

## Kapittel 6

# Hvordan styring erstatter marked

## Innledning

I dette kapitlet skal vi helt kort og nokså konkret se hvordan de reguleringer og styringsvirkemidler fra forrige kapittel virker i de enkelte tjenestene. Målet er å vise hvordan de grunnleggende frihetene i en markedsbasert tjeneste er tatt over av regulering og styring i velferdstjenestene.<sup>26</sup>

Gjennomgangen tar utgangspunkt i de politiske målene og tjenestens funksjon i velferdsstaten. Dernest ser vi på hvordan disse målene realiseres, men med et veldig snevert analyseblikk. Vi ser på hvordan regulering og styring erstatter beslutninger som ellers ville avtales mellom en kjøper og en selger, eller beslutninger som normalt tas gjennom styring og ledelse av en virksomhet. Mønsteret som avtegner seg er som nevnt at selv om tjenestene er veldig ulike, er de nokså like i måten markedet er erstattet med styring, også når produsenten er en privat bedrift.

---

26 En grundigere beskrivelse av de enkelte tjenestene, og den samlede reguleringen og styringen, er gitt i Velferdstjenesteutvalgets og Avkommersialiseringsutvalgets innstillinger.

Som et lite *apropos* kan vi kaste et sideblikk til tilgrensende tjenester som ikke er gjort til et offentlig ansvar. Også for private tannleger og kommersielle utdanningstilbud gjelder mange av de samme reguleringene. Men ikke alle. De kan sette priser selv. De kan selv prioritere lønnsomme kundegrupper, og de kan selv bestemme eget produksjonsvolum. Ingen har rett til å få tjenesten levert fra det offentlige.

De virkemidlene som presenteres i dette kapittelet, skiller seg fra de vi ble kjent med i kapittel 5. Tiltakene i kapittel 5 kunne i prinsippet eksistert uten en rettighetsfestet tjeneste, som leveres gjennom offentlige virksomheter som er forpliktet til det. Tiltakene her i kapittel 6 er de som gjør tjenestene til et offentlig styrt fordelingsvirkemiddel. Man kan også si det slik at det er tiltakene i kapittel 6 som fjerner tjenestene fra markedet og bringer dem inn i offentlig sektor, også når produsenten er en privat bedrift.

Dette er de viktigste funksjonene der politisk styring overstyrer markedet for å nå velferdspolitiske mål:

- Kundens behov og betalingsvilje, herunder beslutning om tjenesten skal kjøpes.
- Tjenestekvalitet og ytelsens funksjon, eller tjenestedesign.
- Kundens valg av leverandør, basert på preferansene i punktene ovenfor.
- Pris og leveringsvilkår som fastsettes av produsenten.
- Bedriftens etablering og styring av kapasitet.
- Bedriftens valg av kundesegment.
- Bedriftens organisering.

## **De enkelte tjenestenes mål og samfunnsfunksjon**

Den skattefinansierte spesialisthelsetjenesten – særlig sykehusene – dekker grunnleggende behov for behandling når vi er syke, skadde eller har andre helseproblemer. Dette har uvurderlig betydning både for den enkelte og den enkeltes familie og omgivelser. Den kollektive effekten av tryggheten for liv og helse gjør sykehustjenesten til en av de helt sentrale velferdstjenestene. Tjenesten er rettighetsbasert og finansiert av det offentlige. Dette utjevner

helse og levekår. Dette skaper trygghet for alle i forhold til fremtidig sykdom, noe som igjen leder til en mer produktiv arbeidsstyrke. Alternativet ville være at hver enkelt måtte betale for forsikring eller behandling, eventuelt gjennom arbeidsgiver som alternativ til høyere lønn. Dette ville gi større ulikhet, uten noen særlig sannsynlighet for lavere ressursbruk.

Kommunale sykehjem sikrer trygghet, verdighet og livskvalitet for eldre eller andre med funksjonshemninger og hjelpebehov. Dette skjer uavhengig av økonomisk evne og om pårørende kan hjelpe. Sykehjem og eldreomsorgen er en del av de kommunale helse- og omsorgstjenestene. De skal forebygge, behandle og tilrettelegge for mestring av sykdom, skade, lidelser og nedsatt funksjonsevne. Hjemmetjenesten bidrar til at eldre kan bo hjemme og holde seg friske lenger. Eldreomsorgen er viktig for langt flere enn de om lag 150 000 brukerne. Den gir en forsikring mot eventuelle kommende behov og er en ressurs for de som har hjelpetrengende slektninger. Eldreomsorgen gir derfor økt livskvalitet ved å redusere bekymringen for fremtiden.

Barnehagene skal sikre trygt tilsyn med barna, uavhengig av foreldrenes økonomi og nettverk. De skal fremme læring og danning som grunnlag for allsidig utvikling. Barnehagene har stor betydning for småbarnsfamiliens hverdag og bidrar til at småbarnsforeldre kan delta fullt ut i arbeidslivet også i denne livsfasen. Barnehagene gir et stadig viktigere bidrag til integrering og utjevning av sosiale forskjeller før skolestart. Dermed forebygges utenforskap senere i livet. Barnehagen bidrar med å avdekke og avhjelpe språkvansker, atferdsvansker, sosiale utfordringer og sosial kompetanse, samt andre utfordringer som enkelte barn trenger ekstra hjelp med.

Utdanningstilbudet består av grunnopplæring og videregående skole. Det skal sikre at alle elever får en likeverdig og kvalitetsmessig god utdanning som gir dem muligheten til å utvikle seg som individer og bidra til samfunnet. Gjennom gratisprinsippet sikres alle lik tilgang til utdanning. Utdanning og opplæring har selvsagt direkte nytte for det enkelte barn og familien rundt, men samfunnets verdi av utdanning er uvurderlig. Evnen et land har til fremtidig vekst og utvikling henger sammen med utdanningstilbud og utdanningsnivå. Det samme gjelder for den enkelte virksomhet, som er avhengig av kompetente medarbeidere med evne til fortsatt læring for å utvikle seg videre. Skolene må samarbeide med helsetjeneste, barnevern, asylforvaltningen og politiet for å støtte disse tjenestenes samfunnsoppdrag.

Barnevernet beskytter barn mot omsorgssvikt og sikrer trygghet og utviklingsmuligheter. Behovet oppstår når barnas nærmeste pårørende – foreldre og andre nære omsorgspersoner – faller fra eller svikter. Tjenestene består av en rekke ulike tiltak som kan tilpasses det enkelte barns og den enkelte families situasjon. De fleste tiltakene skjer i hjemmet og er ofte rettet direkte mot barnet eller mot foreldrene, og ofte begge samtidig. Dette kan være råd og veiledning fra barnevernstjenesten, besøkshjem og støttekontakt, tilsyn i hjemmet, veiledning til foreldre i grupper, barnehage og skolefritidsordning/aktivitetsskole, og tiltak for barn og unge med atferdsvansker.

