



Hva er forskjellene på ideelle og kommersielle leverandører av velferdstjenester?

Av Aslak Versto Storsletten, prosjektmedarbeider i Civita

Innledning

I Norge finnes det en rekke private aktører, både kommersielle og ideelle, som leverer velferdstjenester finansiert av det offentlige – innenfor drift av barnehager, sykehjem, hjemmetjenester, rehabilitering, barnevern, rus, psykisk helse og mye mer. Slik har det vært lenge. Private har vært en del av den norske velferdsmodellen siden før modellen begynte å ta skikkelig form.¹ Og de vil trolig spille en viktig rolle også i fremtiden.

De ideelle aktørene la på mange måter grunnlaget for den omfattende velferdsstaten vi har i dag, men de forsvant litt i bakgrunnen med det offentliges ekspansjon i etterkrigstiden. De siste

årene ser imidlertid ideelle leverandører av helse- og omsorgstjenester ut til å ha fått økt annerkjennelse. Etter å ha blitt innlemmet i vekselvis den offentlige og kommersielle sfære, er bevisstheten om en egenartet ideell sektor nå godt etablert i offentligheten.

Man forbinder ofte ideell sektor med frivillig sektor, men dette gir ikke et helt riktig bilde. Ideelle aktører baserer seg i liten grad på ubetalt arbeidskraft i dag, selv om slik frivillighet finnes innen lokalsamfunnsaktiviteter og til en viss grad innenfor pleiesektoren. I dagens velferdstjenester, enten det er snakk om primærhelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten, barnehager eller barnevern, benytter de ideelle aktørene seg i all hovedsak av profesjonell, utdannet arbeidskraft med de samme lønns- og arbeidsbetingelser som andre som jobber med tilsvarende tjenester.

Kommersielle leverandører av helse- og omsorgstjenester har også en lang tradisjon i den norske velferdsmodellen, riktignok ikke i samme omfang som de ideelle, om vi ser langt tilbake i tid. Også de kommersielle aktørene har fått mye oppmerksomhet den siste tiden – noe som kan ha bidratt til den økte bevisstheten omkring ideelle leverandørers rolle.

Begreper som «velferdsprofitør» har blitt lansert, og den politiske debatten om de kommersielles rolle innenfor norsk velferdssektor er ofte betent. Noen mener at kommersielle aktører tilfører viktig kunnskap og innovasjon, og at de er viktige for velferdsstatens bærekraft. Andre mener at de oppnår profitt på noe som det ikke burde være mulig å hente ut overskudd fra. For eksempel har byrådet i Oslo gjort det til en fanesak å erstatte kommersielle drivere av sykehjem. Partier som Rødt og SV står i front for slike holdninger, men tendensene ser man også ellers på venstresiden i norsk politikk. Et regjeringsskifte etter neste stortingsvalg kan potensielt føre til et forbud mot kommersiell driftet velferd som er finansiert av det offentlige.

Mange anser altså ideelle som de «gode» og kommersielle som de «onde». Men hva er egentlig forskjellene på kommersiell og ideell drift av velferdsoppgaver? Hvordan organiserer aktørene seg? Er det kvalitetsforskjeller mellom de to eierformene? Er det mulig å påvise en ideell merverdi som de kommersielle ikke kan levere? Hvilke holdninger har det norske samfunnet til private aktører generelt?

Det må presiseres at det her siktes til ideelle og kommersielle aktører som utfører tjenester på vegne av det offentlige. Det finnes private aktører som selger tjenester uten å være en del av det ordinære tildelingssystemet til det offentlige. Men de aller fleste velferdsoppgavene i Norge er offentlig finansiert, fordi det er stat og kommuners lovpålagte ansvar. Vi snakker altså om ideelle og kommersielle tjenesteprodusenter som helt eller delvis finansieres av det offentlige.

Prinsipielle forskjeller

For å finne forskjellene mellom kommersielle og ideelle velferdsaktører, må en først definere hva det innebærer å være kommersiell og ideell – vi må ha en prinsipiell definisjon.

Å definere en kommersiell aktør er i utgangspunktet ikke særlig komplisert. Kommersiell virksomhet har profitt som formål og/eller forutsetning. Aktørene er altså såkalte for-profit-virksomheter.

De opererer i et marked og må skape fortjeneste. Kravet til vellykket kommersiell drift er at aktørene over tid genererer et økonomisk overskudd ved produksjon, kjøp og salg av varer og/eller tjenester. Offentlige bedrifter kan være kommersielle, men i dette notatet snakker vi om privateide bedrifter som tilbyr tjenester til det offentlige.

Når man skal definere en ideell aktør, eller en såkalt non-profit-organisasjon, blir det mer komplisert. Det finnes ikke en entydig definisjon av hva som regnes som ideelle organisasjoner – man må derfor gjøre en helhetlig vurdering.

Ifølge FN² 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.

I forskrift om offentlige anskaffelser (anskaffelsesforskriften)³ heter det at ideelle aktører er organisasjoner som ikke har avkastning på egenkapital som hovedformål. De arbeider utelukkende for et sosialt formål for fellesskapets beste, og reinvesterer eventuelle overskudd i aktivitet som oppfyller organisasjonens sosiale formål. Videre at en ideell organisasjon i begrenset omfang kan drive kommersiell aktivitet som støtter opp om virksomhetens sosiale formål.

Difi⁴ har også utarbeidet en veileder for anskaffelser av helse- og sosialtjenester, hvor to forhold trekkes frem for at en organisasjon skal regnes som ideell: 1) Formål: Virksomheten har ikke profit som formål, eventuelt at overskudd utelukkende benyttes til å drifte og tilby humanistiske og sosiale tjenester til allmennheten eller spesielle grupper. Videre at hele organisasjonen, uten økonomiske motiv, arbeider for å avhjelpe sosiale behov i samfunnet eller hos bestemte utsatte grupper og at dette er det sentrale i organisasjonens formål. 2) Organisasjonsform: Dersom virksomheten er organisert som stiftelse eller forening, kan det være tale om en ideell organisasjon. Utdeling av midler skal skje i samsvar med formålet til stiftelsen, og det kan ikke utdeles midler til den som opprettet stiftelsen. Også aksjeselskaper kan være ideelle organisasjoner dersom formålet er å dekke sosiale behov og virksomheten drives uten økonomiske motiv.

Som vi ser, overlapper disse definisjonene i stor grad hverandre. De er dessuten i samsvar med både nasjonal og internasjonal forskningslitteratur.⁵ Vi kan derfor si at de viktigste kjennetegnene ved ideelle aktører er at de har et religiøst, ideologisk eller sosialt formål, samt at de ikke tar ut utbytte, men reinvesterer eventuelt overskudd tilbake i virksomheten for å styrke organisasjonens formål. Virksomheten må i tillegg være privat og ikke underlagt offentlig styring. Ideelle aktører kan være både stiftelser og aksjeselskaper. Det er også verdt å minne om at ideelle aktører som hovedregel faller inn under skatteregler som gir fritak eller betydelig redusert skattebyrde, mens kommersielle må betale skatt på linje med andre virksomheter.

Glidende overganger

Selv om anerkjente institusjoner og sentral forskning ofte prøver å lage definisjoner som skal avgrense

ideelle aktører fra kommersielle, kan det i praksis være vanskelig å foreta slike avgrensninger. For eksempel har det ikke vært et klart skille mellom ideelle og kommersielle utførere innenfor private opptrenings- og rehabiliteringstjenester som utføres på vegne av de regionale helseforetakene.⁶ Det finnes flere glidende overganger mellom hva det innebærer å være en ideell og en kommersiell aktør.

