

Ideell sektor i en fremtidsrettet organisering av helse- og omsorgstjenestene

Dette innspillet er utarbeidet av Ideelt Nettverk, som representerer 22 ideelle organisasjoner innen helse- og omsorgstjenestene på kommunalt, fylkeskommunalt og statlig nivå. Nettverket samler aktører med bred erfaring fra forebygging, behandling og oppfølging, og bidrar med et samlet perspektiv på hvordan rammevilkår, styring og avtaleformer påvirker kvalitet, bærekraft og samhandling i praksis.

1. Oppsummering av høringsinnspill

Ideelle velferdsaktører har i lang tid levert viktige helse- og omsorgstjenester i Norge. I møte med demografiske endringer, økende knapphet på personell og behov for mer forebyggende og helhetlige tjenester, blir spørsmålet om hvordan disse ressursene tas i bruk, stadig mer avgjørende for en bærekraftig velferdsstat.

Helsereformutvalgets mandat ber utvalget utrede modeller for organisering, styring og finansiering, vurdere oppgave- og ansvarsfordeling mellom nivåene, og vurdere hvordan samarbeid med private aktører kan organiseres slik at tjenestene fortsatt er felles, likeverdige og skattefinansierte.

Med dette innspillet ønsker Ideelt Nettverk å tydeliggjøre hvilken plass ideelle velferdsaktører må ha – uavhengig av valg av organisasjonsmodell – for at Norge skal lykkes med et bærekraftig og mangfoldig helse- og omsorgstilbud.

På denne bakgrunn ber Ideelt Nettverk utvalget legge til grunn at ideelle aktører inngår som likeverdige samfunnsaktører i planlegging, utvikling og gjennomføring av fremtidens tjenester – og ikke reduseres til underordnede leverandører i et offentlig styrt system.

Vårt hovedbudskap er at bruk av ideelle aktører først og fremst er et spørsmål om virkemidler innenfor en felles, offentlig finansiert og universell helse- og omsorgstjeneste – ikke et alternativ til denne.

Ideelt Nettverk anbefaler at utvalget særlig vurderer:

- Hvordan ideelle kan inngå som integrerte aktører på tvers av nivåer, med rammer som understøtter helhetlige pasient- og brukerforløp.
- Hvordan avtale- og finansieringsmodeller kan innrettes for langsiktighet, kvalitet, innovasjon og effektiv ressursbruk – herunder bruk av reservasjon og alternative avtaleformer.
- Hvordan pasient- og brukerrettigheter, inkludert valgmuligheter, kan ivaretas uten at finansieringsmekanismer skaper negative insentiver.
- Hvordan personellpolitikk, kompetanseutvikling og digitalisering/KI kan organiseres slik at ideelle har likeverdige rammer for deltakelse, data og innovasjon.
- Hvordan investerings- og finansieringsprinsipper for sykehusbygg kan utformes uten å skape systematiske skjevheter for ideelle sykehus/avtaleparter.

2. Innledning – hva står på spill?

Helsereformutvalgets arbeid skjer i en periode preget av betydelige strukturelle endringer: demografisk utvikling, press på arbeidskraft, økende kompleksitet i pasientforløp, teknologiske skifter, økende økonomisk usikkerhet og krig i våre nærområder. Reformen handler derfor ikke primært om å korrigere et system som har sviktet, men om å møte fremtidens utfordringer.

Reformarbeidet bør etter Ideelt Nettverks vurdering bygge på en bred felles situasjonsforståelse: mye av dagens helse- og omsorgstjeneste fungerer godt. Samtidig er koordinering og samhandling rundt sårbare grupper med komplekse behov en vedvarende utfordring

Utfordringene handler etter vår vurdering i stor grad om virkemidler, insentiver og samordning- ikke nødvendigvis om svakheter med hovedmodellen for organisering av tjenestene.

Det er bred politisk enighet om at ideelle velferdsaktører skal ha en tydelig plass i velferden. Det finnes mange politiske dokumenter som nettopp omtaler betydningen av ideelle aktører. Likevel går utviklingen feil vei: Ideell andel faller mens behovene øker. Vi erfarer at til tross for politiske målsettinger om vekst for ideell sektor, er barrierene i hovedsak uendret: utilstrekkelige og uforutsigbare rammevilkår, manglende økonomiske insentiver, juridisk uklarhet og en økende polarisering mellom offentlige, ideelle og kommersielle aktører.