Noen ganger er barnets omsorgssituasjon eller atferdsvansker så alvorlige at barnet ikke kan bo hjemme. Barnet kan da flytte – frivillig eller gjennom tvang – til et fosterhjem eller en institusjon. Opphold i fosterhjem eller institusjon kan være frivillig. Barnevernet skiller seg fra barnehage og skole ved at det er en langt mer individ- og situasjonstilpasset tjeneste. Dermed blir vedtak om utforming av tiltak og fastsetting av hva som trengs i den enkelte situasjon meget krevende. Myndighetsutøvelsen i barnevernet kan i de mest alvorlige tilfellene være noen av de mest inngripende myndighetshandlinger vi har i vårt samfunn – tvungen omsorgsovertakelse av noens barn. Kravene til saksbehandling og rettsikkerhet er derfor sterke. Den statlige organiseringen, forholdet mellom stat og kommune, og tilfanget av ordninger for effektiv sikring av faglig kvalitet og rettsikkerhet i myndighetsutøvelsen, er langt mer kompleks enn de andre tjenestene.

## **Kundens behov dekkes av rett til ytelse og tildeling av tjeneste**

Kjernen i velferdstjenestene er den individuelle retten til å motta tjenesten. Dette skjer til en kostnad som sikrer lik tilgang uavhengig av egen økonomi og betalingsevne. Dette skiller velferdstjenestene fra markedet, og fra andre varer og tjenester. Vi har ikke noen rett til å kjøpe brød, og bakeren har ikke noen plikt til å bake. Tannlegen kan selv bestemme prisen på vår årlige kontroll. Gjennomgangen nedenfor viser hvordan brukernes behov og tilgang

til tjenesten – som i vanlige markeder avtales fritt – er overtatt av rettighetsstyring og beslutninger i forvaltningen.

Retten til plass i barnehage følger av barnehagelovens § 16. Kommunen har sørge for-ansvaret og plikt til å tilby plass i barnehage for barn som er bosatt i kommunen og som har rett til barnehageplass. Foreldrene kan velge å avstå fra rett til barnehage og sikre egnet pass av barnet selv. Villkårene for rett til barnehageplass er meget enkle: oppnådd alder. Det krever svært lite forvaltningsprosess å konstatere om barnet har denne retten, og den forvaltningsrettslige prosedyren for behovsprøving og tildeling er tilsvarende enkel. Det er dermed en universell tjeneste, med liten grad av behovsprøving.

Barnehageloven gir ikke noen generell valgfrihet mellom barnehager. Alle godkjente barnehager i kommunen skal imidlertid samarbeide om opptak av barn. Kommunen har ansvar for å tilrettelegge for en samordnet opptaksprosess der brukernes ønsker og behov skal tillegges stor vekt. Får man ikke plass på ønsket barnehage, har man mulighet til å stå på venteliste for ledig plass. Kommunen fastsetter de offentlige barnehagenes opptakskrets og står fritt til å ta inn barn uten rett og barn fra andre kommuner dersom kommunen ønsker å prioritere det. Offentlige barnehager kan for eksempel prioritere søsken, barn i andre kommunale barnehager som søker overføring, eller andre grupper.

Private barnehager tar også inn barn basert på opptakskrets de selv fastsetter, og de fordeler plasser etter objektive og etterprøvbare opptakskriterier fastsatt i barnehagens vedtekter. Kriteriene kan favorisere søsken av barn i barnehagen, medlemmer av eierforening, trossamfunn osv., barn av ansatte, barn fra samme barnehagekjede som vil bytte, eller barn som har denne barnehagen som førstevalg. Barn med nedsatt funksjonsevne og barn under barnevernets omsorg har rett til prioritet ved opptak i både offentlige og private barnehager.

Retten og plikt til grunnsopplæring følger av opplæringsloven. Plikten til å levere skoletjenesten er lagt til kommunene. Rettslig sett er det ikke en plikt for foreldrene å sende barnet til offentlig skole. Foreldrene kan for det første arrangere hjemmeskole, eller de kan søke plass for barnet i en privat skole med rett til statlig finansiering. Volummessig er dette det som fremstår som hovedalternativet til å gå i lokal kommunal skole. Det er disse private skolene som er hovedtema for dette kapitlet. I tillegg finnes det et fåtall rent private skoler uten rett til statlig finansiering. Det er forbudt å drive privat grunnskoleopplæring uten godkjenning, med unntak av hjemmeundervisning under tilsyn av kommunen.

Som for barnehage er skole en rett som inntreffer i kraft av oppnådd alder. Dette gjelder på alle nivåer opp til videregående skole. Retten bortfaller når skolegangen er gjennomført. Tildeling av skoleplass følger nærskoleprinsippet, og man har ingen rett til å kunne velge skoleplass innenfor det kommunale skoletilbudet. Private skoler har etter privatskoleloven nasjonalt inntaksområde, og enhver kan velge en privat skole så lenge det er plasser tilgjengelig. Dette valget styres av foreldrene og den private skolen gjennom avtale. Tildeling av plass i privat skole styres dermed ikke av noen forvaltningsrettslig handling fra kommunen.

Videregående skole er ikke obligatorisk, men en rettighet for alle ungdommer mellom 16 og 19 år. Det er fylkeskommunene som har plikt til å sikre tilbudet. Også på videregående trinn har elevene adgang til å velge private tilbud. Dette kan være enten private skoler med rett til statstilskudd eller helprivate skoler som finansieres gjennom egenbetaling.

Den forvaltningsrettslige rammen er altså at kommunen tildeler skoleplass til barnet, med mindre foreldrene velger en av de mulige private løsningene. Som nevnt er det ikke noe brukervalg mellom ulike kommunale skoletilbud, men et brukervalg mellom offentlige tilbud og private tilbud. Man kan søke om plass ved en annen skole enn den kommunen velger, etter § 2-6 annet ledd. Verken kommunen eller den enkelte skole kan velge noen elever bort. Dette gjelder også for de private skolene; de må praktisere ikke-diskriminerende inntaksprosedyrer og har ikke adgang til å avslutte undervisningen for elever annet enn gjennom reglene om bortvisning.

