



FRIVILLIGHETNORGE

Nærings- og fiskeridepartementet
Postboks 8090 Dep
0032 OSLO

28.10.2014

Høringsuttalelse - NOU 2014: 4 Enklere regler, bedre anskaffelser

Vi viser til Nærings- og fiskeridepartementets høringsbrev av 20.06.2014. Frivillighet Norge takker for muligheten til å komme med innspill til departementets videre arbeid med NOU 2014: 4.

1. Om Frivillighet Norge

Frivillighet Norge er et interessepolitisk samarbeidsorgan for frivillige organisasjoner i Norge. Vi har 280 medlemsorganisasjoner. En del av disse er involvert i drift av ulike ideelle nonprofittbaserte helse og velferdstilbud.

2. Ideelle aktører på helse- og velferdsfeltet

De ideelle helse- og omsorgsleverandørenes mål er å skape et tilbud til beste for samfunnet og den enkelte bruker, i tråd med oppdraget som medlemmer eller stiftere har gitt dem. Evt. overskudd skal benyttes til vedtatt ideelt formål. Dette i motsetning til kommersielle aktører på helse- og omsorgsfeltet, har som mål å gi eierne økonomisk gevinst.

Med ideelle aktører på helse- og velferdsfeltet mener Frivillighet Norge virksomheter som:

- drives som nonprofittbaserte foretak. Det vil si at et eventuelt overskudd gjeninvesteres i driften av organisasjonen, det blir ikke utbetalt til eierne.
- er registrert i Frivillighetsregisteret¹.
- primært har helseformål eller sosiale formål.
- eies av, eller har sitt utspring i, en stiftelse eller frivillig organisasjon med demokratisk oppbygging og høy grad av delaktighet og medbestemmelse.
- representerer en merverdi i form av sin pionerrolle, sitt brukerperspektiv, sin tilgang på frivillige og/eller likemenn, sin rolle som talerør for brukergrupper, den høye tilliten virksomheten har og/eller det helhetlige perspektivet som ligger til grunn for arbeidsmetode og driftskonsept.

2.1 Ideelle aktører i helse- og velferdsfeltet er usikre på egen framtid

I 2011 kartla Frivillighet Norge at 25 ideelt drevne helse- og omsorgstilbud ble nedlagt i 2009 og 2010.² Hovedårsaken var at det offentlige kjøpte tjenester av kommersielle aktører som kan

¹ LOV 2007-06-29 nr. 88: Lov om register for frivillig virksomhet §3-4

² Frivillighet Norge 2011: Offentlige innkjøp av helse- og sosialtjenester fra ideelle aktører – alternative løsninger. Se eget vedlegg.

operere med lavere priser enn de ideelle. De ideelle helse- og omsorgsleverandørene fikk ikke uttelling for den merverdien de tilbyr i anbudskonkurransene. Store historiske pensjonskostnader og kortvarige kontraktperioder er også en viktig del av forklaringen.

Våren 2014 gjennomførte Frivillighet Norge en kartlegging og fikk svar fra 52 av våre medlemsorganisasjoner som driver helse- og velferdstilbud.³ I kartleggingen kommer det frem at 44 % av respondentene som konkurrerer med kommersielle aktører frykter at de må legge ned om fem år, mot bare 12 % blant dem som ikke konkurrerer med kommersielle. Kartleggingen viser at en av hovedårsakene til frykten for konkurranse med de kommersielle er de historiske pensjonskostnadene mange av de ideelle bærer på. 87 % av de som driver institusjonsbaserte tilbud mener at historiske pensjonskostnader i noen eller stor grad hindrer institusjonen i å delta i anbudskonkurranser, og 95,5 % av de samme respondentene mener at dette i noen eller stor grad hindrer nyetableringer som forutsetter noen form for offentlig finansiering.

Frivillighet Norge anbefaler at det føres en innkjøpspolitikk som legger til rette for at ideelle aktører skal være en del av det offentlige velferdstilbudet også i fremtiden. En innkjøpspolitikk basert på offentlige anbudskonkurranser om korte kontrakter og med stor vektlegging av pris som avgjørende kriterium, vil ha som konsekvens at de ideelle aktørene etter hvert blir borte. Det vil ikke bare bety færre tilbydere, men også mindre innovasjon og en svekking demokratiet. De ideelle aktørene har tradisjonelt tatt tak i nye utfordringer; identifisert nye diagnoser og helseutfordringer, utviklet nye behandlingsmetoder, satt saker på den offentlige dagsorden i Norge og bidratt til å skape forståelse for utsatte gruppers situasjon og behov.

3. Mest velferd for pengene - ideelle aktørers merverdi

Ideelle aktører på helse- og omsorgsfeltet har tradisjonelt vært samfunnsaktører som har etablert behandlings- og omsorgstilbud som ledd i arbeidet med realiseringen av sitt ideelle formål. De har vært sentrale premissleverandører i utviklingen av det norske velferdssamfunnet. Det innebærer at de har fylt mer enn en generell leverandørrolle og levert mer enn det som er etterspurt i anbudskonkurranser og som de får betalt for.

Ideelle aktørers merverdi knyttes til en rekke kvaliteter som i liten grad etterspørres i anskaffelsesprosesser.⁴ De er samfunnsaktører som identifiserer nye problemer, diagnoser og behandlingsmetoder. Ideelle aktører på har ofte tilbud til brukerne både før og etter et behandlingsopphold. De forholder seg til hele mennesket – ikke til sykdom eller problemet alene. De utfordrer også samfunnet og politikerne. Eksempler er debatt om spilleavhengighet, alkohol-, narkotika- og kriminalpolitikk og gjennom en verdiorientert profilering av utsatte gruppers sårbarhet og verdighet.

3.1 Ideelle aktørers merverdi må etterspørres for at den skal tillegges vekt

For at den merverdien ideelle aktører representerer, skal kunne tillegges vekt i anbudsprosesser,

³ Frivillighet Norge 2014: Om rammevilkår for ideelle og frivillige helseaktører. Se link: <http://www.frivillighetnorge.no/filestore/Dokumenter/Frivillighetspolitikk/Rapportframedlemsunderskelseomrammevilkårforideelleogfrivilligehelseaktører.pdf>

⁴Frivillighet Norge 2012 - Informasjonsskriv - Ideelle aktørers merverdi i helse- og velferdssfeltet. Se eget vedlegg

må den etterspørres. Det må uttrykkes en politisk vilje til å ha ideelle aktører som en del av velferdstilbudet. Regelverket må legge til rette for at innkjøperne som en del av anskaffelsesprosedyren, kan ha dialog med leverandørene for å kartlegge hva de faktisk tilbyr slik at de kan etterspørre de ideelles merverdi.

Dersom dialogen med aktuelle aktører har avdekket særtrekk eller kvaliteter som er relevante for tjenesten som skal leveres må disse særtrekkene og kvalitetene brukes spesifikt i kravspesifikasjonen. Et eksempel på dette kan være en beskrivelse av leverandørens helhetlige brukerperspektiv. Ideelle aktører er ofte engasjert i flere aktiviteter enn institusjonsdrift. Brukere kan dermed ha kontakt med den ideelle aktøren i form av deltakelse i andre tilbud både før og etter institusjonsoppholdet. Det øker muligheten for optimale resultater av behandlingen.

Frivillighet Norge anbefaler at det må være et mål for den offentlige innkjøpspolitikken å etterspørre den merverdien ideelle aktører leverer i helse – og velferdssfeltet representerer.

