



Offentlig og privat tradisjon i den nordiske velferdsmodellen

Av Aslak Versto Storsletten, prosjektmedarbeider i Civita

Sammendrag

Den nordiske velferdsmodellen har fått mye oppmerksomhet de siste årene, både i positiv og negativ forstand. Tilløp til ideologiske og fundamentalistiske synsvinkler blir stadig vanligere. Hvis man ikke kjenner til fortiden, forstår man ikke nåtiden og egner seg ikke til å forme fremtiden. Derfor er historien bak utviklingen av velferdsstaten viktig for å forstå dens fremtid. Dette notatet gir en lettfattelig historisk gjennomgang av velferdssektoren i de skandinaviske landene, med søkelyset spesielt rettet mot Norge. Målet med notatet er å vise den sentrale rollen private aktører, både ideelle og kommersielle, har spilt i utviklingen av vår felles velferdsstat. De private aktørene har i lang tid hatt en viktig og ukontroversiell tilstedeværelse. Samarbeidet mellom den offentlige og den private sektoren har dessuten en lang tradisjon. Det har hele tiden vært målene som har vært avgjørende, ikke midlene. Stikkordet er pragmatisme. Vi må fortsette å ha en slik tilnærming til velferden om morgendagens demografiske og økonomiske utfordringer skal løses på best mulig måte.

Innledning

I den vestlige verden er det en rekke forskjellige velferdsstater, men det er vanlig å foreta et grovt skille mellom tre ulike velferdsmodeller.¹ Det som gjerne kalles den anglosaksiske modellen, kanskje best eksemplifisert med USA, kjennetegnes av stor tiltro til markedet, beskjedne universelle overføringer, liten grad av sosial forsikring og behovsprøvd hjelp. I flere kontinentale EU-land, for eksempel Tyskland, har man det som ofte betegnes som den kontinentale modellen. I disse landene er det vanlig at andre enn det offentlige utfører oppgaver, og den ideelle velferdssektoren spiller en bred og selvstendig samfunnsrolle. Offentlige ytelser er tett knyttet til deltagelse i arbeidslivet og individuelle innbetalinger. Den nordiske varianten, ofte kalt den nordiske modellen, er preget av universalisme, standardtrygghet og skattefinansiering. Offentlig sektor er svært omfattende, og store deler av helse- og sosialtjenestene utføres av det offentlige selv. De tjenestene som blir levert av private, er i stor grad betalt, bestilt og kontrollert av det offentlige.

Velferdstjenestene i den nordiske modellen har riktignok nasjonale uttrykk. Det er for eksempel forskjellige politiske, juridiske og institusjonelle rammeverk de skandinaviske landene imellom. Men de nordiske landenes lignende historiske utvikling og felles velferdsstatlige tradisjon, gjør at vi kan snakke om en nordisk modell med visse særtrekk. Til tross for nasjonale forskjeller, er velferdsregimene i de nordiske landene relativt like.

Den nordiske velferdsmodellen har fått mye oppmerksomhet de siste årene, både hjemme og ute. Tidsskriftet *The Economist* hadde for eksempel en lengre artikkel om den nordiske modellen i 2013, hvor det blant annet var rettet søkelys mot utformingen av den nordiske velferden. Det britiske tidsskriftet hyllet de nordiske landene for å eksperimentere med nye ideer, og mente at mye av suksessen til den nordiske velferdsmodellen lå i landenes villighet til å fokusere på resultater i stedet for ideologi.²

I Norge er det bred konsensus omkring hovedprinsippene i vår samfunnsmodell – en velfungerende markedsøkonomi, organisert arbeidsliv og stor grad av offentlig velferd – men særlig velferdssektoren har fått mye spalteplass i det siste.

I de siste årene har det, spesielt i Norge og Sverige, vært fokus på de private leverandørene av velferdstjenester, og da hovedsakelig på de kommersielle. Begreper som «velferdsprofitører» har blitt lansert, og de private leverandørene har blitt lagt under lupen. Men er private leverandører egentlig noe helt nytt? Eller har private innslag i velferden vært et tema siden velferdsstaten begynte å vokse mot det nivået den er på i dag? Hvordan har samspillet mellom det offentlige og det private utspilt seg? Hvilken rolle har de private aktørene spilt i de nordiske velferds-samfunnene?

Innledningsvis er det på sin plass å foreta et prinsipielt og grovt skille mellom ulike typer private aktører, samt ulike modeller for velferdsproduksjon.

For det første er det vanlig å skille mellom private, ideelle og private kommersielle aktører. Ifølge FN³ er de viktigste kriteriene for at en organisasjon skal regnes som ideell følgende: 1) At den ikke er underordnet en offentlig styringsstruktur, selv om store deler av inntektene kan komme

fra offentlig sektor. 2) At organisasjonen ikke distribuerer overskudd til eiere, styremedlemmer, medlemmer eller andre. 3) At eventuelle overskudd må brukes i henhold til organisasjonens hovedformål. Dette hindrer ikke ideelle organisasjoner fra å kunne opptre relativt kommersielt. Under asylkrisen i 2015 var det for eksempel mye oppmerksomhet rettet mot private aktører som fikk høy fortjeneste ut av å drive asylmottak. Mange ble karakterisert som såkalte «asylbaroner», fordi de tok ut store utbytter og reinvesterte dette i annen virksomhet. Men en av de største «asylbaronene» var jo Røde Kors. Forskjellen var at Røde Kors førte fortjenesten videre til andre deler av virksomheten innad i organisasjonen. Det er altså stor forskjell på en ideell aktør som Røde Kors og for eksempel en liten familiedrevet barnehage. Den største forskjellen på ideelle og kommersielle er med andre ord at private kommersielle aktører kan utbetale utbytte til aksjonærer og lignende.

For det andre eksisterer det flere ulike modeller for velferdsproduksjon i spennet mellom det frie markedet og det statlige velferdsmonopolet. Et grovt skille mellom de ulike formene for velferdsproduksjon, kan man foreta ved å se på hvorvidt tjenestene er offentlig eller privat finansiert, og hvorvidt tjenestene blir utført av offentlige eller private aktører. Man får da fire hovedmodeller:⁴

1. Offentlig finansiert – offentlig tjenesteproduksjon (f.eks. offentlige skoler og sykehus)
2. Offentlig finansiert – privat tjenesteproduksjon (f.eks. fastleger og private barnehager)
3. Privat finansiert – offentlig tjenesteproduksjon (f.eks. kommunal avfallshåndtering)
4. Privat finansiert – privat tjenesteproduksjon (f.eks. tannhelse for voksne og Volvat Medisinske Senter)

Dette notatet gir en historisk gjennomgang av den offentlige-private tradisjonen innenfor de tradisjonelle velferdsområdene – helse- og omsorgstjenester, sosiale tjenester og utdanning. Hovedfokus er på Norge, men også de andre skandinaviske landene blir trukket inn.

De ideelle banet vei

Private, ideelle aktører har en lang og ærerik tradisjon i Norge. De fleste av dagens frivillige, allmen-nyttige organisasjoner har sine røtter langt tilbake i tid. Eksempelvis ble Røde Kors etablert i 1863, Norske Kvinners Sanitetsforening i 1896, Blå Kors i 1906 og Nasjonalforeningen for folkehelse i 1910. Staten var på denne tiden mer tilbaketrukket enn den er i dag. Få av velferdstjenestene var lovfestet. Dette ga grobunn for slike private initiativ. Ofte eksisterte det rett og slett ikke konkurrerende offentlige alternativer til organisasjonens oppgaveløsning. Karakteristisk for organisasjoner som Røde Kors og Norske Kvinners Sanitetsforening var at de stadig utvidet sitt virkefelt og satte nye oppgaver på dagsorden.⁵ En lignende utvikling, altså at de private gikk foran og utviklet tiltak som svar på nye sosiale behov i befolkningen, ser man også i Sverige.⁶ Disse ideelle organisasjonene la på mange måter grunnlaget for den omfattende velferdsstaten som vi har i dag.

Merete Thonstad har på vegne av Statistisk sentralbyrå sett på eierskapet til sykehusene i Norge over tid.⁷ Året 1897 var første gang at eierforholdet til sykehusene var eksplisitt nevnt i den såkalte medisinalberetningen. Det fantes da flere statsanstalter, som for eksempel Rigshospitalet

og militære sykehus. I tillegg var det mange amtssykehus, samt kommunale sykehus i de fleste byene. På den private siden fantes Diakonhjemmet, Diakonisseanstalten og Vor Frue hospital i Kristiania, samt Den private Klinik i Bergen. Det var også katolske sykehus i flere norske byer. Det var ikke uvanlig at andre private sykehus var knyttet til bestemte bedrifter. I 1895 fantes blant andre Røros Værk Sygehus med tolv senger og Arne Fabrikers sykehus ved Bergen – som behandlet 400 kirurgiske pasienter. Det var dessuten slik at flere av legene i byene hadde privatklinikker med sykeværelser. De private aktørene spilte med andre ord en svært sentral rolle i helsesektoren.

