ikke et umiddelbart ønske om å overta de ideelles marked. En representant for én av de ideelle aktørene vi intervjuet, var imidlertid ikke sikker på om det alltid var like stor begeistring for ideelle aktører i det enkelte helseforetak og hadde en følelse av at helseforetakene helst ville gjøre oppgavene selv. Det er jo også i det enkelte helseforetak mange av de ambisiøse legene jobber, kunne man tilføye.

2.9 Hva viser forskning om de ideelle aktørenes merverdi?

Det hevdes ofte i den offentlige debatten at det er viktig å legge til rette for ideelle aktører fordi de tilfører samfunnet en merverdi sammenlignet med offentlige eller kommersielle aktører. Denne merverdien risikerer man å miste dersom rammebetingelsene er slik at ideelle aktører ikke har en fremtid, som tjenesteprodusenter i vårt tilfelle. Og dersom en slik merverdi ikke lar seg påvise, er det da grunn til å gi ideelle aktører et fortrinn fremfor andre aktører?

Vi har allerede nevnt noen av de kjennetegnene man gjerne tillegger ideelle aktører: at de – i det minste i prinsippet – har et sosialt eller samfunnsmessig formål med sin aktivitet og at de ikke tar ut utbytte, men investerer eventuelt overskudd i driften. Som følge av disse kjennetegnene kan man kanskje forvente at de i større grad enn andre aktører klarer å utvikle en del positive særtrekk eller en merverdi.

Når man skal vurdere ideelle aktørers eventuelle merverdi som tjenesteprodusenter innenfor helse- og sosialfeltet, er det som nevnt viktig å påpeke at uttrykket «ideell aktør» her rommer et stort mangfold av organiserte aktiviteter og at det kan være problematisk å sammenligne dem. I tillegg kan deres organisasjoner være bygd opp forskjellig. Noen vektlegger at de er en medlemsorganisasjon med en aktiv medlemsmasse som også kan være brukere av organisasjonens tjenester. Deres medlemmer kan derfor spille en viktig rolle med hensyn til å målbare brukersynspunkter. Eller de ideelle aktørene målbærer interessene til samfunnsgrupper som ellers vanskelig kommer

til orde. Deres rolle som talerør for ulike befolkningsgrupper fremheves ofte som et kjennetegn ved ideelle aktører (Tretteberg & Sivesind 2015:22). Andre aktører er mer tjenesteprodusenter i tradisjonell forstand. De ideelle aktørene har i løpet av de siste tiårene av ulike grunner gjennomgått mange endringer, for eksempel ved at medlemsrollen og demokratifokuset har blitt mindre viktig (Selle 2016:85). Dermed er kanskje talerørrollen mindre fremtredende i dag enn tidligere, særlig blant tjenesteprodusentene. Om dette er uttrykk for at det kan være vanskelig både å være (et kritisk) talerør for noen samtidig som man skal etablere en kontraktrelasjon til dem som finansierer aktiviteten, det vil si det offentlige som gjerne skal ta brede hensyn, kan sikkert være en forklaring. I de senere årene har det dessuten vokst frem en del ideelle organisasjoner på helse- og sosialfeltet som har påtatt seg rollen som talerør, eller interesseorganisasjon og opinionspåvirkere, men som ikke selv drifter slike tjenester. Det kan på den måten ha skjedd en arbeidsdeling mellom ulike typer av ideelle aktører med hensyn til å målbare interesser; mens noen er tjenesteleverandører, er andre opinionspåvirkere.

I tillegg til å fungere som talerør har mange ideelle aktører på helse- og sosialfeltet vært entreprenører innenfor sitt felt ved at de var tidlig ute med å etablere et helsetilbud før det offentlige etablerte et tilsvarende tilbud. Vi kan nevne LHL, som allerede på 1950-tallet etablerte et tilbud for hjerte- og lungesyke. Tilsvarende var mange ideelle aktører tidlig ute med å etablere et behandlings- og omsorgstilbud til rusmisbrukere. Ideelle aktører har derfor ofte vært innovatører på helse- og sosialfeltet.

Enkelte forskere trekker også frem at ideelle aktører kan bidra til et mangfold i tjenestetilbudet og utfylle det offentlige tilbudet, dette desto mer når befolkningen blir mer og mer sammensatt kulturelt, religiøst eller på andre måter (Tretteberg & Sivesind 2015:23). Der det offentlige makter å tilby tjenester til den mer «gjennomsnittlige» helsetjenestebruker, kan ideelle bidra med tjenester til nisjer i befolkningen som trenger et mer spesialisert tilbud.

Det hevdes av enkelte at ideelle aktører ofte inngir mer tillit både blant brukere og i offentlige organer, som gjerne både bestiller og bekoster tjenestene, enn kommersielle aktører. Dette begrunnes blant annet med at de har en sosial og ikke en kommersiell målsetting og ikke tar ut utbytte (se for eksempel Gavelin m.fl. 2010:39; Tretteberg & Sivesind 2015:24). De ideelle aktørene kan – i teorien – motiveres sterkere enn kommersielle av å sikre best mulig tjenestekvalitet og kanskje tiltrekker de seg arbeidskraft som særlig verdsetter dette. Generelt er det en tilbøyelighet til å tillegge ideelle aktører mange positive egenskaper, til dels også vanskelig verifiserbare egenskaper. Det er også en tilbøyelighet til å konkludere med at disse egenskapene eller denne merverdien finnes, selv om den ofte ikke har latt seg dokumentere som en egenskap som gjelder ideelle aktører som sådan (Tretteberg & Sivesind 2015:39).

Foreløpig foreligger det lite forskning som systematisk sammenligner ideelle, kommersielle og offentlige aktører innen spesialisthelsetjenestene. Dette kan både ha sammenheng med at omfanget av ideelle og kommersielle aktører er begrenset i vår type

av velferdsstat og at det er metodiske utfordringer ved å foreta slike sammenligninger. Man bør blant annet sammenligne mest mulig like typer av virksomheter og tjenester i hver av de tre aktør-gruppene. For Norges del har vi vist til at ideelle og kommersielle aktører innen spesialisthelsetjenestene til dels befinner seg på ulike tjenesteområder, noe som vanskeliggjør en sammenligning. Det kan også være problematisk å overføre erfaringer fra et land til annet, særlig land med en annen velferdsmodell enn den norske og nordiske. En svensk rapport har gjennomgått nasjonal og internasjonal forskning om ideelle aktørers egenart og merverdi sammenlignet med offentlige og kommersielle, med spesiell vekt på helse- og omsorgstjenester (Gavelin m.fl. 2010). Med merverdi mentes her hvordan ideelle aktører systematisk skiller seg fra andre virksomhetstyper/ eierformer og hva de i så fall tilfører samfunnet, brukere og ansatte utover det offentlige og kommersielle aktører gjør. Når man ser forskningen som inngikk i denne rapporten under ett, viste den at til tross for den betydning ideelle aktører i mange sammenhenger tillegges for samfunnsutviklingen og for tjenesteutførelsen, var det vanskelig å finne systematiske forskjeller på ideelle og andre aktører. At en virksomhet for eksempel vektlegger at den har et særegent verdigrunnlag, kan ha både positive og negative sider. Det kan innebære en positiv «atmosfære», i betydningen høy trivsel blant brukere og ansatte, men det kan også innebære at det legges spesielle forventninger til brukere og ansatte, eller det kan innebære manglende evne til nyteknisk fordi man har «låst seg fast» i sitt verdigrunnlag.¹⁸ Noen studier viste positive aspekter ved ideelle virksomheter, andre viste det motsatte, eller at det ikke var noen forskjell mellom typer av aktører. Heller ikke med hensyn til om ideelle virksomheter har høyere tillit i befolkningen og blant brukerne fant man klare konklusjoner i den ene eller annen retning. Skandaler kan også lett rive ned opparbeidet tillit, viste enkelte av studiene som inngikk. Mange av studiene sammenlignet heller ikke ideelle aktører med andre aktører, men studerte bare ideelle aktører. Dermed ble det vanskelig å vite om de positive trekkene man kunne konstatere hos noen ideelle aktører, systematisk skilte seg fra offentlige eller kommersielle aktører.

Ifølge ovennevnte rapport finnes det svært lite forskning som vurderer for eksempel kvalitet og effektivitet i ideelle virksomheter sammenlignet med andre. Dette oppgis å kunne ha sammenheng med de metodiske vanskelighetene forbundet med å gjøre slike sammenligninger (Gavelin m.fl. 2010:44f.). Man må som nevnt sammenligne virksomheter som driver med like typer av aktiviteter. Forfatterne fant imidlertid én studie som sammenlignet ideelle og kommersielle sykehus. Den konkluderte med at det ikke var vesentlige forskjeller mellom ideelle og kommersielle sykehus med hensyn til kvalitet på utvalgte kvalitetsindikatorer, for eksempel dødelighet etter utskriving.

¹⁸ Da dette ble skrevet, publiserte Vårt land et oppslag om interne stridigheter i ideelle organisasjoner med tittel «Mest bråk blant ildsjelene». Her beskrives blant annet arbeidsmiljøet innad i ideelle organisasjoner på følgende måte: «Det er et høyere konfliktnivå og lavere toleranse for forskjeller innenfor ideelle organisasjoner enn i annen type arbeid» (Vårt Land 2015).

Det samme gjaldt med hensyn til effektivitet. Større forskjeller fant man når man sammenlignet ideelt og kommersielt drevne sykehjem. Her kom de ideelle ut med bedre kvalitet enn de kommersielle (Gavelin m.fl. 2010:45). Studien påpeker også at det særlig i USA har blitt stadig vanskeligere skille mellom ideelt og kommersielt drevne sykehus fordi de vurderes etter de samme kriterier, for eksempel når det gjelder kvalitet. Dette fører til at de blir stadig mer like (Gavelin m.fl. 2010:19.). En forklaring på dette kan være at de alle, både offentlige, ideelle og kommersielle sykehus, er svært profesjonelle organisasjoner underlagt mange og likeartede reguleringer, noe som trolig gjør handlingsrommet for variasjoner i tjenesteutførelsen relativt begrenset. Kanskje er det heller ikke fra et pasientperspektiv ønskelig at forskjellene er særlig store innenfor helsetjenester som sykehus tilbyr? Kanskje er «ensrettingen» et uttrykk for kvalitets-sikring i dette tilfellet og at stor variasjon i medisinsk behandling heller ikke er ønskelig fra pasientenes side, slik vi tidligere har vært inne på?

Den svenske studien referert over avviser ikke at det ikke kan finnes merverdier ved ideelle aktører sammenlignet med offentlige og kommersielle aktører og påpeker at merverdien kan være metodisk vanskelig å dokumentere fordi det ofte dreier seg om lite konkrete trekk ved virksomhetene, slik som betydningen av verdigrunnlag, grad av tillit eller at de er mer innovative enn andre aktører, alle forhold som kan være vanskelig å måle eller dokumentere. Det konkluderes imidlertid med at dersom ideelle aktører ønsker en spesielt begunstiget stilling sammenlignet med kommersielle, bør det på ett eller annet vis kunne dokumenteres konkret at slike merverdier finnes (Gavelin m.fl. 2010: 53).

Selle påpeker i en artikkel om ideelle aktører innen helse- og sosialfeltet i Norge at allerede før kommersielle aktører kom inn i bildet, hadde de ideelle aktørene tapt terreng til det offentlig som velferdsleverandør (Selle 2016:84f.). Det offentlige sto etter hvert for den langt største delen av velferdstjenestene og hadde også overtatt mange av de tjenestene ideelle leverandører tidligere hadde driftet. Man havnet dermed i en posisjon, til forskjell fra i USA, der ideelle leverandører ikke lenger hadde noe å tilby utover det det offentlige kunne tilby. Det utviklet seg derfor heller ikke en klar selvforståelse blant de ideelle aktørene om at man representerte noe annet enn å være en forlengelse av det offentlige tilbudet, og også i for liten grad noe annet enn de etter hvert fremvoksende kommersielle tilbudene. Han etterlyser ideelle aktører som finner et nytt ståsted og en ny begrunnelse for å være en tredje sektor. Han uttrykker at «Generelt har frivillig sektor store vansker med å komme opp med troverdige og ikke-tilbakeskuende forklaringer av egen merverdi» (Selle 2016:86f.) og at «Mangelen på et tydelig ideologisk ståsted som viser at en selv står for noe som er annerledes, nødvendig og fremtidsrettet, gjør at den politiske kapasiteten til slike organisasjoner og institusjoner er en skygge av hva den var i storhetstiden» (Selle 2016:87). Det fremgår imidlertid ikke av artikkelen om de ideelle aktørene – eller andre – kunne og burde ha

gjort noe for å påvirke denne utviklingen eller hva denne mer fremtidsrettede rollen eller ideologien i så fall skulle være.

Det skjøre omdømmet

Når denne rapporten skrives, foregår det en «oppvask» innen deler av ideell sektor i Norge, nærmere bestemt innen idretten, representer ved paraplyorganisasjonen Norges Idrettsforbund (NIF), dessuten også i Norges fotballforbund og Cricketforbundet. Organisasjonene beskyldes av Kulturdepartementet for en problematisk pengebruk, slik som høye lederlønninger og store reiseregninger og manglende åpenhet om denne pengebruken. Norges Idrettsforbund får 80 prosent av sine inntekter fra staten, men påberoper seg retten som privat organisasjon til å holde deler av pengebruken skjult for offentligheten. Samtidig kritiserer grunnplanen i idrettsorganisasjonene ledersjiktet for å «utnytte» den ubetalte innsatsen og dugnadsånden mange bidrar med ved å vise manglende evne til å holde igjen på kostnadene i toppen av organisasjonen. Ifølge presidenten for Basketballforbundet, medlemsorganisasjon i NIF, er «åpenhet helt avgjørende for tilliten, og tillit er helt avgjørende for oss» og mener at den relativt nyvalgte idrettspresidenten er «fanget av gammel NIF-kultur» (VG 14.04.16).

Disse historiene er sikkert ikke representative for de ideelle organisasjonene, men viser for det første at det kan være problematisk å forutsette at noen typer aktører alltid har høyere moral enn andre, for det andre at tillit ikke er noe man har, men noe man gjør seg fortjent til og for det tredje at det kan være hensiktsmessig å skille mellom typer av virksomhet. Der det er mulig med stor grad av offentlig innsyn, vil trolig også tilliten lettere kunne bestå.