Frivillighet Norge anbefaler at det offentlige skal ha som mål å prioritere å kjøpe tjenester av ideelle aktører på helse- og omsorgsfeltet når disse fins og leverer forsvarlig kvalitet. Ved innkjøp i form av offentlig anbudskonkurranse må det legges til rette for likeverdig konkurranse i. Det betyr at de ideelle aktørene får uttelling for merverdien og at det offentlige er med å ta ansvar for de ideelles historiske pensjonskostnader

4. Forenkling i lys av det nye EU-direktivet gjeldende fra 2016

EUs nye innkjøpsdirektiv legger til grunn at det offentlige står relativt fritt til å organisere innkjøpsprosedyrer når oppdragssummen er lavere enn 750.000 euro. Kontrakter under dette beløpet vil som hovedregel fortsatt kunne tildeles ideelle aktører uten åpen konkurranse. I Sejerstedrapporten understrekes det også at det er opp til norske myndigheter å bruke mulighetene i regelverket som sikrer at ideelle aktører fortsatt skal kunne være en del av det offentlige velferdstilbudet for øvrig:

- Det er mulig å innføre egne norske regler for anskaffelse der eksisterende ideelle aktører med kompetanse og kvalitet bør kunne stå sterkt.
- Det er mulighet til å inngå langsiktige – også tidsubegrensede avtaler med ideelle aktører i forkant av direktivets ikrafttredelse 1.1. 2016. Avtalene vil da gjelde etter at direktivet er trådt i kraft.
- Det kan legges til rette for egne ordninger med statstilskudd der ideelle aktører søker støtte til helse og sosialtiltak på selvstendig initiativ.
- Det er ingen plikt til å lyse ut offentlige tjenester som det offentlige alltid alternativt kan gjøre selv. Det kan derfor legges til rette for løsninger der ideelle aktører bistår som en del av det offentliges tilbudet, der det offentlige har "egenregi".
- Der oppdraget gjelder utøvelse av tvang (for eksempel på barnevernsfeltet) vurderes det at ideelle aktører fortsatt kan unntas fra anbudsrunderne.
- EU direktivet åpner for at det kan tas hensyn til kontinuitet, geografisk nærhet og tilgjengelighet.
- Kriterier for anbud kan utformes slik at kvalitet betyr mer enn prisen. Det er med andre ord fullt mulig å etterspørre ideelle aktørers merverdi også etter 2016.

Frivillighet Norge oppfatter at Sejerstedsrapporten konkluderer med at regjeringen har en rekke konkrete muligheter for å etablere en innkjøpspolitikk som sikrer at ideelle

aktører fortsatt skal være en del av det offentlige velferdstilbudet. Frivillighet Norge anbefaler regjeringen å utnytte tiden, frem til det nye EU-direktivet trer i kraft til å implementere de muligheter som ligger i punktene over i et nytt forenklet regelverk, og til å føre en innkjøpspolitikk som har som uttalt mål og resultat at ideelle skal være en del av framtidens offentlige velferdstilbud i Norge.

Vedlegg:

- Frivillighet Norge 2011: Rapport ”Offentlige innkjøp av helse- og sosialtjenester fra ideelle aktører – alternative løsninger”
- ¹Frivillighet Norge 2012: Informasjonsskriv - Ideelle aktørers merverdi i helse- og velferdsfeltet.

Vennlig hilsen



Birgitte Brekke
Generalsekretær



Bjørn Lindstad
Rådgiver

Frivillighet Norge

Offentlige innkjøp av helse- og sosialtjenester fra ideelle aktører- alternative løsninger

RAPPORT

9.11.2011

Oppdragsgiver: Frivillighet Norge
Rapportnr.: R7389
Rapportens tittel: Offentlige innkjøp av helse og sosialtjenester fra ideelle aktører-alternative løsninger
Ansvarlig konsulent: Bjørn Arthur Brox
Kvalitetssikret av: Kaare Granheim
Dato: 9.11.2011

Innhold

OFFENTLIGE INNKJØP AV HELSE- OG SOSIALTJENESTER FRA IDEELLE AKTØRER-ALTERNATIVE LØSNINGER	1
1 INNLEDNING	7
2 KONKURRANSE ELLER DIREKTE KJØP?	7
3 KONKURRANSE PÅ PRIS ELLER KVALITET?	9
4 EKSEMPLENE	10
5 PRISING	11
5.1 TASTA SYKEHJEM	11
5.2 VEILEDER FRA KOMMUNALDEPARTEMENTET	12
6 KVALITETSVURDERING-SCHANDORFFSGATE 4	15
6.1 KVALITETSKRITERIER	15
6.2 DOKUMENTASJON AV KOMPETANSE OG RESULTATER	16
6.3 OPPFØLGING AV KVALITETSKRAVENE	16

Vedlegg Evalueringsmatrise for kvalitet i Schandorffsgate 4

Forord

Denne rapporten er laget av Agenda Kaupang AS på oppdrag av Frivillighet Norge ved generalsekretær Birgitte Brekke. Vi takker for god hjelp av Guri Idsøe Viken i sekretariatet i Frivillighet Norge.

Vi takker for godt samarbeid med de ansvarlige i de to casene rapporten forteller om. Avtalen med Frivillighet Norge er at disse personene kan svare på spørsmål:

- Schandorffsgate 4: Marit Nybø, daglig leder i Bybo, avdelingen i Kirkens Bymisjon i Oslo som driver boligtilbudet og Terje Kaupang, rådgiver for generalsekretæren i Kirkens Bymisjon i Oslo.
- Tasta sykehjem: Per Andreassen, daglig leder/styrer på Tasta sykehjem, Ørjan Berven, rådgiver i Eiendomsjuridisk avdeling og Anne Kjersti Salthe, rådgiver i Oppvekst og levekår i Stavanger kommune.

Ansvarlig konsulent i Agenda Kaupang har vært Bjørn Arthur Brox. Vi håper rapporten kommer til nytte.

Høvik, 9.11.2011

Agenda Kaupang AS

1 Innledning

Denne rapporten beskriver alternative løsninger ved innkjøp av helse- og sosialtjenester til det offentlige fra ideelle aktører.

Rapporten er laget av Agenda Kaupang AS på oppdrag av Frivillighet Norge. Bakgrunnen for rapporten er at ideelle aktører har tapt en del anbudskonkurranser innenfor pleie og omsorgstjenester på pris de siste årene. Eksemplene i rapporten skal være til hjelp for kommuner og statlige etater som ønsker å gjøre avtaler med de ideelle aktørene innenfor regelverket for offentlige innkjøp.

Offentlige innkjøp styres av Lov om offentlige anskaffelser. Hovedprinsippet i loven er at innkjøp til det offentlige skal skje gjennom konkurranse. Det offentlige kan fritt velge om leverandører skal velges på grunnlag av pris, kvalitet eller en blanding av disse to faktorene.

Helse- og sosialtjenester fra ideelle aktører kan kjøpes inn med eller uten konkurranse. Lov om offentlige anskaffelser har gjort unntak for anbudsplikten når det gjelder disse tjenestene. Flere kommuner har benyttet dette unntaket ved innkjøp av sykehjemstjenester fra ideelle aktører.

Den andre løsningen er innkjøp med konkurranse. Det er tre grupper leverandører av kommunale pleietjenester: kommunen selv, ideelle aktører (for eksempel Røde Kors og Kirkens Bymisjon) og kommersielle selskaper. Ideelle aktører har stort sett de samme tariffavtaler og pensjonsavtaler som kommunene. Hvis man vil ha med de ideelle aktørene i konkurransen, må man legge det kommunale kostnadsnivået til grunn. Rapporten viser hvordan dette gjøres. Kontrakten mellom Tasta sykehjem og Stavanger kommune brukes som eksempel.