Anne-Lise Seip omtaler perioden mellom århundreskiftet og den andre verdenskrig som «sosialhjelpstaten».⁸ Stat og kommuner hadde ansvar for tjenester som var lovfestet, for eksempel tiltak mot tuberkulose, mens de ideelle organisasjonene gikk foran og utviklet nye tiltak. Samarbeidet mellom offentlig og privat sektor ble etter hvert større. Det offentlige tok på seg mer ansvar for finansiering og tilsyn av flere tjenester som de ideelle hadde bygd opp. Seip skriver: «Det offentlige kom ofte til dekket bord. Man måtte nok betale for kuverten. Men man kunne også øve kontroll med virksomheten».⁹ Det tok riktignok mange år før det offentlige begynte å nærme seg den størrelsen som vi forbinder med dagens velferdsstat.

Først i etterkrigstiden begynte den storstilte utbyggingen av offentlige ytelser og velferdstjenester, men det skjøt ikke virkelig fart før i 1970-årene. I 1960 var for eksempel om lag halvparten av de 221 alminnelige sykehusene, klinikkene og sykestuene private – disse private institusjonene var riktignok mindre enn de tilsvarende offentlige og hadde derfor bare litt over en fjerdedel av de totale sengeplassene.¹⁰ De fleste private anstaltene var drevet av Røde Kors, Norske Kvinners Sanitetsforening, diakoniorganisasjoner eller katolske institusjoner. Kirken og kristne organisasjoner hadde i lang tid vært sterk delaktig i utførelsen av velferdsoppgavene i Norge.

Perioden mellom 1965 og 1980 har blitt omtalt som «den offentlige revolusjon».¹¹ Veksten i den offentlige velferden henger i stor grad sammen med at det ble gitt langt flere lovfestede rettigheter. Av de mer omfattende lovendringene på denne tiden, kan man trekke frem sykehusloven fra 1970 – det hadde vært sykehustjenester i 100 år før dette, men ingen sykehuslov – samt lov om helsetjenester i kommunene – vedtatt i 1982 og iverksatt fra 1984. Slike lovendringer førte til nye, store oppgaver for det offentlige. De private aktørene ble i stor grad innlemmet i stat og kommuner.

Helsestasjonene er et eksempel på hvordan det offentlige overtok helse- og omsorgstjenester som var initiert og bygget opp av de ideelle organisasjonene.¹² Da lov om helsestasjoner ble vedtatt i 1972, og driften av disse ble en del av det offentlige ansvaret, drev Nasjonalforeningen for folkehelse 430, og Norske Kvinners Sanitetsforening 615, av landets ca. 1200 helsestasjoner. Organisasjonene ga vederlagsfritt alle stasjonene til kommunene, som siden den tid har drevet helsestasjoner som en del av sitt helsearbeid.

Det er flere grunner til ekspansjonen av velferdstilbudet i offentlig regi. Det var økonomisk vekst i Norge som la til rette for en slik ekspansjon, og den generelle velferdstankegangen, som vi i dag tar for gitt, slo for alvor inn. Det ble et politisk ønske om å bygge ut velferdsstaten. Kvinner beveget seg også i stor grad over fra ulønnet omsorgsarbeid innad i familien til lønnet arbeid. I Norge var omkring ni av ti gifte kvinner mellom 20 og 64 år hjemmeværende i 1960, i 1984 var

nesten åtte av ti yrkesaktive.¹³ Forutsetningen for den sterke veksten i yrkesaktivitet blant kvinner fantes både på tilbudssiden og etterspørselssiden i arbeidsmarkedet, samtidig kom det en økt satsing på utdanning, samt en ideologisk og verdimessig endring med vekt på enkelt-individets rettigheter.¹⁴ Når stadig flere kvinner ble en del av det lønnede arbeidslivet, tok det offentlige over mye av velferdstjenestene som tradisjonelt hadde tilhørt hjemmet.

Veksten i offentlig ansvar og regulering fikk betydning for de ideelle organisasjonene. Det ble nye krav til standard, omfang og bemanning, som førte til at mange av de private ikke klarte å holde tritt med utviklingen.¹⁵ Velferdsoppgavene fikk en langt mer faglig innretning. Fagutdannet, ansatt personell tok i stor grad over oppgavene som tidligere hadde vært utført av frivillige. Ideelle organisasjoner var dermed ikke i like stor grad basert på frivillig arbeid – en kan si at den frivillige sektoren endret seg drastisk i tråd med den offentlige ekspansjonen innenfor velferdstjenester.¹⁶ Det siste katolske sykehuset, Florida i Bergen, ble nedlagt i 1984.¹⁷ En lang tradisjon med katolsk sykehusdrift var dermed over. Men til tross for endringen i den ideelle sektoren, var det fortsatt mye privat virksomhet.

Private aktører var fremdeles sentrale i velferdssamfunnet

Selv om det kan fremstå som at det offentlige tok over mesteparten av velferdsoppgavene fra og med 1960-årene, er ikke dette en helt entydig utvikling. En rekke små og store oppgaver ble fremdeles utført av private aktører, både ideelle og fortjenestebaserte, i 1960-, 1970- og 1980-årene.

På begynnelsen av 1960-tallet var det for eksempel en kraftig vekst i antallet hjemmesykepleiere.¹⁸ Denne veksten hadde ikke vært mulig uten involvering av private, humanitære organisasjoner. I 1960 var hjemmesykepleie innført i bare 28 prosent av kommunene i Norge, to år senere hadde i alt 42 prosent av kommunene godkjente hjemmesykepleieordninger. Pr. 31. desember 1962 var det 444 heltidsstillinger for hjemmesykepleiere i landet. Av disse var 62 prosent – altså nærmere to tredjedeler – ansatte i private organisasjoner som fikk tilskudd fra det offentlige. Dette viser at kommunenes hjemmesykepleieoppgaver i begynnelsen av 1960-årene ofte var basert på samarbeid med private organisasjoner.

Ser man på legespesialister, var det også innenfor disse helseområdene mye privat virksomhet.¹⁹ En rekke legespesialister drev privat praksis med fortjeneste, altså permanent virksomhet fra kontorer der legen alene eller sammen med andre leger eide eller leide lokaler og utstyr og tjente penger på driften. I tillegg til folketrygdens refusjon betalte pasientene en egenandel til legespesialistene. Pasientandelen antas å ha vært ca. 25 prosent av inntektene til de privatpraktiserende spesialistene i 1980. Slik privat praksis foregikk ofte i tillegg til virksomhet som foregikk på institusjoner, og det var ikke uvanlig at sykehusleger eller spesialister knyttet til andre helseinstitusjoner drev privatpraksis ved siden av på fritiden. I 1978 hadde totalt 17 prosent av legespesialistene privatpraksis som hovedbeskjeftigelse. Men enkelte av fagfeltene hadde langt høyere andel privatpraktiserende, dette gjaldt særlig øye-, hud- og veneriske sykdommer – hvor godt over halvparten av spesialistene var privatpraktiserende – øre-, nese- og halssykdommer – hvor nærmere 40 prosent var privatpraktiserende – samt barnesykdommer, fødselshjelp og kvinnesykdommer – som også hadde en vesentlig andel privatpraktiserende. Ifølge NOU 1982:10,

som blant annet omhandler spesialistene i helsetjenesten, var opplysningene om fordelingen av aktivitetssomfanget innen spesialisttjenestene i overgangen fra 1970-årene til 1980-årene sparsomme og relativt usikre, men utvalget forsøkte likevel å gi et iallfall tilnærmet bilde av legespesialistvirksomhetens fordeling. Det viste at antallet konsultasjoner hos private legespesialister utenom radiologi og laboratorier totalt i landet omfattet ca. 44 prosent av pasientene som ikke var innlagt på institusjon. Fordelingen mellom offentlig og privat varierte riktignok sterkt mellom de forskjellige fylkene. I Finnmark var for eksempel det offentlige ansvarlig for hele spesialisttilbudet, mens i et fylke som Buskerud sto private for hele 67 prosent av spesialisttilbudet i tiden rundt 1980. Til tross for at disse tallene er noe usikre, er det liten tvil om at private, fortjenestebaserte legespesialister spilte en vesentlig rolle i den norske helsetjenesten på denne tiden.

Innenfor andre helseyrker, slik som psykiatri-, psykologi- og kiropraktorvirksomhet, var det også et betydelig innslag av privatpraktiserende. Modum bad, som hadde etablert seg som kurbad på midten av 1800-tallet, ble eksempelvis omgjort til et moderne, psykiatrisk sykehus i 1957, driftet av private aktører.²⁰ I dag drives institusjonen som en ideell, diakonal stiftelse med mange ulike tilbud innen psykisk helsevern. Videre har det blitt fastslått at hele 85 prosent av spesialistene i klinisk psykologi var offentlig ansatt i 1981, men det er sannsynlig at en del av dem også drev noe privat praksis, selv om det er vanskelig å fastslå hvor stor denne andelen var.²¹ På denne tiden begynte også kiropraktorvirksomheten å bre om seg. Ved utgangen av 1980 var det ca. 80 kiropraktorer som hadde fått Sosialdepartementets tillatelse til å gi behandling for trygdens regning, men ingen av kiropraktorene var offentlig ansatte.²² Slik virksomhet ble altså drevet utelukkende som privat praksis.

Transportvirksomhet innenfor helsesektoren kan lett bli glemt når man snakker om helsevirksomhet. Men det er liten tvil om at transport av syke pasienter også er en sentral del av velferdssektoren, enten det er snakk om transport i luften eller på land. Denne typen transport har lang tradisjon for å være driftet av private aktører.