Reformen må slik vi ser det balansere flere hensyn:

- Likeverdige tjenester
- Effektiv ressursutnyttelse
- Langsiktig bærekraft
- Innovasjon
- Demokratisk styring
- Mangfold og sosial verdi

Uavhengig av modellene som blir vurdert og besluttet, må man også vurdere hensiktsmessige måter å organisere samarbeidet med ideelle og kommersielle private aktører.

Utfordringen for reformarbeidet er å kombinere styring, kvalitet og bærekraft med mangfold og langsiktighet. I dette bildet fremstår ideelle velferdsaktører som særlige relevante, nettopp fordi ideelles virksomhetsmodell forener offentlig finansiering og styring med langsiktighet, samfunnsforankring og mangfold i tjenestetilbudet. Ideelle velferdsaktører deler det offentliges mål om universelle, solidariske og skattefinansierte tjenester også når det gjelder prioritering og ressursbruk. Ideelle aktørers langsiktige organisering og helhetlige pasient- og brukerforløp kan bidra til bedre samordning, forebygging og mer hensiktsmessig bruk av tjenester over tid.

I dette perspektivet er bruk av ideelle velferdsaktører først og fremst et spørsmål om virkemidler innenfor en felles, offentlig finansiert og universell helse- og omsorgstjeneste- ikke et alternativ til denne. Spørsmålet er derfor ikke om, men hvordan ulike avtaleformer og samarbeidsformer kan brukes for å styrke kvalitet, bærekraft og helhet i tjenestene.

Beredskap og totalberedskap – ideelle aktørers særskilte bidrag

I vurderingen av fremtidens organisering av helse- og omsorgstjenestene er beredskap og samfunnets samlede motstandskraft et sentralt hensyn. Ideelle velferdsaktører har en særskilt rolle i totalberedskapen nettopp fordi de er forankret i sivilsamfunnet. Denne forankringen gir tilgang til ressurser som ikke kan bygges utelukkende gjennom offentlig organisering: tillit,

relasjoner, lokalkunnskap og evne til å mobilisere mennesker – både ansatte, frivillige, brukere og lokalsamfunn.

Ideelle aktører er til stede i hverdagen, i lokalmiljøene og i tjenestene som møter mennesker med sammensatte og ofte sårbare behov. Dette gjør dem særlig relevante i kriser og ekstraordinære situasjoner, der formelle systemer alene ikke er tilstrekkelige. Erfaringene viser at ideelle aktører kan bidra til kontinuitet i tjenestene, rask omstilling og støtte til grupper som ellers kan falle utenfor ordinære beredskapsstrukturer.

Beredskap handler ikke bare om tekniske systemer, infrastruktur og planverk, men også om sosial og menneskelig motstandskraft. Ideelle velferdsaktører bidrar til denne motstandskraften gjennom forebygging, fellesskapsbygging og tillit – før kriser oppstår, under kriser og i etterkant. Kombinasjon av profesjonelle tjenester og sivilsamfunnsforankring gjør Ideelle aktører til viktige brobyggere mellom offentlig sektor og befolkningen.

Helsereformen bør derfor legge til grunn at ideelle aktører ikke bare er leverandører av enkeltstående tjenester, men en integrert del av samfunnets beredskap. Å sikre ideelles rammevilkår, langsiktighet og reelle muligheter for deltakelse i planlegging og samhandling er også et beredskapstiltak. En helse- og omsorgsstruktur som bygger på mangfold av aktører, med sterk forankring i sivilsamfunnet, vil samlet sett gi større robusthet og bedre evne til å håndtere både kjente og ukjente kriser.

3. Ideell sektor – del av marked eller del av samfunnsoppdrag?

Ideelle aktører leverer helse- og omsorgstjenester på kommunalt, fylkeskommunalt og statlig nivå. Det innebærer at ideelle aktører inngår i oppgaveløsningen på en rekke områder, og under ulike rammevilkår, avtaleformer og avtalepartnere – blant annet innen spesialisthelsetjenestene, eldreomsorgen, psykisk helsevern og rus, rehabilitering, barnevern og familievern, samt i spesialiserte tilbud til små brukergrupper med særskilte behov, utdanning m.v.