I 2015 utkom en bok av en person som har hatt nært kjennskap til ideelle aktører innen rusfeltet ved å være mottaker av tjenester fra slike aktører. Han har dessuten drevet likemannsarbeid overfor personer med samme bakgrunn, blant annet som en av grunnleggerne av gatemagasinet =Oslo. I boken beskriver forfatteren Anlov P. Mathiesen omsorgsvirksomheten overfor vanskeligstilte som en kommersiell bransje, som en omsorgsindustri som er «mindre veldedig, ideell og frivillig enn den ønsker å fremstå som» og at å fremstå som spesielt gode og verdige er en del av merkevarebyggingen. Han skriver: «Godhet og omdømme er omsorgsaktørenes viktigste valuta, derfor er de aktive og bevisste i arbeidet med å bygge og beskytte sin troverdighet og sin integritet. I denne bransjen er omdømmebygging muligens enda viktigere enn i andre bransjer, siden den finansielle virksomheten bygger på tillit» (Mathiesen 2015:26). Ifølge Mathiesen er altså ideelle aktører ikke alltid så forskjellige fra kommersielle aktører selv om det kan være viktig for dem å fremstå slik.

2.10 Hva viser forskning om kvalitet hos ideelle spesialisthelsetjenesteaktører?

En begrunnelse for å styrke ideelle aktørers rolle innen spesialisthelsetjenesten kunne være at ideelle aktører jevnt over leverer bedre tjenestekvalitet enn andre aktører. At de ikke tar ut utbytte og derfor burde ha mer ressurser å sette inn for å øke kvaliteten, kan for eksempel være et konkurransefortrinn sammenlignet med kommersielle helsetjenesteleverandører. Hva vet vi, for eksempel fra forskning, om hvordan ideelle aktører kommer ut her sammenlignet med andre aktører?

Det foreligger etter hvert enkelte studier innen sykehussektoren som kartlegger forskjeller i kvalitet mellom ulike aktører, selv om datagrunnlaget ikke gir grunnlag for entydige konklusjoner. I kvalitetsundersøkelser skilles det gjerne mellom såkalte objektive og subjektive kvalitetsindikatorer. Et ofte brukt objektiv kvalitetsmål innen sykehusforskning er hyppigheten av reinnleggelser, ut fra den antakelse at reinnleggelser *kan* være uttrykk for at pasienten ved første innleggelse ikke fikk god nok behandling.¹⁹ Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (kalt Kunnskapssenteret)²⁰ har gjennomført flere studier i somatisk sykehus om reinnleggelser blant eldre pasienter som ble innlagt på grunn av én av fem diagnoser: astma/KOLS, hjertesvikt, lungebetennelse, slag og brudd, for årene 2011-2013. Fem ideelle virksomheter inngikk i studien.²¹ Undersøkelsen viste at de fleste av de ideelle sykehusene som inngikk i studien, hadde høyere grad av reinnleggelser enn referanseverdien mens Feiring-klinikken lå akkurat på referanseverdien (Kunnskapssenteret 2015:16b).²² Best ut av de ideelle kom Haraldsplass sykehus i Bergen. Våren 2016 forelå en ny undersøkelse av reinnleggelser i samme pasientgruppe og for de samme diagnosene, med tall for 2012–2014. I denne undersøkelsen inngikk et noe annet utvalg ideelle sykehus.²³ Av undersøkelsen fremgår det at de ideelle sykehusene sett under ett kom dårligere ut enn ved forrige undersøkelse. Bare Glittre-klinikken utmerket seg med bedre resultater enn referanseverdien, men bare på én av diagnosene (Kunnskapssenteret 2016a:21).

¹⁹ Vi gjør oppmerksom på at reinnleggelser også kan være uttrykk for god behandling, se for eksempel Bogen & Flatø 2015:13.

²⁰ Senteret inngikk fra 1. januar 2016 i Folkehelseinstituttet og heter nå Kunnskapssenteret for helsetjenesten.

²¹ I tillegg Feiring-klinikken, som i denne undersøkelsen ble kategorisert som kommersiell. De andre ideelle sykehusene som inngikk var Lovisenberg, Diakonhjemmet, Haraldsplass og Betanien (Telemark).

²² Referanseverdien er et såkalt trimmet gjennomsnitt.

²³ Disse inngikk: Lovisenberg, Diakonhjemmet, Haraldsplass og Glittre (det siste kalt kommersielt i undersøkelsen).

Et annet mål på objektiv kvalitet kan være overlevelse etter sykehusinnleggelse. Kunnskapssenteret har gjennomført en undersøkelse om overlevelse etter innleggelse for tre akutte tilstander (hjerterinfarkt, hjerneslag og hoftebrudd) og for 42 diagnosegrupper som står for 80 prosent av dødsfallene innen 30 dager etter innleggelse (Kunnskapssenteret 2015a). Undersøkelsen viste at Feiring-klinikken her lå bedre enn referanseverdien når det gjelder overlevelse for hjerterinfarkt. Diakonhjemmet og Lovisenberg lå bedre an for hjerneslag mens Haraldsplass lå bedre an for de 42 diagnosegruppene sett samlet (Kunnskapssenteret 2015a:17). Ut fra disse studiene er det vanskelig å konkludere med at ideelt drevne sykehus – sett under ett – skiller seg positivt ut på en del objektive kvalitetsmål sammenlignet med offentlige sykehus, men kanskje kan man konkludere med at *noen* skiller seg positivt ut.

Brukererfaringer kan være en indikator for subjektiv kvalitet, det vil si kvalitet slik brukerne opplever tjenestene. Kunnskapssenteret gjennomfører også slike undersøkelser (PasOpp-undersøkelsene). Pasienterfaringsundersøkelsene inneholder en rekke spørsmål knyttet til det å motta behandling ved somatiske sykehus i Norge. Kategoriene omfatter brukernes vurdering av pleiepersonalet, informasjonen de fikk, vurdering av legene, om pårørende ble trukket inn, organisering og standard på tilbudet, forhold rundt utskriving, vurdering av samhandlingen mellom sykehus og fastlege/hjemmetjeneste, opplevelse av pasientsikkerhet og ventetid til behandling. Undersøkelsene omfattet hovedsakelig offentlige sykehus, men en del ideelt drevne sykehus som utfører oppdrag for det offentlige, inngikk også i utvalget.²⁴ Undersøkelsen for 2014 viste at flere av de ideelt drevne sykehusene som inngikk, kom godt ut av undersøkelsen for brukeropplevd kvalitet. Det gjaldt for eksempel LHL-klinikkene Feiring og Glittre, dessuten også Revmatismesykehuset på Lillehammer og Betanien Hospital (Kunnskapssenteret 2015:30). Også undersøkelsen fra 2015 viste i hovedsak samme bilde (Kunnskapssenteret 2016b). Noen ideelt drevne sykehus kom i denne undersøkelsen særlig godt ut (Feiringklinikken og Betanien Hospital i Skien) sammen med noen statlige. Men undersøkelsen viste også at noen ideelt drevne sykehus kommer middels godt ut og enkelte også under middels. Ut fra dette kan man kanskje konkludere med at *en del* ideelt drevne sykehus gir pasientene en særlig god opplevelse under sykehusoppholdet ved at de føler seg godt ivaretatt før, under og etter den medisinske behandlingen.

Vi skal ikke nødvendigvis legge så mye vekt på slike undersøkelser. Forskerne bak dem advarer mot å overtolke resultatene fordi det er mange metodiske fallgruver både i datainnhenting og i tolkningen av dataene. Ikke minst kan det være et problem at virksomhetene ikke alltid er helt sammenlignbare med hensyn til aktiviteter/behandling, diagnoser og pasientgrunnlag, selv om undersøkelsene forsøker å ivareta slike metodehensyn. Lav svarprosent kan også være et problem ved slike undersøkelser – til forskjell fra registerundersøkelsene nevnt over. I den grad undersøkelsene skal tillegges

²⁴ Det er noe variasjon mellom undersøkelsene med hensyn til hvilke ideelt drevne sykehus som inngår.

noe vekt, tyder de ikke på at alle ideelt drevne sykehus er kvalitativt gode, men at *noen* er gode, i hvert fall på ett eller noen måletidspunkter og når det gjelder noen aktiviteter. Kanskje er noen av dem særlig gode på å ivareta pasientens behov utover det rent medisinske? Om de samme sykehusene også er gode over tid, må det gjentatte undersøkelser for det enkelte sykehus til for å kunne dokumentere. Det er også et åpent spørsmål om de er gode fordi de er ideelle eller om det er andre forklaringer. De har kanskje hatt muligheter til å skaffe høykompetent arbeidskraft og/eller har hatt mulighet til å utvikle sin kompetanse over lang tid, for eksempel på grunn av et langsiktig nært økonomisk og faglige samarbeid med helseregionene, som jo disse tjenestene bestilles og kjøpes av. Forskerne bak undersøkelsene gjør for øvrig ikke noe forsøk på å forklare eventuelle forskjeller mellom offentlige og ideelt drevne sykehus.

På rusfeltet synes det ikke å ha vært en entydig vurdering at ideelle virksomheter alltid har vært gode, i det minste slik offentlige innkjøpere av slike tjenester har vurdert det. Ifølge en uttalelse fra Helse Sør-Øst innkjøpere av spesialisert rusbehandling fra ideelle aktører, som har vært og fortsatt er de langt viktigste private leverandørene på dette tjenesteområdet, har anskaffelsesprosesser med klart definerte avtaler «bidratt til en heving av institusjonenes bevissthet om krav til spesialisthelsetjenestene» (nettoppslag fra Helse Sør-Øst 2011). Det hevdes at de ideelle aktørene av den grunn «har utviklet seg svært positivt disse årene» og «evnet å omstille seg i takt med utviklingen innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling» (samme sted). På et senere tidspunkt uttalte de samme innkjøperne at «nå har alle institusjonene god kvalitet og høy faglig kompetanse» (nettoppslag fra Helse Sør-Øst 2012). Innkjøperne i denne helse-regionen påpeker også at det er pasientenes behov og den videre faglige utviklingen av helsetjenestefeltet som skal være førende ved inngåelse av avtaler (nettoppslag fra Helse Sør-Øst RHF 2011).

Oppsummering

I det foregående har vi gjennomgått foreliggende forskning om hva som eventuelt skiller ideelle aktører på helse- og sosialfeltet fra andre aktører, med særlig vekt på spesialisthelsetjenester. Vi viser for det første til at begrepet ideell aktør på dette tjenesteområdet rommer et mangfold av aktører, slik at kjennetegn ved noen ikke nødvendigvis gjelder alle. Noen fungerer for eksempel hovedsakelig som talerør for brukergrupper uten å være tjenesteprodusenter selv, andre er mer rene tjenesteprodusenter på linje med offentlige og kommersielle aktører, mens andre igjen både er tjenesteprodusenter og talerør for eksempel for en medlemsgruppe. Vi påpeker videre at foreliggende forskning i liten grad har klart å påvise systematiske forskjeller i kvalitetsaspekter mellom ideelle og andre leverandører av helse- og sosialtjenester, for eksempel med hensyn til grad av tillit til ulike aktører. Dette kan ha sammenheng med at slike kvaliteter kan være vanskelig å dokumentere og dermed også å sammenligne, men også at for

eksempel tillit eller omdømme er skjøre kvaliteter som kan være lettere å miste enn å vinne og ikke nødvendigvis er en egenskap ved én type aktører. Det er i begrenset grad gjennomført forskning som systematisk sammenligner ideelle og andre aktører på en måte som muliggjør sammenligning, ikke minst innen spesialisthelsetjenester. Vi gjennomgår imidlertid nyere norsk forskning innen spesialisthelsetjenestene (sykehus) som sammenligner offentlige og ideelle aktører basert dels på objektive (medisinske), dels på brukeropplevde kvalitetsindikatorer. Av disse undersøkelsene fremgår det at noen ideelle aktører kommer godt ut kvalitetsmessig, noen også over tid, mens andre skårer på eller under gjennomsnittet. Ut fra disse undersøkelsene er det altså ikke et gjennomgående trekk at alle ideelle aktører på dette tjenestefeltet er gode på det de driver med, men at *noen* er gode. På rusfeltet fremgår det at ideelle aktører ikke alltid har vært gode, men mange har blitt gode fordi de har blitt stilt krav til av de regionale helseforetakene som kjøper deres tjenester. De som ikke har blitt vurderte som gode, har gjerne ikke fått oppdrag.

Kapittel 3 Hva mener våre informanter om ideelle aktørers merverdi og rolle?

3.1. Hva mener våre informanter om ideelles aktørers merverdi?

Over har vi tatt for oss problemstillingen om en eventuelle ideell merverdi slik forskning og annen informasjon har belyst dette og konkludert med at det ikke er lett å dokumentere om en slik merverdi gjelder generelt for ideelle virksomheter og også over tid, ikke bare for en del virksomheter og ved enkelte måletidspunkter. At det foregår en «jakt» på de ideelles merverdi, er ikke noe som bare har engasjert forskere, men også mange aktører som på ulike måter samhandler med ideelle aktører og også blant de ideelle aktørene selv. Alle våre informanter, som ble bedt om å uttale seg om denne problemstillingen, var svært engasjerte i temaet og syntes å ha tenkt igjennom dette før våre intervjuer.²⁵ En viktig bakgrunn for engasjementet var de nye innkjøpsreglene som snart trer i kraft og som kan komme til å berøre ideelle aktørers fremtidige økonomiske situasjon. Informantene kan imidlertid ha ulikt syn på dette avhengig av ståsted.

Blant våre informanter er det ingen samstemmighet om at det finnes en merverdi som systematisk skiller de ideelle aktørene fra andre aktører. Fra innkjøpssiden, det vil si fra innkjøperne i helseforetakene, uttrykker alle at det er vanskelig å se en systematisk merverdi som har betydning for pasientbehandlingen. Kanskje kan man se at det finnes «noen forskjeller i holdninger og væremåter» sammenlignet med kommersielle, ifølge en av våre informanter, men vedkommende hadde problemer med å konkretisere dette. «Kanskje er de bedre på pasientopplevelser?», spør en annen. Men det blir også sagt at dette i så fall gjelder noen, ikke alle de ideelle aktørene. Fra helseforetakenes side, som har ansvaret for at helsetjenester leveres til befolkningen, påpekes det at det er kvalitet og etterrettelighet – at man vet at tjenester leveres som de skal og når de skal – som er viktigst. Dette er et like viktig krav å stille til de ideelle som de kommersielle aktørene dersom de ønsker å komme i betraktning ved offentlige oppdrag. Det påpekes også at det kan være store kvalitetsforskjeller blant de ideelle, fra de store og profesjonelle til de små og mindre profesjonelle, særlig innen rusbehandling og rehabilitering. Heller enn at de ideelle representerer noe vesentlig annerledes, legges det av flere av innkjøperne

²⁵ Se lister over informanter bakerst i rapporten.

vekt på at man gjennom mange års samhandling har opparbeidet et nært forhold til de ideelle aktørene. Dette har ifølge våre innkjøpsinformanter bidratt til at man har blitt avhengig av dem både faglig og kapasitetsmessig, ikke fordi de er ideelle og representerer noe vesentlig annet, men mer som en forlengelse av, eller som et supplement til, det offentlige tilbudet.