Den første kjente luftambulansetransporten skjedde i 1932 med Viggo Widerøe som pilot – da det private flyselskapet Widerøes ble stiftet i 1934, var et av formålene å utføre luftambulansetransport.²³ Etter krigen utførte små sivile sjøfly slike oppdrag i økende grad på Vestlandet og i Nord-Norge, med årene begynte man også å benytte helikoptre.²⁴ Trenden med sivil lufttransport fortsatte i lang tid. I 1980 sto sivile fly og helikoptre for 85 prosent av luftambulansetimen som ble utført, mens redningstjenesten og forsvaret sto for de resterende 15 prosentene.²⁵ Slik type sivil luftambulansetransport ble hovedsakelig betalt gjennom folketrygden, men de var i betydelig grad driftet av fortjenestebaserte aktører som også drev med annen type virksomhet. Det er tydelige linjer fra denne tidens luftambulansetransport og frem til de siste tiårenes drift innenfor lufttransporten, hvor virksomheten er drevet av private – både ideelle og kommersielle aktører. Selskapet Babcock har fått mye negativ oppmerksomhet etter at det tok over driften av flyambulansetjenestene i 2019, men det er viktig å huske på at det private selskapet Lufttransport FW hadde drevet tjenestene i 25 år før dette, med stort hell og lite kontroverser.

Også på veien ble transport av pasienter drevet av en betydelig andel private aktører i 1960-, 1970- og 1980-årene.²⁶ Ved utgangen av 1979 var 845 sivile ambulanser registrert i Vegdirektoratets

motorvognregister, mens det var 50 såkalte bedriftsambulanser og 80 sivilforsvarsambulanser. De sivile ambulansene hadde en økning på ca. 250 biler, eller 43 prosent, i tiåret etter 1969. Det antas at denne økningen hadde sammenheng med at det fra slutten av 1960-tallet og inntil 1977 var fritt for enhver å drive ambulansevirksomhet. Etter 1977 måtte man ha løyve for drift av ambulansebil mot godtgjørelse, men alle som hadde ambulanser registrert før den tid, fikk løyve for dette antallet ambulanserbiler. Hovedprinsippet på denne tiden var at pasienten selv betalte ambulanseieren for transporten, mot senere refusjon fra det lokale trygdekontoret. Senere ble det mer vanlig med såkalte skysskafferkontrakter, hvor regningen gikk direkte til trygdekontoret. Det fantes også syketransport for pasienter som ikke måtte transporteres i spesielt godkjente ambulanser. En vesentlig del av denne typen syketransport ble utført av drosjeeiere, som ellers opererte som rene kommersielle aktører.

Det finnes også paralleller fra datidens ambulanseierskap til nyere tids ambulansetjenester. Av totalt 597 ambulanserbiler i 2007, var faktisk mer enn halvparten av bilene eid av private bedrifter og organisasjoner.²⁷ Det må riktignok fremheves at driften av ambulanser er drevet av det offentlige i nyere tid.

Til tross for at omfanget av private aktører var vesentlig på flere områder i 1960-, 1970- og 1980-årene, hadde den offentlige velferdssektoren vokst enormt i denne perioden. I 1980-årene var man i en helt ny situasjon. Målt i antall årsverk ble for eksempel tjenestilbudet innenfor omsorgssektoren fordoblet fra 1970 til 1980.²⁸ Videre gikk antall mottakere av hjemmesykepleie i perioden 1965 til 1980 opp fra 24 000 til 75 000, mens mottakere av hjemmehjelp økte fra vel 13 000 til vel 98 000 i samme periode.²⁹ Velferdsstaten i Norge, og det offentlige ansvaret for tradisjonelle velferdstjenester, hadde vokst til et nivå man aldri tidligere hadde sett. Dette førte til ny debatt omkring utøvelsen av velferdstjenestene. Det ble rett og slett større oppmerksomhet om den økonomiske bærekraften til den stadig mer generøse velferdsstaten.

Videreutbygging og effektivisering

I 1980- og 1990-årene, etter en kraftig vekstperiode i velferdsstaten, opplevde både Norge, Danmark og Sverige økonomiske kriser og svingninger. Dette førte til at den offentlige sektorens effektivitet, kvalitet og størrelse ble satt på den politiske dagsorden. Flere reformer ble gjennomført. Effektivisering ble et moteord i det politiske ordskiftet, mye på grunn av nye behov i befolkningen, tilløp til overforbruk av velferdstjenester og den store stigningen i sosialutgifter.³⁰ I 1984 brukte for eksempel Sverige hele 33 prosent av BNP på sosiale utgifter, mens Norge lå på mer moderate 23 prosent.³¹ Det var likevel en kraftig økning – i 1960 var tallet nærmere 10 prosent.³² Nedgangstidene i økonomien, tendensene til overforbruk og de automatisk økende utgiftene på velferdsområdene førte riktignok ikke til nedbygging av de skandinaviske velferdsstatene, men reformbehovet på alle områder var tydelig. Dette førte til at man begynte å se på velferdsoppgavene med nye briller.

På 1980-tallet ser man rett og slett en ny agenda. Det var ikke noe særlig strid om at man skulle ha en omfattende velferdsstat, med stor grad av offentlig ansvar. Men det ble satt fokus på at dette ansvaret måtte ivaretas på en økonomisk bærekraftig måte. Det førte til at man begynte å

lete etter nye metoder for å oppnå samme eller bedre kvalitet, men på en billigere og/eller mer effektiv måte.

Allerede i 1978 pekte maktutredningen på at man bør ha en pragmatisk tilnærming til samfunnsstyringen. Den slo fast at samfunnsstyring er å blande stat, byråkrati, sivilsamfunn og marked – nettopp fordi hvert system har sine styrker og sine svakheter.³³ Man var altså fullstendig klar over at både staten og markedet hadde (og fremdeles har) sine innebygde feil.

En gjennomgang av litteraturen som omhandler velferd på denne tiden, viser en lignende tilnærming. Den er preget av nysgjerrighet, saklighet og pragmatisme. I en bok om privatisering i helse- og sosialsektoren fra 1984, ble det for eksempel påpekt at «det er åpenbart at privatisering som en god eller dårlig utvikling ikke kan avklares en gang for alle ut fra en politisk posisjon, men må vurderes ut fra de virkninger de enkelte tiltak har».³⁴ En lignende pragmatisme finner man i en Fafo-rapport fra 1988, hvor det blant annet står: «Grensene for offentlig ansvar er heller ikke gitt en gang for alle. Hva som skal være privat eller offentlig ansvar må være del av en kontinuerlig politisk prosess i organiseringen av samfunnet. Kanskje er det også slik at troskap til målene fordrer utroskap til midlene».³⁵ Det var altså ingen antydning til ideologisk tankegang i velferds-litteraturen på 1980-tallet, men snarere et ønske om større faglig forståelse omkring fordeler og ulemper med ulike private ordninger.

Velferdsstaten eksploderte i skala og omfang i store deler av den vestlige verden. Dette var grunnen til den økte oppmerksomheten om kostnadene og organiseringen av velferdstjenester. For eksempel ble det på 1980-tallet, i flere land, foretatt kostnadsammenligninger mellom privat og offentlig drift.³⁶ Det var et gjennomgående trekk ved resultatene fra disse undersøkelsene at på områder der man hadde private alternativer parallelt med offentlig drift, var enhetskostnadene høyest i offentlig virksomhet, samt at kostnadsforskjellene var klart mindre på områder der den offentlige virksomheten var utsatt for aktiv markeds konkurranse – noe som tyder på at markeds konkurransen skjerpet kostnadsdisiplinen i det offentlige.³⁷ Dette var en tankegang som også begynte å spre seg i Norden fra og med 1980- og 1990-årene.

I tillegg til de økonomiske utfordringene, knyttet til det høye kostnadsnivået, fikk brukerne av velferdstjenester økte forventninger til mer medvirkning og individuell tilpasning av tjenestene, det var også økte forventninger fra politisk hold til nyskaping.³⁸ På 1980- og 1990-tallet skjedde det derfor store endringer i utformingen av velferdstjenestene. De ble i stor grad desentralisert fra stat til kommunene. Hensikten med endringene var blant annet å øke fleksibiliteten og tilpasningsevnen til den offentlige produksjonen av velferdstjenester.³⁹ Det foregikk rett og slett en videreutvikling av velferden.

Videre ble det større grad av konkurranseutsetting, gjennom anbudsprosesser, i flere kommuner, blant annet i anskaffelser av helse-, omsorg-, og sosialtjenester.⁴⁰ Dette førte til at omfanget av private løsninger ble mer omfattende. Den stadig økende kritikken av effektiviteten i offentlig tjenesteproduksjon utover 1980-årene, samt mangel på valgfrihet for brukerne, var hovedbegrunnelsen for denne typen konkurranseutsetting. Det var noe partipolitisk uenighet, men utviklingen ble drevet frem fra flere hold. Konkurranseutsetting gjennom anbudsprosesser var særlig omfattende i Sverige, der en rekke sentrale lovendringer ble gjennomført tidlig på

1990-tallet. Det var også i 1990-årene at man i Norge fikk de første kommunale anbudsprosessene på omsorgsområdet – hjemmehjelp og sykehjem.