Med et gitt kostnadsnivå vil konkurranse bety konkurranse på kvalitet. Kvalitetsvurderingen trenger ikke være svært detaljert, men må fange opp det vesentlige ved de tjenestene som skal kjøpes inn. Kontrakten mellom Kirkens Bymisjon og Oslo kommune om botilbudet Schandorffsgate 4 brukes som eksempel.

Rapporten tar opp noen prinsipielle og økonomiske spørsmål rundt innkjøpene. Mer detaljerte juridiske spørsmål behandles ikke.

2 Konkurransen eller direkte kjøp?

Det er ikke åpenbart at innkjøp av pleietjenester fra ideelle aktører må skje som anbudskonkurranser.

Innkjøp av alle slags varer og tjenester til det offentlige styres av Lov om offentlige anskaffelser (Lov 1999 nr. 69). Lovens hovedregel er at innkjøp over kr 500.000 skal skje gjennom konkurranse/anbud. Under denne terskelverdien er det lov å foreta direkte anskaffelser. Også for slike mindre innkjøp er konkurranse ønskelig, men de formelle kravene er små. Alle offentlige anskaffelser skal fremme likebehandling av leverandører og rasjonell ressursbruk.

Det er imidlertid gjort unntak for innkjøp av helse- og sosialtjenester fra ideelle aktører. I Forskrift om offentlige anskaffelser (For 2006 nr 402) står det i paragraf 2.1.3: "For kontrakter om utførelse av helse- og sosialtjenester med en ideell organisasjon er oppdragsgiver ikke forpliktet til å følge reglene i forskriftens del 2 eller 3". Det vil si at slike anskaffelser bare er underlagt de generelle reglene i forskriftens del 1 om direkte anskaffelser. Forskriften gir likevel pålegg om å konkretisere ytelsene som omfattes og offentliggjøre resultatet.

I veilederen til loven blir unntaksbestemmelsen begrunnet slik: " Med åpen konkurranse risikerer man at man ikke i tilstrekkelig grad ivaretar hensynet til ønsket samfunnsmessig engasjement og samarbeid med ideelle organisasjoner" (s.87).

Veilederen til loven sier at oppdragsgiver likevel ikke står helt fritt til å plukke ut leverandører når det er snakk om kontrakter over EU-terskelverdiene. For kommunale tjenestekjøp er terskelverdien 1,6 millioner kroner. Innkjøp av pleietjenester vil ofte ha større verdi enn det. Veilederen til loven sier om slike innkjøp: " Oppdragsgiver kan ikke kun plukke ut leverandører, men må sørge for en bredere offentliggjøring som sikrer likebehandlings- og ikke-diskrimineringsprinsippet" (side 173).

Klagenemnda for offentlige anskaffelser (KOFA) behandlet 13. juli 2011 en sak om påstått ulovlig direkteanskaffelse av plasser i private barnevernstiltak. KOFA kom fram til at innkjøpene ikke var ulovlige: "Avtalene var kontrakter inngått med ideelle organisasjoner, som er unntatt kunngjøringsplikten i medhold av forskriften § 2-1(3)" (se vedtaket på Kofa.no).

Loven sier at innkjøp fra ideelle aktører KAN unntas fra konkurranse. Det betyr at den offentlige innkjøperen selv bestemmer om det skal skje. Stavanger og Oslo kommuner har benyttet begge mulighetene i loven.

Oslo kommune har valgt å lage konkurranser om de fleste innkjøp av pleietjenester. Ideelle aktører sidestilles med private i disse konkurransene. Det er konkurranse på pris og kvalitet. Slik ble det gjort ved anbudet om botjenester til Schandorffsgate 4. Kontraksperioden er fire år.

Stavanger kommune har valgt å unnta de ideelle sykehjemmene fra anbuds-konkurranse da en hadde parallell forhandling med samtlige leverandører. Alle de seks sykehjemmene som var drevet av ideelle aktører har fått fornyet kontrakt med kommunen. Det har vært et mål å gi de ideelle sykehjemmene så like vilkår som mulig med de kommunale sykehjemmene. Stavanger kommune har altså benyttet unntaksbestemmelsen i innkjøpsregelverket. Kontraktene er i varierende lengde knyttet opp til gjenværende avskrivningstid på kommunale investeringer i sykehjemmene. De lengste avtaler er derfor inngått med en varighet på 32 år. Stavanger kommune har også et sykehjem der driften er konkurranseutsatt. Oslo kommune har også unntatt 13 sykehjem eid av ideelle aktører fra anbuds-konkurranse.

Man kan også tenke seg en tredje innkjøpsmetode: konkurranse blant ideelle aktører. Dette vil være aktuelt når nye tilbud skal etableres, og det offentlige ønsker ideelle drivere.

3 Konkurransen på pris eller kvalitet?

Hvis det offentlige ønsker å konkurransesette tjenestene, så kan det skje på to måter:

- Konkurransen på pris: Oppdragsgiver ønsker å spare penger, og tror private kan løse oppgavene billigere enn det offentlige.
- Konkurransen på kvalitet: Oppdragsgiver ønsker å øke kvaliteten i tjenesten, og tror private kan levere bedre løsninger enn det offentlige.

De to metodene kan kombineres i samme konkurranse. Oslo kommune har arrangert flere anbudskonkurranser i pleiesektoren de siste årene med vekt på både pris og kvalitet. Denne rapporten handler kun om konkurranse på kvalitet.

Konkurranse på kvalitet er blitt mer aktuelt i kommunal sektor de siste årene. Ved konkurranseutsettingen av Gullhaug sykehjem i 2005 valgte Bærum kommune å gjennomføre en konkurranse på kvalitet med en gitt pris. Kommunen deltok i konkurransen og la en selvkostberegning til grunn for anbudet. Kommunens mål var ikke å spare penger, men å øke kvaliteten i tjenesten.

Oslo kommune la en selvkostberegning til grunn for forsøket med brukervalg i hjemmehjelpstjenesten (fra 2003). Kommunen deltok selv i konkurransen. Formålet med fritt brukervalg er å stimulere kvaliteten i tjenesten ved å innføre konkurranse om brukeren.

Fritt brukervalg er vedtatt politisk som prinsipp i noen viktige kommuner, blant annet Oslo, Bergen og Stavanger. Fritt brukervalg betyr konkurranse på kvalitet. Ved fritt brukervalg flyttes myndigheten til å utpeke leverandøren fra kommunens administrasjon til den enkelte bruker. I hjemmetjenesten i Oslo får brukeren et timevedtak fra bydelens tildelingskontor og en liste med godkjente utførere. Leverandørene får betalt av kommunen for de oppdrag/timer som utføres. Fritt brukervalg forutsetter likebehandling av alle leverandørene når det gjelder pris. Da blir konkurransen mest rettferdig. Alle leverandørene av hjemmetjenester i Oslo kommune får den samme timeprisen, også kommunen selv. Oslo kommune har åpnet for at tilbyderne kan selge tilleggstjenester til brukerne.

Konkurranse på kvalitet er tatt i bruk i barnehagesektoren fra 2004 med stor politisk tilslutning. Private og kommunale barnehager konkurrerer i prinsippet om foreldrenes gunst. Private barnehager får tilnærmet samme offentlige støtte pr. barn som de kommunale barnehagene. I 2011 er det blitt flere kommuner med overskudd av barnehageplasser, slik at det frie brukervalget gir reell konkurranse.