Våre innkjøpsinformanter i de fire regionale helseforetakene påpeker at nettopp samhandlingen mellom helseforetakene og de ideelle aktørene har bidratt til en kvalitetsheving blant disse leverandørene. Særlig gjelder dette på rusfeltet. Denne samhandlingen har bidratt til at de ideelle virksomhetene har blitt bedre, at de regionale helseforetakene har «strammet dem opp» ved å stille krav til dem. «Tidligere var de ikke så gode» (...) «det er vi som har krevd at de skulle bli bedre», som en av innkjøperne sa. Her har Lov om offentlige anskaffelser fra 1994 spilt en viktig rolle. Den bidro til at det i mye større grad enn tidligere ble stilt krav til innkjøpene. Deres mandat var å bestille god kvalitet fra eksterne leverandører på rusfeltet (som nesten bare besto av ideelle) og dernest følge opp leverandørene og sikre at god kvalitet ble levert. Det innrømmes av innkjøperne selv at de ikke var så gode til dette til å begynne med, men at man etter hvert har lagt en faglig standard eller terskel for den kvaliteten de krever av leverandørene. Dette har ført til at alle, både innkjøpere og leverandører, har skjerpet seg. Det er etablert faglige retningslinjer som skal gjelde for alle leverandører. De som ikke har klart å omstille seg og tilpasse seg nye faglige standarder, som av religiøse eller ideologiske grunner for eksempel ikke vil tilby LAR-behandling når det fra et behandlingssynspunkt kan være ønskelig,²⁶ har ikke fått fornyet avtale ifølge enkelte av våre innkjøpsinformanter. Gjennom en slik «rydding i porteføljen» vurderes nå de fleste av de leverandørene som er igjen, som gode. Faglige retningslinjer kan dermed på én måte ses som en standardisering av tjenestene, men fra innkjøpernes side er dette et ledd i å kvalitetssikre dem. Mer enn at man ønsker et mangfold av behandlinger, ønsker man faglige retningslinjer. «Og det har vært særlig viktig på rusfeltet. Mangelen på standardisering var det som særpreget de ideelle tidligere», som en av innkjøperne sa. Standardisering behøver dermed ikke å bety ensretting, men at man har klare faglige begrunnelser for sitt behandlingstilbud.

Mye tyder dermed på at i den grad ideelle virksomheter er gode med hensyn til det de gjør, har dette også sammenheng med at de har blitt stilt krav til fra dem som kjøper tjenester fra ideelle på vegne av det offentlige. Det offentlige helsevesenet har på en del områder vært avhengig av å benytte den kapasitet og kompetanse de ideelle aktørene besitter og også sikre høy kvalitet og forutsigbarhet i tjenesteleveransene. Det har derfor vært investert mye i å etablere et nært samarbeid mellom de som kjøper inn tjenestene og leverandørene. Men alt er ikke «idyll» i denne relasjonen. Det påpekes som et dilemma fra innkjøperes side at å unnlate å inngå avtale med ideelle virksomheter

²⁶ LAR = Legemiddelassistert rehabilitering.

som man ikke synes er gode nok eller som opererer med spesielt høye priser, og det skjer fra tid til annen, ofte skaper mye mediestøy, mens færre bryr seg om kommersielle virksomheter får samme skjebne. Også lokalpolitikere griper inn i situasjoner der ideelle virksomheter risikerer å ikke sikres forlengt kontrakt til tross for en faglig begrunnelse for beslutningen om ikke å forlenge kontrakten. Virksomheter har derfor fått fortsette selv om de som kjøper inn deres tjenester og som står ansvarlig for helsetilbudet, ikke synes de burde fått fornyet kontrakt.

Heller ikke blant de ideelle helsetjenesteleverandørene selv råder det en oppfatning om at alle ideelle er spesielt gode, men at det er *noen* ideelle leverandører som utmerker seg som spesielt gode og at man finner en god blanding av gode og dårlige leverandører. Enkelte trekker frem at en del ideelle sykehusaktører synes å være særlig flinke til å gi pasienten en god opplevelse i forbindelse med sykehusoppholdet, i tråd med det som går frem av spørreundersøkelsene referert tidligere. Og at de derfor trolig ville valgt et slikt sykehus selv dersom de skulle legges inn på sykehus. Men det er blant disse informantene ingen samstemmighet om at for eksempel sykehus drevet av ideelle aktører alltid leverer den kvalitativt beste tjenesten. Leder for et ideelt drevet sykehus går så langt som til å si at «blant de ideelle helseaktørene finner man både de beste og de verste» når det kommer til kvalitet. Informantene i de ideelle virksomhetene er heller ikke sikre på at det finnes en generell merverdi som særpreget ideelle aktører. Som en ideell virksomhetsleder sa: «Jeg er usikker på om det finnes noen slik merverdi.» Vedkommende var mer sikker på hva som var *deres* merverdi, eller preget deres virksomhet, selv om heller ikke det var lett for vedkommende å konkretisere.

Heller ikke blant dem som organiserer ideelle virksomheter innen spesialisthelsetjenestene tror man at det finnes noen generell ideell merverdi, «med mindre man legger noe ideologiske eller politiske i det», som en informant fra en slik organisasjon uttrykte det. Det finnes veldig gode ideelle virksomheter, men det finnes også dem som ikke er så gode. Som samme informant sa: «Det de ideelle må satse på, er å ha best mulig kompetanse slik at de vinner konkurransene, ikke pukke på noen særtrekk». Ifølge denne informanten må de heller bestrebe seg på å være gode/best enn å være så opptatt av om de er ideelle eller ikke. De må derfor sørge for å være i god dialog med de regionale helseforetakene for å være orientert om de signaler disse gir om hva som til enhver tid trengs av tjenester og være villige til å omstrukturere seg i tråd med disse signalene. At en del ideelle, for eksempel innen rusomsorgen, har falt ut i konkurransen med andre ideelle, skyldes at de ikke har vært villige eller i stand til å ta disse signalene. Det stilles også av flere av informantene spørsmål ved om ideelle virksomheter er så mye mer verdibaserte enn offentlige virksomheter. Det finnes mange offentlige virksomheter, og sikkert også kommersielle, som behandler pasientene på en god og verdig måte i tillegg til det rent medisinske, ifølge informanter fra den ideelle siden. Det virker også som om det oppfattes som «riktig» at det offentlige kontrollerer hvordan de private

virksomhetene, også de ideelle, disponerer de offentlige midlene de får tildelt og at inngåtte avtaler følges opp.

Enkelte ideelle aktører påpekte at ideelle virksomheter ofte er gode på å skape helhetlige tjenestekjeder, ved å se brukerne i et bredere perspektiv enn andre tjenesteleverandører, for eksempel innen rusomsorg. Oppfatningen var at dette er et kvalitetsaspekt som burde vektlegges sterkere av innkjøperne. Ofte drifter ideelle aktører ulike typer tjenester, innen både spesialisthelsetjenesten og mer lavterskelpregede tilbud. I den grad man klarer å få til et godt samarbeid mellom de ulike tjenestene og også klarer å synliggjøre dette i et tilbud, burde dette kunne være et konkurransefortrinn sammenlignet med kommersielle aktører, ifølge disse informantene. Men det vil ikke kunne stenge de kommersielle aktørene ute. Også disse kan, om de ønsker, forsøke å bygge opp tilsvarende tjenestekjeder. Men de ideelle vil her kunne ha et «forsprang» og befeste seg på et tjenestoområde. I resonneringen blant de ideelle aktørene omkring den ideelle merverdien var tilnærmingen svært konkret: Hva er vi gode på? Hvordan kan vi gjøre tjenestene bedre for brukerne? Noen «mystisk», ikke konkret påvisbar, merverdi var det ingen av de ideelle aktørene som argumenterte for.

Heller ikke den brukerorganisasjonen som deltok i undersøkelsen klarte å påpeke noen ideell merverdi som sådan, men mente generelt at de ideelle virksomhetene innen rusomsorgen, og særlig de små, har et bedre behandlingstilbud enn de offentlige virksomhetene.²⁷ Vedkommende pekte på at disse i større grad tilbød aktiviteter og arbeidsrettede tilbud. De tilbyr ifølge informanten også i større grad forvern (at brukeren kan forberede seg til behandlingstilbudet) og ettervern som en integrert del av behandlingen.

Nesten samtlige av våre informanter, også de ideelle aktørene selv, påpekte at å være ideell ikke i seg selv er en garanti for at man yter gode tjenester.

3.2 Blir de ideelle helseaktørene ivaretatt ved offentlige innkjøp?

Det hevdes i flere sammenhenger at den ideelle merverdien eller de ideelles særtrekk ikke etterspørres ved innkjøp av helsetjenester fra ideelle leverandører (se for eksempel Tretteberg & Sivesind 2015:32). De offentlige innkjøperne ønsker ikke at de ideelle aktørene skal tilby noe annet enn det det offentlige selv tilbyr. Dette synspunktet blir i en viss grad bekreftet i vår undersøkelse. Dels ser ikke innkjøperne hva den ideelle merverdien består i, hva som systematisk skiller de ideelle aktørene fra andre aktører på helsefeltet, dels synes de det er vanskelig å se hva ved denne eventuelle merverdien

²⁷ Jf. at det knapt finnes kommersielle her.

som har betydning i en helsetjenestesammenheng når man skal kjøpe inn best mulig tjenester på vegne av brukerne. På den annen side synes innkjøperne å legge til rette for at også ideelle aktører fortsatt skal kunne spille en viktig rolle innen spesialisthelsetjenestene. Vi har intervjuet en representant for en ideell aktør som har hatt ansvar for å følge opp kontraktene med det offentlige, representert ved både statlige og kommunale innkjøpere. Vedkommende hevder at de offentlige innkjøperne har stor forståelse for de ideelles rolle på helse- og sosialområdet og benytter det handlingsrommet de har innenfor anskaffelsesregelverket til å ivareta de ideelle. Innkjøperne fremstår som kunnskapsrike, profesjonelle og løsningsorienterte, ikke rigide, i samhandlingen med de ideelle aktørene, ifølge denne informanten. Som nevnt over har jo også mange ideelle leverandører av spesialisthelsetjenester nå fått løpende avtaler nettopp for å sikre at disse leverandørene fortsatt skal kunne spille en viktig rolle som tjenesteleverandører, kanskje ikke så mye fordi de er ideelle, men for å ivareta den kompetansen og kapasiteten de ideelle representerer og på den måten sikre befolkningen gode helsetjenester – levert også av ideelle.

Dette synet støttes av flere av våre informanter blant de ideelle aktørene. Anskaffelsesregelverket i seg selv, eller slik det praktiseres, synes ikke å være til hinder for at ideelle aktører kan fortsette å levere helse- og sosialtjenester, men det forutsetter i større grad enn tidligere at leverandørene har en «foroverlent» holdning i sine tilbud, som en av informantene med ideelt ståsted sa, at man beskriver tilbudene godt ved å synliggjøre at man kan gi et godt tjenestetilbud og har nok personell og god fagkompetanse på det aktuelle tjenesteområdet, for eksempel at man innehar tverrfaglig kompetanse. Vedkommende ideelle aktør erkjenner at de ikke alltid har vært flinke nok til det og i enkelte tilfeller har regnet med å få fornyet kontrakten uten å legge mye arbeid i å dokumentere at de har et godt tilbud. Som vedkommende uttrykte det: «Det er en fordel at de ideelle nå ikke driver «på gammel vane» og at noen utenfra ser dem i kortene.»

Det blir av flere ideelle aktører påpekt at deres virksomhets egenart blir lagt vekt på når konkurranser utlyses og avtaler gjøres, at det i tillegg til en formell forhandlingsform også finnes en mer uformell der man gjensidig kan komme med innspill. «Vi føler ikke at vi ikke kommer til orde», som en av de ideelle leverandørene uttrykte det. Men vedkommende påpekte at det ikke nødvendigvis er fordi de er ideelle, men fordi de oppfattes som gode og kanskje også har en egenart som preger dem, men ikke alle ideelle.

Det påpekes også av noen av de ideelle aktørene at ikke alle institusjoner innen for eksempel rusomsorgen klarer å tiltrekke seg påkrevet kompetanse, som for eksempel psykiatere, fordi de ikke fremstår som et attraktivt fagmiljø og dermed også får problemer med å synliggjøre at de besitter god kompetanse. Dette er for øvrig like mye et problem for offentlige institusjoner som for ideelle, ifølge våre informanter.

Vårt inntrykk er altså at de ideelle virksomhetene som har en offensiv holdning til å utvikle tjenestetilbudet, blir verdsatt for det av offentlige innkjøpere. Det er rom for å komme med forslag om nye tilbud og aksept for å starte slike. Om dette er fordi

regelverket gir rom for det eller fordi regelverket strekkes lenger enn det formelt sett er rom for, er uklart, men praktiseringen synes å være «liberal» når man har med gode tilbud og gode leverandører å gjøre. Slik vi forstår flere av våre informanter, er det med andre ord rom for å være innovativ.

Det synes altså innenfor innkjøpsregimet å være rom for tjenesteleverandørene til å være offensive, i det minste dersom man har opparbeidet seg en viktig nisjeposisjon eller oppfattes som en god leverandør. En av våre ideelle aktører forteller at tidligere var de mer tilbøyelige til å ta de oppdragene det offentlige tilbød dem. I dag setter de i større grad selv premissene fordi de føler at deres situasjon er relativt trygg og at både helsebyråkratene, men kanskje særlig politikerne, ønsker at de fortsatt skal finnes.

Med hensyn til kvalitetsutvikling er dette ifølge en av de ideelle leverandørene ofte preget av et samarbeid mellom innkjøper og leverandør. På for eksempel rusfeltet blir man i fellesskap, ut fra beste faglige skjønn, enige om hva som er god kvalitet og hvordan man bør utvikle tjenesten. «Her har bestiller og leverandør sammenfallende interesser. Derfor er også kontraktsoppfølging viktig og ikke noe vi er skeptiske til. Vi oppfatter det som viktig å bli «sett i kortene» sa en av våre informanter med et ideelt ståsted.