Ideelle velferdsaktører opererer innenfor et bredt spekter av avtaleformer – fra langsiktige ramme- og driftsavtaler og årlige oppdrag med ansvar for opptaksområder i spesialisthelsetjenesten, til anbudsbaserte kontrakter og søknadsbaserte tilskuddsordninger.

Mange ideelle aktører har en bredde i sin portefølje som bidrar til sammenheng og helhet i tjenestene og i pasienters og brukeres forløp. Mange kombinerer tjenester innen helse, omsorg, utdanning og forskning, eller tilbyr sammenhengende tiltak som spenner fra lavterskel og forebyggende aktiviteter, via heldøgns behandling og omsorg, til oppfølgingstilbud for både brukere og deres pårørende.

Historisk har ideelle vært pionerer i utviklingen av helse -og omsorgstjenester i Norge. De utgjør i dag om lag 8% av de samlede velferdstjenestene (NOU 2024:17). Ideelle er dermed ikke bare tjenesteleverandører, men samfunnsaktører har bygget opp kompetanse og fagmiljøer over tid. Dette er store arbeidsgivere som mobiliserer både arbeidskraft og frivillighet til den samlede velferden.

Ideelle aktører har et rent sosialt og allment formål. De arbeider for fellesskapets beste, har ikke profitt som motiv og deler ikke ut utbytte. Offentlige midler benyttes fullt ut til formålet- til drift, utvikling av tjenester og tilbud. Eventuelle overskudd reinvesteres i formålet. Dette gir ideelle

velferdsaktører en særskilt posisjon i helse- og omsorgstjenestene. Ved å kombinere offentlig finansiering og styring med langsiktighet, samfunnsforankring og verdibasert praksis.

Det prinsipielle skillet mellom ideelle og kommersielle aktører er nylig tydeliggjort gjennom Høyesteretts avgjørelse i HR-2025-2425-A, som fastslår at stat og kommune har et vidt handlingsrom til å benytte ideelle aktører, herunder også til å reservere anskaffelser for ideelle aktører når tjenestene er universelle og solidariske.

Ideelle velferdsaktører bør på denne bakgrunn ikke forståes som ordinære markedsaktører, men som en integrert del av den offentlige finansierte helse- og omsorgstjenesten og sivilsamfunnet. Dette gir reformarbeidet et tydelig rettslig og politisk handlingsrom.

4. Ideell sektor – prinsipielle og strukturelle konsekvenser

På bakgrunn av ideelle aktørers særstilling i velferdsstaten har ideelle organisasjoner historisk hatt en sentral rolle i utviklingen av helse -og omsorgstjenestene i Norge. De springer ut av frivillige initiativ, medlemskap, tros- og livssynsbaserte fellesskap eller sosialt entreprenørskap, og har over tid bygget opp kompetanse og tjenester som har bidratt til mangfold og samtidig samfunnsforankring av velferden.

Denne særstillingen innebærer at ideelle aktører bidrar til helse – og omsorgstjenestene på måter som skiller seg prinsipielt fra både offentlige og kommersielle aktører blant annet gjennom:

- demokratisk forankring utenfor staten
- mobilisering av sosial kapital, tillit og frivillighet
- verdibasert praksis
- reinvestering av overskudd til/i formål

Ideelle aktører er dermed ikke bare leverandører av tjenester, men også samfunnsaktører med en rolle i demokratiet og sivilsamfunnet. Dette skiller dem prinsipielt fra både offentlige virksomheter og kommersielle virksomheter.

Denne forståelsen av ideelle aktørers særstilling er også rettslig forankret. Høyesteretts avgjørelse HR-2025-2425-A bekrefter at ideelle aktører ikke kan likestilles med kommersielle markedsaktører, og at myndighetene har et vidt handlingsrom til å bruke ideelle aktører som en del av den felles, offentlig finansierte helse- og omsorgstjenesten.

Strukturelle konsekvenser

Erfaringene fra de siste tiårene viser at økt bruk av konkurransebaserte og kortsiktige tildelingsmodeller i helse- og omsorgssektoren har sammenfalt med en reduksjon i ideell andel. Dette reiser spørsmål om hvorvidt dagens styrings- og avtaleformer tilstrekkelig grad understøtter politiske mål om mangfold, langsiktighet og sivilsamfunnsforankring.