Elever i private skoler har samme rett til individuell tilrettelegging og fysiske hjelpemidler som elever i den offentlige skolen. Det er elevens hjemkommune eller hjemfylke som vedtar krav på personlig assistanse, fysisk tilrettelegging og tekniske hjelpemidler, eller vedtak om individuelt tilrettelagt opplæring. Hjemkommunen eller -fylket skal dekke utgiftene til den individuelle tilretteleggingen i private skoler på lik linje med offentlige skoler. Har barnet særskilte behov, knyttet til funksjonsnedsettelse eller lærevansker, ser vi at det offentlige ansvaret slår inn. Kommunen har dermed et totalansvar for de elevene som bor i kommunen, uansett hvilke evner de har, eller hvilke kostnader de påfører skolen.

Mens den offentlige skolen drives og finansieres av kommuner og fylkeskommuner, er finansiering av de private skolene statens ansvar. Skolesektoren er dermed den eneste velferdstjenestesektoren der det offentliges styring av den offentlige og den private produksjonen er delt på ulike offentlige organer.

### **Private skoler uten offentlig støtte**

Rene privatskoler der foreldrebetalingen er skolens driftsinntekt, har vi lite av i Norge. De vi har, er viktige for å sikre skoletilbud av høy kvalitet for mennesker som er særlig opptatt av at barna skal få et internasjonalt orientert skoletilbud.

Disse private grunnskolene er ikke godkjent etter privatskoleloven, men etter opplæringsloven § 2-12. De skolene vi har hittil, er drevet av stiftelser:

- Kristiansand Internasjonale Skole
- Den Tysk-Norske Skolen i Oslo
- Lycée Français René Cassin D'Oslo (Den franske skolen)
- International School of Stavanger
- International School of Bergen
- Oslo International School

Barnevernstjenesten er, som nevnt, mye mer kompleks enn skole og barnehage. De grunnleggende rettighetene og pliktene står i barnevernslovens kapittel 1 og 2. Barn har rett til omsorg og beskyttelse, fortrinnsvis i egen familie, men også rett til nødvendige barnevernstiltak når lovens vilkår er oppfylt. Barnevernet har både rett og plikt til å undersøke et barns omsorgssituasjon dersom det er rimelig grunn til å anta at det foreligger forhold som kan gi grunnlag for å iverksette tiltak etter barnevernsloven.

Barnevernets tiltak skal være til barnets beste og ikke mer inngripende enn nødvendig. Hvilke tiltak som vil være barnets beste, må avgjøres i det enkelte tilfelle. Barnets egen mening er sentral. Rettighetene etter barnevernsloven er dermed utpreget behovsprøvde og skiller seg tydelig fra de universelle rettighetene til skole og barnehage.

Institusjonene – offentlige som private – er egne pliktsubjekter. Barnevernlovens § 10-2 og forskrift om barns rettigheter i barnevernsinstitusjon gir barn som bor i institusjon en rekke rettigheter og plikter også overfor institusjonen. Barnet har rett på forsvarlig omsorg, og institusjonen skal legge til rette for at barnet får ivaretatt sine personlige interesser og delta i ønskede fritidsaktiviteter. Institusjonen skal også legge til rette for at barnet får opplæring i henhold til opplæringsloven. Institusjonen skal følge opp barnets behov for helse- og omsorgstjenester og andre velferdstilbud. Det skal legges til rette for foreldresamvær og besøk. Forskriften gir detaljerte regler om innskrenkninger i barns rettigheter, oppbevaring av økonomiske midler, medisinsk tilsyn og behandling, gjennomføring av kroppsvisitasjon og undersøkelser av barnet, rusmiddeltesting samt tilbakeføring ved rømming. Denne reguleringen gjelder for alle institusjoner og er en naturlig konsekvens av at

institusjonen har fått mange av de funksjonene for barnet som ellers ivaretas av foreldrene. Barnets rett til medvirkning gjelder likt for alle institusjoner.

Det er barneverntjenesten i kommunen som avgjør om et barn har behov for tiltak. Dette inkluderer om plass på en barnevernsinstitusjon er riktig tiltak. Det er imidlertid statlige Bufetat som avgjør hvilken institusjonsplass barnet får tilbud om. Vedtaket fastsetter i detalj hva barnet skal motta, og hva slags tiltak som skal settes inn overfor familie og pårørende. Her fastsettes barnets rett til ytelse i institusjonen ned på det detaljnivået som er nødvendig for å sikre at barneverntjenestens individuelle kvalitetsfastsetting blir realisert av institusjonen.

Bufetat gir en konkret beskrivelse av barnet, herunder barnets behov, fungering og historikk, samt konkrete krav til tiltaket, inkludert krav til innhold, kvalitet og bemanning. Dette vil så utgjøre bestillingen til leverandør. Kvaliteten på individnivå styres på denne måten gjennom lovens og forskriftens regulatoriske ramme, som deretter anvendes på den konkrete situasjonen barnet står i. Denne barnevernsfaglige og faktiske vurderingen legges til grunn for forvaltningsvedtaket om hvilke tiltak som trengs for at barnets rettigheter skal oppfylles. Vedtakets krav blir deretter en del av avtalen med institusjonen. Dette sikrer at barnet får de tjenester, og med den kvalitet, som vedtaket har fastsatt at loven gir barnet rett på. Valg av institusjon avhenger av hvilket tiltak som er besluttet, og hvilken institusjon som har kapasitet til å levere dette. Bufetat har rammeavtaler med private institusjoner.

Det er nærmest en selvfølge at tjenesten ikke koster noe for barnet og familien. Men i denne boken er det en selvfølge som må med. Tjenestene er gratis.

Sykehusbehandling har en litt annen rettslig utforming enn de øvrige tjenestene. Den rettslige og organisatoriske strukturen består av henvisning, rettighetsavklaring, frist for behandling, rett til valg av behandlingssted, og deretter behandling. Private bedrifter har en rolle på alle disse trinnene, innenfor den offentlig regulerte og finansierte tjenesten. Forsvarlighetskravet til alt helsepersonell gjennomsyrrer tjenesten i både forvaltning og behandling.

Retten til behandling er nedfelt i pasient- og brukerrettighetsloven. Spesialisthelsetjenesteloven slår fast at det er staten som har det overordnede ansvaret for at befolkningen gis nødvendig spesialisthelsetjeneste. Pasientens vei inn i sykehusbehandling som ikke er øyeblikkelig helsehjelp, går via en henvisning. Henvisningen utløser, etter samme bestemmelses andre ledd, en rett

for pasienten til å bli vurdert av spesialisthelsetjenesten for nødvendig helsehjelp. Retten til å henvise er ikke presist avgrenset, så både fastleger, kommersielle leger, tannleger, kiropraktorer, manuelleterapeuter eller psykologer kan henvise pasienter til sykehusbehandling.