En stiftelse, som ofte er organisasjonsformen til ideelle aktører, må tilbakeføre overskuddet til formålet. Men ideelle aktører kan også være aksjeselskaper. For å være et ideelt aksjeselskap må det sosiale formålet være tydelig uttrykt i formålsbeskrivelsen, og vedtektene må inneholde bestemmelser om at det ikke kan utbetales utbytte.⁷ Et ideelt aksjeselskap registreres ikke som en egen organisasjonsform, men registreres som vanlig næringsdrift. Et slikt aksjeselskap kan med andre ord selges.

Sagenehjemmet, som tidligere var eid av Sagene menighet, ble kjøpt opp av det ideelle Diakonhjemmet for noen år siden. Det er altså ikke bare blant de kommersielle aktørene at vi ser oppkjøp og etablering av større enheter. I barnehagesektoren, hvor det i de siste årene har vært mye oppmerksomhet rettet mot angivelig høy profitt, er det ofte ved salg av virksomhet, eller deler av den, at man har tjent mest penger.⁸ For eksempel kjøpte Filadelfia-menigheten i Kristiansand sin første barnehage i 2001 for 1,6 millioner kroner, og den overtok samtidig et lån på 9,4 millioner kroner. Senere ble barnehagen utvidet, og tre nye barnehager ble bygget. Da virksomheten ble solgt i 2016, fikk menigheten en gevinst på ca. 90 millioner kroner for de fire barnehagene – deler av inntektene ble investert i et 23.000 kvadratmeter stort bygg i Kristiansand sentrum, som blant annet omfatter et kongressenter, leiligheter, hotellrom, næringslokaler og kontorer.⁹

Det er også en glidende overgang mellom ideelle og kommersielle med hensyn til å forvalte verdier. En ideell virksomhet kan organisere seg med et driftsselskap som driftes etter non-profit-modell (som drifter selve tjenesten) mens den har et eiendomsselskap (som forvalter eiendomsmasse osv.) som er for-profit.¹⁰ Driftsselskapet kan leie eiendom hos eiendomsselskapet, noe som ofte skjer til en veldig høy leie som det offentlige betaler.¹¹ Samtidig er det offentlige gjerne avhengig av den kapasiteten som disse virksomhetene representerer. Offentlige midler er på den måten med på å bygge opp eiendomsmasse i ideelle aktørers eie. Det kan med andre ord være vanskelig å se forskjell på ideelle og kommersielle her, det vil si på hvordan de forvalter verdiene som det offentlige har bekostet.

Ideelle aktører kan være organisert som store konserner, med flere selskaper som opererer innenfor en rekke forskjellige områder. Lovisenberg-stiftelsen er ett eksempel. Stiftelsen driver med sykehus, sykehjem, barnehage, eiendom, gjestehus og bakeri, for å nevne noe. Bakeriet til stiftelsen baker oblater (nattverdsbrød) – i 2019 solgte virksomheten 1,5 millioner slike oblater.¹² Når ideelle aktører er organisert på denne måten, kan det føre til stor grad av kryssfinansiering. Det er ikke sikkert Lovisenberg driver med slik kryssfinansiering, men i teorien kan altså offentlige midler til helse og omsorg brukes til å finansiere nattverdsbrød. Et annet eksempel er kirken. I Bergen la Den norske kirke alle barnehagene inn i et aksjeselskap som drev med fortjeneste. Overskuddet fra barnehagedriften ble så brukt til å dekke kirkelig aktivitet i byen.¹³ Deler av offentlige midler til barnehagedrift ble med andre ord brukt til andre kristne formål.

Kritikken mot kommersielle velferdsleverandører bunner ofte ut i at de tar ut utbytte som stammer fra offentlige bevilgninger. Men også hos ideelle aktører kan offentlige bevilgninger ende opp med å finansiere noe annet enn generell velferd – for eksempel eiendom, hotellvirksomhet eller oblater. Det er altså slik at ideelle aktører, som har skattemessige fordeler, kan ha kommersiell aktivitet i andre deler av virksomheten. Ideelle kjøper kommersielle kontrakter, og de kan være underleverandører til kommersielle aktører. De glidende overgangene mellom kommersiell og ideell drift er mange.

Utbytte

Nesten hver gang det rettes kritikk mot kommersielle velferdsleverandører, dreier det seg om utbytte. Det hevdes at penger som blir utbetalt til aksjonærer og lignende i stedet kunne blitt brukt til offentlig helse og omsorg. Men uansett eierform, ideell eller kommersiell, må velferdsaktører drive forsvarlig. De må drive med marginer som sikrer god drift, arbeidsplasser og kompetanseutvikling. Ideelle aktører, med sine formålsparagrafer, må riktignok føre alt overskudd tilbake til virksomheten, men faktum er at dette i stor grad også er tilfelle når det gjelder kommersielle aktører.

Menon Economics, et forskningsbasert analyse- og rådgivningsselskap, har analysert regnskapsinformasjon fra helse- og omsorgsaktører som leverte årsregnskap til Brønnpøysundregisteret i perioden 2015–2017.¹⁴ Her blir blant annet driftsmargin, utbytte, overskudd tilbakeført til selskapet og skattebidrag (selskapskatt) i de forskjellige bransjene presentert.

Til sammen betalte de private selskapene innen behandlings- og omsorgsnæringen (ekskl. stiftelser) som Menon har sett på over 460 millioner kroner i selskapskatt bare i 2017. Dette er midler som staten kan reinvestere i helse- og omsorgsyntelser eller andre goder til det norske folk.

Gjennomsnittlig driftsmargin, som er en indikator på en bedrifts eller bransjes lønnsomhet, for virksomheter organisert som AS innen tjenestesektoren på helse og velferd varierte i 2017 fra -1 prosent til 9 prosent avhengig av hvilket tjenesteområde en ser på. Innen sykehjem og hjemmebasert omsorg var driftsmarginen i sektoren 2 prosent i både 2015, 2016 og 2017.

Menon Economics går igjennom flere bransjer, men to utpeker seg som særlig interessante: 1) barnevern, psykisk helse og avhengighet. 2) sykehjem og hjemmebasert omsorg. Disse to bransjene er spesielt interessante, fordi det er mange som vil de kommersielle aktørene innenfor disse tjenestesektorene til livs.

Innenfor barnevern, psykisk helse og avhengighet viser de aggregerte regnskapstallene for private selskaper (ekskl. stiftelser) at aktørenes disponering av overskuddet i perioden 2015–2017 medførte mellom 15 og 3 prosent utbetalt i årlig utbytte. Andelen skatt de private i bransjen i samme periode betalte, varierte mellom 26 og 22 prosent av det årlige overskuddet. Resterende overskudd ble kanalisert tilbake i drift og utvikling.

Innenfor sykehjem og hjemmebasert omsorg viser de aggregerte regnskapstallene for private selskaper (ekskl. stiftelser) at aktørenes disponering av overskuddet i perioden 2015–2017 medførte

mellom 13 og 9 prosent i utbetalt årlig utbytte. Andelen skatt de private i bransjen i samme periode betalte, varierte mellom 16 og 26 prosent av det årlige overskuddet. Resterende overskudd ble kanalisert tilbake i virksomheten.

Som vi ser, var det som betales i skatt fra de private aktørene, vesentlig høyere enn utbytte i hele perioden innenfor begge tjenesteområdene. I 2017 betalte private aktører innen barnevern, psykisk helse og avhengighet 129,3 millioner kroner i selskapsskatt, mens bare 18,4 millioner kroner ble betalt som utbytte. Private aktører innen sykehjem og hjemmebasert omsorg betalte samme år 39,5 millioner kroner i selskapsskatt, mens 27 millioner kroner ble betalt ut som utbytte. Dette innebærer bare selskapsskatten som ble betalt, i tillegg kommer skatten som hver enkelt eier må betale på utbytte.