Reformen bør derfor ikke bare ta stilling til organisering, men også til hvilken strukturelle virkemidler som er egnet til å ivareta ideelle aktørers særpreg og rolle i fremtidens helse – og omsorgstjeneste.

På bakgrunn av dette mener Ideelt nettverk at reformarbeidet bør legge til grunn følgende anbefalinger:

- at ideelle velferdsaktører, med forankring i sivilsamfunnet, er en del av oppgaveløsningen i den felles helse- og omsorgstjenesten.
- at det er mulig å benytte det rettslige handlingsrommet som følger av Høyesteretts avgjørelse, herunder bruk av reservasjon og alternative avtaleformer.
- oppfordrer myndighetene (stat og kommuner) om å sikre avtale- og finansieringsmodeller som muliggjør langsiktighet, samarbeid og integrerte pasientforløp.

5. Organisering og oppgavefordeling mellom nivåene

Fragmentering mellom kommuner og spesialisthelsetjeneste – særlig i overgangene mellom nivåene, bidrar i dag til brudd i pasient- og brukerforløp, uklart ansvar og svakere samhandling over tid. Særlig mennesker med langvarige og sammensatte behov er sårbare for dette.

Ideelle aktører har ofte utviklet tjenester og samarbeidsmodeller som bidrar til bedre sammenheng i pasient- og brukerforløp, blant annet gjennom systematisk involvering av pårørende. Og langsiktig oppfølging. Dette kan bidra til økt mestring, bedre kontinuitet og redusert belastning på tjenestene, og bør inngå i vurderingen av hvordan fremtidige strukturer kan støtte opp under pasient- og pårønderrettigheter.

Flere ideelle aktører opererer allerede på tvers av nivåer og kombinerer forebygging, behandling og oppfølging. Uavhengig av eventuelle endringer ansvars- og oppgavefordelingen mellom nivåene, kan dette utnyttes bedre.

Samtidig er det avgjørende at organisering og styringsmodeller ikke utformes slik at ideelle aktører i praksis blir underlagt lokale eller administrative nivåer hos offentlige tjenesteytere. Ideelle aktører må kunne opptre som selvstendige og likeverdige samarbeidspartnere, med rom for å bidra med egenart, innovasjon og samfunnsforankring – også der det offentlige selv er tjenesteyter.

Fordeler ved å bruke ideelle aktører mer integrerende:

- Bidrar til kontinuitet og helhet i pasient- og brukerforløp
- Gir langsiktighet i tjenester der relasjon og oppfølging er sentralt
- Har sivilsamfunnsforankring som gir tillitt, lokal kunnskap og frivillighetsmobilisering
- Reinvesterer overskudd i formål og tjenesteutvikling
- Egner seg godt i integrerte og tverrsektorielle tjenester.

Forhold som må håndteres for å realisere potensialet ved ideelle aktører

- Behov for klare ansvarsforhold mellom nivåer
- Behov for langsiktige og forutsigbare avtaler
- Avhengighet av riktig finansiering og risikofordeling
- Behov for likeverdige rammer

Ideelt nettverk anbefaler utvalget:

- Foreslå/legge til grunn at ideelle aktører må ha reell mulighet til å bidra til integrerte tjenester på tvers av nivåer. Ved å inkludere ideelle aktører i helsefelleskapene, kan ideelle være arenaer for utprøving/piloter.
- Sikre styringsmodeller og avtaleformer som muliggjør samarbeid fremfor fragmentering.
- Inkludere ideelle aktører i planleggings- og utviklingsprosesser der de leverer betydelig kapasitet

6. Avtaleformer som virkemiddel for kvalitet, bærekraft og mangfold

Som pekt på tidligere, har ideelle aktører historisk vært pionerer i utviklingen av helse – og omsorgstjenester i Norge. Over tid har det offentlige overtatt et helhetlig ansvar for finansiering, styring og universalisering av disse tjenestene. I dag organiseres mye av samarbeidet med ideelle gjennom konkurransebaserte virkemidler som i varierende grad understøtter ideelles egenart og langsiktige samfunnsrolle.

Denne utviklingen innebærer et strukturelt spenn mellom politiske ambisjoner om mangfold og langsiktighet og de virkemidlene som faktisk tas i bruk. Når ideelle aktører i økende grad behandles som ordinære markedsaktører, svekkes forutsetningene for å videreutvikle deres særpreg og bidrag til den felles offentlig finansierte helse- og omsorgstjenesten.