Fritt brukervalg får størst betydning når pengene følger brukeren. Noen kommuner i Norge har innført fritt brukervalg av sykehjem uten en slik ordning. Dette innebærer begrenset konkurranse om brukerne. Kapasiteten og tilbyderne er gitt. Brukerne kan bare velge mellom de plassene som tilfeldigvis er ledige. Det er ofte få ledige plasser.

I statsbudsjettet for 2012 skriver regjeringen at den er opptatt av å forbedre samarbeidet med ideelle aktører. Regjeringen ønsker å bidra til bedre konkurransegrunnlag for innkjøp av helse og sosialtjenester, blant annet for å forbedre kvalitetskriteriene og hindre sosial dumping. DIFI skal lage en veileder for innkjøp av helse- og sosialtjenester til det offentlige.

4 Eksemplene

I denne oversikten bruker vi erfaringer fra følgende innkjøp av kommunale pleietjenester:

Schendorffsgate 4, Oslo 2009 (Bydel St. Hanshaugen). Botilbud til tunge brukere innenfor rus/psykiatri for 11 personer. Innkjøp av oppfølgingstjenester for beboerne på dagtid og kveldstid. Oslo Bymisjon hadde kontrakt, og fikk den fornyet for fire år etter anbudskonkurranse i 2009. Bygget eies av Oslo kommune.

Bymisjonen var med å utvikle tilbudet i Schendorffsgate 4. Administrasjonen i bydel St. Hanshaugen startet på begynnelsen av 2000-tallet et uformelt samarbeid med Bymisjonen om å lage et botilbud for brukere med tunge problemer innenfor rus og psykiatri. Bydelen manglet et slikt tilbud, og ønsket at Bymisjonen skulle drive boligen. Man antok at Bymisjonen hadde bedre forutsetninger enn kommunen til å få til noe som fungerte for denne spesielle målgruppen. Kommunen møter rusmisbrukere både som omsorgsutøver og myndighetsorgan. Bymisjonen har ikke en slik dobbeltrolle. Bymisjonen har snarere vært en talsmann for svake grupper, blant annet misbrukere. Bymisjonen startet opp boligen i 2006. Konkurransen i 2009 var en konsekvens av Oslo kommunes politisk vedtatte konkurransesestekning.

Deltakelse i anbudskonkurranser er et ømtålig tema for ideelle aktører. Organisasjonene er ikke laget for å konkurrere om oppdrag. Tradisjonelt har organisasjonene jobbet sammen med det offentlige på en mer uformell måte. Samarbeidet har hatt en langsiktig målsetting. Kortvarige anbudskontrakter virker derfor fremmed. Virksomhetsoverdragelser kan oppfattes som vanskelig for aktører med livssynstilknytning.

Kirkens Bymisjon i Oslo oppfattet anbudsutlysningen i Schendorffsgate 4 som uheldig. Etter Bymisjonens vurdering passer ikke anbud på fire år for en slik tjeneste. Beboerne trenger stabile omsorgspersoner. En hyppig utskifting av personalet er derfor ikke heldig. Bymisjonen gav tilbud på driften i Schendorffsgate 4 på tross av sine prinsipielle motforestillinger. Bymisjonen drev jo allerede drev tilbudet og hadde vært med på å starte det. Denne ideologien er vanlig blant frivillige. Det kan kanskje forklare hvorfor det ikke kom inn konkurrerende tilbud fra andre ideelle aktører.

Tasta sykehjem, Stavanger 2010. Sykehjem med 145 plasser og 25 plasser i dagsenter. Eies av seks menigheter i Stavanger. Sykehjemmet har hatt driftsavtale med kommunen siden bygget sto ferdig i 1976. Foreningen "Menighetenes alderssenter" fikk fornyet kontrakten i 32 år etter direkte forhandlinger. Som nevnt ovenfor var årsaken til den lange avtaletiden et kommunalt behov å sikre disponering av bygget til sykehjemsdrift i gjenværende avskrivningstid for den offentlige investering i eiendommen.

5 Prising

Det naturlige utgangspunktet for prising av tjenesten, er hva det koster kommunen å produsere tjenesten selv. Prisen må være realistisk, hvis kommunen selv skal delta i konkurransen. Det samme gjelder ideelle aktører. Disse har lønns- og pensjonsutgifter i henhold til offentlige tariffavtaler.

5.1 Tasta sykehjem

Seks av 17 sykehjem i Stavanger kommune er drevet av ideelle aktører. Tasta er et av disse. Stavanger kommune har forsøkt å gi de ideelle leverandørene samme økonomiske vilkår som kommunale. Paragraf 2 i avtalen sier at hvis de kommunale sykehjemmene får bedre vilkår, er kommunen forpliktet til å gi tilsvarende vilkår til Tasta.

Stavanger kommune har valgt en ganske detaljert finansieringsmodell for sine kommunale sykehjem. Denne er også gjort gjeldende for de ideelle, med noen tillegg. Hovedsaken er ABI-modellen (aktivitetsbaserte inntekter). Det betales en pris pr. pasient. Pasientene vektet etter pleietyngde. Det er fire kategorier (pluss ekstra betaling når pleietyngden er høyere enn gruppe 4). I tillegg er det egne priser i hver kategori hvis bruker er urolig. Kommunen betaler for 145 plasser, uansett om plassene er i bruk. Antall plasser pr. september 2011 og 2011-priser framgår av figuren under.

Type plass	Timer 1/1 tid per døgn	Antall plasser	Pris kr per døgn
Tom plass	-	0	758
Gruppe 1	0-1	15	1060
Gruppe 2	1-2,5	67	1464
Gruppe 3	2,5-4	33	1869
Gruppe 4	4-5,5	30	2273
Tasta sykehjem, gjennomsnitt		145	1 682

Figur 1: ABI-priser pr. plass i ideelt drevne sykehjem i Stavanger 2011. Kilde: Tasta Sykehjem.

ABI-inntektene utgjør ca. 89 millioner kroner i 2011-budsjettet. Samlede pleierelaterte inntekter fra kommunen er budsjettet til 105 millioner kroner. I ABI-modellen ligger pleiekostnadene, inkludert medisiner og forbruksmateriell. Utenom ABI-modellen ligger et tyvetalls poster. De viktigste er husleie, strøm, ekstraressurser for spesielle pasienter, legetjenester, fysioterapi, enhetsleder, reguleringspremie pensjon, grunnbemanning natt og trykghetsavdeling.

Postene utenom ABI-modellen er resultat av forhandlinger mellom de ideelle sykehjemmene og kommunen og skal i det vesentlige kompensere for kostnadsarter som de kommunale sykehjem får dekket direkte eller indirekte, og som ikke er inntatt i ABI-grunnlaget. ABI-modellen ble tatt i bruk i kommunale sykehjem i 2008. I sykehjemmene drevet av de ideelle aktørene ble systemet tatt i bruk i 2010.

ABI-modellen bygger på pleietyngdevurderinger av alle pasienter ved inntak. Pleiebehovet kan endre seg over tid. Tasta sykehjem kan melde inn slike endringer til kommunens tildelingskontor to ganger hvert år. Henvendelser om økte ressurser vil bli vurdert opp mot dokumentasjonen i kommunens elektroniske journalsystem, som også Tasta sykehjem bruker.

De kommunale sykehjemmene får en del tjenester levert fra andre deler av kommunen uten kostnadsoverføring eller betaling. Avtalen med de ideelle inkluderer også en rekke slike poster. Det gjelder for eksempel fysioterapi, lege, lønn, regnskap, data-tjenester, personforsikringer, ansvarsforsikring, seniortiltak, stillingsannonser og legionellakontroll.