Ideelle aktører kan ikke vise til tilsvarende skattebidrag. Det er påfallende at skatt sjeldent er noe som kommer opp i debatten om private velferdsaktører – faktum er at skattebidragene fra kommersielle aktører er en betydelig bidragsyter til opprettholdelse av den velferdsstaten vi har i Norge i dag. Om ideelle aktører overtar for kommersielle, vil staten miste disse inntektene. Eventuelle overskudd fra driften vil i så fall gå inn i driften av den ideelle virksomheten alene. Fordelingen av skattemidlene blir dermed «privatisert».

På sin plass er det også å presisere at de utbytteandelene som er skissert over, ikke utelukkende ender hos eiere, men at deler av utbyttene blir reinvestert i andre deler av næringslivet, enten i behandlings- og omsorgsnæringen eller i andre næringer.

Det er dessuten slik at det meste av overskuddet til de private brukes til å styrke driften. Å hevde at kommersielle aktører ikke benytter overskuddet til å styrke velferden, gir derfor et noe galt bilde.

Stordriftsfordeler og synergier

Fremveksten av konserner har blitt mer vanlig innenfor velferdssektoren de siste tiårene. Man har fått store virksomheter, som nærmest ligner på konglomerater. I norsk politisk ordskifte kan en ofte få inntrykk av at dette er en dårlig ting. Velferdskonserner blir til tider sett på som en ond kraft. Men konserndannelser er i realiteten bare en form for strukturrasjonalisering. Man oppnår stordriftsfordeler og synergier, noe som igjen kan føre til mer effektiv drift og mer innovasjon.

Ideelle aktører kan ha det vanskeligere enn kommersielle med å oppnå stordriftsfordeler. De har ikke nødvendigvis den tilstrekkelige vekstevnen til å produsere alle tjenestene som befolkningen ønsker. De tar ikke ut, eller deler ut, utbytte. Siden investorer ikke har mulighet til å få utbytte på sin innskutte kapital, blir ideelle aktører mindre attraktive. Derfor har de trolig vanskeligere for å skaffe kapital til for eksempel utvidelse av virksomheten, omorganiseringer eller generell innovasjon, enn det som er tilfelle for kommersielle aktører. Et klassisk resultat i økonomisk teori er nettopp at muligheten til fortjeneste skaper et insentiv til innovasjon, kvalitetsheving og allokering av ressurser på den mest hensiktsmessige måten. Det har også blitt hevdet at ideelle ofte har fokus på særpreg fremfor ekspansjon.¹⁵ Ideelle aktører fører riktignok alt overskudd tilbake i virksom-

heten, og kan på den måten forbedre og videreutvikle driften, men som vi har sett, er dette i stor grad også tilfellet for kommersielle aktører. Ideelle som ikke er konkurransedyktig organisert, vil dessuten ikke ha denne fordelene.

Slike stordriftsfordeler og synergier kan være mye av forklaringen på hvorfor kommersielle aktører de siste tiårene har ledet an innen tjenesteinnovasjon og velferdsteknologi innenfor mange bransjer. For eksempel har kommersielle innenfor eldreomsorgen vært i front med generasjonsmøter, GPS med tale, kulturledere, livstestament, pasientsikkerhetsarbeid med Helsedirektoratet og uterestauranter.¹⁶ Dette er innovasjoner som bedrer hverdagen for de eldre og de ansatte – og på den måten frigjør ressurser og gir bedre omsorgstjenester. Det er en grunn til at kommunene senere har tatt i bruk mange av innovasjonene som kommersielle har introdusert.

Norlandia viser ett eksempel på hvordan kommersielle kan opparbeide seg stordriftsfordeler.¹⁷ Selskapet ble etablert i 1997, og dets viktigste virksomhet var lenge sykehjem, men senere har selskapet utvidet til en rekke andre virksomhetsområder – blant annet barnehager, pasienthotell, hjemmetjenester og medisinsk klinikk. Omtrent halvparten av Norlandias virksomhet befinner seg i Norge, mens virksomheten i Sverige står for om lag en tredjedel av selskapets samlede omsetning. Norlandia har også virksomhet i Finland, Nederland, Tyskland og Polen. Hele Norlandia-konsernet hadde i 2018 en samlet omsetning på omkring 4,9 milliarder kroner. 46 prosent av denne omsetningen kom fra utenlandske markeder.

Velferdskonsernet Norlandias virksomhet er med andre ord svært omfattende. I et slikt konsern opparbeides det trolig omfattende kompetanse, også på tvers av ledd innad i organisasjonen. Konsernet kan importere og eksportere konsepter og kultur. Slike stordriftsfordeler og synergier er antagelig med på å bidra til innovasjoner og mer effektiv drift i norsk velferdsnæring. Innenfor bransjer som sykehjemvirksomhet og barnehagevirksomhet, har man for eksempel kontrakter med en rekke forskjellige underleverandører – enten det er snakk om matservering, møbler eller andre ting. Det er stor sannsynlighet for at et konsern som Norlandia har langt bedre forutsetninger for å fremforhandle gunstige kontrakter med slike underleverandører. Kompetansen som opparbeides i konsernet, på tvers av en rekke forskjellige bransjer, og virksomhetens størrelse, som innebærer at man har egne ansatte som arbeider med innkjøp og lignende, fører trolig til ferdigheter og kunnskap som ikke finnes i et sykehjem eller i en barnehage drevet av en liten ideell aktør.

Det er riktignok ikke bare kommersielle aktører som driver stort. Ideelle aktører, slik som nevnte Lovisenberg, driver på mange måter i en skala som man ofte forbinder med kommersielle aktører. Frelsesarmeen og Kirkens Bymisjon er andre eksempler på konsernlignende organisasjoner. Frelsesarmeen har blitt landets største leverandør av arbeidsmarkedstiltak, mye tyder på at det ikke hadde vært mulig uten organisatoriske grep.¹⁸ Den har etablert Fretex Norge AS, et eget aksjeselskap med flere underselskaper – for eksempel Fretex Jobb og Oppfølging AS, som skal bidra til at mennesker får og beholder arbeid, og Fretex Pluss AS, som driver med kurs og konsulent-tjenester rettet mot enkeltpersoner og virksomheter innen arbeidslivsfeltet.¹⁹ Ved å organisere seg på denne måten, kan Fretex både sentralisere og desentralisere deler av virksomheten. Man kan for eksempel ha egne ansatte som arbeider utelukkende med å skrive anbud.

Økt profesjonalisering er et produkt av stordrift. Selv om det finnes flere eksempler på ideelle som driver stort, er det mye som tyder på at kommersielle er flinkere til å utnytte en slik strukturrasjonalisering. Veksten av kommersielle aktører innenfor barnehagesektoren kan brukes som eksempel. Flere lover og forskrifter, samt mer komplekse tjenester, har gitt rom for større innslag av store kommersielle aktører, nettopp fordi de har kompetanse og økonomiske forutsetninger for å kunne levere tjenester i tråd med de kravene som blir satt av det offentlige. I barnehagesektoren har kravene til innholdet i barnehagene forandret seg drastisk siden barnehageforliket i 2003. Når andelen kommersielle aktører har økt, har det trolig mye å gjøre med økte krav, både i henhold til kvalitet og risiko, fra myndighetene.