Reformen representerer derfor et veivalg. Spørsmålet er ikke om ideelle aktører skal inngå i oppgaveløsningen, men hvordan styring og avtaleformer og finansieringsmodeller kan utformes slik at de bygger videre på ideelles historiske bidrag og sivilsamfunnsforankring- fortsatt innenfor rammen av universelle og skattefinansierte tjenester.

På denne bakgrunn mener Ideelt nettverk at Helsereform utvalget bør legge til grunn følgende anbefalinger:

- Vurdere større bruk av flerårige avtaler.
- Utnytte handlingsrommet til å videreføre tidsuavgrensede avtaler.
- Utrede partnerskapsmodeller der det er formålstjenlig.
- Utnytte handlingsrommet for reservasjon til ideelle aktører.
- Se på risikofordeling i kontrakter for å sikre langsiktig stabilitet.

7. Pasientens rett til å velge behandlingssted

Pasientens rett til å velge behandlingssted er et sentralt prinsipp i helse- og omsorgstjenestene og har bred støtte i befolkningen. Retten er ment å styrke pasient- og brukerautonomi, bidra til tillitt og sikre at tjenestene i større grad tilpasses individuelle behov. Samtidig er retten til å velge i praksis ulikt kjent og ulikt ivaretatt, og effekten avhenger i stor grad av hvordan tjenestene organiseres og finansieres.

Valgfrihet må derfor forstås i sammenheng med styrings- og finansieringsmodellene som ligger til grunn for tjenestene. Dersom økonomiske insentiver, ansvarsdeling eller ansvarsstrukturer motvirker pasientvalg, risikerer man at retten til å velge blir formell snarere enn reell.

Brukervalg er i denne sammenheng, ikke en egen rettighet, men et virkemiddel som kan benyttes for å understøtte pasientens rett til å velge. Anskaffelsesforskriften åpner for brukervalg som tildelingsmekanisme, der brukeren selv velger mellom forhåndsgodkjente leverandører som oppfyller bestemte krav. Slike ordninger kan organiseres på ulike måter, blant gjennom rammeavtaler, tjenestekonsesjoner eller kvalifikasjonsordninger.

Av disse modellene gir særlig tjenestekonsesjonsordningen og kvalifikasjonsordninger handlingsrom for å avgrense leverandørkretsen, blant annet til ideelle aktører- når dette bidrar til å oppnå sosiale mål, fellesskapets beste og budsjettmessig effektivitet. Riktig brukt kan slike virkemidler bidra til å kombinere pasientvalg med langsiktighet, kvalitet og mangfold i tjenestetilbudet.

Samtidig må valgfrihet alltid vurderes opp mot hensyn til styring, likeverdig tilnag og helhetlige pasientforløp.

Reformarbeidet bør derfor tydeliggjøre hvordan retten til å velge behandlingssted skal ivaretas i fremtidens organisering, og sikre at finansiering- og avtalestruktur ikke skaper insentiver som i praksis begrenser pasientvalg eller samhandling.

8. Personell og kompetanse

Arbeidskraft- og kompetanseutfordringen må stå sentralt i reformarbeidet. I en situasjon med økende behov og knapphet på personell i helse- og omsorgstjenestene, blir forebygging, helhetlige forløp og god utnyttelse av tilgjengelig kompetanse avgjørende for bærekraften i tjenestene

Ideelle aktører har en særskilt rolle i denne sammenhengen gjennom sin forankring i lokalsamfunn og sivilsamfunn, og bidrar med sosial merverdi og fellesskapsbygging som går utover den enkelte tjenesteleveranse. Ideelle institusjoner er betydelige arbeidsgivere med spesialisert kompetanse, og leverer store deler av døgnkapasiteten innen enkelte fagområder.

Ny teknologi, digitale løsninger og bruk av kunstig intelligens vil være viktige virkemidler for å møte personellknapphet og økende kompleksitet i tjenestene. Vi vil peke på at Ideelle aktører kan være egnet arena for utprøving og implementering av slike løsninger i tett samspill med brukere og fagmiljøer. Reformen bør uansett sikre likeverdige rammer for ideelles deltakelse i nasjonale digitaliserings- og KI-initiativer, herunder tilgang til finansiering, data og kompetanseutvikling.