Tasta har ansatt en prest. Denne stillingen finansieres av kommunen som en spiss-kompetanse-stilling. Presten betjener brukerne på Tasta i 50 % stilling, og de andre sykehjemmene i byen i 50 % stilling.

Tasta har en egen husleieavtale med kommunen vedrørende bygg og eiendom som brukes til sykehjemsdriften. Det er de seks menighetene som eier sykehjemmet. Tasta står ansvarlig for vedlikehold av eiendommen. Kommunene har rett til å disponere eiendommen til sykehjemsdrift i hele leieperioden, som er samsvarende med drifts-avtaleperioden. Avtalen sikrer eierne en rimelig avkastning på investert kapital.

Avtalen med Tasta sykehjem er på 32 år fra 2010. Begge parter ønsker et langsiktig samarbeid. Husleieavtalen sikrer bygget til sykehjemsdrift på lang sikt. Kommunens investeringer i bygget blir avskrevet i avtaleperioden. Driftsavtalen kan likevel sies opp med to års varsel.

Egenbetaling fra beboerne (vederlag) er ikke med i avtalen med kommunen. Tasta sykehjem har ingen ting med egenbetalingen å gjøre. Den kreves inn direkte av kommunen.

Man kan likebehandle ideelt drevne sykehjem på enklere måte enn Stavanger har gjort. Man kan beregne en pris pr. plass basert på gjennomsnittskostnader i de kommunale sykehjemmene. Prisen kan inkludere alle kostnader og være basert på gjennomsnittlig pleiebehov. Bærum brukte en slik metode da det ble utlyst konkurranse på kvalitet om driften av Gullhaug sykehjem i 2005. Denne modellen gir svært forutsigbare inntekter, men overlater mer risiko til sykehjemmet. Oslo har også en enkel prismodell. De private sykehjemmene i Stavanger har ønsket en mer detaljert modell og er fornøyd med den modellen som er valgt. Blant annet er det viktig for dem at prisen pr. pasient varierer med pleietyngden.

5.2 Veileder fra Kommunaldepartementet

Kommunaldepartementet har laget en standard for kommunale selvkostberegninger (veileder H-2140). Dette er et godt hjelpemiddel. Stavanger kommune viser ikke til veilederen, men har fulgt de samme prinsippene. Metoden er i bruk i alle kommuner. Den skal legges til grunn for beregning av vann- og kloakkavgifter, renovasjons-avgifter og i alle sammenhenger kommunen skal beregne maksimalsatser for egenbetaling for kommunale tjenester (selvkost gir maksimal inntektsramme). Ved å følge veilederen H-2140 bidrar kommunen til forutsigbarhet, åpenhet og etter-prøvbarhet i offentlige anbudsprosesser.

Kalkylen skiller mellom kjerneproduktet (hovedtjenesten), tilleggsytelser og støtte-funksjoner. Kapitalkostnader tas med i beregningen (avskrivninger og kalkulatoriske rentekostnader).

For sykehjemsdrift blir beregningen slik:

Kjerneproduktet

Dette er den hovedtjenesten som leveres, for eksempel plasser i sykehjem. I kommuneregnskapet føres dette på tjeneste/funksjon: 253 pleie i institusjon
Kostnadene som skal tas med er lønn, varer og tjenester, avskrivninger og

rentekostnader. Inntekter fra beboerne skal ikke trekkes fra. Det er kostnadene som skal beregnes. Man må forutsette at egenbetalingen ikke går til sykehjemmet (utfører), men til kommunen sentralt (bestillerenhet eller lignende).

Tilleggsytelser

Dette er kostnader som ikke føres sammen med pleietjenesten, men som inngår i bestillingen/produktet som skal leveres. Det kan for eksempel være drift av lokaler, legetjeneste, fysioterapi og andre tilleggstjenester. I kommuneregnskapet finnes kostnadene på tjenestene/funksjonene 261 Institusjonslokaler og 241 Undersøkelse og behandling.

Kostnadene som skal tas med er lønn, andre driftskostnader, avskrivninger og kalkulatoriske rentekostnader.

Støttefunksjoner

Dette er administrative felleskostnader, for eksempel datadrift, regnskap, personalforvaltning og post/arkiv. Kostnadene føres på funksjon 120 Administrasjon og 130 Administrasjonslokaler. Dette er utgifter som ikke føres i sykehjemmet, men sentralt i kommunen. Sykehjemsdriften skal belastes med en rimelig andel av disse kostnadene. Antall årsverk ansatte i tjenestene er en vanlig fordelingsnøkkel for slike kostnader.

Kontraktene vi snakker om har et langsiktig siktemål. Kommunens administrasjon må på lang sikt tilpasses volumendringer i tjenesten. Derfor må indirekte kostnader tas med. Dette prinsippet er lagt til grunn i statens regelverk for tilskudd til private barnehager (administrative felleskostnader tas inn i tilskuddgrunnlaget med 4% av direkte driftskostnader).

Henførbare kostnader

Det er bare kostnader som faktisk gjelder egenproduserte sykehjemstjenester som skal tas med i selvkostregnskapet. Kostnader til strategisk ledelse av kommunen, service for politikere eller myndighetsutøvelse skal ikke tas med. I praksis kan dette bety at rådmannens lederteam og stab ikke tas med i de administrative kostnadene.

Kapitalkostnader

Avskrivninger skal tas med i henhold til kommuneregnskapet (Kostra art 590). Kalkulatoriske rentekostnader er kostnaden ved å binde kapital i tomter, bygninger og utstyr. Bundet kapital hentes fra balansen i kommuneregnskapet. Rentesatsen styres av staten (rente for statsobligasjoner med gjenstående løpetid på tre år, med tillegg på en prosent).

Enhetspris

Enhetsprisen på sykehjem er prisen pr. plass. Det vanlige er at kommunen betaler for et visst antall plasser og har ansvaret for å holde plassene belagt. Enhetsprisene kan være mer eller mindre detaljert fastlagt i forhold til brukernes pleiebehov:

- I Oslo (Paulus sykehjem) er det en gjennomsnittspris for alle brukere, uavhengig av pleiebehov
- I Stavanger (Tasta sykehjem) er brukerne fordelt i fire kategorier etter pleiebehov.

Enhetsprisene kan fange opp mer eller mindre av de totale kostnadene i tjenesten. I Oslo er alle kostnader inkludert, mens Stavanger har et mer detaljert system. For eksempel ligger kostnader til lege og fysioterapi utenfor enhetsprisen. Både i

Stavanger og Oslo skiller kontraktene mellom drift av lokaler og pleie. Lokalene har egne kontrakter.

Effektiviseringskrav: Det er mulig å legge forventninger om effektivisering av den kommunale driften inn i enhetsprisen. I forsøket med fritt brukervalg i Oslo kommune ble det forutsatt at effektiv arbeidstid (tiden hos bruker) skulle øke fra ca 59 prosent til 65 prosent. Erfaringer fra barnehagesektoren er at felles effektivitetskrav for private og kommunale utførere kan ha stor betydning for samlede kommunale kostnader. Slike forventninger må imidlertid være realistiske. I evalueringen av forsøket i Oslo i 2004 fant man ut at effektiv arbeidstid ikke var blitt høyere enn 62 prosent i den kommunale driften.

Statens veileder for selvkostberegning med regneeksempler finnes på Kommunaldepartementets nettside (søk på H-2140).