Henvisningen utløser kun en rett til å bli utredet av et helseforetak innen ti dager, ikke til å få behandling. Pasienten kan selv velge hvilket helseforetak vurderingen skal skje hos, etter pasient- og brukerrettighetslovens § 2-4. Valget står mellom de helseforetak som eies av de regionale helseforetakene, eller private sykehus som har avtale med et regionalt helseforetak om å kunne avklare nødvendig helsehjelp for pasienten.

Rettighetsavklaringen består i at sykehuset vurderer pasientens medisinske behov og hvilke tiltak som er best. Når det medisinske behovet for nødvendig helsehjelp er fastsatt, har pasienten fått en rett til en eller annen behandling. Dette betyr at hva behandlingen skal bestå i, og med hvilken kvalitet, eventuelt med hvilke metoder, har gått fra å være en medisinsk vurdering til å bli en plikt for staten og en rett for pasienten. Pasienten skal samtidig få fastsatt en faglig forsvarlig tidsfrist for når helsehjelpen senest skal være påbegynt. Pasienten har deretter rett til et faglig forsvarlig pasientforløp.

Det er gjennom den medisinske vurderingen som leder til pasientens rettighetsavklaring, at det offentlige gjennomfører prioritering av individets behov mot samfunnets ressursbruk. Dette kan lede til kontroverser når pasienten nektes dyre medikamenter, behandlinger som har for usikkert utfall, eller for høye kostnader. Helseforetakets rettighetsavklaring er dermed på samme tid en medisinsk fastsettelse av diagnose og behandling, en samfunnsøkonomisk interesseavveining og en fastsettelse av kvaliteten pasienten har krav på overfor staten.

Pasient- og brukerrettighetsloven er tydelig på at brukere har rett til å medvirke, og helsetjenesten har plikt til å involvere brukeren. Dette gjelder ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester. Men lovens § 2-4 fjerde ledd slår klart fast at pasienten ikke kan velge behandlingsnivå eller kvalitet. Dette fastsetter helseforetaket, som avklarer hva staten er forpliktet til å finansiere.

Pasient- og brukerrettighetsloven åpner imidlertid for at private foretak kan få delegert myndighet til å avklare hva som er nødvendig helsehjelp for pasienter. Dette er en veletablert praksis i norsk helsevesen. Det er imidlertid et ganske bemerkelsesverdig unntak fra den klare hovedregelen om at det er det offentlige som fastsetter tiltak, kvalitet og dermed kostnadsnivå på den

tjenesten brukeren har rett til å motta. Når private gis adgang til å fastsette hva staten er forpliktet til, og som de kanskje selv skal levere til brukeren, har reguleringen åpnet muligheten for at den private rettighetsavklarers faglige vurderinger styres av egen privatøkonomisk interesse. De som er i denne posisjonen er for det første de ideelle sykehusene som er integrert i statens styring av helseforetakene.

### **Private foretak med forvaltningsmyndighet**

Eksempler på private virksomheter som har denne adgangen til å rettighetsavklare pasienter er Modum Bad, som spesialiserte seg på psykisk helse og tilbyr både døgnbehandling og polikliniske konsultasjoner; Crux Bergfløtt Behandlingssenter, som tilbyr behandling for rusmiddelmissbrukere og har avtale om både døgnbehandling og polikliniske tjenester; Fekjær Psykiatriske Senter, som tilbyr tjenester innen psykisk helsevern og har vurderingskompetanse; Lovisenberg Diakonale Sykehus og Diakonhjemmet sykehus, som begge er store sykehus som opererer på basis av avtaler med statlige helseforetak.

Avtalespesialister har ikke henvisningsrett, og kan derfor ikke hente inn oppdrag gjennom å tiltrekke seg kunder på samme måte som en markedsbasert tjenesteleverandør vil kunne gjøre. Derimot har avtalespesialistene adgang til å rettighetsavklare pasienter. Det betyr at når en fastlege har henvist pasienter til avtalespesialister, kan sistnevnte både fastsette behandling og levere oppdraget. Faren for at avtalespesialister driver overbehandling, eller fløteskumming i terminologien fra prinsippal/agent-teori, er antagelig ikke helt eliminert. Temaet drøftes for hele helsevesenet i kapittel 11 i Sykehusutvalgets innstilling, NOU 2023:4.

Det andre spesielle med spesialisthelsetjenesten er den klare retten til brukervalg når rettighetsavklaringen er gjort. Når retten til behandling er avgjort, kan pasienten velge produsent innenfor ordningen med rett til valg av behandlingssted, som følger av pasient- og brukerrettighetslovens § 2-4. Pasienten kan velge mellom offentlige behandlingssteder og private behandlingssteder som har avtale med et regionalt helseforetak. Formålet med denne brukervalgsordningen er å sikre brukerinnflytelse for pasienten, bidra til lik tilgang på helsetjenester og bedre utnyttelse av ressurser og kapasitet i spesialisthelsetjenesten. Det er også en viss adgang til å velge behandling i et annet EØS-land, i henhold til § 2-4 a. Adgangen til fritt sykehusvalg er noe annet enn ordningen med fritt behandlingsvalg.

## **Fritt behandlingsvalg**

Godkjenningsordningen «Fritt behandlingsvalg» ble innført av Solberg-regjeringen i 2015. Endringen innebar at ideelle og kommersielle leverandører kunne få godkjenning fra Helfo for å levere spesialisthelsetjenester mot betaling fra staten. Dette skjedde uten at pasienten måtte gå via rettighetsfastsettelse i spesialisthelsetjenesten.

Med godkjenningsordningen i Fritt behandlingsvalg ble pasientens valgrett utvidet til å omfatte private institusjoner som var godkjent for å levere spesialisthelsetjenester mot betaling fra staten. Disse kom dermed i tillegg til offentlige institusjoner og private institusjoner som var eid av eller hadde inngått avtale med et regionalt helseforetak. Målet med å innføre fritt behandlingsvalg var å redusere ventetidene, øke valgfriheten for pasientene og stimulere de offentlige sykehusene til å bli mer effektive.

Ordningen ble avviklet under regjeringen Støre ved utgangen av 2022. I Prop. 5 L 2022–2023 Endringer i pasient- og brukerrettighetsloven og spesialisthelsetjenesteloven (avvikling av godkjenningsordningen i Fritt behandlingsvalg)/ Helse- og omsorgsdepartementet begrunnet Helse- og omsorgsdepartementet dette med blant annet:

Flere høringsinstanser peker på at det er store variasjoner i kvaliteten på behandlingstilbudet mellom de ulike godkjente virksomhetene. De har erfart at kunnskapsnivået ved enkelte institusjoner er lavt. Departementet mener det er en utfordring at det er liten eller ingen innsyn i tilbudet og manglende kontroll av kvaliteten på tilbudene til virksomheter som er godkjent gjennom ordningen i Fritt behandlingsvalg.