Det kan være flere grunner til at de kommersielle er flinkere til å drive stort enn de ideelle. Kapital, innovasjon og entreprenørskap står trolig sentralt, men også lønn og pensjoner er en faktor. Ideelle tilbyr ofte faste ansettelser og ytelsesbaserte pensjonsordninger, som er dyrere enn innskuddspensjonene som dominerer blant kommersielle aktører.²⁰ Det sier seg selv at kommersielle på denne måten kan drive mer effektivt og derfor lettere oppnå stordriftsfordeler og synergier.

Nå er det klart at en utvikling med kun store kommersielle selskaper fort kan føre til maktkonsentrasjon på få hender, men et marked som bare består av offentlige og små ideelle aktører, slik partier som SV og Rødt ser ut til å ønske seg, vil også føre til mindre konkurranse, som igjen fører til mindre innovasjon og monopoldannelser. Derfor er det viktig å ha en miks av forskjellige aktører – kommersielle, ideelle og offentlige.

Ideell merverdi?

Ideell merverdi kan forstås som særtrekk ved driften av tjenestene til ideelle som systematisk skiller seg fra andre virksomhetstyper/eierformer og hva de ideelle i så fall tilfører samfunnet, brukerne og ansatte utover det som offentlige og kommersielle aktører gjør.²¹ Hvorvidt ideelle aktører medfører en merverdi som kommersielle velferdsleverandører ikke gir, er selvsagt avhengig av kontekst – det varierer blant annet mellom ulike tjenesteområder. Men det har likevel foregått en «jakt» på ideelle aktørers merverdi blant forskere og andre.

En svensk rapport fra 2010 gjennomgår internasjonal forskning omkring ideelles egenart og merverdi sammenlignet med både offentlige og kommersielle aktører, med spesiell vekt på helse- og omsorgstjenester.²² Basert på forskningen som inngår i rapporten sett under ett, viser den at det er vanskelig å finne systematiske forskjeller på ideelle og andre aktører.

Også i Norge har det blitt utført forskning på temaet. En rapport fra Senter for forskning på sivilsamfunn og frivillig sektor fra 2015 ser på ideelle organisasjoners særtrekk og merverdi på helse- og omsorgsfeltet.²³ Rapporten finner blant annet at det er lite overbevisende empiri for at ideelle har spesielle fordeler sammenlignet med kommersielle aktører når det kommer til teknologisk og organisatorisk innovasjon, og konkluderer med at det ikke er mulig å si med sikkerhet i hvilken grad ideelle leverandører produserer den aktuelle merverdien, fordi det ikke finnes forskning som sammenligner sektorene på en systematisk måte.

Heller ikke en rapport fra Fafo (2016) om ideelle aktører i spesialisthelsetjenesten klarer å finne noen utpreget merverdi.²⁴ Rapporten konkluderer, basert på en gjennomgang av forskning og intervjuer med informanter, med at det foreligger relativt lite forskning på hva som særpreger ideelle aktører innen spesialisthelsetjenesten, og at det i den forskningen som foreligger, er vanskelig å finne systematiske forskjeller mellom ideelle og kommersielle aktører når man tar for seg aspekter ved virksomhetene som kunne tenkes å tilføre en merverdi.

Det fremheves ofte at ideelle er et viktig talerør for ulike befolkningsgrupper, fordi de påtar seg en rolle i offentligheten der de målbærer interessene til marginale grupper i samfunnet, mens andre aktører i større grad er rene tjenesteprodusenter.²⁵ Men de ideelle aktørene har siden 1980-årene, av forskjellige grunner, gjennomgått mange endringer, blant annet ved at medlemsrollen og dermed demokratifokuset i organisasjonene har blitt mindre viktig.²⁶ Slik sett kan nok rollen som talerør i befolkningen være langt mindre fremtredende i dag enn den var tidligere. Per Selle, professor ved Universitetet i Bergen, mener 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 ideelle organisasjoner er en skygge av hva den var i storhetstiden.²⁷ Ideell sektor har rett og slett vansker med å komme opp med ikke-tilbakeskuende forklaringer på egen merverdi.

Stat og kommuner har i dag stor kontroll over velferdsoppgavene. Det offentlige er i utstrakt grad tilrettelegger, finansiør, regulator og kontrollør. En eventuell merverdi hos de ideelle avhenger av kontekst, og innenfor en velferdsmodell som den norske utgjøres konteksten i stor grad av valg som tas av det offentlige. Velferdsoppgavene er som regel kontraktsfestet. Private velferdsleverandører, både ideelle og kommersielle, som skal selge sine tjenester til det offentlige, må dokumentere systemer og kompetanse i henhold til en rekke lover og forskrifter – helse- og omsorgstjenestelovgivning, pasient- og brukerrettighetslovgivning, lov om journal- og dokumentasjonsforvaltning, godkjente systemer for avvikshåndtering, personlovgivning, HMS-forskrifter og mye mer. Når det offentlige har såpass stor makt og kontroll over velferdstjenestene, blir det mer utfordrende for de ideelle aktørene å skille seg ut i noen vesentlig grad.

Det er altså vanskelig å påvise noen særegen merverdi som de ideelle har i forhold til de kommersielle, men det betyr selvsagt ikke at en slik merverdi ikke eksisterer.

Kvalitetsforskjeller

De fleste, enten det er snakk om brukere, pårørende eller andre, er nok enige i at kvaliteten omkring leverandørenes ansatte, systemer, langsiktighet og ledelse, er det som avgjør hvor god velferd vi får i Norge. Et sentralt spørsmål er derfor om det er et skille mellom ideelle og kommersielle aktører når det kommer til kvalitet.

I en Fafo-rapport fra 2013 om konkurranseutsetting av sykehjem og hjemmetjenester, hvor man har gjennomgått skandinavisk litteratur og gjennomført casestudier fra norske kommuner, konkluderes det med at kvalitetsforskjeller er vanskelige å måle, og at de forsøkene som er gjort i Norge, ikke er gode nok til at man kan trekke sikre slutninger omkring kvalitetsforskjeller

mellom ideelle og kommersielle leverandører.²⁸ Det er vanskelig å foreta studier som undersøker forskjeller på de nasjonale kvalitetsindikatorerne mellom kommunale, kommersielle og ideelle sykehjem på et nasjonalt nivå. Forskjellen på drift fra kommune til kommune er trolig større enn forskjellene i eierform, og private sykehjem er langt mer utbredt i de store byene.

I Oslo kommune er det riktignok foretatt flere kvantitative analyser av sykehjem. En av disse er fra rådgivningsselskapet Rambøll, som utførte en kartlegging i 2019 på oppdrag fra NHO Service og Handel.²⁹ Analysen baserer seg på objektive kvalitetsindikatorer fra Oslo kommune og pårørendeundersøkelser. De objektive indikatorene blir delt inn i kategoriene tannhelse, fall, infeksjoner og ernæring. Når Rambøll ser på disse indikatorene samlet, er det ingen vesentlig forskjell mellom de ulike driftsformene i Oslo. Når de ser på de fire kategoriene hver for seg, finner de at det er forskjell på kvalitet mellom ulike driftsformer når det gjelder kartlegging av ernæringsmessig risiko. Analysen viser at kommersielle sykehjem kom best ut (score 99) når det gjelder kartlegging av beboere, etterfulgt av private ideelle (score 89) og kommunale (score 75). Svarene på spørsmålene i pårørendeundersøkelsen blir delt inn i kategoriene trygghet og trivsel, kvalitet i pleien, respektfull og verdig behandling, kommunikasjon og samarbeid, aktiviteter, miljø og mat og generell tilfredshet. De private ideelle sykehjemmene gjorde det best (score 76) i 2018, deretter kom de kommersielle (score 72), mens kommunale gjorde det dårligst (score 68).