6 Kvalitetsvurdering-Schandorffsgate 4

Det er ingen klare standarder for kvalitet i helse og sosialtjenesten. Kvalitetsvurdering av helse- og sosialtjenester må ta utgangspunkt i reglene i Kommunehelsetjenesteloven og Sosialtjenesteloven med forskrifter. Kvalitetsforskriften og forskrift om intern kontroll i helse- og sosialtjenesten gir en del føringer.

I denne rapporten tar vi for oss de viktigste tingene man må tenke på når kvalitetskonkurranser skal gjennomføres. Vi skal se på kvalitetskriteriene, dokumentasjon av kompetanse og oppfølging av kvalitetskravene i kontraktsperioden.

Eksempelet er en nylig gjennomført anbuds konkurranse for oppfølgingstjenester for beboerne i botilbudet Schandorffsgate 4 i Oslo. Konkurransen var på kvalitet (50 %) og pris (50%). Kirkens Bymisjon i Oslo var eneste tilbyder og fikk kontrakten.

6.1 Kvalitetskriterier

Oslo kommune har funnet fram til en form for kvalitetsbeskrivelser som også tilbyderen oppfatter som fornuftig.

Forespørselen fra kommunen måler kvalitet innenfor seks temaer/områder. Til sammen kan hver tilbyder få 60 poeng for kvalitet, 10 poeng pr. tema. Innenfor hvert tema er det flere detaljerte kvalitetskriterier. Karakterskalaen for hvert kriterium går fra 1 til 10. Temaene er gjengitt i figuren under.

Nr	Tema	Kriterier, innhold	Antall kriterier	Poeng maks
1	Virksomhetside	Filosofi, prinsipper i arbeidet	4	10
2	Rammer for virksomheten	Erfaring fra bransjen	3	10
3	Arbeid og metoder	Arbeidsmetoder rus, adferd, helsehjelp	6	10
4	Resultater	Brukerundersøkelser, beboerkarrierer	5	10
5	Organisasjonsstruktur	Arbeidsbeskrivelser, organisasjonsplan	2	10
6	Personalkompetanse og opplæring	Årsverk, kompetanse, opplæringsplaner, sykefravær	4	10
	SUM		24	60

Figur 2: Temaer i kvalitetsvurderingen i konkurransen om botilbudet Schandorffsgate 4. Kilde: Konkurranses grunnlaget, Oslo kommune Bydel St. Hanshaugen 2008.

De 24 kvalitetskriteriene er vedlagt bak i rapporten. Leverandørene må beskrive tilbudet sitt på hvert kriterium. Kriteriene er ikke entydige, men åpner for skjønn. På denne måten fanget kvalitetskriteriene opp de vesentligste sidene ved driften, uten å bli altfor detaljert.

Vi ser at virksomhetsideen har fått en relativt stor plass i kvalitetsvurderingen. Schandorffsgate 4 er et botilbud for personer med store problemer knyttet til rus og psykiatri. Dette er en meget spesiell brukergruppe. Schandorffsgate 4 er ikke institusjon og driver ikke behandling. Det er et botilbud. De utlyste tjenestene er ulike tjenester for beboerne (praktisk hjelp med matlaging, følge til lege) og tilsyn for å hindre skade på folk og eiendom. Kommunen har lagt stor vekt på å få en leverandør med en god forståelse av oppgaven. De andre viktige temaene i kvalitetsvurderingen er

tidligere erfaring/resultater, arbeidsmetoder i det daglige arbeidet, bemanning og personalets kompetanse. Alt dette skal gi kommunen tillit til at leverandøren kan utføre oppgaven på en tilfredsstillende måte.

Reglene om offentlige innkjøp stiller ganske strenge krav til begrunnelse når det gjelder valg av leverandør. Det er nødvendig å sette vekt på kriteriene. Forespørselen skal fortelle hvilken vekt de enkelte hensyn/kriterier har når vinneren i konkurransen skal kåres.

6.2 Dokumentasjon av kompetanse og resultater

Det er vanligvis ikke nok at tilbyderer beskriver hva han har tenkt å gjøre. I tjenesteleveranser er det viktig å sjekke kvaliteten i de oppdragene leverandøren har utført. Det kan skje ved å hente inn referanser fra eksisterende kunder og ved å sjekke ved selvsyn.

I Schandorffsgate 4-anbudet var det krav til tidligere erfaring fra bransjen. Det ble også stilt andre konkrete kvalifikasjonskrav, for eksempel et fungerende internkontrollsystem (kvalitetshåndbok). Kirkens Bymisjon har drevet tilbudet siden oppstart i 2006. Oppdragsgiver var godt kjent med driften.

6.3 Oppfølging av kvalitetskravene

Det er viktig å avtalefeste hvordan kontroll med kvaliteten skal følges opp etter at kontrakt er inngått. Kvalitetskravene må være konkrete, slik at de kan følges opp. Det må også være klart hvordan brudd på kvalitetskravene skal sanksjoneres.

De viktigste måtene å følge opp kravene på er ved rapporteringsrutiner og jevnlig møter. I Schandorffsgate 4 er det stilt krav om *månedlige rapporter* til bydelen, levert den 25. i måneden etter. Det skal blant annet rapporteres:

- Antall beboerdøgn i avdelinger i psykiatrien, ute av bolig eller ikke sett av personalet
- Antall døgn beboere har vært utestengt fra bolig
- Oversikt over materielle ødeleggelse i leiligheter og fellesarealer
- Antall ganger tilkalt politi
- Hærverk, vold eller trusler om vold mot personalet og beboere

Kommunen har rett til innsyn i regnskap og budsjetter. Bydelen og Kirkens Bymisjon har møter for å følge opp kontrakten i Schandorffsgate 4 to ganger pr. år. Det er dessuten møter i forbindelse med inntak av beboere.