En annen sak er at å delta i anbudsprosesser er tidkrevende for virksomhetene og at en del av virksomhetene, særlig de små, har begrenset organisatoriske kapasitet til å utforme gode tilbud. I tillegg kan konkurransen med kommersielle aktører være vanskelig særlig på grunn av at ideelle aktører ofte har hatt høyere pensjonsutgifter enn de kommersielle. Begge disse forhold dreier seg egentlig om noe annet enn at de ideelle aktørene ikke blir verdsatt for det de er gode på.

Gjennom intervjuene med ulike aktører har vi fått det inntrykk at offentlige innkjøpere ofte bruker anskaffelsesregelverket på en måte som begunstiger ideelle aktører, men ikke nødvendigvis fordi de er ideelle, men fordi mange fremstår som gode og utviklings- og endringsorienterte. Det er det nok ikke alle som er eller har kompetanse og ressurser til å være. Og det er ikke sikkert at situasjonen for de ideelle ville vært vesentlig annerledes uten et slikt regelverk. Da hadde innkjøperne fremdeles valgt de leverandørene de oppfattet som best, men uten å måtte begrunne det så godt som de må i dag. Innkjøperne kan trekkes for retten av tapende parter dersom de ikke foretar juridisk holdbare innkjøp. Mye tyder også på at innkjøperne, slik de vurderer det selv, har blitt flinkere til å utnytte regelverket, fordi de har fått mer erfaring med det handlingsrommet som finnes og er mindre redde for å gjøre feil.

Fritt behandlingsvalg en fordel for ideelle aktører?

I Regjeringens fremleggelse av forslag til nytt anskaffelsesregelverk ble det påpekt at det ikke ville være i tråd med EØS-avtalen og likebehandlingsprinsippet den bygger på å gi ideelle aktører en fortrinnsrett fremfor kommersielle aktører (Prop. 51 L (2015-2016):

75). Det indikeres imidlertid her at brukervalgordninger kan begunstige ideelle aktører dersom det er slik at de, eller mange av dem, er spesielt gode på det brukerne verdsetter.

Enkelte av våre informanter blant de ideelle aktørene påpeker at fritt sykehusvalg og nå også fritt behandlingsvalg, som ble etablert for psykisk helsevern, rusbehandling og en del somatiske tjenester høsten 2015, kan være en fordel for dem siden deres virksomhet har vist seg å komme godt ut på en rekke parametere som har betydning for pasientene. Her nevnes for eksempel ventetider for behandling på sykehus, der en del ideelle kommer betraktelig bedre ut enn offentlige sykehus. Også på endel andre områder har vi sett at en del ideelle virksomheter kom godt ut, i form av en mer helhetlig ivaretagelse av pasientene i tillegg til det rent medisinske.

Enkelte brukerorganisasjoner er svært positive til fritt behandlingsvalg. På rusbehandlingsområdet er det nå innført fritt behandlingsvalg. Ifølge RIO, Rusmisbrukernes Interesseorganisasjon, er alle brukerorganisasjonene innenfor dette tjenestoområdet positive til fritt behandlingsvalg mens alle fagorganisasjonene er negative. Slik RIO ser det, vil brukervalg kunne styrke de ideelle virksomhetene på området fordi kvaliteten på behandlingstilbudet ifølge vedkommende fremstår mye bedre hos de ideelle enn i det offentlige tilbudet. Litt satt på spissen var RIO-representantens inntrykk at «hos de ideelle bruker personalet tiden sin på pasientene mens i det offentlige går tiden bort i møter.» Når brukerne nå har mer innvirkning på behandlingsvalget enn tidligere, kan de ideelle aktørene vinne på det. Innen rusomsorg finnes det få kommersielle aktører slik at valg av annen behandling enn offentlig i all hovedsak vil si valg av ideelle leverandører.

3.3 Politiske og faglige synspunkter

Hva sier politikerne?

Privatisering og forholdet mellom ideelle og kommersielle aktører har også blitt et partipolitisk spørsmål. I en Fafo-rapport som ble publisert i 2011, vises det for eksempel at særlig de partiene som i dag utgjør regjeringen eller støttepartiene, legger stor vekt på ideelle organisasjoners rolle i fattigdomsbekjempelsen (Fløtten m.fl. 2011). I en annen Fafo-rapport fra 2010 påpekes det at det offentlige fortsatt har hovedansvaret for velferdspolitikken, men at det i flere offentlige utredninger og meldinger understrekes at frivillige eller ideelle organisasjoner skal ha en viktig plass i velferdsstatens tjenesteproduksjon (Hansen & Grønningsæter 2010). Avisa Vårt Land har 5.2.16 et større oppslag om ideelle aktører i velferdsstaten. Her påpeker forsker Henrik Sivesind at de ideelle aktørene er med på å sikre mangfoldet i velferdstilbudet. Helseminister Høie intervjues også og sier at regjeringen ønsker flere ideelle aktører og at regjeringen «tar grep» for å sikre en solid andel ideelle velferdstilbud. I de senere årene har også

venstresiden kommet på banen og flere representanter for Arbeiderpartiet og SV har argumentert for at ideelle aktører er viktige; ofte settes disse i motsetning til kommersielle aktører. I partiprogrammene finner vi utsagn om at ideelle organisasjoner må få bedre rammevilkår og at bruken av ideelle organisasjoner må bli mere målrettet (Hansen & Grønningsæter 2010).

Mens vi har arbeidet med dette prosjektet, har Stortinget diskutert forslag til ny lov om offentlige innkjøp. I dette arbeidet har det også kommet fram ulike partipolitiske syn. Et flertall i Storkomiteen har lagt fram en innstilling som understreker viktigheten av at det lages systemer som ivaretar de ideelle aktørene. Vi skal i det følgende imidlertid ikke legge vekt på ulikheter partiene imellom i synet på ideelle aktørers rolle og hvordan dette kan ivaretas i lov og forskrifter. Det vi er opptatt av her, er hva politikerne oppfatter at de ideelle aktørene kan tilføre tjenesteapparatet innenfor de lovpålagte spesialisthelsetjenestene. Informantene er da heller ikke valgt ut med utgangspunkt i å få fram uenigheter, men ut ifra om de har sterke meninger og et sterkt engasjement i debatten om ideelle aktørers rolle.²⁸

Når de intervjuede politikerne utfordres til å definere hva som særpreger de ideelle aktørene, er det særlig tre aspekter som framheves: at de ikke har profitt som formål, at de har et ideelt formål og at de representerer et betydelig profesjonelt og folkelig engasjement. Spørsmålet ble stilt generelt, men svaret vil selvsagt være avhengig av om en snakker om en sammenligning med offentlig sektor eller privat sektor. Profittmotiveet knyttes primært til kommersiell sektor. Det er dermed et poeng som vil være relevant når det offentlige kjøper tjenester fra ideelle og kommersielle aktører. Resonnementene knyttet til spørsmålet om merverdi tar utgangspunkt i disse tre kjennetegnene. Noen av disse informantene påpeker at det ideelle formålet er noe offentlig sektor har til felles med de ideelle aktørene, til forskjell fra de kommersielle. Slik sett kan den ideelle sektorens formål og engasjementet også ha relevans for en sammenligning med offentlig sektor. Da vil imidlertid spørsmålet i større grad dreie seg om samspillet mellom ideell og offentlig sektor.

Alle informantene fra de politiske partiene nevner det at de ideelle ikke tar ut profitt som et hovedpoeng. Dette kobles både mot at virksomheten er formålsdrevet, ikke profittdrevet, og mot at når det ikke er et mål å få fortjeneste, kan eventuelle overskudd føres tilbake til virksomheten og bli brukt til utviklingsarbeid. Midlene går dermed utelukkende til kjernevirksomheten og ikke til privat profitt. En av informantene påpekte også at de kommersielle aktørene utvikler seg i retning av store profittdrevne internasjonale selskaper: «*De kommersielle er ikke lenger lokale gründere, de er store internasjonale aktører.*»

²⁸ Som nevnt i metodeavsnittet, har vi henvendt oss til flere instanser enn dem som ønsket å delta i undersøkelsen.

En av politikerinformantene mente videre at profittmotivet er kortsiktig. Når det gjelder mulig profittmotiv, oppfattes det derfor slik at ideelle aktører, fordi de ikke tar ut profitt, har mer langsiktige målsettinger og at dette representerer en merverdi sammenlignet med kommersielle.

Videre er det gjennomgående at informantene påpeker at organisasjonenes ideelle formål er en merverdi. Dette er nesten uavhengig av hva slags formål det er snakk om. Målet med tiltaket/institusjonen blir viktigere enn den økonomiske bunnlinjen. Om målet for eksempel er å drive et sykehus ut fra en målsetting om å bedre tilbudet til organisasjonens egne medlemmer eller drive diakonal virksomhet overfor andre, oppfattes av informantene som underordnet. Det primære ved virksomheten blir uansett å gi et godt tilbud til brukerne – uansett hvem de er. Det å ha en visjon og et formål får prioritet foran økonomisk inntjening. Dette skjer ikke automatisk; det finns eksempler på at ideell virksomhet blir kommersiell eller jobber kommersielt.

Ifølge de intervjuede politikerne gir ideelle aktører også rom for et engasjement som offentlig sektor i mindre grad synes å gi rom for. Eksempler på dette er diagnoser, som for eksempel rus eller hjerte- og lungesykdom, der ideelle aktører kan synes å ta et forholdsvis stort ansvar. Engasjementet kan på den måten gi rom for utvikling av tjenestekvalitet, mangfold og evne til nytenking. Engasjement kan derfor være et korrektiv til offentlige aktører.

Det siste poenget som kommer fram av svarene på spørsmålet om merverdi er at de ideelle organisasjonene representerer et samfunnssyn og en historie som det er viktig å ivareta. En av informantene sa dette slik:

Merverdien ligger i historien. Mange har bodd langt fra de store sentrene. Det har vokst fram en stor ideell sektor fordi mennesker har ansvar for eget og andres liv. Med andre ord en solidaritetstanke. De ideelle organisasjonene [...] representerer med andre ord historie og kultur som vi mener er en sterk og viktig verdi i samfunnet som vi må ta vare på.

Arbeidet med denne rapporten skjer som tidligere nevnt samtidig med at Stortinget behandlet forslag til ny lov om offentlige innkjøp. EUs regelverk for offentlige anskaffelser fra 2004 er en viktig premisse for den nye loven. Det er tidligere i rapporten stilt spørsmålsteget ved mulighetene for å opprettholde særbehandling av ideelle aktører. Informantene ble derfor spurt om hvilke forventninger de har til konsekvensene av disse endringene i lov- og regelverket.

Politikerne ser ut til å mene at det er mulig å ivareta de ideelle aktørenes plass i et regime som følger EUs direktiv. De henviser til utredningen fra Fredrik Sejersted (se kap. 2.2). Videre viser de til danske erfaringer med direkte driftsavtaler med selveiende institusjoner og muligheten for bruk av såkalt utvidet egenregi.

Svarene fra informantene fra de politiske partiene er preget av at de var midt i Stortingsbehandlingen av lov om offentlige innkjøp. Næringskomiteens innstilling er

ikke enstemmig på alle punkter når den omtaler forholdet til ideell sektor i helse- og sosialtjenestene, men det kan være verdt å trekke fram noen hovedmomenter. For det første påpekes betydningen de ideelle organisasjonene har og har hatt som leverandører av helse- og sosialtjenester. Disse aktørene sies videre å ha høy kompetanse, stort engasjement og stor tillit i befolkningen. De sies også å være viktige innovatører. Stortingskomiteen mener derfor at en må benytte det handlingsrommet som ligger i EUs regelverk. De mener videre at det er viktig å gi gode rammevilkår for ideelle aktører som bidrar med velferdstjenester. Et viktig moment i Stortingskomiteens innstilling er også hensynet til brukerne. Her nevnes kvalitet, kontinuitet, universell utforming, helhetlige tjenester, brukermedvirkning og brukerdeltakelse.²⁹

Informantene påpeker at de ideelle aktørene trenger langsiktighet. Dette begrunnes blant annet med at de i sin samlede virksomhet er avhengige av gaver og kontingenter og derfor er avhengige av den forutsigbarheten som offentlig finansiering innebærer. En av informantene mener at det derfor er behov for å kunne benytte anbud som er skjermet slik at de bare gjelder ideelle aktører. En informant påpeker videre at det må være politisk vilje tilstede for at en skal kunne bruke det handlingsrommet som finnes:

Det er mulighet i det nye direktivet for nasjoner å innrette anskaffelsespraksisen slik at de kan gjøre direkte avtaler med ideelle ut fra beskrevne nasjonale mål. De ideelle kan også drive ut fra utvidet egenregi. [...] Skal dette tas i bruk, må en *ville gå inn*.

Videre sier informantene at ideelle aktører selv må kunne definere merverdien og at dette må begrunnes konkret med at de fremmer myndighetenes målsettinger. En slik begrunnelse kan åpne muligheten for å benytte systemet med utvidet egenregi.

Da vi gjorde intervjuene, var som nevnt arbeid i Stortingskomiteen i full gang. Følgende utsagn kan være et uttrykk for opplevelsen av de pågående diskusjonene:

Jeg håper og vil arbeide for å legge til rette for at de [ideelle aktører] fortsatt skal ha en viktig rolle for eksempel i spesialisthelsetjenesten og i rehabilitering.

Ideelle aktører representerer ulike organisasjonsformer, noen er selveiende stiftelser, noen er medlemsorganisasjoner som også har ulike formål. Noen av disse medlemsorganisasjonene er også brukerorganisasjoner, slik som for eksempel Landsforeningen for hjerte- og lungesyke (LHL). Politikerinformantene påpekte at en av merverdiane som disse brukerorganisasjonene representerer, er at de «*vet hvor skoene trykker for brukerne*». Det påpekes altså at nærheten til egne brukere også kan komme andre brukere til gode.

Et eksempel på en brukerorganisasjon er som nevnt LHL. Informantene mener LHL er flinke til å bruke medlemmene, til å bidra politisk med sine pasienterfaringer

²⁹ Næringskomiteens innstilling finnes på følgende webadresse: http://ideeltnettverk.no/sites/ideeltnettverk.no/files/naeringskomiteens_innstilling_fullverjon.pdf. Lest 05.07.16.

slik at en kan alliere seg og identifisere seg med dem. Det sies av informantene at å bruke brukerne til utviklingsoppgaver er en merverdi.