Nå må det nevnes at det er notorisk vanskelig å gjennomføre pårørende- og brukerundersøkelser på helse- og sosialfeltet som man kan trekke valide slutninger fra, blant annet fordi tjenestene er komplekse og det dermed er mange sider som det er vanskelig å vurdere.³⁰ Det betyr riktignok ikke at slike undersøkelser er uten verdi. Funnene i rapporten fra Rambøll indikerer uansett at det ikke er noen vesentlig forskjell mellom kommersielle og ideelle aktører når det kommer til kvalitet.

En tidligere undersøkelse, som ligner på rapporten fra Rambøll, utført av NyAnalyse AS, også på oppdrag fra NHO, finner lignende resultater.³¹ Mellom 2007 og 2015 gjorde kommersielle sykehjem det best i snitt på objektive kvalitetsindikatorer (score 68), ideelle nest best (score 62) og offentlige dårligst (score 61). Når man så på pårørendeundersøkelser over tid, altså subjektive kvalitetsindikatorer, gjorde de ideelle det best, etterfulgt av kommersielle og offentlige. Disse funnene er med andre ord svært sammenfallende med de nyere funnene til Rambøll. Det mest interessante er egentlig at de offentlige har blitt bedre fra den ene undersøkelsen til den andre – noe som kan tyde på at konkurransen med private, både ideelle og kommersielle, fører til bedre offentlig sykehjemsdrift. Forskjellene mellom kommersielle og ideelle, som er tema i dette notatet, var ikke store når det kommer til totalt målt kvalitet i noen av undersøkelsene.

Heller ikke innen spesialisthelsetjenestene er det mulig å finne noen utpregede kvalitetsforskjeller.³² Dette henger trolig sammen med at det i begrenset grad er gjennomført forskning som systematisk sammenligner aktørene. Innenfor spesialisthelsetjenesten befinner dessuten ideelle og kommersielle aktører seg i stor grad på ulike tjenestemarkeder, noe som selvsagt gjør sammenligning vanskelig.

Ser man på barnehagesektoren, er det også vanskelig å finne markante forskjeller. Foreldre-

undersøkelsen i barnehagen har blitt gjennomført hvert år siden 2016. I 2019 deltok 3067 av 5152 ordinære barnehager i undersøkelsen – 1640 private og 1427 kommunale. Det er en gjenganger at de private har noe høyere total tilfredshet enn de kommunale. Sann var det også i 2019, spesielt på områder som angår barnehagens rammebetingelser, slik som leker, utstyr og mattilbud.³³ En svakhet ved denne og andre undersøkelser, er at eierskap kun kategoriseres som privat eller kommunalt, det skilles ikke mellom kommersielle og ideelle.

Det finnes riktignok noen som foretar et slikt skille. Tord Skogedal Lindén med flere presenterer surveydata som skiller mellom kommersielle og ikke-kommersielle private barnehager i Norge.³⁴ De finner at foreldretilfredsheten er høyere i kommersielle enn i ideelle barnehager, men at forskjellen er veldig liten. Det er interessant at barnehager med kommersielle eiere har de mest fornøyde foreldrene i denne undersøkelsen, men det er vanskelig å trekke bastante konklusjoner basert kun på disse funnene.

Generelt er det en utfordring å dokumentere kvalitetsforskjeller mellom ulike eierformer innen helse- og sosialtjenester i Norge. Forskningen som foreligger, har i vært fall ikke klart å påvise systematiske forskjeller i kvalitetsaspekter mellom ideelle og kommersielle. Dette kan ha sammenheng med at slike kvaliteter ofte er vanskelige å dokumentere og dermed også å sammenligne.³⁵

Sykehjemmene under koronakrisen

Driftsform på sykehjem og håndtering av koronakrisen har dukket opp som et tema i den siste tiden. Cathrine S. Amundsen, spesialrådgiver i For velferdsstaten og tidligere rådgiver for Senterpartiet på Stortinget, har for eksempel forsøkt å sette den høye andelen døde på sykehjem i Sverige i sammenheng med privat drift.³⁶ Videre har leder i Arbeiderpartiet, Jonas Gahr Støre, tatt til orde for «eldreomsorg som kan beskytte eldre på sykehjem fordi de er offentlige og ikke privatisert og splittet opp som i Sverige, der de har hatt høye dødsfall».³⁷ Men slike implikasjoner omkring situasjonen i Sverige har trolig lite for seg.³⁸ Mer interessant er det uansett å se på situasjonen i Norge. Hva viser tallene på dødsfall her til lands, om man knytter dem til eierform?

I Norge har totalt 255 mennesker mistet livet som følge av covid-19 per 29. juli. VGs tall viser at 140 av 255 norske dødsfall – eller 54,9 prosent – har funnet sted på institusjon.³⁹ Institusjon innebærer her sykehjem, aldershjem, omsorgsboliger, bo- og behandlingssentre med mer, men vil videre bare bli omtalt som sykehjem. Ser man nærmere på hvert enkelt dødsfall, fremkommer det interessante, om enn ikke entydige, funn. Da personvern og lignende fører til at enkelte dødsfall ikke er mulig å kartlegge, må det tas noe forbehold omkring tallene som nå blir presentert.

Totalt har 5 av 140 dødsfall funnet sted på kommersielle sykehjem. Det tilsvarer 3,6 prosent av dødsfallene på sykehjem. Ifølge SSB var 4,7 prosent av plassene på sykehjem kommersielt drevet per 31. desember 2019.⁴⁰ Når det gjelder dødsfall på ideelt drevne sykehjem, viser en gjennomgang at 27 pasienter har dødd eller blitt smittet på slike institusjoner. Det tilsvarer 19,3 prosent av de totale dødsfallene på sykehjem. Ifølge SSB var 5,2 prosent av plassene på sykehjem ideelt drevet per 31. desember 2019.⁴¹ Her må det nevnes at særlig ett ideelt sykehjem har blitt

hardt rammet, og at det derfor drar snittet kraftig opp – ved Metodisthjemmet i Bergen har hele 18 av 46 beboere mistet livet som følge av covid-19.

Antall dødsfall per institusjon kan gi en indikasjon på hvordan hvert enkelt sykehjem har håndtert situasjonen når det har oppstått smitte. Ser man på kommersielle sykehjem, er det bare ett som har to dødsfall eller mer.⁴² Blant ideelle aktører er det fire sykehjem som har to dødsfall eller mer.⁴³ Når det gjelder alle sykehjemmene, både offentlige og private, er det tre som skiller seg særlig negativt ut. 1) Nevnte Metodisthjemmet (ideelt) i Bergen, hvor 18 beboere har mistet livet. 2) Vallerhjemmet (offentlig) i Bærum, hvor 12 beboere har mistet livet. 3) Nordseterhjemmet (offentlig) i Oslo, hvor 11 beboere har mistet livet. 29,3 prosent av alle dødsfallene på institusjoner har altså skjedd på de tre nevnte sykehjemmene.

Nå er det trolig en rekke faktorer som har ført til disse dødsfallene. For eksempel har noen sykehjem ansvar for flere av de svakeste eldre. Tilfeldigheter kan være en annen faktor. Tallgrunnlaget er dessuten for tynt til å trekke sikre konklusjoner. Både ansatte, pasienter og pårørende kan ha vært smittebærere. Men når smitten først har nådd et sykehjem, kan ledelse ha vært avgjørende for om smitten stanses eller forverres. Sykehjemmets smittevernsrutiner, kommunikasjon mellom ansatte og ledere og de ansattes fagkunnskaper og disiplin, er faktorer som kan forverre eller bedre en situasjon – alle disse tingene er det ledelsen ved hver enkel institusjon som står ansvarlig for.