Godkjenningsordningen har videre redusert forutsigbarheten for den offentlige spesialisthelsetjenesten ved at de godkjente leverandørene ikke har volumbegrensninger. Utfordringene forsterkes i tillegg ved at det er uforutsigbarhet knyttet til behandlingsslengde. Dette kan svekke de regionale helseforetakenes evne til å utøve god planlegging og styring av ressursbruken. For noen helseforetak utgjør godkjenningsordningen en stor utfordring med klare økonomiske konsekvenser.

Om lag 80 000 pasienter benyttet seg av ordningen i perioden 2016 til 1. tertial 2022.

Retten til sykehjem og hjemmebaserte tjenester styres av lov om pasient- og brukerrettigheter. Loven gir rett til nødvendige helse- og omsorgstjenester med en forsvarlig standard, basert på en individuell helse- og omsorgsfaglig vurdering. Mer konkret er dette retten til å være knyttet til fastlegeordningen, retten til brukerstyrt personlig assistanse og – viktigst for denne bokens formål – retten til opphold i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester. At det er kommunene som er pliktsubjekt, følger dels av denne loven og dels av lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. Her pålegges den enkelte kommune å tilby nødvendige, likeverdige helse- og omsorgstjenester av god kvalitet til de som oppholder seg i kommunen.

Det er dermed kommunen som vurderer og beslutter hva slags hjelp som skal tilbys ut fra den enkeltes situasjon. Kommunen kan hensynte egne ressurser og egne prioriteringer, men står ikke helt fritt. Forsvarlighetskravet kan bety at en person har rettskrav på sykehjemsplass dersom dette er det eneste alternativet som gir et forsvarlig tilbud. Kommunen skal ta hensyn til tjenestemottakerens ønsker og synspunkter. Brukeren har rett til medvirkning.

Tjenestene kan produseres av kommunen selv eller ved at kommunen inngår avtale med andre offentlige eller private tjenesteytere. Loven skiller ikke mellom ideelle og kommersielle tjenesteytere og stiller ingen krav til private produsenter om godkjenning, begrensninger på eierskap, selskapskonstruksjoner eller leverandørens øvrige aktiviteter. Kommunenes adgang til å inngå avtaler med ideelle og kommersielle leverandører ledsages av et ansvar for å følge opp og kontrollere om tjenestene leveres i tråd med avtalen og det regelverket som gjelder. Tjenestene er fortsatt kommunens ansvar overfor brukeren, selv om den lar en privat bedrift stå for selve produksjonen.

Brukerne har ikke lovfestet rett til valg av produsent. Plass på sykehjem tildeles av kommunen, basert på medisinske vurderinger fra enten fastlege eller andre behandlere. Dette avhenger av personens medisinske tilstand. På samme måte beslutter kommunen endringer i tjenestebehov for pasienter som utvikler nye behov, for eksempel gjennom svekket helse på grunn av alder.

Vi ser at, som for de andre tjenestene, er «kundens» behov, preferanse for ulike tilbud, og betalingsvilje eller -evne overtatt av offentlig styring fra forvaltningen. Det samme gjelder rettslig sett for tildeling av plass. Men her har flere kommuner innført elementer av fritt brukervalg for å øke servicegrad overfor egen befolkning.

Det er ikke noen nødvendig sammenheng mellom det å gi en slik adgang og det å sette drift av sykehjem ut på kontrakt med en privat produsent. I praksis er det ofte slik at de kommuner som velger det ene, også velger det andre. Dette er noe kommunen bestemmer, og det er kommunen som avgjør grad av valgfrihet. I praksis begrenses dette som oftest av at kommunen ikke holder seg med overkapasitet i institusjonene, som egentlig er nødvendig for at en valgadgang skal bli en valgfrihet.

## Styring av produsentens valg av bruker og brukers valg av produsent

I vanlige markeder kan en tjenesteleverandør fritt velge hvilke kunder den vil rette seg mot, og til og med velge kunder bort. Når en tjeneste er tildelt gjennom de forvaltningsprosesser som er omtalt ovenfor, er det forvaltningen som plasserer brukeren ut til produsenten, og dermed overstyres produsentens valgfrihet. Mekanismene er mindre formaliserte i barnehage enn i barnevern, men produsentens adgang til å velge brukere, eller til å velge bort brukere, er i praksis ikke-eksisterende. Adgangen som finnes er direkte koblet til kapasitet og kvalitet. For eksempel kan en privat skole som er full, nekte å ta inn nye barn, mens kommunen er rettslig forpliktet til å skaffe et tilbud til alle barn. Et privat sykehus som jobber på oppdrag fra et helseforetak kan si nei til pasienter som faller utenfor avtalen med helseforetaket, eller som har mer komplekse diagnoser enn det avtalen dekker. Adgangen til å avvise er dermed koblet til avtalen med helseforetaket, og bør ikke ses på som et utslag av opportunisme fra sykehusets side. I private skoler og barnehager har vi sett det samme; de kan ikke takke nei til barn basert på mistanke om at de vil ha lærevansker eller adferdsproblemer. Skal de kunne takke nei, må det være fordi de mangler kapasitet. Det samme gjelder for barnevern, selvsagt.

Produsentens manglende adgang til å velge bort brukere er et sentralt utslag av reguleringen av tjenesten. Det er reguleringen som er politikernes verktøy for å sikre at tjenestene når de politiske målene. Situasjonen for en privat produsent er litt annerledes enn for den offentlige myndigheten med sørge for-ansvar. En privat produsent kan si nei, med begrunnelse i kapasitet. Det kan ikke den offentlige virksomheten gjøre. Denne forskjellen blir av enkelte sett på som et utslag av de private virksomhetenes opportunisme. Det bør heller ses som utslag av at tjenesten er en offentlig velferdstjeneste som det er det offentlige som har ansvar for. De private er tross alt bare innleide produsenter for å løse det offentliges oppdrag – forenklet sagt.

I forrige kapittel så vi hvordan elementer av brukervalg finnes i både barnehage, skole, tydeligst innenfor sykehustjenestene, og i sykehjem for de kommuner som åpner for dette. I dette kapitlet er det viktig å understreke hvordan brukervalg alltid er et resultat av regulering og styring, og i sykehussektoren et virkemiddel for allokering av pasienter. De som ser på brukervalg som en markeds mekanisme har rett. Men det er en markeds mekanisme som

er integrert i regulering og styring, og ikke et fravik fra regulering og styring. Vi ser mer på dette i kapittel 8 nedenfor om tiltak for konkurranse i den offentlige tjenesteproduksjonen.