Strukturelt dilemma

Samtidig illustrerer dagens rammevilkår et strukturelt dilemma i personell- og kompetansepolitikken: På den ene siden forventes ideelle aktører å bidra til rekruttering, utdanning og kompetanseutvikling på lik linje med offentlige virksomheter. På den andre siden har ideelle aktører ikke alltid likeverdige rammer for å ivareta disse oppgavene.

Et konkret eksempel på dette er ulik praksis knyttet til LIS-stillinger og tilhørende finansiering, som kan påvirke både rekruttering og kvalitet i tjenestene. Slike forskjeller kan over tid svekke

ideelle aktørers mulighet til å bidra fullt ut i oppgaveløsningen, til tross for politiske ambisjoner om likeverdige rammer.

Ideelt nettverk anbefaler utvalget:

- Sikre likeverdige rammer for tilgang til kompetanseutvikling, innovasjon og deltakelse i utviklingsprosjekter, gitt gjensidige forutsetninger for resultat- og gevinstdeling.
- Sikre likeverdige rammer og forutsetninger for tilgang til og deling av data i tjenestene.
- Sikre likeverdige rammer for LIS-stillinger i ideelle institusjoner.
- Sikre likeverdige rammer for deltakelse i samhandlingsaktiviteter, herunder delte stillinger.
- Legge til grunn at avtalestruktur og virkemiddelbruk påvirker arbeidsgivers attraktivitet og rekrutteringsmuligheter.

9. Økonomiske rammer og bærekraft

Finansieringsmodellene er avgjørende for hvordan reformens mål faktisk realiseres i praksis. Selv gode fordelingsmodeller kan skape utilsiktede insentiver dersom de ikke er tilpasset samhandling og pasientvalg.

Dette reiser særlig spørsmål om hvordan økonomiske og strukturelle virkemidler påvirker ideelle aktørers rammevilkår over tid. Den såkalte Magnussen-modellen er et sentralt instrument for fordeling av ressurser mellom de regionale helseforetakene og helseforetakene. Modellen bidrar til: objektiv og behovsbasert fordeling, legitimitet i ressursallokeringen og stabilitet og forutsigbarhet på befolkningsnivå.

På makronivå fungerer modellen godt som fordelingsmekanisme. utfordringen oppstår imidlertid i møtet mellom finansieringsstrømmer og pasientbevegelser.

Når en pasient velger behandling hos en ideell avtalepart, kan dagens finansierings- og budsjettmekanismer gjøre dette økonomisk ugunstig for helseforetaket- noe som i praksis kan svekke reell valgfrihet og samhandling.

Denne effekten er ikke et resultat av intensjonen bak finansieringsmodellene, men av hvordan aktivitetsfinansiering og interne budsjettmekanismer virker i samspill. Konsekvensen kan bli at pasientens rett til å velge behandlingssted svekkes i praksis, og at samhandling mellom offentlige og ideelle aktører oppleves som økonomisk risiko fremfor faglig gevinst.

Det oppstår dermed et strukturelt dilemma

På den ene siden er det et politisk mål å styrke pasientvalg, mangfold av leverandører og samarbeid mellom offentlige og ideelle aktører. På den andre siden kan dagens finansieringsstruktur innebære at pasientvalg og samhandling får uønskede budsjettmessige konsekvenser for helseforetakene.

Ideelt nettverk anbefaler utvalget:

- Utrede hvordan finansieringsmodeller og interne budsjett mekanismer påvirker samhandling mellom offentlige helseforetak og ideelle avtalepartnere.

- Vurderejusteringer i finansieringsstrukturen slik at helseforetak ikke får negative økonomiske insentiver når pasienter velger ideelle tilbud.
- Sikre at pasientens rett til å velge behandlingssted støttes av økonomiske rammer som er nøytrale mht leverandørform.
- Analysere hvordan finansieringsmodellen kan fremme samarbeid fremfor konkurranse mellom offentlige og ideelle aktører.
- Legge til grunn at justeringer i finansieringssystemet ikke skal svekke behovsbasert ressursfordeling, men bidra til å realisere reformens samlede mål

10. Investeringer og eiendomsutvikling – strukturelle forskjeller for ideelle aktører

Uavhengig av valgt organisasjonsmodell er det avgjørende at fremtidens finansierings- og investeringsprinsipper ikke skaper systematiske skjevheter mellom statlige helseforetak og private ideelle aktører. For ideelle sykehus og ideelle avtalepartnere er tilgang til kapital for investeringer og eiendomsutvikling en særlig utfordring.