Ved alle de tre hardest rammede sykehjemmene er man i full gang med å se på hva som har gått galt. En internrevisjon har gitt Nordseterhjemmet kritikk for feil bruk av munnbind, dårlig merking av urene områder, og for at ledelsen fremsto lite samlet.⁴⁴ Et tilsyn ved Metodisthjemmet peker på at enkelte smittevernstiltak ikke ble fulgt av personell på sykehjemmet, og at personalet ikke fikk en fullgod opplæring i smittevern.⁴⁵ Ved Vallerhjemmet, som riktignok ble preget av hyppige lederskifter under krisen, blir ledelse også trukket frem som en faktor – blant annet ved at ansatte ikke ble informert om lederendringer, ved at smittevernsutstyr ikke befant seg hvor det skulle befinne seg, og ved at beslutninger stadig endret seg (den ene dagen skulle munnbind være på, den neste dagen ikke og så videre).⁴⁶

Det fremstår med andre ord, kun basert på overnevnte beskrivelser, som om ledelsen ved alle de tre sykehjemmene har opptrådt noe kritikkverdig. Ingen av de kommersielle driverne synes å ha noen lignende «smittevernsskandaler». Når koronakrisen er over, vil det være interessant om det forskes på om det har vært bedre ledelse og rutiner ved kommersielle sykehjem enn ved både offentlige og ideelle. Det meste tyder uansett på at beskyldninger om at kommersiell drift av sykehjem har ført til høyere dødstall under koronakrisen, er relativt grunnløse.

Holdninger til ideelle og kommersielle aktører

Private aktører har fått mye oppmerksomhet i de siste årene. Det har blitt mer oppmerksomhet rettet mot de ideelles særpreg og merverdi, samtidig som det negativt ladede begrepet «velferdsprofitører» er blitt lansert om kommersielle. Partier som SV og Rødt, til dels Arbeiderpartiet, og tankesmien Manifest, har brukt mye tid og energi på sin kamp mot kommersielle

velferdsleverandører. Da det finnes eksempler på kommersielle som har tjent store summer på å drive offentlig finansiert velferd, og at det er en utberedt forståelse i Norge at man ikke skal tjene seg rik på andre menneskers nød og ulykke, er ikke kritikken helt uforståelig. Men kritikken rammer ofte skjevt, og den inneholder lite rom for nyanser.

Janne Sonerud, direktør for Lovisenberg Omsorg (ideell driver av sykehjem) og tidligere direktør i Unicare Omsorg (kommersiell driver av sykehjem), ga nylig et interessant intervju til Lovisenbergs eget magasin, hvor hun forklarte hvor stigmatiserende det nå har blitt å jobbe innen kommersiell drevet velferd. Sonerud uttalte blant annet:

«Å si at man jobber hos en kommersiell aktør var krevende, både profesjonelt og sosialt. Man blir tillagt motiver og sett på som en «velferdsprofitør». Jeg fikk mange spørsmål som aldri kom da jeg jobbet i en ideell virksomhet som Lovisenberg Diakonale sykehus eller på offentlig sykehus. Det var interessant, for jeg var fortsatt Janne».⁴⁷

Dette er selvsagt bare ett eksempel på hvordan ideelle oppfattes som bra og kommersielle dårlig. Men det finnes tilfeller hvor slike unyanserte holdninger kan skape reelle problemer. For eksempel har det blitt påpekt som et dilemma fra innkjøperes side at å unnlate å inngå avtale med ideelle virksomheter 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 at kommersielle virksomheter får samme skjebne.⁴⁸ Også lokalpolitikere har grepet inn i situasjoner der ideelle virksomheter risikerer å ikke sikres forlenget kontrakt, til tross for en faglig begrunnelse for beslutningen om ikke å forlenge kontrakten. Slik har virksomheter dermed fått fortsette, selv om de som kjøper inn deres tjenester og som står ansvarlig for helsetilbudet, ikke synes de burde fått fornyet kontrakt.⁴⁹ Det er altså åpenbart at feilaktige og lite nyanserte oppfatninger kan bidra til en svekket velferdssektor.

Det har blitt undersøkt hvilke holdninger aktører i helsesektoren, både offentlige og private, har til offentlige anbudskonkurranser som er forbeholdt ideelle aktører, altså hvor kommersielle aktører ikke får delta. Slike anbudskonkurranser vurderes som negativt av halvparten av alle de spurte bedriftene, mens det i behandlingsleddet, som består av offentlige og private sykehus, samt det kommunale og private helse- og omsorgstilbudet, vurderes som negativt av hele 71 prosent av de spurte aktørene.⁵⁰ Det finnes med andre ord en rekke offentlige og ideelle aktører som er negative til anbudskonkurranser hvor kommersielle ikke får delta.

Ser man på holdninger i befolkningen generelt, er det også mye som tyder på at folk flest er positive til kommersielle velferdsleverandører. Norsk Monitor har målt befolkningens holdninger til aktørene siden 2005, og selv om andelen som er positive til kommersielle er noe synkende, er det stadig slik at 6 av 10 har en positiv holdning til at næringslivet kan bidra inn i våre offentlige finansierte velferdstjenester.⁵¹ Et flertall mener også at det må være lov å tjene penger, så lenge tjenestene er gode og dekker det offentliges behov. Helsepolitisk barometer undersøkte i 2019 befolkningens holdninger i helsepolitiske spørsmål.⁵² Funnene viser at: 1) For 67% av befolkningen spiller det ingen rolle hvilke helseaktører som leverer de offentlig finansierte helse- og omsorgstjenestene hvis kvaliteten i tjenestene er god. 2) For 74% av befolkningen er det viktigere å få den hjelpen

de trenger gjennom de offentlige finansierte helse- og omsorgstjenestene, enn hvem som leverer dem. 3) Majoriteten av velgerne er enige i at vi trenger kommersielle og ideelle aktører i helse- og omsorgstjenestene for å kunne sammenligne pris og kvalitet i de offentlige tjenestene.

Noe kan altså tyde på at det ofte er de som står lenger unna tjenestene, politikere, fagforeninger og media, som er for å kaste ut kommersielle, mens de som står nærmere tjenestene, innkjøpere, utførere, brukere og pårørende, ikke nødvendigvis har samme holdninger. Dette kan ha sammenheng med at de sistnevnte har mer konkret erfaring med hvordan tjenestene er utformet og hvordan de kommersielle opptrer sammenlignet med andre leverandører. De er trolig opptatt av at kommersielle aktører, i likhet med både offentlige og ideelle, skal vurderes etter om de leverer kvalitativt gode tjenester og er mindre opptatte av å vise til eierformen ved tjenesteproduksjonen. Politikere, fagforeninger og media på den annen side kan ha mer idealistiske eller normative oppfatninger om hva som skiller kommersielle aktører fra andre.

Konklusjon

Forskjellene mellom ideelle og kommersielle aktører er ikke så store som det man ofte får inntrykk av i det offentlige ordskiftet. Det er flere glidende overganger mellom de to eierformene, blant annet ved at mange ideelle aktører organiserer og oppfører seg svært likt som de kommersielle. Noe tyder likevel på at kommersielle er bedre til å utnytte stordriftsfordeler og synergier, og at de derfor kan være flinkere som innovasjonsdrivere.