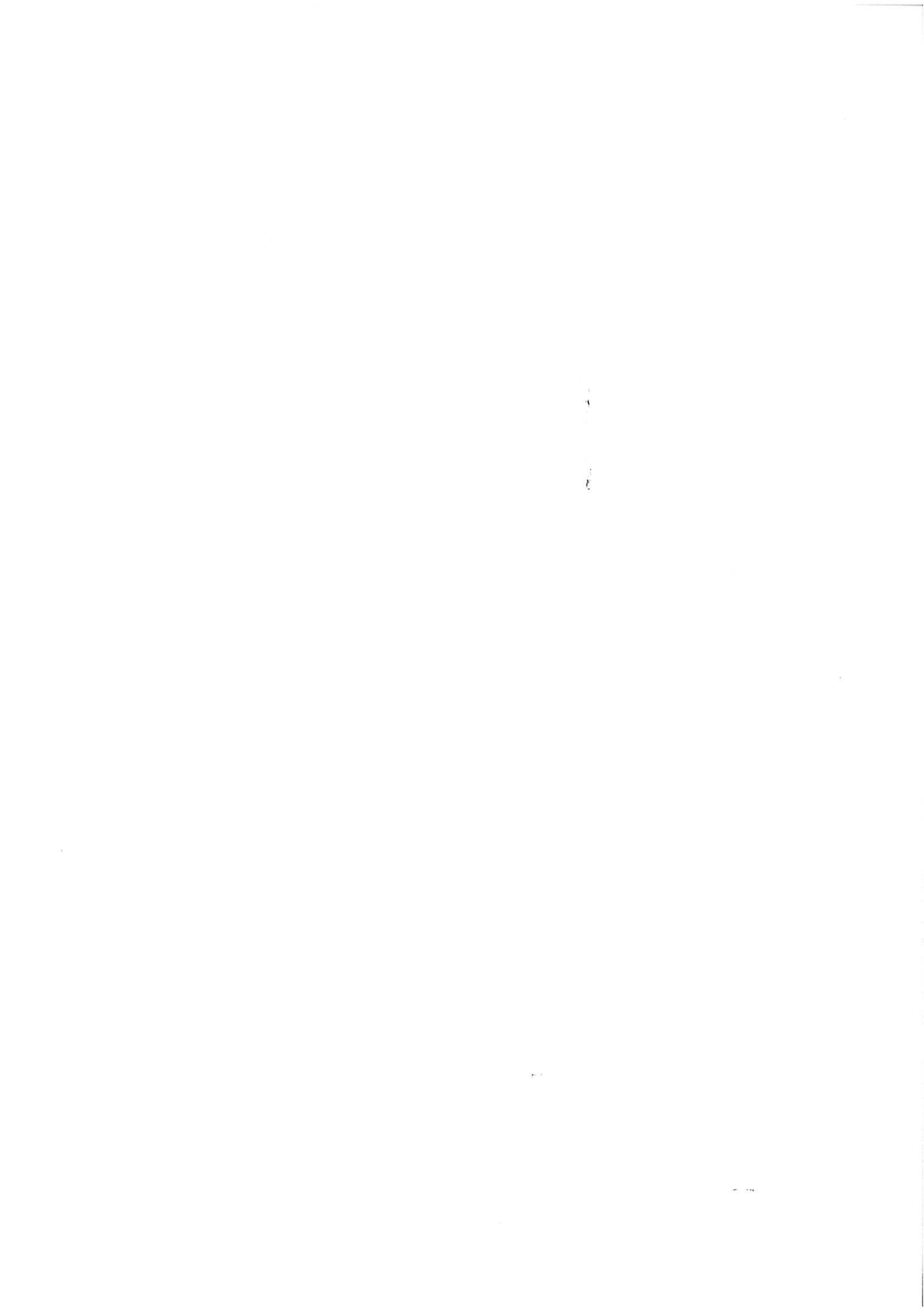
Etter kontrakten kan avtalen om Schandorffsgate 4 heves ved vesentlig mislighold, blant annet hvis

- avtalt kvalitet og bemanning for oppdraget ikke overholdes.
- det er vesentlige brudd på rapporteringsplikten

Vedlegg: Detaljerte kvalitetskriterier Schandorffsgate 4–evalueringsmatrise

	Tema/kriterium	Vekt
A	Virksomhetside	
	1 Relevant virksomhetside	40 %
	2 Virksomhetsideen er formulert slik at det fremkammer hva virksomheten tilbyr brukerne	20 %
	3 Virksomhetsideen er formulert slik at det fremkammer hvilke behov som skal tilfredsstilles	20 %
	4 Virksomhetsideen er formulert slik at det fremkammer hva som er virksomhetens styrke	20 %
B	Rammer for virksomheten	
	1 Leverandøren driver i dag en annen virksomhet som er relevant for dette oppdraget	60 %
	2 Beskrive hovedinnholdet i annen virksomhet	20 %
	3 Beskrive hvor stor andel av leverandørens virksomhet de tilbudte tjenestene vil utgjøre i årsverk, beboere og	20 %
C	Arbeid og metoder	
	1 Tilbudets verdigrunnlag og grunnsyn på rus, rusmiddelbruk og psykiske lidelser	30 %
	Beskrive arbeidet med å øke den enkelte beboers selvstendighet, trygghet, og mestring av psykiske lidelser og	
	2 rusmiddelmisbruk	10 %
	Beskrive arbeidet for at beboerne skal kunne tilbringe et maksimum av tid i egen bolig og et minimum av tid i	
	3 institusjon	30 %
	4 Beskrive hvordan utagerende adferd og illegalt rusmiddelmisbruk vil bli håndtert	10 %
	5 Beskrive aktivitetene i den daglige oppfølgingen av beboerne i Schandorffsgate 4	10 %
	Beskrive virksomhetens bidrag for at beboerne mottar helhetlig helsehjelp og leverandørens rolle i	
	6 samarbeidet mellom de ulike tjenesteyterne	10 %
D	Resultater	
	1 Leverandøren har system for gjennomføring av brukerundersøkelser og benytter seg av dette	30 %
	2 Leverandøren legger ved eksempel på brukerundersøkelse med resultat	10 %
	3 Leverandøren driver, eller har de siste tre årene drevet oppfølgningstjenester rettet mot denne målgruppen	30 %
	4 Beskrive de viktigste resultatene denne virksomheten har hatt for beboerne	20 %
	5 Beskrive varigheten på boforholdene og de vanligste årsakene til at boforholdene er blitt avsluttet	10 %
E	Organisasjonsstruktur	
	1 Organisasjonskart med booppfølgningstjenestene i Schandorffsgate 4 tegnet inn	50 %
	2 Arbeidsbeskrivelser for de ansatte i booppfølgningstjenestene i Schandorffsgate 4	50 %
F	Personalkompetanse og opplæring	
	1 Årsverk, stillinger og kompetanse. Beskrive turnusen dag/kveld. Beskrive yrkesgrupper og funksjoner.	60 %
	2 Beskrive opplæringsplaner i dette tilbudet	20 %
	3 Redegjøre for andelen av budsjettet som går til opplæring og videreutdanning i dette tilbudet	10 %
	4 Leverandøren angir det totale sykefraværet for sine virksomheter	10 %
	SUM	600 %

Figur 3: Kvalitetskriterier i anbudskonkurranse om oppfølgningstjenester til boligtilbudet Schandorffsgate 4 i Oslo. Kilde: Konkurransesgrunnlaget, Bydel St. Hanshaugen 2008





Informasjonsskriv - Ideelle aktørers merverdi i helse- og velferdsfeltet

Frivillighet Norge mener ideelle organisasjoners representerer et driftskonsept med særtrekk som kan gi en relevant merverdi for kjøper av tjenester innenfor helse- og velferdsfeltet, og at slike særtrekk kan verdsettes i en anskaffelseskonkurranse ved fastsettelse av kravspesifikasjon, kvalifikasjonskrav, tildelingskriterier og/eller kontraktskrav.

Definisjon av ideelle aktører på helse- og velferdsfeltet

Det ligger ikke noen allmenngyldig definisjon av ideelle aktører til grunn i lovgivningen i Norge. Ulike lover som for eksempel skatte- og avgiftslovgivning, lotteriloven og frivillighetsregisterloven, opererer med definisjoner av allmenngyldige organisasjoner, milde stiftelser, veldedige formål, frivillige organisasjoner og lignende. Definisjonene gjelder i forhold til den enkelte lovens formål.

Frivillighet Norges oppfatning er at det ikke er mulig å definere ideelle aktørers merverdi uten først å definere hvem begrepet ideell aktør omfatter. Vi mener også at en del av merverdien ligger i selve definisjonen av aktørene og deres egenart. .

Med ideelle aktører på helse- og velferdsfeltet mener Frivillighet Norge virksomheter som:

- drives som nonprofitbaserte foretak. Det vil si at et eventuelt overskudd reinvesteres i driften av organisasjonen, det blir ikke utbetalt til eierne.
- er registrert i Frivillighetsregisteret¹.
- primært har helse eller sosiale formål.
- eies av, eller har sitt utspring i, en stiftelse eller frivillig organisasjon med demokratisk oppbygging og høy grad av delaktighet og medbestemmelse.
- representerer en merverdi i form av sin pionerrolle, sitt brukerperspektiv, sin tilgang på frivillige og/eller likemenn, sin rolle som talerør for brukergrupper, den høye tilliten virksomheten har og/eller det helhetlige perspektivet som ligger til grunn for arbeidsmetode og driftskonsept.