## **Brukerens betalingsvilje overstyres**

I normale markeder vil pris på produkter og tjenester være det som styrer ressursene som bindes opp i produksjonen av en tjeneste. Det er prisene som styrer om produsentene har insentiver til å øke eller redusere volum, eller velge mellom ulike kundesegmenter. Prisene forteller samfunnet noe om tjenestens verdi og bidrar til fordeling av inntekt. Når prisene endrer seg, kan markedsaktørene respondere ved å øke eller redusere sin produksjon eller etterspørsel.

Dette er helt annerledes for politisk styrte tjenester som de vi behandler her. Ressursbruken er politisk styrt for å sikre et produksjonsvolum som dekker behovet. Behovet skapes av demografien; antall barn, antall eldre osv., og av rettighetenes betydning for produksjonsvolum og kvalitet på tjenestene. Produsentene kan som nevnt ikke velge kunder, og det er i begrenset grad adgang til at kundene kan velge produsent gjennom ulike brukervalgsordninger. Man vet mye om kostnadene ved å produsere velferdstjenester, men vi vet nesten ingenting om hvilken økonomisk verdi tjenestene har. Dels mangler vi markedspriser til å måle tjenesteverdien med, men også fordi vi mangler et enhetlig system for å måle hvilke tap vi som samfunn ville bli påført om tjenestene falt helt bort.

Når det er sagt, er det svært enkelt å konstatere hva prisene er for brukerne. Det er klart hvem som bestemmer prisene, og hvordan. Prisene bestemmes av politikerne og styres gjennom de regelverk som er etablert for de enkelte tjenestene. Vi kaller det egenandeler i sykehus og sykehjem, foreldrebetaling i barnehage, skolepenger i private skoler, og vi har ingen av delene i barnevernet. Der har man også egenandeler for å dekke kostnadene ved å ha barn i institusjon eller fosterhjem, men de egenandelene dekkes av kommunen.

Som den store hovedregel er disse «prisene» de samme om brukeren mottar tjenesten fra en privat produsent som om det er en offentlig produsent. Unntaket her er private skoler. Her er finansieringsreglene slik at de private

skolene får dekket 85 prosent av kostnadene ved en kommunal skole, og skolen er gitt en adgang til å kreve foreldrebetaling på inntil 15 prosent av tilskuddsgrunnlaget. Som vi ser i kapittel 10, ligger den offentlige finansieringen under 85 prosent. Uansett ser vi at selv om foreldrebetalingen for private skoler ikke styres gjennom en tallfestet maksimalpris, slik som i barnehager, er den regulert. Skolen kan ikke øke prisen utover maksimalt nivå for å heve kvaliteten eller øke sin egen inntekt. En beregning fra Kunnskapsdepartementet viser at de private skolene i gjennomsnitt bare krever inn 46 prosent av den foreldrebetalingen de har adgang til å gjøre.<sup>27</sup>

De kommunale sykehjemstjenestene har langt større egenbetaling enn de andre tjenestene vi ser på. Men også dette er politisk styrte priser.

## Styring av den offentlige kundens betalingsvilje

Det neste skillet mellom en offentlig velferdstjeneste og vanlige markeds-tjenester er trekantforholdet som oppstår ved at produsentleddet ikke har en, men to kunder. Vi har sett på forholdet mellom tjenestemottakeren – brukeren – og forvaltningen ovenfor. Vi har også sett på forholdet mellom bruker og produsentledd, både når det gjelder valg og pris. Når tjenestene er offentlig finansiert, må vi også se nærmere på det økonomiske forholdet mellom produsent og ansvarlig myndighet. Også i denne relasjonen er det i stor grad slik at markedsmechanismene er satt ut av spill, gjennom regulerte metoder for å beregne vederlaget som sørge for-myndigheten betaler til produsenten. For enkelthets skyld omtales dette som tilskuddsfinansiering av tjenesten, der tilskuddene beregnes etter regler fastsatt i lov og forskrifter om tjenesten.

Ordet «tilskudd» er litt villedende. Det er lett å blande slike lovregulerte finansieringsmekanismer med mer skjønnsmessig fastsatte tilskudd som det offentlige gir til en mengde ulike formål. Finansiering av skole og barnehager er noe annet enn at en kommune gir tilskudd til drift av frivillige organisasjoners ungdomsarbeid. Også slike tilskudd beregnes og styres av den tildelende

---

27 Se Kunnskapsdepartementets budsjettproposisjon for 2024, Prop. 1 S (2023–2024) s. 302.

myndigheten, men satsningene er frivillige for kommunen, og mottakeren har ikke noen rett på pengene. Slike tilskuddsordninger er også regulerte og styrte, med klare krav til hva pengene skal brukes til. Ikke minst er det klare krav om rapportering på at pengene er brukt slik de skulle. Forskjellen til finansiering av velferdstjenester er at formålet – tjenesteproduksjonen – ikke kan nedprioriteres av myndigheten. Myndigheten kan ikke kutte beløpene for å spare penger. Tilskuddene til finansiering av velferdstjenesteproduksjon er i statsbudsjettet såkalte overslagsbevilgninger. Det betyr at staten betaler etter behov, og ikke begrenset av et bevilget beløp.

Innen barnehager og private skoler er tilskuddene utformet for å sikre permanent finansiering av de private produsentene som til enhver tid finnes. I begge sektorene beregnes tilskuddet etter en metode som er basert på kostnadene ved drift av det tilsvarende kommunale tilbudet. Det rettslige utgangspunktet er litt ulikt for de to tjenestene. Barnehageloven fastslår at kommunens finansiering av private barnehager skal være lik, men også begrenset av kostnadsnivået på kommunens egne barnehager. Kommunen kan bestemme hvor mye den ønsker å bruke på barnehage, så lenge private barnehager likebehandles og kvalitetskravene opprettholdes. Dermed definerer kommunenes kostnader de lokale private barnehagenes inntekter. Private barnehager får i tillegg et påslag for pensjons- og administrasjonsutgifter, samt et kapitaltilskudd for å hensynte systematiske forskjeller mellom offentlige og private barnehager.

Privatskoleloven legger opp til at statens vederlag til private skoler skal dekke 85 prosent av kostnaden ved å drive kommunale skoler. Resten kan dekkes ved foreldrebetaling. Reglene for finansiering av private skoler og barnehager har vært en kontinuerlig kilde til politisk og juridisk konflikt de siste tiårene. Kort oppsummert har stridens kjerne vært at loven lover enten likebehandling eller 85 prosent av likebehandling, og de private virksomhetene har ment at de ikke har fått dette.