Det påpekes videre at det er en utfordring å utvikle likemannsarbeid over hele landet.³⁰ Organisasjoner som LHL, som i tillegg til å levere helsetjenester også er en av de største pasientorganisasjonene, har et stort nettverk som kan representere en mulig merverdi. Dette gjelder ikke minst ettervern og oppfølging etter medisinsk behandling, hvor kommunene mangler kompetanse og penger. Kommunene må ifølge informantene bli flinkere til å bruke alle tilgjengelige ressurser, ikke minst når det gjelder omsorg og rehabilitering.

Behovet for brukernærhet blir tillagt stadig større vekt og kommer stadig opp på nye arenaer. Et eksempel på denne utviklingen er Oslo Universitetssykehus – et offentlig sykehus – som i sin forskningsstrategi legger vekt på samarbeid med brukere. Tradisjonelt har dette ikke vært et viktig anliggende i en helsefaglig strategi. En kan dermed tenke seg at organisert brukernærhet, også i spesialisthelsetjenesten, får økt betydning framover.

Det påpekes også av informantene fra de politiske partiene at det er et mål at slike brukererfaringer og brukerperspektiver kan representere en kritisk stemme og et korrektiv til etablerte ordninger. Dersom brukerorganisasjoner blir tjenesteleverandører og institusjonseiere, kan en imidlertid tenke seg at de kan møte seg selv i døra fordi de både må være mottakere av kritisk innsyn og avsendere av brukeres opplevelser. Politikerne så ut til å mene at måten å unngå en slik rolleblending, ville være å sikre faglighet og profesjonalitet også i de brukerstyrte ideelle organisasjonene, «*det er folk med hjerte og hode som er medlemmer også*», som en av informantene sa.

Noen typer merverdier er det vanskelig å måle. Mye av det som er referert over, vil det derfor være vanskelig å ivareta i en åpen anbudsprosess der både kommersielle og ideelle aktører inngår. Når det for eksempel sies av informantene at den solidaritetstanken som mange av disse organisasjonene vektlegger, representerer en merverdi, blir det vanskelig å definere dette, altså solidaritet, som et krav i et anbud. Verdibaserte plattformer må dessuten balanseres mot profesjonalitet slik at kvaliteten på tjenestene sikres. Informantene påpeker imidlertid at de brukerstyrte ideelle organisasjonene synes å ha en fordel i at pasientene føler seg trygge og ivaretatt når de kommer til et sykehus drevet deres egen organisasjon. De påpeker at tilliten er en viktig verdi i møtet mellom bruker og tjenesteapparat.

Historisk har de ideelle aktørene vært viktige for å utvikle nye tjenester når det har oppstått nye behov. Mange slike virksomheter har senere blitt overtatt av det

³⁰ Følgende definisjon av likemannsarbeid er hentet fra FFOs hjemmeside: "Ei samhandling mellom personer som opplever å være i samme båt, det vil si samme livssituasjon, og hvor selve samhandlinga har som mål å være ei hjelp, støtte eller veiledning partene imellom." Definisjonen er opprinnelig hentet fra HiO rapport 1998 nr. 1 som er skrevet av B.C. Rappana Olsen. Se: <http://ffo.no/globalassets/rapporter/generelt-om-likemannsarbeid.pdf>

offentlige eller fått en «halvoffentlig» rolle, som for eksempel de 12 tidligere omtalte private ideelle sykehusene som har fått langsiktige kontrakter med helseforetakene. Men fortsatt er nytenking og innovasjon et viktig argument i debatten om de ideelle organisasjonenes rolle. Politikernes synspunkt er at de ideelle helseaktørene er raskere til å se og imøtekomme (nye) helseutfordringer i befolkningen enn offentlige aktører. Et eksempel på en slik innovativ rolle var LHLs igangsetting av Hjertebroen i 1978.³¹ Informantene mener at de ideelle aktørene fortsatt er innovatører og de begrunner det med at de er dedikert til formålet sitt. Tanken er at for å sikre at de til enhver tid jobber for formålet, er de nødt til å tenke innovasjon. En av informantene sa for eksempel følgende:

Innovasjon kan en også ha i det offentlige apparatet og i kommersielle tjenester. Men de ideelle har ofte ligget foran. Det skal ligge til grunn og en må finne gode kriterier. De ligger ofte foran.

Politikerne ser med andre ord ut til å mene at ideelle aktørers historiske og forventede innovasjonsevne skal forstås som en merverdi. Samtidig sies det at det er utfordrende å finne gode kriterier som i varetar dette.

Det ble sagt av flere av informantene fra de politiske partiene at de ideelle aktørene synes å ha kortere beslutningslinjer og mindre byråkrati enn det offentlige. De kan ofte også ha et smalere mandat enn det offentlige ved at de for eksempel har en målsetting om å etablere tilbud til en avgrenset målgruppe. Medlemsorganisasjonenes mulighet for å bidra med likemannsarbeid gir brukerkunnskap i fagutviklingen og setter brukerbehov på den politiske agendaen. Dermed kan utviklingsarbeidet bli raskere og mer effektivt enn hos tilsvarende offentlige aktører, er deres resonnement. De intervjuede politikerne oppfordrer derfor de ideelle aktørene til å dokumentere både hva de produserer av behandlingstilbud og hva de leverer av innovasjon og faglighet i og med at de ideelle aktørene oppfattes som å være viktige utviklingsaktører. De kan synliggjøre udekkede behov i offentlige tjenester. Men forutsetningen for at dette skal fungere, er ifølge informantene at de ideelle aktørene er profesjonelle.

Ivaretagelsen av brukerperspektiver og innovatørrollen kan medføre at ideelle aktører blir en pådriver i utviklingen av helse- og velferdstjenester. Men det er et fundamentalt spørsmål ifølge de intervjuede politikerne om denne rollen anerkjennes i samfunnet, av de offentlige helseforetakene og av det politiske systemet. Politikerne viser for eksempel til Stortingsmeldingen Morgendagens omsorg (Meld. St. 29 (2012–2013)) som legger opp til en stor dugnad som de ideelle må forutsettes å være

³¹ På 1970-tallet tok LHL initiativ til å sende norske hjertepasienter til England på grunn av stor mangel på operasjonskapasitet på dette området i Norge. LHL mottok etter hvert midler fra staten og en del kommuner til dette.

med i, blant annet ved aktive frivillige.³² Ideell sektor kan mobilisere dugnadsånden, og som en av informantene påpeker: solidaritetstanken. Det vil ikke være aktuelt å drive spesialisthelsetjenester basert på dugnadsånd, men tilleggsfunksjoner som likemannsarbeid og brukerbasert informasjon kan ha nytte av slik frivillig aktivitet. Utsagnet om betydningen av dugnadsånd kan trolig også oppfattes som et generelt utsagn om at «alle gode krefter» må være med for at en skal kunne beholde et godt nivå på velferdsstatens tjenester.

De ideelle aktørene spiller i dag ifølge informantene en viktig rolle som tjenesteleverandører. Selv om det politisk er stor oppslutning om at ideelle aktører har en viktig rolle å spille også i framtida, er det spørsmål om nye rammebetingelser kan true en slik rolle. Informantene fra de politiske partiene mener at man vil miste viktig kompetanse hvis man ikke kan bruke den kompetansen ideelle aktører har opparbeidet over mange år. De er også redde for å miste kapasitet, mangfold og engasjement. Det blir hevdet at vi ikke klarer å holde oppe nivået på helsetilbudet uten ideelle aktører. Følgende to sitater illustrerer dette:

Vi trenger dem som vil gå de sju milene ekstra for pasientene.

Vi mister pådrivere, vi mister kapasitet og vi miste mangfoldet og blir fattigere.

I intervjuene sies det veldig mye pent om de ideelle aktørene og deres merverdi og rolle. På noen få punkter problematiseres situasjonen. Ett av disse punktene er utfordringene knyttet til pensjonsforpliktelser. Her påpekes det at det må det gjøres noen politiske grep. Dessuten påpeker informantene at organisasjoner med små fagmiljøer kan få problemer, ikke minst når det gjelder konkurranse om fagfolkene. Det er også en fare for at private aktører taper offentlig sektor for kompetanse. Det sies dessuten at ideelle aktører ikke er bra bare fordi de er ideelle og at det også må stille kvalitetskrav til dem.

Et påfallende fellestrekk ved intervjuene er at politikerne sier at spørsmålet om ideelle aktørers rolle er noe som engasjerer dem. Det er også et fellestrekk at dette engasjementet handler om å styrke de ideelle aktørenes rolle og posisjon. Blant de intervjuede stilles dette, særlig av KrF og Arbeiderpartiet, opp mot kommersielle aktørers plass og rolle. Et flertall av partiene på Stortinget har nå gitt sin tilslutning til at de ideelle aktørene skal ha en viktig plass også etter at den nye loven trer i kraft. Premissene for dette blir lagt i utformingen av forskrifter for offentlige innkjøp.

Hva sier fagorganisasjonene?

Fagbevegelsen – både i og utenfor LO – har representert motstand mot privatisering av offentlige tjenester. Men også de har skilt mellom ideelle og kommersielle aktører og har vært betydelig mindre skeptiske til ideelle aktører enn til kommersielle. Vi har

³² <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-29-20122013/id723252/>

intervjuet representanter for to av de viktigste fagforbundene i helsesektoren, Fagforbundet og Legeforeningen. Det er viktig å understreke også her at det viktigste målet med intervjuene ikke har vært å kartlegge fagforeningenes syn på privatisering eller ideelle aktører i interessepolitisk forstand, men å finne ut hvilke innholdsmessige og sosialpolitiske aspekter ved disse aktørenes virksomhet organisasjonene er opptatte av.

Ifølge Fagforbundets representant er det mest åpenbare og konkrete som skiller de ideelle fra de kommersielle at de ideelle skal drive uten profit. Informanten mener at mange ønsker å jobbe et slikt sted nettopp av den grunn, at det ikke bare er pengene som styrer. De ideelle sykehusene synes også oftere å være fokusert på hele pasientbildet ifølge denne informanten, som nevner de diakonale sykehusene som et eksempel på dette.

Videre mener informanten at de ansatte er svært lojale mot institusjonen. «*Det at de kan gå konkurs, betyr at man går en ekstra lengde*». Men det betyr også at de ideelle ikke kan være lønnsledende. Det hevdes også at enkelte ideelle institusjoner sliter ut sine ansatte. Institusjonene må alltid jobbe for å klare seg økonomisk. De blir derfor drevet til å tenke økonomisk. Ideelle sykehus må være i front faglig og teknologisk for å kunne konkurrere.

Fagforbundet påpeker videre at det må skilles mellom de ideelle som har langsiktige avtaler slik som Diakonhjemmet og Lovisenberg på den ene siden og for eksempel Feiring-klinikken på den andre, som må selge seg inn aktivt til de regionale helseforetakene som finansierer deres tjenester. Det betyr mer markedenkning, noe som for eksempel får konsekvenser for hvordan de gjennomfører arbeidstakerrettigheter. Informanten mener de sistnevnte ideelle aktørene i større grad vil være under økonomisk press enn de førstnevnte.

Fagforbundet påpeker videre at de ideelle sykehusene befinner seg i mindre systemer som gjør at de kan snu seg rundt fort og få til raske beslutninger, med andre ord at de kan være innovative sammenlignet med offentlige sykehus. Informanten er imidlertid redd for at det kan være vanskelig å se og dokumentere det særegne ved de ideelle. Det gjelder ikke minst det at de kan og må snu seg fort og utnytte de mulighetene til faglig utvikling som følger av dette

Enkelte ideelle sykehus er eid av brukerorganisasjoner (eksempelvis LHL). Fagforbundet mener at det har en betydning at brukere sitter i styret. Det gir også muligheter for å knytte likemannsarbeid til driften og gjennom dette kan nødvendige endringer i driften synliggjøres. Men det kan også føre til konflikter når brukere og ansatte har ulike interesser. I hovedsak mener imidlertid Fagforbundet at brukere og ansatte har felles interesser.

Informanten mener også at det er en merverdi at de ideelle sykehusene i større grad kan åpne opp for å ivareta åndelige behov. Videre påpekes det at ideelle aktører synes å være mer opptatte av vedlikehold av bygningsmassen og å sørge for estetiske omgivelser

enn offentlige helseinstitusjoner. De opprunder derfor bygningene i større grad enn i det offentlige og det er mindre vedlikeholdsetterslep.

Fagforbundet mener at de kommersielle er dårligere på arbeidsforhold fordi kravet til profitt står sterkt.

Konkurransetsetting er dyrt. Flyttes fokus fra fag til økonomi; det blir feil.

Legeforeningens representant oppfatter at helsetjenester skiller seg fra mye annen virksomhet. Spørsmålet er derfor når man organiserer disse tjenestene hvordan man kan ivareta disse tjenestenes egenart. Informanten mener at eierskap og mål må harmonere med samfunnets siktemål ved å ta ansvaret for disse tjenestene. Informanten mener videre at de private, ideelle organisasjonene har målsettinger som harmonerer godt med formålet med tjenestene. «Med en gang du blander profitt inn, får du en målkonflikt» uttaler denne informanten. Vedkommende mener at det er i de ideelle organisasjonene det er minst målkonflikter og at det er en forholdsvis stor sammenheng mellom organisasjonenes, de profesjonelles og brukernes mål. Vedkommende synes utviklingen i de private ideelle er sunnere enn i de offentlige og at en i de sykehusene som er drevet av ideelle aktører, har større oppslutning om et felles prosjekt enn det man har sett i mange offentlige sykehus.

Informanten sier videre at mange offentlige og private sykehus i for stor grad er preget av bedriftsøkonomisk tankegang og for lite av samfunnsøkonomiske tankegang. Man velger seg for eksempel ut lønnsomme pasientgrupper. Følgende omtale av de ideelle aktørene gis:

Jeg har ikke tall på det, og det kan være flere forklaringer, men inntrykket er at de ideelle er mindre rotløse i sitt verdisyn og har en tryggere forankring i det verdisynet som handler om at de skal dekke pasientens behov.

Informanten oppfatter at de økonomiske målsettingene står veldig høyt på agendaen for de aktørene som skal ha profitt. Ofte er ikke den økonomiske logikken i tråd med hva som er pasientens behov. På den måten mener vedkommende at tankesettet endres hvis pasientens sykdom blir et middel for å nå økonomiske mål.