Den mest åpenbare forskjellen er at ideelle aktører ikke deler ut utbytte til aksjonærer, medlemmer og lignende. Men kommersielle velferdsleverandører kanalisere også det meste av eventuelle overskudd tilbake i drift og utvikling av virksomheten. Skatten som de kommersielle bidrar med gjennom både selskapskatt og skatt på utbytte, skal heller ikke undervurderes. Slike skattebidrag fører til sterkere finanser for offentlig sektor. Kommersielle selskaper innen helse- og omsorgsnæringen betaler flere hundre millioner kroner i selskapskatt hvert eneste år. Dette er midler som staten kan reinvestere i helse- og omsorgstjenester eller andre goder til det norske folk. Eventuelle utbytteandeler ender dessuten ikke utelukkende i lommene til eiere – deler av det blir reinvestert i helse- og omsorgsnæringen eller annen næringsvirksomhet. På den måten bidrar slik kapital til mer næringsutvikling, mer innovasjon og nye skattebidrag. Ideelle aktører kan ikke vise til tilsvarende skattebidrag. Det er påfallende at skatt sjeldent er noe som kommer opp i debatten om private velferdsaktører – skattebidragene fra kommersielle aktører er en viktig bidragsyter til opprettholdelse av den velferdsstaten vi har i Norge i dag.

Ser man på kvalitetsforskjeller mellom eierformene, finner man ikke entydige svar. Den ideelle merverdien som forskere og andre har forsøkt å finne, er vanskelig å spore frem. Vi kan rett og slett ikke slå fast at ideell drift av velferdsoppgaver tilfører samfunnet noe spesifikt annerledes enn det som er tilfelle ved kommersiell og offentlig drift – selv om det ikke kan utelukkes at ideelle aktører representerer noe særegent. Å være ideell eller kommersiell er ikke i seg selv noen garanti for at man yter gode tjenester, men det er noe som tyder på at private aktører generelt leverer bedre tjenester enn det offentlige. Det er ikke systematiske kvalitetsforskjeller private aktører imellom, og det er dessuten tydelig at de ulike driftsformene ikke leverer noen

entydig kvalitet. Noe tyder likevel på at de ideelle gjør det noe bedre ved bruker- og pårørendeundersøkelser, mens de kommersielle leverer litt bedre drift når man ser på objektive kvalitetsindikatorer.

Det mest interessante i henhold til kvaliteten er egentlig at offentlige leverandører ser ut til å bli bedre i konkurranse med private. Når man for eksempel ser på utviklingen fra en undersøkelse til en annen innenfor sykehjemsdrift i Oslo, kommer det frem en betydelig kvalitetsøkning i kommunens drift. Kommersielle aktører utfører tjenester på anbud. Utsiktene til å miste kontrakten ved neste utlysning skjerper trolig oppmerksomheten omkring kvalitet og kostnader innad i organisasjonene. En forlengelse av dette er muligheten for smitteeffekter fra de konkurranseutsatte aktørene til de kommunale utførerne. Innovative tjenestetilbud kan altså spre seg mellom aktørene. Det blir institusjonell læring på tvers av eierformene. Om man kaster ut de kommersielle, vil konkurransen bli dårligere. Det er derfor naturlig å se for seg at velferden totalt sett vil ha lavere kvalitet om man velger å begrense velferdsutførerne til bare to typer aktører.

Hvis velferdstjenestene ikke blir dårligere av at kommersielle driver, men tvert imot noe bedre, og de kommersielle samtidig klarer å opparbeide seg overskudd basert på det ordinære tildelingssystemet fra det offentlige, noe som indikerer at de driver billigere enn det offentlige, er det dessuten mye som tyder på at offentlig sløsing er et større problem enn privat profitt.

Produktivitetskommissjonen beregner at gjennomsnittlig skattesats på husholdningenes inntekt vil måtte øke til om lag 65 prosent dersom man skal møte den forventede demografiske utviklingen i årene fremover, uten produktivtvekst i offentlig sektor.⁵³ Den største faktoren her er kravet til økt bemanning i helse- og omsorgssektoren, blant annet som følge av en aldrende befolkning og stadig høyere forventninger til velferdstilbudet. Men et slikt skattenivå vil trolig aldri bli godtatt – og dermed aldri vedtatt. Klarer ikke det norske samfunnet å øke produktiviteten, vil vi derfor få redusert kvalitet på velferdstilbudet. Manglende finansiering hemmer kvaliteten, og vi risikerer et todelt helsevesen – fordi sviktende finansiering vil føre til helsekøer og lav kvalitet på tilbudet, som igjen vil føre til fremvekst av et mye større privat behandlingstilbud for de som har råd til det, enn det vi har i dag. Vi risikerer med andre ord å skape store ulikheter i det norske samfunnet om vi ikke møter produktivtetsutfordringene.

Skal vi unngå lavere kvalitet på tjenestene og et todelt helsevesen, må vi få en økt satsing på utvikling og innføring av produktivitetsfremmende teknologi og metoder i helse- og omsorgssektoren, slik at vi sikrer tjenester av høy kvalitet, samtidig som vi sikrer kostnadseffektivitet. Dette oppnås trolig best ved et tett samarbeid med private behandlingsbedrifter, både ideelle og kommersielle.

Selv om dette notatet har vist at forskjellene mellom ideell og kommersiell drift ikke er nevneverdig stor, og at det derfor ikke er noen god grunn for å godta den ene og kaste ut den andre, er det slik at hver av de tre sektorene, offentlig, ideell og kommersiell, har både styrker og svakheter, og at styrkene til en sektor ofte kompenseres for svakhetene til en annen. Skal vi møte morgendagens utfordringer, trenger vi miksen av de tre sektorene, der det offentlige setter

rammer og krav for det som skal leveres, og myndighetene sørger for at konkurransen fungerer, mens private aktører bidrar til å styrke innovasjonen og kostnadseffektiviteten. Dette oppnår vi ikke ved å kaste ut kommersielle aktører, men ved å sikre konkurranse og et mangfold av aktører gjennom konkurranselovgivningen.

Vi bør ikke ha et samfunn der de eneste private velferdsaktørene er kommersielle. Vi bør heller ikke ha en velferdssektor bestående kun av private aktører som er ideelle. Men det finnes, som en kjent filosof formulerte det for et par tusen år siden, en gylden middelvei.