Et sentralt trekk ved konkurranseutsettingen var at også kommersielle aktører kunne delta. Men det er nok feil å hevde at anbudsprosessene man begynte med i land som Sverige og Norge på denne tiden, var en bevisst strategi for å sikre at kommersielle aktører kom inn i markedet. I svensk skolepolitikk ble for eksempel åpningen av et privat skolemarked, som i dag er dominert av noen få kommersielle og svært store aktører, drevet frem av et ønske om å få etablert lokale foreldredrevne skoler, ofte der den offentlige skolen hadde blitt nedlagt, eller der man ønsket skoler med en annerledes pedagogisk innretning.⁴¹ De fleste elevene i Sverige, ca. 85 prosent, velger riktignok fortsatt den offentlige skolen.

Det var nok også en generell strategi for å finne andre modeller, som kunne levere de samme tjenestene, med bedre kvalitet for brukerne, men på en billigere måte. Ønsket om mer konkurranseutsetting bunner jo i en antagelse om at dersom det offentlige ikke er nødt til å konkurrere, vil det ha en tendens til å drive mindre effektivt, mindre brukerorientert og mindre innovativt, slik at både kostnadene på tjenestene øker og kvaliteten på tjenestene blir dårligere.⁴²

Det må understrekes at den økte bruken av markedsmekanismer innenfor flere av velferdstjenestene ikke skjedde ved etablering av rent privat finansierte markeder, hvor brukerne og kundene betaler direkte for tjenestene og prisen settes i et åpent marked. De tradisjonelle målene i den nordiske velferdspolitikken er blitt beholdt – innbyggernes viktigste behov blir dekket gjennom offentlig finansiering, og alle skal ha samme tilgang til tjenester av høy kvalitet.

Særtrekk ved det offentlige og private samarbeidet i Norge

Når vi ser på de siste to tiårene før tusenårsskiftet, er det også interessant å se på den sentrale rollen privatpraktiserende leger har spilt i det norske velferdssamfunnet. Privatpraktiserende leger har nemlig en lang tradisjon her til lands. Historisk sett har fri yrkesutøvelse vært hovedregelen for leger i Norge, og før i tiden drev mange leger på privat basis sin egen «helsebutikk», men det var i stor grad det offentlige som muliggjorde og betalte for deres virksomhet.⁴³ Det var altså et system med stor grad av offentlig finansiering, men liten grad av offentlig regulering. Det er først i begynnelsen av 1980-årene, blant annet ved reguleringsloven for leger, at man fikk en offentlig regulering og inngripen i legers yrkesutøvelse.⁴⁴ Dette er interessant, fordi 1980-tallet ofte blir ansett som en tid da privatiseringen gjorde sitt inntog i Norge. Men innføringen av lov om helsetjenester i kommunene og reguleringsloven for leger resulterte ikke i forsterkede privatiseringstendenser innenfor helsesektoren, det vil være mer korrekt å si at det motsatte var tilfelle. Disse nye reglene innebar rett og slett offentlig regulering og kontroll på en helt annen måte enn det man hadde tidligere.

På begynnelsen 1980-tallet kom, som nevnt tidligere, lov om helsetjenester i kommunene under regjeringen Willoch. Målet var hovedsakelig at kommunene skulle bli selvforsynte med forebygging, pleie og alminnelig behandling, nettopp for å oppnå større kontroll med de stadig økende kostnadene, samt å avlaste sykehusene. En av de store diskusjonene på denne tiden dreide seg

om hvordan privatpraktiserende leger skulle tas med i de kommunale ordningene. Venstresiden ønsket en løsning med høyere grad av sosialisering og et mindre innslag av privatpraktiserende, men det var høyresiden som hadde regjeringsmakt og løsningen ble en kombinasjon av rammebevilgninger og stykkprisfinansiering gjennom folketrygden og pasientenes egenandel.⁴⁵

Det er tydelige linjer fra denne reguleringen til innføringen av fastlegeordningen i 2001 – som i praksis setter nasjonale krav, blant annet om pasientlister og valg av lege, til private leverandører innenfor det kommunale ansvaret for primærhelsetjenester.⁴⁶ Dagens fastlegeordning, den velferdstjenesten som innbyggerne i Norge er mest fornøyd med, er fremdeles drevet hovedsakelig av private aktører i konkurranse – bare fem prosent av fastlegene er ansatt i kommunene, mens 95 prosent er kommersielle aktører.⁴⁷ Privatpraktiserende leger har med andre ord lenge hatt en sentral og vellykket rolle i det norske velferdssamfunnet.

I denne sammenhengen er det også fruktbart å nevne etableringen av det rent kommersielle Ringsenteret i 1985. Det var først et privat legesenter i Oslo, men har senere fått sykehusgodkjenning og skiftet navn til Volvat Medisinske Senter. Ringsenteret ble etablert på privat initiativ fordi det var store køer i helsetjenestene. Man hadde det klassiske planøkonomiske problemet med behandlingskøer i det offentlige. Med Ringsenteret fikk man et tilbud om rask behandling til de som var villige og kunne betale for tjenesten selv. Det var marked for et slikt senter fordi den norske befolkningen ble langt rikere og stilte nye brukerbehov på denne tiden. Det gamle Ringsenteret har i dag sentre i flere norske byer – blant annet Oslo, Fredrikstad, Bergen, Tromsø og Trondheim – og Volvat er blitt en viktig del av helsesektoren i Norge.

Dog er det viktig å huske på at selv om fastlegene og Volvat begge er kommersielle, er det stor forskjell mellom disse private aktørene. Fastlegene er private tjenesteprodusenter, men de er hovedsakelig finansiert gjennom avtaler med det offentlige. Pasienten betaler kun en egenandel. Volvat er derimot privat finansiert, ved at den enkelte bruker betaler for tjenestene. En kan si at Volvat er en helkommersiell aktør.

Tannhelsetjeneste blir ofte glemt i forbindelse med omtalen av helsetjenestene i Norge, men i prinsippet er tannhelse like mye en helsetjeneste som øvrige helsetjenester. Tannleger har i overveiende grad vært private yrkesutøvere. Før 1910 var det bare privatpraktiserende tannleger i Norge.⁴⁸ I årene etter dette ble det stadig flere tannleger i takt med at tannhelsen til befolkningen fikk større oppmerksomhet, men det forble i svært stor grad et marked bestående av privatpraktiserende. For å imøtekomme behovet for tannhelsetilbud til betalende voksne i de deler av landet hvor privatpraksis ikke ble etablert, altså der det ikke var lønnsomt for private å utøve sin virksomhet, opprettet flere fylker med årene egne tannlegestillinger for behandling av betalende voksne klienter, etter samme prinsipp om egenbetaling som i privat sektor.⁴⁹ Men den voksne befolkningen fikk i all hovedsak fremdeles sine behov for tannhelsehjelp ivaretatt i private tannlegepraksiser, uten offentlig stønad til utgiftene.

Tannhelsetjenesteloven trådte i kraft 1. januar 1984.⁵⁰ Årene etter 1984 kjennetegnes først og fremst av at adgangen til refusjon fra folketrygden er blitt utvidet, og at den private sektoren har økt i omtrent samme omfang som den generelle økningen av voksenalderen i Norge. Hovedforskjellen mellom tannhelse og øvrige helsetjenester er at de voksne må betale for

mesteparten av utgiftene selv. I 2007 var ca. 75 prosent av sektorens aktører privatpraktiserende, uten avtaleordning med det offentlige.

Ordinære tannhelsetjenester til den voksne befolkningen har altså i lang tid, hovedsakelig, forblitt et rent privat marked – driftet av private aktører og finansiert direkte ved brukerbetaling. Sammenlignet med land som Danmark og Sverige er dette et særnorsk fenomen. Etter tusenårsskiftet ble utbredelsen av private aktører, og da særlig kommersielle, en større del av den nordiske velferdsmiksen.

Velferdsmiks

I Norge ble det i årene før og etter tusenårsskiftet gitt ut mye faglitteratur om utøvelsen av velferden. I det store og det hele gir denne litteraturen teoretisk og empirisk grunnlag for at utøvelsen av den offentlig finansierte velferden kan ivaretas bedre – med både effektiviserings- og kvalitetsgevinster – ved en målrettet og bevisst designet offentlig-privat velferdsmiks, som er betinget av behovene, brukerne, målene og ressursene.⁵¹ Faglitteratur av denne typen, basert på forskning, undersøkelser og erfaringer, er en viktig grunn til at man både i Norge og de andre nordiske landene har utviklet en velferdsmiks – bestående av det offentlige, samt private aktører, både ideelle og kommersielle, de siste to-tre tiårene. Dette har bidratt til å videreutvikle de offentlig finansierte velferdsordningene i de nordiske landene.

Utviklingen som for alvor begynte i 1990-årene, med bruk av private leverandører som et supplerende politisk virkemiddel til den offentlige velferdsproduksjonen, har blitt videreført og økt i omfang i de siste 10-15 årene. Det har vokst frem markedsbaserte leverandører innenfor skole-, helse-, og omsorgsområdet. Dette omtales ofte som privatisering, men det er viktig å understreke at det ikke dreier seg om tradisjonell privatisering, der det offentlige ansvaret fjernes, men at det dreier seg om offentlig finansiering av private leveranser innenfor velferdsområdene.⁵²

Det må også presiseres at de nordiske landene har beveget seg i forskjellig retning når det gjelder landenes velferdsmiks. For eksempel har det blitt forskjeller mellom de skandinaviske landene når det kommer til fordelingen av offentlige, kommersielle og ideelle leverandører av den offentlige finansierte velferden. Videre i denne delen ligger hovedfokuset på Norge, mens vi senere skal se mer konkret på våre naboer – Danmark og Sverige.