Mest velferd for pengene - ideelle aktørers merverdi

Ideelle aktører på helse- og velferdssfeltet har tradisjonelt vært samfunnsaktører som har etablert behandlings- og omsorgstilbud som ledd i arbeidet med realiseringen av sitt ideelle formål, og har vært sentrale premissleverandører i utviklingen av det norske velferdssamfunnet. Det innebærer at de har fylt mer enn en generell leverandørrolle og tilbydd en større verdi enn anbuds konkurranser har gitt uttelling for.

Når Frivillighet Norge snakker om ideelle aktørers merverdi, refererer vi først og fremst til følgende:

¹ LOV 2007-06-29 nr 88: Lov om register for frivillig virksomhet §3-4

1.1 Ideelle aktørers pionerrolle og innovasjon

De ideelle aktørene har lange tradisjoner for å være pionerer på helse- og velferdsfeltet. De har identifisert udekkede behov og utviklet institusjoner og tilbud rettet inn mot bestemt formål og grupper, som senere har blitt en del av det norske velferdstilbudet og et offentlig ansvar.

De ideelle aktørene har vært initiativtakere til tilbud innen eksempelvis rus- og avhengighetsbehandling, sykepleierutdanning, helsestasjoner, krise- og støttesentre, asylmottak og helsehjelp til papirløse immigranter. Mange av tilbudene ville ikke ha kommet i stand dersom ikke ideelle aktører hadde sett på etableringen av behandlings- eller omsorgstilbudet som nødvendig i sitt helhetlige arbeid innenfor områder som kvinners rettigheter, familievern, barns rettigheter, forebygging av fattigdom og sosial eksklusjon.

Også i vår tid står ideelle aktører på helse- og velferdsfeltet for nyetableringer. De oppretter tilbud til nye grupper, for eksempel papirløse, spilleavhengige og enslige mindreårige asylsøkere, og de tar i bruk nye metoder som for eksempel selvhjelpsgrupper og likemannsarbeid.

1.2 Ideelle aktørers helhetlige brukerperspektiv

Ideelle aktører er ofte engasjert i flere aktiviteter enn institusjonsdrift. Brukere kan dermed ha kontakt med den ideelle aktøren i form av deltakelse i andre tilbud både før og etter institusjonsoppholdet. Det øker muligheten for optimale resultater av behandlingen. Brukeren vil møte ansatte og frivillige som står for samme ideologiske tilnærming og som kjenner til behandlingsforløpet vedkommende skal eller har vært gjennom. Dette bidrar til forutsigbarhet for brukeren, som blir inkludert i en helhet snarere enn å være en bruker eller pasient på vei fra sted til sted.

Noen av de ideelle aktørene tilbyr også brukere som ønsker det, å delta i virksomheten som frivillige likemenn eller med annen frivillig innsats.

1.3 Ideelle aktører er talerør for brukergrupper

Fordi mange ideelle aktører i tillegg til sin solide fagkompetanse også har lange tradisjoner på velferdsområdet, stort engasjement, uttalt verdisyn og stor tillit blant brukere, publikum og politikere, er de viktige uavhengige talerør for svake grupper i Norge.

Vi finner mange eksempler på at ideelle aktører innenfor helse- og velferdsfeltet har utfordret etablerte holdninger både til svake grupper og til årsakene til sykdom og sosial nød. Mange ideelle aktører har som uttalt mål å delta i helse- og sosialpolitisk debatt og påvirke til beste for gruppene de arbeider med. Et eksempel fra nyere tid er Blå Kors, som på grunn av sin kontakt med en voksende gruppe spilleavhengige har spilt en viktig rolle både for anerkjennelsen av problemet, behovet for behandling og for endring av spillpolitikken.

Flere ideelle aktører ser det også som en viktig oppgave å bidra til at brukerne selv blir bedre i stand å organisere seg og til å tale sin egen sak i møte med samfunnet og myndighetene.

1.4 Ideelle aktører har stor tillit

Ideelle aktører har, som følge av sitt utgangspunkt, verdiforankring og brukerperspektiv, ofte større tillit enn det offentlige og kommersielle leverandører. Det gjelder særlig hos klienter innenfor for eksempel barnevern, rusomsorg og kriminalomsorg, som ofte har subjektive, negative erfaringer med det offentlige.

Ideelle aktører som har utspring i organisasjoner for funksjonshemmede og pasientgrupper, har også ofte større tillit hos brukerne enn det offentlige fordi brukerne føler seg trygge på at foreningen deres har den beste ekspertisen i kombinasjonen av fagkompetanse og brukerkompetanse.

1.5 Ideelle aktører har lang erfaring som samarbeidspartner for det offentlige

Mange ideelle aktører har samarbeidet med det offentlige lenge. I en tidlig fase hadde det offentlige mye å lære av de ideelle om institusjonsdrift. De ideelle aktørene var også en pådriver for større offentlig engasjement på helse- og velferdsfeltet. Etter hvert som velferdsstaten vokste seg sterkere, har de ideelle aktørene tilpasset seg nye krav fra myndighetene om ryddige og rettferdige lønns- og arbeidsvilkår tilsvarende det offentlig ansatte har, om utdanningsnivå på personalet og lignende. De ideelle aktørene har stort sett hatt sammenfallende syn med det offentlige på utviklingen i helse- og velferdsfeltet, og vært en langvarig medspiller for å nå stadig nye velferds mål i Norge.

1.6 Ideelle aktørers helhetlige perspektiv til grunn for arbeidsmetode og driftskonsept

Mange ideelle aktører har som følge av mange års drift og erfaring etablert solide fagmiljøer som er høyt faglig kompetente og forvalter et klart uttalt verdisyn. Dette preger tilnærmingen til både brukere, pårørende og eventuelle frivillige som gjør en innsats for brukere i institusjonen, og representerer en viktig merverdi.

Ideelle aktørers merverdi må etterspørres for at den skal tillegges vekt

For at den merverdien ideelle aktører representerer skal kunne tillegges vekt må den etterspørres i de ulike fasene i anskaffelsesprosessen. Frivillighet Norge mener det offentlige har et ansvar for å legge til rette for en slik praksis. Innkjøpsansvarlige i offentlig sektor må blant annet oppfordres til å inngå en dialog med de ideelle leverandørene for å kartlegge den merverdien de tilbyr slik at den kan etterspørres i kravspesifikasjon, kvalifikasjonskrav, tildelingskriterier og/eller kontraktskrav.

Det fins flere eksempler på at ideelle aktører har kunnet levere en betydelig tilleggsverdi i sine tjenester i form av eksempelvis tilhørende aktiviteter i regi av frivillige uten at dette har kunnet blitt tillagt vekt i konkurransen. Dette fordi det ikke var konkret definert og etterspurt i konkurransegrunnlaget.

Den merverdien ideelle aktører bidrar med, er ikke alltid knyttet til utøvelsen av den spesifikke tjenesten, men kan allikevel ha stor betydning for å skape langsiktige resultater. Ideelle aktører bidrar til å oppnå uttalte velferdspolitiske mål og skape stor samfunnsøkonomisk verdi gjennom innovasjon, tillitsforhold, demokratibyggning og bygging av aktive, omsorgsgivende lokalsamfunn.