Både for private barnehager og private skoler gjelder et krav om at tilskuddet skal komme barna eller elevene til gode og ikke kan brukes til andre formål. For skoler er det i tillegg et forbud mot å hente ut utbytte når driften har gått med overskudd.

Statens finansiering av de regionale helseforetakene er i hovedsak todelt og består av en fast del (basisbevilgning) og en aktivitetsavhengig del. Den viktigste aktivitetsbaserte ordningen er innsattsstyrt finansiering (ISF) av somatisk virksomhet, poliklinisk psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rus-

behandling. De regionale helseforetakenes finansiering av helseforetakene og de 12 ideelle sykehusene er også en blanding av en behovs- og kostnadsjustert ramme og ISF. Dette systemet ble innført da sykehusene ble flyttet fra fylkeskommunene til staten og de nye helseforetakene. Beslutningen ble tatt under Stoltenberg I-regjeringen og gjennomført under Bondevik II-regjeringen. Deretter har hovedfløyene i norsk politikk skiftet på å justere den innsatsstyrte komponenten opp under borgerlige regjeringer, og ned under rød-grønne regjeringer. Finansieringssystemet bringer dermed et element av markedsstyring inn i den offentlige styringen, og den statlige styringen gjøres gjeldende for noen utvalgte private institusjoner: De 12 ideelle sykehusene som er private, men styres og finansieres som om de var offentlige.

Helseforetakenes kjøp av tjenesteproduksjon fra private klinikker og sykehus styres av anskaffelsesregelverket. Avtaler inngås etter anbudskonkurranser. Helseforetakene finansierer tjenestekjøpene gjennom sin basisbevilgning. Ofte skjer betaling til den private produsenten som en form for stykkprisordning.

### **Privat finansierte sykehustjenester**

Private virksomheter som ikke har avtale med et regionalt helseforetak eller Helfo vil ikke bli finansiert av staten. Brukeren står fritt til å bruke disse tjenestene uavhengig av fastlegens henvisning, mot egenbetaling, eller ved betaling gjennom forsikring, se neste avsnitt.

Andelen av befolkningen som har privat, kommersiell helseforsikring, har økt kraftig de siste 20 årene. De totale helseutgiftene for de private helseforsikringene i 2022 var to milliarder kroner. Til sammenligning var de samlede helseutgiftene fra offentlig forvaltning i samme år 388 milliarder kroner (se kapittel 2.4 i «Helseforsikring for individet og samfunnet – Nyttig eller unyttig?», Rapport nr. 26/2024 fra Samfunnsøkonomisk analyse AS ved Adrian Kellner Lysne).

Sykehusutvalget mener utviklingen kan bidra til å svekke oppslutningen rundt en offentlig finansierte helsetjeneste på sikt. Privatfinansierte tilbud kan ifølge utvalget føre til både økt forbruk og lavere indikasjonsgrenser for behandling. Det kan også føre til økt sosial ulikhet i tilgangen til spesialisthelsetjenester. Sykehusutvalget mener at det også har uønskede konsekvenser for arbeidsmarkedet for helsepersonell. Dette kan føre til mangel på kompetanse i viktige fagmiljøer i den offentlige helsetjenesten. I stor grad handler etterspørselen etter privat helseforsikring om en forventning om at denne vil fremskynde en behandling som ordinært gis i det offentlige. Slik sett er private helseforsikringer en «køforsikring». Betalingsviljen for slike forsikringer vil avhenge av effektiviteten i det offentlig finansierte helsevesenet.

Dilemmaet er at selv om helseforsikring kan være rasjonelt for en person eller en bedrift, vil køforsikringen få mindre effekt jo større kollektiv den dekker. Alle kan ikke komme først i køen.

Kapasiteten til behandling blir ikke større av at den flyttes over i privat sektor, med mindre organiseringen av behandlingen i privat sektor er vesentlig mer effektiv enn i offentlig sektor.

Avtalespesialistene betales gjennom takstbaserte refusjoner fra Helfo, driftstilskudd fra de regionale helseforetakene og egenandel fra pasientene. Dette er regulert i forskrift og med satser som fremforhandles årlig mellom Helse- og omsorgsdepartementet, de regionale helseforetakene og profesjonsforeningene. Heller ikke avtalespesialistene kan bestemme sine egne priser, som om de var en alminnelig markedsaktør.

Oversikten her viser hvordan inntektssiden til private produsenter styres gjennom måten tilskuddene beregnes på. Dette gjør at de private produsentene har begrensede muligheter til selv å gjøre strategiske grep for å øke egne inntekter. De kan verken tiltrekke kvalitetsbevisste og betalingsvillige brukere gjennom økt kvalitet, eller overbevise offentlige myndigheter om å øke tilskuddet for å heve kvaliteten.

Når privates kapasitet kjøpes inn gjennom anbud, er dette annerledes. Her avtales tjenestekontrakter med vederlag fastsatt i anbudskonkurransen. Det er en rendyrket markeds mekanisme, og prisen er en kommersiell pris. Her er produsentens vederlag teknisk sett en pris den selv har bestemt, slik vi kjenner fra markedsbaserte tjenester ellers. Prisen styres av kostnadene som defineres av konkurransegrunnlaget myndigheten har lagt ut på anbud. Produsentens eventuelle strategiske ønsker om høy kvalitet til høy pris, eller lavere kvalitet til lavere pris, overstyres av kravene i konkurransegrunnlaget. Leverandøren må vurdere om han har de ressursene og aktivitetene som trengs for å vinne den konkurransen som myndigheten har lagt opp til. Dette er dermed en klassisk konkurransestrategisk vurdering. Produsenten må også gjøre antagelser om hvilke andre konkurrenter som vil dukke opp, og om de er bedre stilt til å vinne. Desto sterkere produsenten ønsker å vinne kontrakten, desto lavere vil den måtte gå i pris. Kanskje kan den i noen tilfeller bevisst legge opp til å gå med underskudd på en kontrakt, for eksempel for å komme inn i markedet.

Anbudsprisen er altså en rent kommersiell pris, som ikke direkte styres av lover og forskrifter slik som tilskuddene. Men siden anbudskonkurranse er en konkurranseform som presser prisene nedover, er det også her vanskelig for de private produsentene å finne smarte grep for å øke inntekten. Veien til

økt lønnsomhet går gjennom effektivisering, som legger opp til styrket kostnadslederskap, og dermed lavere priser og flere oppdrag. Den nedre grensen for hvor langt man kan gå med denne strategien defineres som tidligere nevnt av de krav til kvalitet som det offentlige er pålagt å levere til brukerne, eller etterleve som ansvarlig for tjenesten.