I tiden etter tusenårsskiftet har det kommet flere velferdsreformer med betydning for samarbeidet mellom det offentlige og det private i Norge. Det kom for eksempel forvaltningsreformer om opprettelse av regionale helseforetak i 2002 og overføring av ansvaret for barnevernet og rusomsorgen til staten i 2004. Både helseforetakene (RHF-ene) og Barne-, ungdoms- og familieetaten (Bufetat) overtok dermed, i stor grad, de fylkeskommunale avtalene som eksisterte med private leverandører – da kontraktene skulle fornyes, ble de ofte konkurranseutsatt.⁵³ Den relativt lange tradisjonen med private aktører innenfor barnevernet her til lands ble dermed videreutviklet.

Senere har det også blitt innført brukervalg innen helse-, psykiatri-, og rusbehandling, der den enkelte bruker kan velge private aktører, som riktignok må være godkjent av det offentlige.

Den kanskje mest kjente reformen med betydning for vår velferdsmix de senere årene, er det såkalte barnehageforliket i 2003.⁵⁴ Allerede i slutten av 1980-årene var det en hovedmålsetting i barnehagepolitikken at man skulle oppnå full dekning rundt tusenårsskiftet, men dette var en svært ambisiøs målsetting, tatt i betraktning at dekningen i perioden 1980-1986 bare økte fra 20 til 29 prosent.⁵⁵ Før barnehageforliket hadde man et stort svart og uregulert marked for tjenester innenfor barneomsorg, av den velkjente typen praktikant- og dagammaordninger. Siden denne typen virksomhet vanligvis er svart, er det vanskelig å få klar oversikt over omfanget av den, men at den var svært omfattende før tusenårsskiftet, er det nok liten tvil om. Barnehageforliket var avgjørende for at denne typen svart virksomhet nærmest har forduftet.

Kort fortalt innebar forliket at alle familier som ønsket det, skulle få tilbud om barnehageplass. Det var basert på økonomisk likebehandling av, og samordnet opptak til, både kommunale og private barnehager. Dessuten ble det satt en maksimalgrense for foreldrebetaling. Barnehageforliket er også fascinerende fordi det ble drevet frem av to partier som ofte oppfattes som vidt forskjellige, Sosialistisk Venstreparti og Fremskrittspartiet, og forliket står derfor igjen som et slående eksempel på hvordan vår moderne velferdsstat er drevet frem fra flere politiske hold.

Barnehageforliket hadde ikke vært mulig uten private aktører.⁵⁶ I år 2000 gikk 78 prosent av barn mellom tre og fem år i barnehage, mot 97 prosent i 2018. Det hadde ikke vært mulig å bygge ut barnehagetilbudet så mye og så raskt uten å benytte seg av private aktører. Mellom 2003 og 2017 økte antallet kommunale barnehageplasser fra 114 000 til 141 000, en økning på 24 prosent. Antallet private barnehageplasser økte fra 87 000 til 139 000, en økning på 62 prosent. Nettopp fordi også private aktører så verdien av å investere i barnehageplasser, kunne man utvide tilbudet på en slik måte.

De mange private barnehagene her i landet er også illustrerende for den nasjonale vanetenkningen som eksisterer innenfor den nordiske modellen. I Danmark lever de for eksempel svært godt med sitt delvis private brannvesen, mens diskusjonene er opphetet når de diskuterer om barnehager skal være offentlige eller private. I Norge er det motsatt – her lever vi godt med at en stor andel av våre barn går i private barnehager, men privatisering av brannvesenet er vel knapt tatt opp fra noe politisk hold.

Velferdsmixen her til lands har dog ikke bare vært preget av mer marked. I Norge har det i lang tid eksistert ideelle sykehus. De tolv private sykehusene, blant annet Diakonhjemmet Sykehus, Lovisenberg Diakonale Sykehus og Hospitalet Betanien i Bergen, ble med årene delvis innlemmet i det offentlige. Etter dette har disse ideelle institusjonene mottatt tilskudd på samme måte som offentlig eide helseforetak, og de regionale helseforetakene fordeler i dag funksjoner til de ideelle institusjonene, på lik linje som til egne helseforetak.⁵⁷ I rettslig forstand betraktes disse sykehusene som offentlige, og på samme måte som for helseforetakene, er disse diakonale sykehusene ikke blitt omfattet av ordningen med fritt behandlingsvalg.⁵⁸ Disse ideelle sykehusene, som fortsatt er driftet som en integrert del av det offentlige, er et godt eksempel på at bildet av mer marked i velferdspolitikken fra 1990-årene, likevel ikke er entydig.

Karl Henrik Sivesind, forsker ved Institutt for samfunnsforskning, har beregnet fordelingen mellom ideelle, kommersielle og offentlige tjenesteytere innen de offentlig finansierte

velferdstjenestene i Skandinavia.⁵⁹ Han bruker mål basert på utførte timer betalt sysselsetting omregnet til fulltidsårsverk. Den totale velferdssysselsettingen i Norge har vokst sterkt i perioden 2006 til 2013: Fra 528 000 til 633 000 fulltidsårsverk, eller en økning på 12,3 prosent i et 5-årgjennomsnitt. Totalt på alle tjenesteområder fordeler tallene seg slik prosentmessig: I 2006 utgjorde offentlige tjenesteytere 81,2, mens det i 2013 var 78,8 prosent. For de ideelle var tallene 7,4 i 2006, mens det var 7,8 prosent i 2013. For kommersielle tjenesteytere var tallene 11,5 i 2006, mens det var 13,4 prosent i 2013. Både offentlige, ideelle og kommersielle har dog hatt en sterk reell vekst innenfor alle sektorer i perioden. Innen utdanning hadde de ideelle økt fra 5,1 til 5,8 prosent, og de kommersielle fra 4,5 til 5,5 prosent, mens de offentlige gikk ned fra 90,4 til 88,7 prosent i perioden. I kategorien helse hadde de ideelle organisasjonene en sysselsettingsvekst fra 5,5 til 5,7 prosent, og de kommersielle fra 16,9 til 17,6 prosent, mens de offentlige gikk ned fra 77,7 til 76,7 prosent i perioden 2006 til 2013. I kategorien sosiale tjenester gikk de ideelle opp fra 10,1 til 10,3 prosent, og de kommersielle fra 13,1 til 16,0 prosent, mens de offentlige gikk ned fra 76,8 til 73,7 prosent i perioden 2006 til 2013.

På alle tjenesteområder i Norge har altså de kommersielle gått frem i perioden. Det har gått på bekostning av den offentlige andelen, mens de ideelle har hatt en svak økning i sine andeler. Å hevde at de kommersielle har gått frem på bekostning av de ideelle, slik noen ofte gjør, er derfor en sannhet med modifikasjoner. I media har det for eksempel vært mye oppmerksomhet rettet mot ideelle institusjoner som har måttet legge ned. Men faktum er at den ideelle velferdssysselsettingen har gått relativt kraftig opp i perioden – fra ca. 39 000 til ca. 49 000 fulltidsansatte – nettopp fordi mange ideelle institusjoner har hatt en kraftig sysselsettingsvekst parallelt med at noen få har måttet legge ned sin drift.⁶⁰ Dette viser at også den ideelle sektoren kan være fleksibel.

Det er dessuten interessant at veksten blant de kommersielle innenfor den offentlig finansierte velferden i denne perioden skjedde under de rødgrønnes styre – på vakten til flere av politikerne som i dag er raske med å kritisere mange av velferdsytelsene som er produsert og drevet av kommersielle aktører.

Danmark

I Danmark har man konkurranseutsatt offentlig velferd og hatt samarbeid med private leverandører i en årrekke. Særlig fra begynnelsen av 1980-årene, og den daværende regjeringens lansering av det såkalte moderniseringsprogrammet, har det i Danmark vært søkelys på konkurranseutsetting og private velferdsleverandører som en metode for å effektivisere og videreutvikle den offentlige finansierte velferden.⁶¹ Danmark er også det første landet i Skandinavia som innførte brukervalgordninger som en lovbestemt rettighet.

Fritt sykehusvalg ble innført allerede i 1993, mens lov om fritt valg innen eldreomsorgen ble innført i 2003. Disse ordningene innebærer at myndighetene godkjenner private aktører ut fra forhåndsbestemte kvalitetskriterier, og betaling til de private aktørene skjer ut fra forhåndsfastsatte priser.⁶² Etter en lovendring i 2013, som hadde til hensikt å gjøre det enklere for brukerne å foreta informerte valg, har det blitt mulig å begrense antallet godkjente private tjeneste-

leverandører. Fra samme år har det dessuten blitt vanligere at brukervalg foregår etter anbudsprosesser. De to endringene har sammen bidratt til en utvikling i retning av færre og større leverandører.⁶³ Men det danske markedet for velferdstjenester er, i motsetning til det svenske, fortsatt preget av mange små aktører.