Det påpekes videre at man kan være bekymret for at de ideelle aktørene vil bli mer lik kommersielle på grunn av anbudsregimet og sier at det er vanskelig å betrakte helsebehov med volum som mål og at en da får dårlig kvalitet på tjenestene. Det kan derfor være en fare for at mange tilbud vil vinnes av de mest skruppelløse tilbyderne av helsetjenester.

Informanten mener de ideelle fungerer gjennomgående bedre både når det gjelder effektivitet og arbeidsmiljø. Vedkommende tror at en pasient-eid organisasjon preger verdisynet i organisasjonen. Helseinstitusjoner representerer en fagkultur, men også en virksomhetskultur som det tar tid å bygge opp. Det påpekes at det er viktig med langsiktighet for å ha nødvendig kompetanse – også organisasjonskompetanse.

Av andre momenter som nevnes av informanten fra Legeforeningen, er at det er vanskelig å ta hensyn til innovasjonsevne i anbudsprosesser. Videre opplever vedkommende at de ideelle representerer stabilitet og kontinuitet i en omskiftelig tid. Samtidig oppfattet informanten at Hjertebroen kom fordi den ble presset fram av aktuelle interessegrupper. Dermed representerer ideelle aktører både en stabiliserende rolle og en «rebell»-rolle.

Legeforeningen og Fagforbundet representerer tradisjonelt temmelig forskjellige faglige og politiske tradisjoner. Allikevel svarer de ganske likt på våre spørsmål. Det kan hende dette skyldes at de delvis har erfaringer fra de samme institusjonene og dermed muligens fra bedriftskulturer som er ganske like. Men det kan også skyldes felles bekymringer når det gjelder arbeidstakerinteresser i en helsetjeneste i endring.

På spørsmålet om de ideelle aktørenes merverdi er det to hovedmomenter som kommer fram. Det første er at de ideelle, sammenlignet med kommersielle aktører, ikke har mål om profitt. Dessuten oppfatter fagforeningsrepresentantene at de ideelle har et mer helhetlig syn på pasientene. De mener at for de kommersielle blir ikke målet helse, men profitt, og sykdom blir et middel. Informantene ser dermed ut til å mene at eierskap og mål harmonerer bedre hos de ideelle aktørene enn hos de kommersielle. Videre mener de at finansieringssystemet er et hinder for å få fram brukererfaringer. Derfor kan ideelle aktører når de er organisert som brukerorganisasjoner, representere et viktig korrektiv. Når brukerne sitter i styret, kommer det andre impulser og perspektiver inn både faglig og organisatorisk. Dette skaper rom for likemannsarbeid og preger verdisynet i organisasjonen.

Fagforeningsrepresentantene mener også at ideelle helseaktører er raskere enn offentlige til å se og imøtekomme (nye) helseutfordringer i befolkningen og at det offentlige har en utfordring med hensyn til å skape innovasjon. De ideelle aktørene er mer fleksible og har større evne til å snu seg fort når dette er nødvendig.

Fagforeningsrepresentantene mener også at verdiforankringen hos ideelle aktører gir rom for bedre å ivareta åndelige behov, brukersamarbeid og likemannsarbeid. Lojalitet til eier – det vil si den ideelle aktøren – mener de betyr ekstra engasjement og innsats. De mener også at dette fører til bedre samarbeid mellom ansatte og ledelse, selv om det idealistiske elementet også betyr økt press på de ansattes arbeidsinnsats.

Pensjonsforpliktelsene til de ideelle aktørene er en bekymring.

Oppsummering

Vi har gjennom intervjuer kartlagt ulike informanters vurderinger av hva de mener kan være ideelle aktørers merverdi innen spesialisthelsetjenester. Alle våre informanter har på en eller måte erfaringer med ideelle og andre helseaktører. Kartleggingen viser at det ikke er samstemmighet om at det finnes en slik merverdi som systematisk skiller ideelle aktører fra andre helseaktører og som har betydning for pasientbehandlingen. Enkelte mener at ideelle aktører kan tilby bedre pasientopplevelser, det vil si med

hensyn til opplevd tjenestekvalitet, men det gjelder i så fall noen ideelle aktører, ikke nødvendigvis alle. Helseforetakene, som kjøper inn slike tjenester fra private aktører, påpeker at det uansett er kvalitet og etterrettelighet, at tjenestene leveres som de skal og når det skal, som er viktigst uavhengig av hvilken type leverandør det dreier seg og at det blant de ideelle leverandørene kan gjøre seg gjeldende store kvalitetsforskjeller, særlig innen rusbehandling og rehabilitering. På grunn av den gjennom år nære samhandlingen mellom innkjøperne av slike tjenester og leverandørene og at det har blitt stilt krav til leverandørene, har nå de fleste ideelle leverandørene det kjøpes tjenester fra god kvalitet. Heller ikke blant de ideelle aktørene selv råder det en oppfatning om at alle ideelle er gode, men snarere at noen utmerker seg som gode. Kanskje er de særlig gode på for eksempel pasientopplevelser under sykehusopphold, som nevnt over, eller på å skape helhetlige tjenestekjeder, svarer noen. Disse informantene med ideelt ståsted er heller ikke sikre på at det finnes en generell merverdi som særpreger ideelle aktører og var mer opptatte av om det kunne dokumenteres eventuelle konkrete kvaliteter som har betydning for brukerne av tjenestene. Vårt inntrykk var videre at innkjøpsprosedyrene ikke var til hinder for at de ideelle aktørene kom «til orde» og fikk vektlagt det de selv mente var viktige kvaliteter ved de tjenestene de leverer og at kjøpsprosedyrene mer var preget av en samstemthet om hva som er best mulig kvalitet enn en gjensidig mistenksomhet. Dette forutsetter imidlertid ifølge de ideelle aktørene selv at de har en offensiv holdning til de tjenestene de leverer og kan dokumentere at tjenestekvaliteten er god, for eksempel innen rusfeltet. Det har ikke alltid vært tilfellet ifølge de ideelle leverandørene.

De politiske informantene og fagforeningsrepresentantene er særlig opptatt av at ideelle aktører ikke har profitt som formål og at de representerer et profesjonelt og folkelig engasjement. Flere av disse informantene mener at det ideelle formålet i seg selv er en merverdi og at dette gir rom for en annen og mindre fremmedgjort relasjon mellom tjenesteyter og tjenestemottaker. Disse informantene er derfor opptatt av at de ideelle aktørene får gode rammebetingelser som gir dem mulighet for langsiktighet og forutsigbarhet. Brukernærhet og nye muligheter for likemannsarbeid trekkes fram som mulige merverdier. Slik vurdert tilskrives de ideelle aktørene en demokratiserende rolle.

Vi har intervjuet informanter med ulike posisjoner og roller. Vi finner ikke en enstemmighet i alle synspunkter, men felles for alle informantene er at de mener at eksistensen av en ideell merverdi må forutsette tjenester av god kvalitet.

Kapittel 4 Sammendrag

I denne studien har vi tatt for oss situasjonen for ideelle aktører på helse- og sosialfeltet, nærmere bestemt de ideelle aktørene som leverer spesialisthelsetjenester på oppdrag av de regionale helseforetakene. Bakgrunnen for studien er en endring i EU-regelverket for offentlige anskaffelser som vil gjøres gjeldende også for Norge.³³ Siden 2004 har det vært mulig for offentlige innkjøpere å forbeholde konkurransen om offentlige oppdrag til ideelle aktører og på den måte hindre kommersielle aktører tilgang til det offentlige oppdragsmarkedet innenfor dette tjenesteområdet. Det har altså eksistert en mulighet for innkjøpsmyndighetene til å gjøre et unntak fra den generelle regelen om lik konkurranse mellom ulike tilbydere ved offentlige innkjøp av helse- og sosialtjenester. Enkelte regionale helseforetak har benyttet seg av dette unntaket, andre ikke. Med de nye EU-reglene vil det trolig ikke lenger være mulig å opprettholde dagens unntak. Mange ideelle aktører har vurdert det som viktig at denne muligheten bevares. Ideelle aktører på helse- og sosialfeltet er i en annen kostnadssituasjon enn kommersielle aktører, særlig fordi de av historiske grunner har hatt andre og mer kostbare pensjonsordninger enn kommersielle aktører. De har derfor hatt vanskeligheter med å konkurrere med disse i og med at pris spiller en vesentlig rolle ved offentlige innkjøp. Dessuten råder det en oppfatning blant mange ideelle aktører om at det særpreget de mener kjennetegner ideelle aktører, i liten grad blir etterspurt ved offentlige innkjøp av helse- og sosialtjenester og at dette særpreget står i fare for å forsvinne dersom det ikke vektlegges ved offentlige innkjøp. En bekymring hos ideelle aktører og andre samfunnsaktører er at med en skjerpet konkurranse mellom kommersielle og ideelle aktører, står de ideelle aktørene i fare for å konkurreres ut av markedet, og dersom de overlever denne konkurransen, risikerer de å miste sitt særpreg. På enkelte tjenesteområder, som innen rusbehandling, utgjør også ideelle aktører en betydelig andel av tjenestevolumet. Per i dag er det for øvrig svært lite konkurranse mellom ideelle og kommersielle aktører innen spesialisthelsetjenestene, ikke på grunn av det nevnte unntaket, men av den enkle grunn at de to typene aktører i liten grad befinner seg innenfor de samme tjenesteområdene (se også NOU 2016:12:59). Ideelle aktører frykter imidlertid at kommersielle aktører i større grad vil kunne se et marked innenfor de områder der ideelle har spilt en viktig rolle dersom innkjøpsregelverket endres; det gjelder for eksempel innen rusbehandling.

³³ Studien ble i hovedsak gjennomført før vedtak om nytt regelverk ble fattet.

I denne studien har vi sett nærmere på hva som kjennetegner ideelle aktører innen spesialisthelsetjenestene. Med spesialisthelsetjenester tenkes det her først og fremst på tjenester innen somatikk (særlig kirurgi og diagnostikk i form av laboratorietjenester og radiologi), rusbehandling, psykisk helsevern og ulike typer av opptrenings- og rehabiliteringstjenester. Vi har ønsket å kartlegge hvilke oppfatninger ulike informanter har om hvorvidt ideelle aktører på disse tjenesteområdene «gjør en forskjell», om de i sin tjenesteproduksjon vektlegger andre samfunnsmessig viktige aspekter enn andre aktører. Spørsmålet er om de tilfører samfunnet en merverdi ut over det offentlige og kommersielle aktører kan tilføre og som man risikerer at går tapt dersom deres markeds-situasjon «tvinger» dem ut av markedet eller til å bli mest mulig like de offentlige tjenestene eller deres konkurrenter blant de kommersielle aktørene. I denne studien belyser vi dette temaet først og fremst gjennom intervjuer med informanter som på ulike måter kan forventes å ha god kjennskap til eller begrunnede meninger om ideelle aktører innen spesialisthelsetjenestene, enten det dreier seg om offentlige innkjøpere av slike tjenester fra ideelle og kommersielle aktører, de ideelle aktørene selv, kommersielle aktører, de som organiserer de ideelle og kommersielle aktørene, de myndighetene som har ansvaret for det offentlige innkjøpsregelverket og de brukergruppene som har erfaringer med ulike private tjenesteleverandører. I tillegg har vi innhentet synspunkter fra politikere og arbeidstakergrupper innenfor helse- og sosialfeltet. Alle har blitt spurt om hva de mener kjennetegner ideelle aktører innen spesialisthelsetjenestene og hva som eventuelt skiller dem fra andre aktører.

I tillegg til å gjennomføre intervjuer, har vi gjennomgått foreliggende dokumentasjon og nyere forskning som kan bidra til å belyse de ideelle aktørenes rolle innen helse- og sosialfeltet generelt og innen spesialisthelsetjenestene spesielt. Det har ikke vært en målsetting med prosjektet å gjøre en juridisk vurdering av det handlingsrommet det eventuelt fortsatt vil kunne være for å ivareta ideelle aktører i de nå vedtatte endringene i innkjøpsregelverket, men vi har innhentet synspunkter fra informantene om det fortsatt bør være mulig å ivareta de ideelle aktørene ved offentlige innkjøp av helse- og sosialtjenester. Vi gjør for øvrig oppmerksom på at prosjektet, både intervjuene og rapportutarbeidingen, i hovedsak forelå før endringene i regelverket ble vedtatt sommeren 2016.

Når man studerer ideelle aktører innen spesialisthelsetjenestene, er det viktig å ha klart for seg at spesialisthelsetjenester er lovpålagte tjenester og i den grad private aktører leverer spesialisthelsetjenester, gjør de det på vegne av de regionale helseforetakene. Helseforetakene har et «sørge for»-ansvar for slike tjenester til befolkningen, uavhengig av om tjenestene leveres av offentlige, ideelle eller kommersielle aktører. Slike tjenester er i utgangspunktet underlagt et annet helsefaglig kvalitets- og oppfølgingsregime enn mer lavterskelpregede helse- og sosialtjenester som også ideelle aktører utfører, ofte også disse med offentlig midler. Spesialisthelsetjenestene er også i dag, uavhengig av hvem som utfører dem, profesjonelle tjenester der de regionale helseforetakene kan

kreve at leverandørene har tilstrekkelig med personal og den nødvendige helsefaglige kompetansen. Tjenestene baserer seg i liten grad på bruk av frivillig, ubetalt innsats, kanskje til forskjell fra mer lavterskelpregede helse- og sosialtjenester som også utføres av ideelle aktører. De ideelle aktørene innen spesialisthelsetjenestene er også forskjellige. Noen er medlemsorganisasjoner hvor hovedtyngden av medlemmene også er brukere av organisasjonens tjenester, mens andre ideelle aktører på dette feltet er tjenesteytere i mer «tradisjonell» forstand. De kan derfor vektlegge ulike aspekter ved sin virksomhet.

Hovedproblemstillinger

I dette prosjektet har to problemstillinger stått sentralt:

- Hva mener ulike aktører er særtrekk og merverdier som ideelle aktører innen spesialisthelsetjenesten kan tilføre tjenesteproduksjonen?
- Bør disse særtrekkene føre til at ideelle aktører får beholde en særstilling i konkurransen om å utføre helsetjenester på vegne av det offentlige?
- Vi har som nevnt nærmet oss disse problemstillingene på to måter: dels ved gjennomgang av foreliggende dokumentasjon og forskning, dels gjennom intervjuer med en rekke «berørte» aktører, aktører som på ulike måter kan forventes å ha erfaringer med ulike leverandører av spesialisthelsetjenester eller som må forventes å ha begrunnede meninger om ideelle aktørers rolle.