Ideelle aktører har ikke samme tilgang til kapital som statlige helseforetak. De kan ikke finansiere investeringer gjennom statlige låneordninger på tilsvarende vilkår, og har begrensede muligheter til å bygge opp egenkapital. Samtidig forventes ideelle aktører å levere tjenester av tilsvarende kvalitet, innenfor samme krav til bygningsmessige standarder, kapasitet og modernisering. Dette skaper en strukturell asymmetri:

Mens statlige helseforetak kan skille mellom drift og investeringer, og få finansiert større byggeprosjekter gjennom statlige ordninger, må ideelle aktører i stor grad dekke investeringer gjennom driftsrammene. Over tid kan dette føre til redusert økonomisk handlingsrom, svekket konkurransevne og manglende mulighet til nødvendig utvikling og modernisering.

Dersom fremtidige finansieringsmodeller i større grad skiller mellom drift og investeringer, uten samtidig å ivareta ideelle aktørers særlige forutsetninger, vil dette kunne forsterke forskjellene mellom statlige og ideelle aktører. Resultatet kan bli at ideelle aktører gradvis faller bak når det gjelder bygningsmessig kvalitet og kapasitet, til tross for at de leverer tjenester som er integrert i den offentlig finansierte helse- og omsorgstjenesten.

Reformarbeidet bør derfor legge til grunn at investerings- og finansieringsprinsipper må utformes slik at de ikke systematisk svekker ideelle aktørers mulighet til å bidra over tid. Likeverdige rammer for investeringer er en forutsetning for mangfold, langsiktighet og bærekraft i tjenestetilbudet.

Ideelt Nettverk anbefaler at utvalget:

- Påpeker at eventuelle skiller mellom drift og investeringer må utformes slik at ideelle sykehus og avtalepartnere ikke får svekket sine økonomiske rammer.
- Sikrer at finansieringsmodeller for investeringer ikke skaper varige skjevheter mellom statlige helseforetak og ideelle aktører.
- Bidrar til at også ideelle aktører får rammer som gir forutsigbarhet og mulighet for nødvendig eiendomsutvikling og modernisering.

11. Avslutning

Som pekt på i dette innspillet har ideelle aktører historisk vært pionerer i utviklingen av helse- og omsorgstjenester i Norge. Over tid har det offentlige overtatt et helhetlig ansvar for finansiering, styring og universalisering av disse tjenestene. I dag organiseres store deler av samarbeidet med ideelle aktører gjennom konkurransebaserte og finansielle virkemidler som i varierende grad er tilpasset ideelles særpreg og langsiktige rolle.

Gjennomgangen i kapitlene over viser at dette gir utslag på flere områder: i organisering og samhandling mellom nivåene, i pasientens reelle mulighet til å velge behandlingssted, i personell- og kompetansepolitikk, og i ideelle aktørers mulighet til å investere i bygg og infrastruktur på like vilkår med statlige helseforetak. Samlet sett peker dette på strukturelle skjevheter som over tid kan svekke ideell sektors evne til å bidra slik det er politisk ønsket

Reformarbeidet står derfor ovenfor et reelt veivalg. Spørsmålet er ikke om ideelle aktører skal inngå i den felles, offentlig finansierte helse- og omsorgstjenesten, men om styrings-, finansierings- og avtaleformene faktisk understøtter dette i praksis. Dersom virkemidlene ikke justeres, er det risiko for at ideelle aktører gradvis får svekket handlingsrom, til tross for klare politiske mål om mangfold, langsiktighet og samarbeid.

Ideelt Nettverk mener derfor at reformens legitimitet og gjennomførbarhet forutsetter en mer bevisst og helhetlig bruk av tilgjengelig handlingsrom. Reformen bør bygge videre på ideelles historiske bidrag og samfunnsforankring, og sikre rammer som gjør det mulig for ideelle aktører å delta på likeverdige vilkår – også over tid.

Ideelt Nettverk står til disposisjon for videre dialog.

Oslo, 30. mars, -26



Anita Ellefsen

Leder Ideelt Nettverk