Danmark har også den høyeste andelen ideelle aktører i Norden.⁶⁴ Dette skyldes blant annet at det offentlige har lang tradisjon for å involvere selveiende institusjoner og friskoler i tjenesteytingen. Slike friskoler må være nonprofit-organisasjoner, som de også må være i Norge. På området for utdanning har andelen elever i friskoler økt fra 10 til 15 prosent siden 1990. Økningen i ideelle skoler skyldes i stor grad at foreldre har gått inn da kommunene ville stenge skoler med for få elever, og benyttet sin lovfestede rett til å etablere nye skoler med offentlig finansiering. Danske myndigheter har dessuten flere styringsverktøy som gir dem økt kontroll over velferden. For eksempel kan ideelle institusjoner innenfor eldreomsorg og barnehager tas inn i det kommunale tildelingssystemet uten anbudskonkurranser. En slik skjerming gir de ideelle mulighet til å utvikle tilbud der det ikke er et interessant marked for kommersielle og heller ikke naturlige oppgaver for de offentlige aktørene – for eksempel tjenester med særegne profiler knyttet til livssyn, ideologi eller pedagogikk.

Gjennom de siste 10-15 årene har det dessuten utviklet seg et særdansk fenomen. Det har skjedd en nytenkning innen samspillet mellom stat og marked, som har åpnet for en rekke nye former for samarbeid mellom det offentlige og det private. Dette er på mange måter et uttrykk for den generelle tendensen i moderne velferdssamfunn, hvor løsningen på komplekse problemer i større grad krever nytenkning, herunder en større grad av samarbeid på tvers av sektorer og under en felles beslutningsarena. Dette kaller danskene for offentlig-privat partnerskap. Det innebærer en anbuds- og organisasjonsform preget av et langsiktig samarbeidselement, hvor det er mer deling av gevinster, kompetanse, ressurser og risiko mellom offentlige og private aktører enn det er ved andre former for privat involvering.⁶⁵ En fordel som blir trukket frem ved å basere velferdstjenestene på offentlig-privat partnerskap, er at det gir nye muligheter for å tenke sammen om anlegg og drift over en lengre tidsperiode for hver enkelt velferdstjeneste, og at ansvaret for enkeltinnsatser kan fordeles mer fritt.⁶⁶ Denne formen for velferdsmiks har økt gradvis de siste 20 årene, og Danmark benytter formen i langt større grad enn land som Norge og Sverige.

I likhet med i Norge har den kommersielle andelen av sysselsettingen innen de offentlig finansierte velferdstjenestene økt i Danmark.⁶⁷ Fra 2008 til 2013 økte den kommersielle andelen fra 6,5 til 7,1 prosent. I motsetning til Norge, har den offentlige andelen gått opp. I 2008 var den offentlige andelen av sysselsettingen 78,4 prosent, mens den var 79,1 i 2013. Når det gjelder den ideelle andelen, er den, og den har vært, langt større enn i Norge, men den har, i motsetning til i Norge, gått ned. Den ideelle andelen av sysselsettingen innenfor offentlig finansierte velferd i Danmark var 15,1 prosent i 2008, mens den hadde gått ned til 13,8 i 2013. Det har altså vært nasjonale forskjeller mellom Danmark og Norge i utviklingen av landenes velferdsmiks.

Sverige

I begynnelsen av 1990-årene hadde Sverige trolig den største andelen av offentlige velferdstjenester i Vest-Europa.⁶⁸ Det offentlige hadde så å si monopol på produksjon av velferdstjenester. En viktig

grunn til den ekstremt omfattende velferdsstaten i Sverige på denne tiden, var at det fantes stor politisk vilje til å bekjempe ulikhet og fattigdom ved å bygge ut den mest moderne velferdsstaten verden noen gang hadde sett. Man mente at autonome individer skulle frigjøres fra tradisjonelle, undertrykkende og paternalistiske institusjoner som familien, nabolaget, kirken og de veldedige organisasjonene, men etter hvert fikk den ekspanderende velferdsstaten kritikk fra både venstre- og høyresiden.⁶⁹ Det kom økt bekymring for at borgere rett og slett ble passive klienter av en byråkratisert og lite oppmerksom og fleksibel velferdsstat. Dette førte til at man begynte å iverksette reformer for å redusere omfanget av den store svenske velferdsstaten.

På 1980- og tidlig 1990-tallet ble det dessuten gjennomført mange studier som viste at produktivitetsutviklingen innenfor offentlig finansierte velferdsområder hadde vært dårlig i 1960-, 1970-, og 1980-årene. I tillegg til slike studier utgjorde målet om økt valgfrihet for brukerne det avgjørende motivet for økt etableringsfrihet for private aktører innenfor barneomsorg, skoler og helsevesen.⁷⁰ Man mente at økt etableringsfrihet innenfor slike velferdsområder ville bidra til både kostnads- og kvalitetsgevinster.

Reformene med mål om å redusere velferdsstatens vekst skjøt fart fra 1990-årene. Først ved at den borgerlige regjeringen fra 1991 til 1994 ga kommunene anledning til å innføre konkurranse og valgmuligheter, så ved at de sosialdemokratiske regjeringene fra 1994 til 2006 fortsatte utviklingen med konkurranseutsetting og brukervalg.⁷¹ Reformene ble introdusert på stadig nye områder, og man åpnet for større grad av brukervalg og investorkapital. Fra 2006 har disse reformene fortsatt økt i omfang, særlig med lov om offentlige anskaffelser fra 2007 og lov om valgfrihet/brukervalg fra 2008.⁷² Slike reformer ble kombinert med svært liberale systemer for godkjenning av nye institusjoner og ingen begrensninger på uttak av fortjeneste innen offentlig finansiert velferd – selv i grunnskolen, noe som det trolig knapt finnes andre eksempler på i vestlige, avanserte velferdssamfunn.⁷³ Alt dette har bidratt til at den kommersielle andelen på velferdsområdene hovedsakelig finansierte av det offentlige i Sverige har skutt i været.

Barnevernsfeltet kan brukes som eksempel på veksten i kommersielle aktører.⁷⁴ Fra 1970-tallet til tiden rett etter tusenårsskiftet økte de kommersielle barnevernsinstitusjonene fra null til 70-80 prosent. Men det er viktig å påpeke at det i stor grad besto av små «familielignende» kommersielle selskaper – ofte drevet av tidligere kommunalt ansatte i barnevern eller sosialarbeidere – som var misfornøyde med det offentlige tilbudet, eller ønsket å tilby tjenester som ikke allerede fantes. Slike små kommersielle aktører ble etablert i stor skala på 1980-tallet, og de er grunnen til at kommersielle aktører utgjorde nesten halvparten av alle institusjonsplassene allerede i 1989. Siden den tid har utviklingen gått i retning av flere store konserner, som har overtatt flere av de mindre kommersielle aktørene. I 2006 økte, for første gang siden 1980-årene, andelen offentlige institusjonsplasser, og de utgjorde rundt 50 prosent i 2014.

Sammenligner man med Norge, er utviklingen interessant. I 2006 var andelen av velferdsårsverk levert av kommersielle, innen de velferdstjenestene som hovedsakelig er offentlig finansierte, på omkring tolv prosent i både Norge og Sverige, i 2013 hadde andelen økt til hele 19,2 prosent i Sverige, mens Norge opplevde en langt mer moderat vekst til 13,4 prosent.⁷⁵ I tillegg har den offentlige andelen gått betraktelig ned i perioden 2000-2013 i Sverige, mens de ideelle har hatt en svakt synkende andel. Man har altså lyktes med målet om å redusere den store velferds-

statens vekst i Sverige, men konsekvensen har, trolig utilsiktet, blitt at institusjonene i stor grad er eid av et lite antall velferdskonserner.⁷⁶ Sverige har ikke klart å styrke den ideelle velferdssektoren, og denne er langt mindre enn i Norge og særlig Danmark.

Utviklingen de siste årene er grunnen til at det har blitt en omfattende debatt omkring kommersielle velferdskonserner i Sverige. De kommersielle aktørenes andel av velferdstjenestene som hovedsakelig er offentlig finansiert er langt mindre omfattende her til lands, men debatten om de såkalte «velferdsprofitørene» har i de siste fire-fem årene oppstått i Norge.

Konklusjon

Den historiske utviklingen til de moderne nordiske velferdsstatene, med kollektive institusjoner og individuelle løsninger, er et resultat av en velferdsmix mellom ideelle og kommersielle entreprenører og offentlige myndigheter. Samarbeidet mellom det offentlige og det private har vært tett i alle landene. Det har heller ikke spilt noen stor rolle hvilke politiske partier som har sittet med makten – utviklingen av de nordiske velferdssamfunnene har i stor grad vært et fellesanliggende.

Det var de ideelle organisasjonene som gikk foran og utviklet mange av tjenestene, særlig mellom århundreskiftet og andre verdenskrig, men også i etterkrigstiden. Private, dels fortjenestebaserte aktører har dessuten vært involvert i produksjon og drift av både privat- og offentlig finansierte velferdstjenester i lang tid, dog i forskjellig omfang. De økonomiske nedgangstidene i 1980- og 1990-årene førte til trangere økonomiske budsjetter. Etterspørselen etter tjenester økte og utviklingen innenfor teknologi og medisin førte til at flere behov i befolkningen kunne bli dekket. Befolkningene i landene ble dessuten mer kunnskapsrike og velstående – dermed oppsto nye behov. Alt dette har bidratt til press på det offentlige og større innslag av private aktører på forskjellige tjenesteområder. De nordiske velferdsstatene har vært dynamiske – omstillinger og reformer har kommet til etter hvert som tidene krevde det.