I kapittel 2 gjennomgår vi foreliggende forskning om hva som ifølge denne forskningen særpreger ideelle aktører. Det er vanlig å trekke frem to forhold: at de har et sosialt formål med sin virksomhet og at de ikke har profit som motiv. Et eventuelt overskudd skal «i teorien» tilbakeføres til virksomheten i form av flere eller bedre tjenester. Disse to kjennetegnene ved ideelle virksomheter kunne man tenke seg også ga muligheten til å tilby bedre tjenester enn kommersielle aktører. I en del forskning trekkes også andre kjennetegn ved ideelle aktører frem, for eksempel at de ofte har større tillit i befolkningen enn offentlige og kommersielle aktører eller at de fremstår som mer innovative enn andre aktører.

En gjennomgang av forskning om ideelle aktører innen spesialisthelsetjenester viser for det første at det foreligger relativt lite forskning om hva som særpreger dem og dernest at i den forskningen som foreligger, er det vanskelig å finne systematiske forskjeller mellom ideelle, kommersielle og statlige aktører når man tar for seg aspekter ved virksomhetene som kunne tenkes å tilføre en merverdi. Det er også metodiske utfordringer med å gjennomføre slik forskning; man bør blant annet sammenligne like typer av tjenester, noe som kan være problematisk dersom ideelle og kommersielle aktører i liten grad utfører de samme typene tjenester innenfor dette tjenestefeltet, som vi har sett over er tilfellet for Norges del. I de senere årene har Kunnskapsenteret for

helsetjenesten jevnlig gjennomført sammenligninger av sykehus basert på både objektive (medisinske) og subjektive (brukeropplevde) kvalitetsindikatorer. I begge typer av undersøkelser kommer noen ideelt drevne sykehus godt ut, i noen tilfeller bedre enn offentlige sykehus.³⁴ Det gjelder imidlertid ikke alle; noen kommer mer middels ut enn andre, andre også under middels. De sykehusene som kommer godt ut, er for eksempel særlig gode på å følge opp pasientene både før, under og etter behandling slik at pasientene føler seg godt ivaretatt.

Innen rusfeltet tyder foreliggende informasjon på at det ikke har vært en entydig vurdering fra innkjøpere i de regionale helseforetakenes side at ideelle aktører alltid har vært gode. De har etter hvert *blitt* gode, blant annet som en konsekvens av de kvalitetskrav som har vært stilt til dem fra innkjøpernes side og den kommunikasjonen som har funnet sted mellom innkjøpere og leverandører for å skape en best mulig tjeneste.

I intervjudelen av undersøkelsen har vi ønsket å få frem synspunkter på de nevnte problemstillingene fra en rekke aktører som på ulike måter kan forventes å ha kunnskap om og erfaring med ideelle aktører innen spesialisthelsetjenesten og med de offentlige innkjøpsrutinene. Vi har intervjuet innkjøpere i de regionale helseforetakene som er ansvarlige for innkjøpene av spesialisthelsetjenester fra eksterne leverandører, representanter for statlige myndigheter som utformer regelverket for offentlige innkjøp, ideelle og kommersielle leverandører av spesialisthelsetjenester, organisasjonene som organiserer disse leverandørene, brukerorganisasjoner, fagforeninger innenfor helsefeltet og politiske partier.

I intervjuene med de ulike informantene har det kommet fram til dels like, til dels ulike synspunkter.

Vi finner ingen samstemmighet blant våre informanter med hensyn til om det finnes en merverdi hos ideelle aktører som systematisk skiller dem fra andre aktører. De som kjøper inn tjenester fra ideelle aktører, har vanskelig for å se en tydelig merverdi som har betydning for pasientbehandlingen. Enkelt påpekte at det kan finnes en forskjell i «holdninger og væremåter» sammenlignet med andre aktører, men hadde problemer med å konkretisere hva dette dreide seg om og at det i så fall dreide seg om noen av de ideelle aktørene, ikke alle. Det ble også påpekt at det, slik de erfarte det, kan være store kvalitetsforskjeller blant de ideelle aktørene, særlig innen rusbehandling og rehabilitering. Heller enn at de ideelle aktørene representerer noe vesentlig annerledes, legges det av flere av innkjøperne vekt på at man gjennom mange års samarbeid har opparbeidet et nært forhold til disse aktørene. Denne samhandlingen har bidratt til en kvalitetsheving blant de ideelle aktørene. Den har også bidratt til at man har blitt avhengig av dem både faglig og kapasitetsmessig, ikke fordi de er ideelle og representerer noe vesentlig annet, men mer som en forlengelse av, eller som et supplement til, det offentlige tilbudet. Lov om offentlige anskaffelser har tvunget innkjøperne til å

³⁴ Kommersielle sykehus inngår i liten grad i disse studiene.

bli bedre til å stille kvalitetskrav til og følge opp alle eksterne leverandører. Tidligere var de ikke så gode til dette, ifølge dem selv.

Heller ikke blant de ideelle leverandørene selv råder det en oppfatning om at alle ideelle er spesielt gode, men at det er noen ideelle leverandører som utmerker seg som spesielt gode og at man finner en god blanding av gode og mindre gode leverandører. Enkelte mener at noen av de ideelt drevne sykehusene synes å være særlig flinke til å gi pasientene en god opplevelse i forbindelse med sykehusoppholdet – i tråd med det som går frem av pasientundersøkelser. I forlengelsen av dette trakk enkelte av de ideelle aktører selv frem at de er gode på å utvikle helhetlige tjenestekjeder ved å se brukerne i et bredere perspektiv enn andre tjenesteleverandører, for eksempel innen rusomsorgen, og at det i et brukerperspektiv kunne være ønskelig at dette kvalitetsaspektet ble sterkere vektlagt i de offentlige innkjøpene. Blant disse informantene råder det imidlertid ingen samstemmighet om at for eksempel sykehus drevet av ideelle aktører alltid leverer den kvalitativt beste tjenesten. Informantene i de ideelle virksomhetene er heller ikke sikre på at det finnes en generell merverdi som særpreger ideelle aktører som sådan. Det samme uttrykker representanter for dem som organiserer disse virksomhetene og påpeker at det de ideelle aktørene må satse på, er å ha best mulig kompetanse på sine tjenesteområder slik at de vinner konkurransene, ikke pukke på vanskelig definerbare særtrekk. De bør bestrebe seg på å være gode og gjerne best heller enn å være opptatt av om de er ideelle eller ikke.

Vi har også spurt våre informanter med et ideelt ståsted om regelverket for offentlige anskaffelser fungerer begrensende for de ideelle aktørene ved at det hindrer dem i å vektlegge et eventuelt særpreg eller tilføre en merverdi. Her får vi ingen entydig oppslutning om et slikt synspunkt. Oppfatningen er at de regionale helseforetakene ivaretar de ideelle aktørene i sine innkjøpsprosedyrer og strekker seg langt for å imøtekomme dem, kanskje ikke så mye fordi de er ideelle og dermed kanskje har et særpreg, men fordi de – eller mange av dem – fremstår som gode tjenesteytere, men også fordi det offentlige etter hvert er avhengig av den kapasiteten og kompetansen disse leverandørene representerer. Flere av leverandørene er av den oppfatning at det er viktig at leverandørene selv er gode til å beskrive sine tjenester og hva de eventuelt er gode på og hvilken fagkompetanse de besitter, gjerne også kommer med innspill om hvordan tjenestene kan bli bedre og har motivasjon for å utvikle seg, med andre ord at de har en «foroverlent» holdning i sine tilbud og i sin samhandling med de regionale helseforetakene. Dette har de ifølge informantene med ideelt ståsted ikke alltid vært flinke til og heller tatt for gitt at kontrakter ble fornyet mer eller mindre automatisk. Samhandlingen med innkjøperne i helseforetakene er heller ikke så rigid som regelverket kunne tilsi og preges mer av samhandling med en omforent målsetting om å bidra til utvikling av tjenestene, ifølge disse informantene. For en del ideelle aktører, særlig de små, kan imidlertid anbudsprosesser være utfordrende og tidkrevende fordi de mangler nødvendig organisatorisk kapasitet til å utforme gode tilbud.

De politiske partiene som er intervjuet, er opptatt av at det legges til rette for de ideelle aktørene. Det sies for eksempel at disse aktørene har stor tillit i befolkningen og at de har stor legitimitet, noe helsetjenesten trenger. På samme måte understrekes det at noen av de ideelle aktørene har en unik mulighet til å koble likemannsarbeid opp mot det profesjonelle og spesialiserte arbeidet og at de ideelle aktørene representerer en kompetanse som velferdsstaten trenger.

Fagforeningene er generelt skeptiske til privatisering. De skiller imidlertid sterkt mellom kommersielle og ideelle. At de ideelle aktørene ikke har profitt som mål, gjør ifølge informantene fra fagforeningene at profitten ikke kommer inn som et forstyrrende element i institusjonenes målsetting og at de på grunn av sin ideelle målsetting i større grad er opptatt av pasienten som en hel person. De mener også at felles målsettinger bidrar til et godt samarbeidsklima, samtidig som de ansatte er villige til å gjøre en ekstra innsats.

Informantene understreker at kvalitet må være et hovedkriterium også i anbudsrunderne som private aktører deltar i:

- Kravet om kvalitet kan være til ideelle aktørers fordel. Historisk har ikke alltid ideelle aktører nødvendigvis representert kvalitet. Et anbudsregime kan derfor også bidra til å heve kvaliteten på ideelle aktørenes tjenester. Det ser ut til å være en gjennomgående forståelse blant de intervjuede politikerne og fagforeningsrepresentantene at ideelle aktører representerer kvalitativt gode tilbud.
- Ideelle organisasjoner, enten de er brukerledede eller representerer andre typer interesser, oppfattes av flere informanter som å ha en nærhet til brukerne. Denne nærheten kan være med på å fremme kvalitet.
- Ikke minst de store ideelle aktørene roses for profesjonalitet, noe som også kan sikre kvalitet på tjenestene.
- Alle er enige om at uansett type aktør må det stilles strenge krav til etterrettelighet og kvalitet.

Enkelte har i samfunnsdebatten påpekt at bruk av anbud kan representere en trussel mot ideelle fordi de har et handikap og ikke en fordel i slike prosesser. Informantene fra de politiske partiene er inne på denne typen momenter:

- Anbudsrunder kan være dyre, og dermed kreves det et kompetent og profesjonelt apparat for å kunne delta.
- Høye pensjonskostnader er et gjennomgående tema. De ideelle aktørene har historisk hatt gode pensjonsordninger på linje med ansatte i tilsvarende offentlig tjenester. De kommersielle aktørene har kunne tjene på dette, noe som har møtt sterk kritikk, ikke minst fra fagbevegelsen.

- Flere av informantene påpeker at de ideelle aktørene må være «foroverlente» for å kunne delta i konkurransen om ressursene.

De momentene som kommer fram i intervjuene med partier og fagforeninger, skiller seg ikke vesentlig fra de andre som er intervjuet, kanskje bortsett fra på ett punkt: de har sterkere synspunkter på ulike aktørers legitimitet og er derfor opptatt av at innkjøps- og bevilgningspolitikken må gi noen aktører bedre vilkår enn andre. Dette handler i stor grad om hvorvidt profitt er et legitimt motiv for drift av helse- og sosialtjenester. De ideelle aktørene ses i den sammenhengen som aktører med større legitimitet enn kommersielle.

Spesialisthelsetjenestene er og skal være tjenester rettet mot hele befolkningen. Det ligger noen mulige spenninger i at noen av de ideelle organisasjonene er medlemsorganisasjoner som har som sin primære oppgave å fremme medlemsgruppens interesser. Dette dilemmaet kan både handle om hvorvidt det er legitimt for det offentlige å særbehandle organisasjoner som har som mål å ivareta egne medlemmer, men også om at det å agere overfor befolkningen som helhet kan bety en målforskyvning for organisasjonen. Samtidig ser vi at flere av aktørene ser på det å være drevet av et formål, som gjerne kan være å fremme medlemsinteresser, som én av den ideelle sektorens merverdier.

Som vi ser av intervjuene referert over, har ulike informanter noe ulik vurdering av de ideelle aktørenes særpreg og rolle innen helse- og sosialtjenestene. De som står nærmest tjenestene, for eksempel innkjøpere av spesialisthelsetjenestene og ideelle aktører som leverer slike tjenester, synes å ha et mer sammenfallende syn og annet syn på ideelle aktørers rolle enn for eksempel politikere. Dette kan ha sammenheng med at den første typen informanter har mer konkret erfaring med hvordan denne typen tjenester er utformet og hvordan de «står seg» sammenlignet med andre leverandører. De er opptatte av at ideelle aktører, som andre, skal vurderes etter om de leverer kvalitativt gode tjenester og er mindre opptatte av å vise til at det finnes en generell merverdi ved ideell tjenesteproduksjon som sådan. Politikere på den annen side kan ha mer normative eller idealistiske oppfatninger om hva som skiller ideelle aktører fra andre.

De ulike informantene i dette prosjektet har ulike roller og ulik grad av nærhet til problemstillingene. Dette gjenspeiler seg som en kunne forvente også i hvilke sider ved problemstillingene de er mest opptatte av. De aktørene som på en eller annen måte har rollen som innkjøper eller er i en myndighetsposisjon, ser ut til å ha problemer med å definere ideelle aktørers særpreg. Leverandørene selv ser ut til å være opptatte av utfordringene med å vise hva de er gode på og heller ikke de er så opptatte av å argumentere for et særpreg. Til forskjell fra disse informantene er representantene for de politiske partiene opptatte av de ideelle aktørenes samfunnsrolle og at det er viktig å ha dem med på laget i et større velferdsstatlig samarbeid. Fagforeningene og fagforeningsinformantene er på sin side mer opptatte av de ideelle aktørenes rolle overfor ansatte og hva det betyr for spillet mellom eier, ansatt og pasient at en arbeidsgiver

representerer en ideelle aktører. Selv om perspektivene er ulike, er det samtidig slik at de ulike informantene i stor grad tar opp de samme momentene. Eksempler på slike gjennomgående temaer er de ideelle aktørenes sosiale formål, at overskuddet føres tilbake til virksomheten og at ideelle aktørers i mange sammenhenger har hatt en rolle som innovatører.