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 publikasjons forfatter(e) står for alle utredninger, konklusjoner og anbefalinger, og disse analysene deles ikke nødvendigvis av andre ansatte, ledelse, styre eller bidragsyttere. 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 For en grundig drøftelse av de private aktørenes tradisjon i den nordiske velferdsmodellen, se Civita-notat nr. 1/2020, *Offentlig og privat tradisjon i den nordiske velferdsmodellen*, eller Bjøru, 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
- 2 United Nations, *Handbook on nonprofit institutions in the system of national accounts*, New York: United Nations, 2003
- 3 Lovdata, *Forskrift om offentlige anskaffelser (anskaffelsesforskriften)*, 2020, § 30–2a
- 4 Difi, *Veileder i anskaffelser av helse- og sosialtjenester*, 2018
- 5 Se for eksempel Sivesind, Karl Henrik, *Halvveis til Soria Moria. Ikke-kommersielle velferdstjenester, politikkenes blinde flekk*, Oslo: Institutt for samfunnsforskning, 2008
- 6 Bogen, Hanne og Arne Backer Grønningsæter, *En ideell forskjell? Om ideelle aktører i spesialisthelsetjenesten*, Fafo-rapport 2016:30, s. 22
- 7 Ingstad, Eline Lorentzen og Jill Loga, *Sosialt entreprenørskap i Norge: en introduksjon til feltet, Praktisk finans og økonomi*, 31 (1), 2016, s. 21–33
- 8 BDO, *Markedssvikt, lønnsomhet og gevinstrealisering i barnehagesektoren*, rapport utarbeidet for Kunnskapsdepartementet, 2018
- 9 <https://www.dn.no/utdanninge/barnehagegevinst-pa-en-halv-milliard/2-1-155623>
- 10 Bogen, Hanne og Arne Backer Grønningsæter, *En ideell forskjell? Om ideelle aktører i spesialisthelsetjenesten*, Fafo-rapport 2016:30, s. 22
- 11 Ibid.
- 12 <https://www.lovisenberg.no/oblatbakeriet>
- 13 <https://www.dagensperspektiv.no/leder/2019/ideelle-opptrer-som-kommersielle>
- 14 Tallene i dette kapitlet er hentet fra Jacobsen, Erik W. og Lars Hallvard Lind, *Finansielle nøkkeltall for den private behandlings- og omsorgsnæringen*, Menon-publikasjon nr. 95/2018
- 15 Sivesind, Karl Henrik og Håkon Dalby Trætteberg, *Ideelle organisasjoners særtrekk og merverdi på helse- og omsorgsfeltet*, Senter for forskning på sivilsamfunn og frivillig sektor, Oslo/Bergen, 2015, s. 27
- 16 <https://www.aftenposten.no/meninger/debatt/i/opXIMK/vet-folk-hva-oslos-eldre-naa-mister-herbjoernssoenn-og-kristiansen>
- 17 Informasjonen om Norlandia er hentet fra Jakobsen, Erik W., Lars H. Lind, Bettina Engebretsen og Erland Skogli, *Helsenæringens verdi 2020*, Menon-publikasjon nr. 50/2020, s. 93
- 18 <https://www.dagensperspektiv.no/leder/2019/ideelle-opptrer-som-kommersielle>
- 19 <https://www.fretex.no/om-fretex/fretex-selskapene>
- 20 Sivesind, Karl Henrik og Håkon Dalby Trætteberg, *Ideelle organisasjoners særtrekk og merverdi på helse- og omsorgsfeltet*, Senter for forskning på sivilsamfunn og frivillig sektor, Oslo/Bergen, 2015, s. 44
- 21 Bogen, Hanne og Arne Backer Grønningsæter, *En ideell forskjell? Om ideelle aktører i spesialisthelsetjenesten*, Fafo-rapport 2016:30, s. 31
- 22 Gavelin, Karin, Anders Kassmann och Charlotte Engel, *Om idéburna organisationers särart och mervärde. En forskningskartläggning*, Ersta Sköndal högskola, 2010

- 23 Sivesind, Karl Henrik og Håkon Dalby Trætteberg, *Ideelle organisasjoners særtrekk og merverdi på helse- og omsorgsfeltet*, Senter for forskning på sivilsamfunn og frivillig sektor, Oslo/Bergen, 2015
- 24 Bogen, Hanne og Arne Backer Grønningsæter, *En ideell forskjell? Om ideelle aktører i spesialisthelsetjenesten*, Fafo-rapport 2016:30
- 25 Sivesind, Karl Henrik og Håkon Dalby Trætteberg, *Ideelle organisasjoners særtrekk og merverdi på helse- og omsorgsfeltet*, Senter for forskning på sivilsamfunn og frivillig sektor, Oslo/Bergen, 2015, s. 22
- 26 Selle, Per, Frivillighetens marginalisering, *Tidsskrift for velferdsforskning*, 19 (1), 2016, s. 85
- 27 Ibid., s. 87
- 28 Gautun, Heidi, Hanne Bogen og Anne Skevik Grødem, *Konsekvenser av konkurranseutsetting. Kvalitet, effektivitet og arbeidsvilkår i sykehjem og hjemmetjenesten*, Fafo-rapport 2013:24
- 29 Avsnittet bygger på Rambøll Management Consulting, *Kvalitet ved sykehjem i Oslo 2016-2018*, 2019
- 30 Sivesind, Karl Henrik og Håkon Dalby Trætteberg, *Ideelle organisasjoners særtrekk og merverdi på helse- og omsorgsfeltet*, Senter for forskning på sivilsamfunn og frivillig sektor, Oslo/Bergen, 2015, s. 21
- 31 Avsnittet bygger på NyAnalyse AS, *Effekten av konkurranse: Kvalitet og kostnader ved sykehjem i Oslo*, 2016
- 32 Bogen, Hanne og Arne Backer Grønningsæter, *En ideell forskjell? Om ideelle aktører i spesialisthelsetjenesten*, Fafo-rapport 2016:30.
- 33 <https://www.udir.no/tall-og-forskning/statistikk/statistikk-barnehage/resultater-fra-foreldreundersokelsen-2019/>
- 34 Lindén, Tord Skogedal, Audun Fladmoe og Dag Arne Christensen, Does the type of service provider affect user satisfaction? Public, for-profit and nonprofit kindergartens, schools and nursing homes in Norway, I Karl Henrik Sivesind og Jo Saglie (red.), *Promoting Active Citizenship – markets and Choice in Scandinavian Welfare*, s. 261–284, Palgrave Macmillan, 2017
- 35 Bogen, Hanne og Arne Backer Grønningsæter, *En ideell forskjell? Om ideelle aktører i spesialisthelsetjenesten*, Fafo-rapport 2016:30, s. 36–37
- 36 <https://agendamagasinet.no/debatt/velferds-miks-utfordrer-smittevernet/>
- 37 <https://www.dagbladet.no/nyheter/krisen-har-avkledd-hoyre/72471791>
- 38 <https://www.minervanett.no/jonas-gahr-store-korona-sverige/nedrig-og-unodvendig-om-private-sykehjem/361355>
- 39 https://www.vg.no/spesial/2020/corona/?utm_source=corona-widget&utm_term=d7#norway
- 40 <https://www.ssb.no/helse/statistikker/pleie/aa>
- 41 Ibid.
- 42 Oppsalhjemmet (Norlandia) med fire døde.
- 43 Metodisthjemmet i Bergen med 18 døde, Bekkelagshjemmet i Oslo med fire døde, Betanien rehabilitering og sykehjem i Bergen med tre døde og Hovseterhjemmet i Oslo med to døde.
- 44 https://www.nobladd.no/nordseterhjemmet-er-koronafritt-all-are-til-pleierne-som-har-statt-pa-dognet-rundt/o/5-56-260948?seshat_browser_id=2809fdd5-0eca-4b2a-a558-a95f12ca4454&seshat_client_unix_time=1595080691222&seshat_session_id=05e99640-ad84-417c-aa9e-c663c3394248
- 45 https://www.nrk.no/vestland/tilsyn-med-sykehjem-hvor-16-dode_-metodisthjemmet-har-drevet-forsvarlig-1.15007742

- 46 <https://www.baerum.kommune.no/globalassets/aktuelt/sluttrapport-etter-intern-gjennomgang-ved-vallerhjemmet.pdf>
- 47 Magasin fra Lovisenberg, nr. 1 2020, s. 4–7, intervju med Janne Sonerud: https://issuu.com/solveigjolstad/docs/lovisenbergmagasin_s01_32_260520_enkelt sider_1_fr=sODU1OTE00TAyOTY
- 48 Bogen, Hanne og Arne Backer Grønningsæter, *En ideell forskjell? Om ideelle aktører i spesialisthelsetjenesten*, Fafo-rapport 2016:30, s. 40–41
- 49 Ibid.
- 50 Jacobsen, Erik W., Lars H. Lind, Bettina Engebretsen og Erland Skogli, *Helsenæringens verdi 2020*, Menon-publikasjon nr. 50/2020, s. 88
- 51 <https://www.nho.no/tema/proffentlig/artikler/verdien-av-samarbeid/naringslivet-er-en-del-av-losningen/>
- 52 <https://www.nhosh.no/bransjer/helse-og-velferd/nyheter-helse-og-velferd/2019/norges-storste-helseundersokelse/>
- 53 NOU 2016:3, *Ved et vendepunkt: Fra ressursøkonomi til kunnskapsøkonomi — Produktivitetskomisjonens andre rapport*