Utviklingen i retning av flere private, og da spesielt kommersielle, tilbydere innenfor de hovedsakelig offentlig finansierte velferdsområdene har utspilt seg forskjellig i de skandinaviske landene de siste tiårene. I Norge har man stort sett benyttet åpne anbud. I Danmark har man utviklet flere parallelle styringssystemer som har fremmet en mer differensiert velferdsmix enn i de andre skandinaviske landene. I Sverige har man tatt i bruk et utbredt brukervalgssystem og stor grad av konkurranseutsetting. Dette har ført til at kommersielle konserner har blitt svært dominerende – på et helt annet nivå enn i Norge og Danmark.

Ingen av systemene er perfekte. Men felles for alle sammen er at man hele tiden har hatt en pragmatisk tilnærming. Det har vært målene som har vært i fokus, derfor har midlene endret seg i tråd med velferdsstatens utvikling.

Dette har ikke hindret at den radikale venstresiden i Norge, de siste fire-fem årene, har utviklet et fundamentalistisk standpunkt. Begrepet «velferdsprofitører» er blitt lansert. Begrepet er en nedsettende betegnelse skapt og brukt av den radikale venstresiden om private velferdsaktører

med profittmotiv, altså bedrifter som leverer offentlig betalte tjenester som barnehager, sykehjemsplasser og lignende, men som også har et ønske om å tjene penger på aktiviteten.⁷⁷ Den pragmatiske tradisjonen i det norske velferdssamfunnet – med en velferdsmiks bestående av både offentlige, ideelle og kommersielle aktører – som dette notatet har vist, skal ifølge disse radikale aktørene brytes opp. Ideen om «velferdsprofitører» er svært moralistisk – alle økonomiske fortjenestemotiver diskrediteres. «Velferdsprofitører» er dessuten ikke et empirisk begrep.

Det nye paradigmet omkring kritikk av velferdsstaten tar ikke tilstrekkelig høyde for de utfordringene som vårt velferdssamfunn står overfor, altså de demografiske og økonomiske utfordringene som vil øke i omfang fremover. Disse utfordringene fører til at vi har et stort innovasjonsbehov, og de krever at alle ressurser og aktører tas i bruk.

Som notatet har vist, har det vært en lang tradisjon for pragmatiske løsninger mellom det offentlige og det private – også inkludert fortjenestebaserte, eller kommersielle aktører. Det har vært en betydelig og ukontroversiell tilstedeværelse av private på mange velferdsområder – lege-, tannhelse-, barneverns-, omsorgs-, rus-, helse-, skolesektoren og så videre. Det er dessuten et samfunnsvitenskapelig grunnlag å bygge på som viser at de offentlige, ideelle og kommersielle aktørene har ulike særtrekk – styrker på noen velferdsområder og svakheter på andre. Hvilke roller og hvor stort omfang de enkelte aktører skal ha på forskjellige områder, bør derfor utformes bevisst, ikke ut fra en ideologisk posisjon, slik at vi som samfunn får frem den optimale sammen-setningen.

Civita er en liberal tankesmie som gjennom sitt arbeid skal bidra til økt kunnskap og oppslutning om liberale verdier, institusjoner og løsninger, og fremme en samfunnsutvikling basert på respekt for individets frihet og personlige ansvar. Civita er uavhengig av politiske partier, interesseorganisasjoner og offentlige myndigheter. Den enkelte publikasjonsforfatter(e) står for alle utredninger, konklusjoner og anbefalinger, og disse analysene deles ikke nødvendigvis av andre ansatte, ledelse, styre eller bidragsytere. Skulle feil eller mangler oppdages, ville vi sette stor pris på tilbakemelding, slik at vi kan rette opp eller justere.

Ta kontakt med forfatteren på aslak@civita.no eller civita@civita.no.

Sluttnoter

- 1 I litteraturen er det relativt bred enighet om forskjellene mellom modellene, men betegnelsen på modellene varierer noe. En annen kategorisering som blir brukt er: Den liberale modellen, den korporative eller konservative modellen og den sosialdemokratiske modellen, se for eksempel Gösta Esping Andersen, *The Three Worlds of Welfare Capitalism*, Princeton University Press, 1990
- 2 The Economist, *Northern lights*, special report the Nordic countries, 2013
- 3 United Nations, *Handbook on nonprofit institutions in the system of national accounts*, New York: United Nations, 2003
- 4 For en grundig drøftelse av denne og andre mer omfattende modeller for tjenesteyting og de private aktørens rolle i velferdsproduksjonen, se Civita-notat nr. 20/2016: *Velferdsinnovatørene*
- 5 NOU 1988: 17: *Frivillige organisasjoner*, s. 18
- 6 Se for eksempel SOU 2016: 78: *Ordning och reda i välfärden*, s. 125-126
- 7 Avsnittet bygger på Thonstad, Merete, *Hva kan 150 års statistikk fortelle oss om sykehusenes utvikling? Sykehusstatistikk 1853–2002*, Statistisk sentralbyrå, 2003
- 8 Seip, Anne-Lise, *Veiene til velferdsstaten. Norsk sosialpolitikk 1920-75*, Oslo: Gyldendal Norsk Forlag, 1994
- 9 Ibid., sitert etter NOU 2016: 12: *Ideell opprydning*, s. 21
- 10 Thonstad, Merete, *Hva kan 150 års statistikk fortelle oss om sykehusenes utvikling? Sykehusstatistikk 1853–2002*, Statistisk sentralbyrå, 2003
- 11 St. meld. nr. 25 (2005-2006): *Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer*
- 12 Avsnittet bygger på NOU 2016: 12: *Ideell opprydning*, s. 23
- 13 Bogen, Hanne og Ove Langeland (red.), *Offentlig eller privat? Om privatisering og grensen for offentlig ansvar*, Fafo rapport nr. 078, 1988, s. 10
- 14 NOU 2011: 11: *Innovasjon i omsorg*, s. 35
- 15 Bjørn, Emil C., Jon M. Hippe, Jon Helgheim Holte, Rolf Røttnes, Sissel C. Trygstad og Ann Cecilie Bergene, *når velferden er til salgs. Ideelle og kommersielle leverandører av velferdstjenester*, Fafo rapport 2019: 11, s. 16-21
- 16 Ibid.
- 17 Thonstad, Merete, *Hva kan 150 års statistikk fortelle oss om sykehusenes utvikling? Sykehusstatistikk 1853–2002*, Statistisk sentralbyrå, 2003
- 18 Avsnittet bygger på Norges offisielle statistikk A 108, *Husmorvikarvirksomhet og hjemmesykepleie i 1962*, Statistisk sentralbyrå, Oslo, 1964
- 19 Avsnittet bygger på NOU 1982: 10: *Spesialistene i helsetjenesten, pleiehjemmene m.v.*, s. 23-25
- 20 <http://www.bfk.no/Documents/BFK/Kulturminnevern/Kulturmilj%C3%B8er/Modum%20Modum%20bad.pdf>
- 21 NOU 1982: 10: *Spesialistene i helsetjenesten, pleiehjemmene m.v.*, s. 74
- 22 Ibid., s. 76
- 23 <http://www.luftambulanse.no/historie-og-om-oss>
- 24 <http://www.luftambulanse.no/historie-og-om-oss>
- 25 NOU 1982: 10: *Spesialistene i helsetjenesten, pleiehjemmene m.v.*, s. 120-121
- 26 Avsnittet bygger på NOU 1982: 10: *Spesialistene i helsetjenesten, pleiehjemmene m.v.*, s. 115-130
- 27 <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/hyppige-reformer-gir-hoyere-kostnader-for-helseforetakene>
- 28 NOU 2011: 11: *Innovasjon i omsorg*, s. 35
- 29 Meld. St. nr. 29 (2012-2013): *Morgendagens omsorg*, s. 31