Postskript

Etter at denne rapporten på det nærmeste var ferdig utarbeidet, forelå i juni 2016 ny lov om offentlige anskaffelser. I loven nevnes ikke ideelle aktører spesielt. Det fremgår imidlertid at det skulle utvikles en egen forskrift for anskaffelser av helse- og sosialtjenester som tar hensyn til særtrekk ved disse tjenestene. I midten av august 2016 forelå forskriften (Nærings- og fiskeridepartementet 2016a). Denne har en egen del (del IV, § 30) om anskaffelser av helse- og sosialtjenester der det fremgår hvilke særtrekk ved slike tjenester som kan vektlegges både i fastsettelsen av kravene til ytelsen og i tildelingskriteriene. Her nevnes brukernes behov for kvalitet, kontinuitet, universell utforming, akseptable priser, tilgjengelighet, et helhetlig tjenestetilbud, kompetanse, erfaring, brukermedvirkning, ivaretagelse av brukerens integritet, mestring og deltakelse i samfunnet og mobilisering av ressurser i brukerens nærmiljø. Det skal også være anledning til å inngå langvarige, løpende kontrakter, men med oppsigelsesadgang. Dette gjelder helse- og sosialtjenester generelt, uavhengig av om leverandørene er ideelle eller kommersielle.

Det skal videre være anledning til å reservere kontrakter for visse helse- og sosialtjenester forutsatt at:

- a) organisasjonens formål er å utføre offentlige oppdrag knyttet til slike tjenester
- b) de ansatte eier eller medvirker i ledelsen av organisasjonen, eller de ansatte, brukere eller interessenter deltar aktivt i ledelsen
- c) organisasjonens overskudd blir brukt til å oppnå organisasjonens mål. Eventuell utdeling eller omfordeling av overskudd skal skje i tråd med kravene til medvirkning eller deltakelse nevnt i bokstav b, og
- d) organisasjonen har ikke hatt kontrakt om levering av de samme tjenestene i løpet av de siste tre årene med den samme oppdragsgiveren

Det fremgår dessuten at kontaktslengden ved slike reserverte kontrakter ikke kan overstige tre år.

Videre fremgår det av Nærings- og fiskeridepartementet pressemelding at det er i ferd med å innhente en juridisk utredning som skal vurdere om handlingsrommet for ideelle organisasjoner er større enn hittil antatt (Nærings- og fiskeridepartementet

2016b). Avhengig av hva den juridiske utredningen konkluderer med, kan *nye* anskaffelsesregler komme.

Av forskriften fremgår det at det er anledning til å anskaffe helse- og sosialtjenester opp til en terskelverdi av 6,3 mill. kroner uten at anskaffelsen må kunngjøres. Anskaffelser under terskelverdien skal imidlertid foregå ved konkurranse mellom tilbyderne. Forskriften omtaler også utvidet egenregi. Her skal fortsatt de tre tidligere nevnte prinsippene gjelde: a) at oppdragsgiver utøver en kontroll over kontraktspartneren som tilsvarer den kontroll han utøver over egen virksomhet, b) at kontraktspartneren utfører mer enn 80 prosent av sin aktivitet for oppdragsgiveren eller andre rettssubjekter som oppdragsgiveren kontrollerer og c) at det ikke er direkte private eierandeler i det rettssubjektet oppdragsgiver inngår kontakt med.

Ny lov med tilhørende forskrifter planlegges å tre i kraft 1. januar 2017.

Litteratur

- Anbud365 (2016). Suksess med innovasjon gjennom partnerskap (20.01.16). <http://www.anbud365.no/suksess-med-innovasjon-gjennom-partnerskap/>
- Bogen, H. & Flatø, H. (2015). *Offentlig og privat tjenesteproduksjon. Om sykehus drevet av ideelle organisasjoner*. Oslo: Fafo-notat 2015:06.
- Difi (2013). Veileder for anskaffelser av helse- og sosialtjenester. Difi Veileder 2013:2. <https://www.anskaffelser.no/verktoy/veileder-kjop-av-helse-og-sosialtjenester>
- Fløtten, T., Hansen, I. L. S., Grødem, A. S., Grønningsæter, A. B. & Nielsen, R. A. (2011). *Kunnskap om fattigdom i Norge. En oppsummering*. Fafo-rapport 2011:21.
- Gavelin, K., Kassmann, A. & Engel, C. (2010). *Om idéburna organisationers särart och mervärde. En forskningskartläggning*. Ersta Sköndal högskola.
- Halle, B. T. & Hedum, A. (2011). Høyest vekst for ideelle sykehus. *Samfunnsspeilet*, nr. 2.2011.
- Hansen, I. L. S. & Grønningsæter, A. B. (2010). *Nye velferdssignaler. En analyse av stortingsmeldinger og offentlige utredninger om velferdspolitikken*. Fafo-rapport 2010:40.
- Hatlebakk, I. M. (2014). Rusbehandling – mye i privat regi. *Samfunnspeilet*, nr. 2.2014. <http://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/rusbehandling-mye-i-privat-regi>
- Helse- og omsorgsdepartementet (2015). Høringsnotat om forslag til forskrift om private virksomheters adgang til å yte spesialisthelsetjenester mot betaling fra staten (datert 24.04.15).
- Helse Sør-Øst (2012). Løpende avtaler med rusinstitusjoner. Oppslag på helseforetakets hjemmeside 05.07.12. http://www.helse-sorost.no/aktuelt/_nyheter/_Sider/lopende-avtaler-med-rusinstitusjoner.aspx
- Helse Sør-Øst (2011). Helse Sør-Øst RHF ønsker løpende avtaler. Oppslag på helseforetakets hjemmeside 02.09.11. http://www.helse-sorost.no/aktuelt/_nyheter/_Sider/helse-sor-ost-rhf-onsker-lopende-avtaler.aspx

- Kommunal Rapport* (2016). Utreder ideelle aktørers lovvern (18.08.16). <http://kommunal-rapport.no/innkjop/2016/08/utreder-ideelle-aktørers-lovvern>
- Kunnskapssenteret (2016a). *Kvalitetsindikatoren 30 dagers reinnleggelse etter sykehusopphold. Resultater for sykehus og kommuner 2014*. Notat mars 2016. <http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/kvalitetsindikatoren-30-dagers-reinnleggelse-etter-sykehusopphold.resultater-for-sykehus-og-kommuner-2014>
- Kunnskapssenteret (2016b). *Pasienterfaringer med norske sykehus 2015. Resultater etter en nasjonal undersøkelse*. PasOpp-rapport 2016:147. <http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/pasienterfaringer-med-norske-sykehus-i-2015.resultater-etter-en-nasjonal-undersokelse>
- Kunnskapssenteret (2015a). *Pasienterfaringer med norske sykehus i 2014. Resultater for Helse Sør-Øst Privat ideelle med opptaksområde*. PasOpp-rapport nr. 2.2015. <http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/kvalitetsindikatoren-30-dagers-overlevelse-etter-innleggelse-i-norske-sykehus-resultater-for-aret-2014>
- Kunnskapssenteret (2015b). 30-dagers reinnleggelser av eldre 2011-2013 – resultater for sykehus og kommuner. Notat mai 2015. <http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/30-dagers-reinnleggelse-av-eldre-20112013.resultater-for-sykehus-og-kommuner>
- Kunnskapssenteret (2014a). *Pasienterfaringer med norske sykehus i 2013. Resultater for Helse Sør-Øst Privat ideelle med opptaksområde*. PasOpp-rapport nr. 3/2014, underrapport 69. <http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/pasienterfaringer-med-norske-sykehus-i-2013-resultater-pa-sykehusniva>
- Kunnskapssenteret (2014b). *30-dagers overlevelse og reinnleggelse ved norske sykehus for 2013*. Notat november 2014. <http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/30-dagers-overlevelse-og-reinnleggelse-ved-norske-sykehus-for-2013>
- Lundbäck, M. & Lundberg, A. (2012). *Varför är det så få idéburna organisationer i välfärden?* Rapport 0142. Stockholm: Tillväxtverket.
- Mathiesen, A. P. (2015). *Omsorgsindustrien. Utenforskapet og nødspitørene*. Dreyer forlag.
- Meld. St. 29 (2012–2013). *Morgendagens omsorg*.
- NHO (2016). Forbudt å diskriminere de kommersielle (06.07.16). <https://www.nho.no/Politikk-og-analyse/offentlige-anskaffelser/forbudt-a-diskriminere-de-kommersielle/>

- NOU 2016: 12. *Ideell opprydding. Statlig dekning av ideelle organisasjoners historiske pensjonskostnader*. <https://www.regjeringen.no/contentassets/9420a08b55f34a69be3ba2a7c1747a2f/no/pdfs/nou201620160012000dddpdfs.pdf>
- NOU 2014: 4. *Enklere regler – bedre anskaffelser. Forenkling av det norske anskaffelsesregelverket*. Nærings- og fiskeridepartementet (2016). Pressemelding: Enklere anskaffelsesregler. (18.08.16). <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/enklere-anskaffelsesregler/id2509306/>
- Nærings- og fiskeridepartementet (2016a). Forskrift om offentlige anskaffelser (anskaffelsesforskriften). <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2016-08-12-974>
- Nærings- og fiskeridepartementet (2016b). Pressemelding. Enklere anskaffelsesregler. 18.08.2016. <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/enklere-anskaffelsesregler/id2509306/>
- Nærings- og fiskeridepartementet (2013). *Veileder til reglene om offentlige anskaffelser* (kap. 3). https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/fad/vedlegg/konkurransopolitikk/anskaffelsesveileder_2013.pdf
- Oslo Economics (2015). «*Alle gode krefter*» – *Mangfold og konkurranse i helse- og omsorgssektoren*. Rapport 2015:15. Utarbeidet for arbeidsgiverforeningen Spekter.
- Prop. 51 L (2015-2016). *Lov om offentlige anskaffelser*. Nærings- og fiskeridepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/4027e57356414e2c84372cc8779f03ba/no/pdfs/prp201520160051000dddpdfs.pdf>
- Salamon, L. M. & Sokolowski, S. W. (2014). *The third sector in Europe. Towards a consensus conceptualization*. Third Sector Impact, Working paper no. 02/2014.
- Segaard, S. B. (2016). Velferdsmix og rammevilkår for private tjenesteleverandører i Norge, Danmark og Sverige. I K. H. Sivesind (red.) (2016), *Mot en ny skandinavisk velferdsmodell? Konsekvenser av ideell, kommersiell og offentlig tjenesteyting for aktivt medborgerskap*. Rapport 2016:01. Oslo: Institutt for samfunnsforskning.
- Sejersted, F. (2014). Rettslig vurdering av om unntaket for kjøp av helse- og sosialtjenester fra ideelle organisasjoner kan videreføres. <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/Sejersted-rapporten-klar/id765116/>
- Selle, P. (2016). Frivillighetens marginalisering. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 19(1), 76–89. https://www.idunn.no/tidsskrift_for_velferdsforskning/2016/01/frivillighetens_marginalisering
- Sivesind K. H. (red.) (2016). *Mot en ny skandinavisk velferdsmodell? Konsekvenser av ideell, kommersiell og offentlig tjenesteyting for aktivt medborgerskap*. Institutt

- for samfunnsforskning. <http://www.sivilsamfunn.no/Info/Aktuelt/Mot-en-ny-skandinavisk-velferdsmodell>
- SOU 2016:13. *Palett for ett styrkt civilsamhälle*. http://www.regeringen.se/contentassets/907a5e554a23428f9aef3c2d7221a2de/palett-for-ett-starkt-civilsamhalle-sou-2016_13.pdf
- Statistisk sentralbyrå (2016). Spesialisthelsetjenesten 2015 (23. juni 2016). <https://www.ssb.no/speshelse>
- Tretteberg, H. K. & Sivesind, K. H. (2015). *Ideelle organisasjoners særtrekk og merverdi på helse- og omsorgsfeltet*. Institutt for samfunnsforskning.
- Vedtak til lov om offentlige anskaffelser (anskaffelsesloven) (09.06.16).
- Venås, I. H. & Skjøstad, A. S. (2016). Norge valgte de ideelle. *Kommunal Rapport* 6.07.16. <http://kommunal-rapport.no/meninger/debatt/2016/07/norge-valgte-de-ideelle>
- VG* (2016). Basketballpresidenten om Tvedt: – Fanget av gammel NIF-kultur. Sportsbilaget s. 2f., datert 14.04.16. <http://www.vg.no/sport/idrettspolitikk/basketballpresidenten-om-tvedt-fanget-av-gammel-nif-kultur/a/23658721/>
- Vårt Land* (2016). Ideelle aktører som sikrer mangfold i velferdstilbudet. Intervju med Henrik Sivesind. <http://www.vl.no/nyhet/ideelle-aktorer-som-sikrer-mangfold-i-velferdstilbudet-1.680240>
- Vårt Land* (2015). Mest bråk blant ildsjelene (7.10.15). <http://www.vl.no/nyhet/mest-brak-blant-ildsjelene-1.418133>

Informanter

- De fire regionale helseforetakene ved deres innkjøpere av private helsetjenester.
- Representanter for myndighetene ved Helse- og omsorgsdepartementet, Nærings- og fiskeridepartementet og Kommunal- og moderniseringsdepartementet v/Difi.
- Representanter for arbeidsgiverorganisasjonene ved Virke, Spekter og NHO Service.
- Representanter for arbeidstakerorganisasjoner ved Den norske legeförening og Fagforbundet.
- Representanter for ideelle og kommersielle leverandører representert ved LHL, Frelsesarmeen, Kirkens Bymisjon, Rehabiliteringssenteret i Rauland (AIR), Lovisenberg og Aleris.
- Politiske partier representert ved Arbeiderpartiet, Venstre og Kristelig Folkeparti.
- Brukerorganisasjoner representert ved RIO (Rusmisbrukernes interesseorganisasjon).

En ideell forskjell?

Hva særpreger spesialisthelsetjenester levert av ideelle organisasjoner, og hva kan disse tilføre som offentlige og kommersielle aktører ikke kan i samme grad? Er det vesentlige forskjeller mellom ulike leverandører på dette tjenesteområdet som det er viktig å legge til rette for også i fremtiden? I denne rapporten tar vi for oss rollen ideelle aktører spiller innen spesialisthelsetjenesten, omfanget og innretningen på tjenestene, og hvordan de som bestiller og finansierer, de som utfører tjenestene og de som mottar dem, ser det.



Fafo

Borggata 2B/Postboks 2947 Tøyen
N-0608 Oslo
www.fafo.no

Fafo-rapport 2016:30
ISBN 978-82-324-0319-6
ISSN 0801-6143
Bestillingsnr. 20592