- 30 Sejersted, Francis, *Sosialdemokratiets tidsalder: Norge og Sverige i det 20. århundre*, Oslo: Pax forlag, 2005, s. 414, og Bogen, Hanne og Ove Langeland (red.), *Offentlig eller privat? Om privatisering og grensen for offentlig ansvar*, Fafo rapport nr. 078, 1988, s. 6
- 31 Sejersted, Francis, *Sosialdemokratiets tidsalder: Norge og Sverige i det 20. århundre*, Oslo, Pax forlag, 2005, s. 407
- 32 Bogen, Hanne og Ove Langeland (red.), *Offentlig eller privat? Om privatisering og grensen for offentlig ansvar*, Fafo rapport nr. 078, 1988, s. 25
- 33 Hernes, Gudmund (red.), *Forhandlingsøkonomi og blandingsadministrasjon. En publikasjon fra maktutredningen*, Universitetsforlaget, 1978
- 34 Lorentzen, Håkon (red.), *Privatisering i helse- og sosialsektoren. Privat eller offentlig velferd?* Universitetsforlaget, 1984, s. 8
- 35 Bogen, Hanne og Ove Langeland (red.), *Offentlig eller privat? Om privatisering og grensen for offentlig ansvar*, Fafo rapport nr. 078, 1988, s. 11-12
- 36 Se for eksempel Borchering, Thomas Earl, W. W. Pommerehne og F. Schneider, Comparing the efficiency of private and public production: The evidence from five countries, *Journal of economics* 2, 1982, s. 127-156
- 37 Sandmo, Agnar og Kåre P. Hagen (red.), *Offentlig politikk og private incitamenter*, Tano A.S., 1992 s. 115
- 38 Sivesind, Karl Henrik, Blir skandinaviske velferdstjenester svekket av markedsreformer? *Tidsskrift for velferdsforskning*, 21, 2018, s. 70-76
- 39 Sivesind, Karl Henrik, The Changing Roles of For-Profit and Nonprofit Welfare Provision in Norway, Sweden, and Denmark. I Karl Henrik Sivesind & Jo Saglie (red.), *Promoting Active Citizenship: Markets and Choice in Scandinavian Welfare*, Palgrave macmillan, 2017, s. 33-74
- 40 Avsnittet bygger på Bjørn, Emil C., Jon M. Hippe, Jon Helgheim Holte, Rolf Røtnes, Sissel C. Trygstad og Ann Cecilie Bergene, *når velferden er til salgs. Ideelle og kommersielle leverandører av velferdstjenester*, Fafo rapport 2019: 11, s. 19
- 41 Ibid.
- 42 Rapport utarbeidet for Virke, *Samfunnsøkonomiske gevinster ved økt bruk av private tjenesteytere*, 2017, s. 12
- 43 Lorentzen, Håkon (red.), *Privatisering i helse- og sosialsektoren. Privat eller offentlig velferd?* Universitetsforlaget, 1984, s 41-44
- 44 Ibid.
- 45 Civita-notat nr. 19/2013: *Den norske velferdsstatens borgerlige historie*, s. 5
- 46 Bjørn, Emil C., Jon M. Hippe, Jon Helgheim Holte, Rolf Røtnes, Sissel C. Trygstad og Ann Cecilie Bergene, *når velferden er til salgs. Ideelle og kommersielle leverandører av velferdstjenester*, Fafo rapport 2019: 11, s. 17
- 47 Civita-notat nr. 4/2019: *En drøfting av argumenter for og mot private, kommersielle aktører i velferden*, s. 6
- 48 NOU 1982: 10: *Spesialistene i helsetjenesten, pleiehjemmene m.v.*, s. 84
- 49 Ibid., s. 94
- 50 Avsnittet bygger på St. meld nr. 35 (2006-2007): *Tilgjengelighet, kompetanse og sosial utjevning. Framtidens tannhelsetjenester*, s. 15-24
- 51 Sandmo, Agnar og Kåre P. Hagen (red.), *Offentlig politikk og private incitamenter*, Tano A.S., 1992, og Andreassen, Tor Wallin og Tormod K. Lunde, *Offentlige tjenester. Prinsipper for økt brukerorientering*, Universitetsforlaget, 2001, og From, Johan (red.), *Hvor moderne? Konkurransetsetting i offentlig sektor*, Abstrakt forlag, 2003, og Busch, Tor, Jan Ole Vanebo, Kurt Klaudi Klausen og Erik Johnsen (red.), *Modernisering av offentlig sektor. Utdfordringer, metoder og dilemmaer*, Universitetsforlaget, 2005
- 52 Dølvik, Jon Erik, Tone Fløtten, Jon M. Hippe og Bård Jordfald, *Den nordiske modellen mot 2030. Et nytt kapittel?* Fafo rapport 2014: 46, s. 105

- 53 Bjørn, Emil C., Jon M. Hippe, Jon Helgheim Holte, Rolf Røttnes, Sissel C. Trygstad og Ann Cecilie Bergene, *når velferden er til salgs. Ideelle og kommersielle leverandører av velferdstjenester*, Fafo rapport 2019: 11, s. 20
- 54 Se St. meld. nr. 24 (2002–2003): *Barnehagetilbud til alle – økonomi, mangfold og valgfrihet*
- 55 Bogen, Hanne og Ove Langeland (red.), *Offentlig eller privat? Om privatisering og grensen for offentlig ansvar*, Fafo rapport nr. 078, 1988, s. 213
- 56 Avsnittet bygger på Civita-notat nr. 4/2019: *En drøfting av argumenter for og mot private, kommersielle aktører i velferden*, s. 5
- 57 NOU 2016: 12: *Ideell opprydning*, s. 60
- 58 Prop. 56 L (2014–2015): *Endringer i pasient- og brukerrettighetsloven og spesialisthelsetjenesteloven (fritt behandlingsvalg)*, s. 62
- 59 Avsnittet bygger på Sivesind, Karl Henrik (red.), *Mot en ny skandinavisk velferdsmodell? Konsekvenser av ideell, kommersiell og offentlig tjenesteyting for aktivt medborgerskap*, rapport 2016: 01, Institutt for samfunnsforskning, 2016, s. 17-39
- 60 Sivesind, Karl Henrik, *The Changing Roles of For-Profit and Nonprofit Welfare Provision in Norway, Sweden, and Denmark*, i Karl Henrik Sivesind og Jo Saglie (red.), *Promoting Active Citizenship: Markets and Choice in Scandinavian Welfare*, Palgrave macmillan, 2017, s. 50
- 61 Hansen, Nana Wesley, Ulf Hjelmar og Kurt Houlberg, *Private velfærdsydelse og konkurrenceudsættelse i Danmark*, Faos forskningsnotat 165, 2018, s. 8
- 62 Ibid., s. 13
- 63 Bjørn, Emil C., Jon M. Hippe, Jon Helgheim Holte, Rolf Røttnes, Sissel C. Trygstad og Ann Cecilie Bergene, *når velferden er til salgs. Ideelle og kommersielle leverandører av velferdstjenester*, Fafo rapport 2019: 11, s. 75-76
- 64 Avsnittet bygger på Sivesind, Karl Henrik, *Blir skandinaviske velferdstjenester svekket av markedsreformer? Tidsskrift for velferdsforskning*, 21, 2018, s. 70-76, og Sivesind, Karl Henrik (red.), *Mot en ny skandinavisk velferdsmodell? Konsekvenser av ideell, kommersiell og offentlig tjenesteyting for aktivt medborgerskap*, rapport 2016: 01, Institutt for samfunnsforskning, 2016, s. 28
- 65 Hansen, Nana Wesley, Ulf Hjelmar og Kurt Houlberg, *Private velfærdsydelse og konkurrenceudsættelse i Danmark*, Faos forskningsnotat 165, 2018, s. 14
- 66 Bjørn, Emil C., Jon M. Hippe, Jon Helgheim Holte, Rolf Røttnes, Sissel C. Trygstad og Ann Cecilie Bergene, *når velferden er til salgs. Ideelle og kommersielle leverandører av velferdstjenester*, Fafo rapport 2019: 11, s. 76
- 67 Avsnittet bygger på Sivesind, Karl Henrik (red.), *Mot en ny skandinavisk velferdsmodell? Konsekvenser av ideell, kommersiell og offentlig tjenesteyting for aktivt medborgerskap*, rapport 2016: 01, Institutt for samfunnsforskning, 2016, s. 29
- 68 Sivesind, Karl Henrik, *Blir skandinaviske velferdstjenester svekket av markedsreformer? Tidsskrift for velferdsforskning*, 21, 2018, s. 70-76
- 69 Sivesind, Karl Henrik (red.), *Mot en ny skandinavisk velferdsmodell? Konsekvenser av ideell, kommersiell og offentlig tjenesteyting for aktivt medborgerskap*, rapport 2016: 01, Institutt for samfunnsforskning, 2016, s. 23
- 70 SOU 2016: 78: *Ordning och reda i välfärden*, s. 135-136
- 71 Sivesind, Karl Henrik (red.), *Mot en ny skandinavisk velferdsmodell? Konsekvenser av ideell, kommersiell og offentlig tjenesteyting for aktivt medborgerskap*, rapport 2016: 01, Institutt for samfunnsforskning, 2016, s. 23
- 72 Lag (2007:1091) om offentlig upphandling, og Lag (2008:962) om valgfrihetssystem
- 73 Sivesind, Karl Henrik (red.), *Mot en ny skandinavisk velferdsmodell? Konsekvenser av ideell, kommersiell og offentlig tjenesteyting for aktivt medborgerskap*, rapport 2016: 01, Institutt for samfunnsforskning, 2016, s. 23-24

- 74 Avsnittet bygger på Bjørn, Emil C., Jon M. Hippe, Jon Helgheim Holte, Rolf Røtnes, Sissel C. Trygstad og Ann Cecilie Bergene, *når velferden er til salgs. Ideelle og kommersielle leverandører av velferdstjenester*, Fafo rapport 2019: 11, s. 72-73
- 75 Sivesind, Karl Henrik, Bli skandinaviske velferdstjenester svekket av markedsreformer? *Tidsskrift for velferdsforskning*, 21, 2018, s. 70-76
- 76 Hartman, Laura, (red.), *Konkurrensens konsekvenser. Vad händer med svensk välfärd?* Stockholm, SNS Förlag, 2011
- 77 <https://www.civita.no/politisk-ordbok/hva-er-velferdsprofitorer>