## **Tjenstedesign styres gjennom styring av kvalitet**

Ovenfor omtalte vi hvordan de regulatoriske styringsvirkemidlene erstatter markedsdialogen mellom selger og kjøper, knyttet til individets ønsker og behov. Vi har sett at den individuelle styringen av kvalitet er preget av behovsprøving i sykehus og barnevern, mens skole og barnehage er mindre behovsprøvd og mer universelt utformede tjenester. Brukermedvirkning er som regel lovregulert, men det er den offentlige myndigheten som fastsetter tjenestekvaliteten som oppfyller brukerens rett til tjenesten.

I dette avsnittet skal vi se svært enkelt og overordnet på hvordan produsentenes kvalitet styres gjennom krav rettet mot dem som institusjoner; det vi i kapittel 5 omtalte som institusjonell styring av kvalitet. Den samlede styringen av kvalitet får man først oversikt over ved å se den institusjonelle og den individuelle styringen av kvalitet i sammenheng. Det er først når man gjør det at man kan ha en realistisk oppfatning om hvilket handlingsrom produsentene har til å differensiere sitt tjenestetilbud, i forhold til hverandre, og i forhold til det offentliges egenregiproduksjon.

Den institusjonelle styringen av kvalitet retter seg primært mot virksomhetenes strukturkvalitet og prosesskvalitet.

Strukturkvalitet styres for det første gjennom krav som sjelden får oppmerksomhet i den offentlige velferdsdebatten, men som er helt avgjørende for tjenestekvaliteten. Regulatoriske krav til bygg og utstyr fyller mange sider med forskriftstekst og tekniske standarder. Vi har byggtekniske krav til institusjonene i byggteknisk forskrift. Lov om medisinsk utstyr regulerer produksjon, markedsføring, omsetning og bruk av medisinsk utstyr. Legemiddeloven regulerer krav til legemidler. Utdanningsdirektoratet stiller krav til skolens infrastruktur for og bruk av digitale læremidler i skolen for å sikre at tekno-

logien støtter elevenes læring på en trygg og effektiv måte. Krav til utdanning og gjensidig godkjenning av utdanning fra andre land er et annet eksempel på regulering av strukturkvalitet. Mange av disse kravene kommer fra EU-regler som er tatt inn i norsk rett. For EU-landene er det viktig å ha like standarder for produkter og mange tjenester, også innen tjenesteområder som EU tradisjonelt har overlatt til medlemsstatene.

Reguleringen av strukturkvalitet har gått et viktig steg videre enn å bare stille krav til utdanningene som sådanne. Bemanningsnormer setter krav til virksomhetenes bruk av fagfolk med nærmere bestemte utdanninger. Det settes krav til antall og sammensetningen av den bemanning som skal være på plass til enhver tid. Slike bemanningsnormer har vi i barnehage, skole og barnevern, men ikke i sykehjemssektoren. Barnehageloven stiller således krav til forsvarlig ledelse og tilstrekkelig bemanning. Det er kompetansekrav til daglig leder og pedagogiske ledere, og tallfestede minimumskrav til antall ansatte per barn. Videre kreves norskferdigheter og politiattest for de som jobber i barnehagen. Slik regulering legger klare begrensninger på virksomhetenes adgang til å finne andre måter å organisere tjenesteproduksjonen på. Men det hindrer også bruk av ukvalifisert arbeidskraft for å spare penger.

I all hovedsak er disse reguleringene like for offentlige og private produsenter innenfor de enkelte tjenestene. Det tydeligste fraviket fra dette er at offentlige og private skoler ikke har helt like bemanningsnormer. I kommunale skoler er bemanningsnormene likt utformet. De stiller krav til lærertetthet, spesialpedagogiske ressurser og andre støttefunksjoner. Private skoler må følge nasjonale krav, men de kan tilpasse bemanningen både etter skolens pedagogiske profil og økonomiske ressurser. Begge skoletyper må sikre tilstrekkelig bemanning for å gi forsvarlig undervisning, men de private har altså en noe større frihet enn kommunale skoler. Denne friheten reflekterer kravet til godkjenning av private skoler, som vi skal se nærmere på i neste avsnitt.

Regulering av prosesskvalitet viser samme mønster, med lik regulering uavhengig av hvem som eier produsenten, og et visst unntak for private skoler. Helse- og omsorgstjenesteloven stiller krav til faglig forsvarlighet og kvalitet i tjenestene. Den sikrer at brukerne får nødvendige og forsvarlige tjenester. Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten pålegger helse- og omsorgstjenestene å ha systemer for ledelse og kvalitetsforbedring. Her kreves etablering av prosedyrer for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelser av lovgivningen, samt å sikre pasient- og bru-

kersikkerhet. Helsedirektoratet skal etter spesialisthelsetjenesteloven utvikle nasjonale retningslinjer og veiledere som understøtter de mål som er satt for helse- og omsorgstjenesten. Helsedirektoratet skal videre utvikle, formidle og vedlikeholde nasjonale kvalitetsindikatorer som hjelpemiddel for ledelse og kvalitetsforbedring i spesialisthelsetjenesten, og som grunnlag for at pasienter skal ivareta sine rettigheter. Kvalitetsindikatorerne skal bidra til å gi pasienter og pårørende grunnlag for å kunne ta kvalifiserte og informerte valg, for eksempel når de skal velge behandlingssted. Den institusjonelle styringen av private virksomheters kvalitet sikres gjennom å dokumentere at virksomheten oppfyller en omfattende rekke kvalitetskrav.

I barnevernloven er kravet om at barnets beste alltid skal være rettesnor, og at tiltakene etter loven skal være tilpasset barnets behov, en viktig overordnet rettsnorm for prosesskvalitet. Barnevernsinstitusjonenes ansvar etter barnevernslovens kapittel 10 er å gi forsvarlig omsorg. Kravene er de samme for statlige som for private institusjoner. Det innebærer blant annet å gi barnet vern og beskyttelse, tydelige rammer for å sikre trygghet og god utvikling, oppfølging av skole- og opplæringstilbud og fritidsaktiviteter, stabil og god voksenkontakt, opplevelse av mestring og å bli sett og hørt, samt lære barnet respekt og toleranse.

På samme måte som vedtakene er tilpasset den individuelle situasjonen barnet og familien står i, er institusjonenes plikter utformet slik at det er klart at hva som er å anse som forsvarlig omsorg vil avhenge av barnets alder og modenhet, og formålet med oppholdet. Barnevernsinstitusjonen skal etter barnevernslovens § 10-16 til enhver tid ha forsvarlig bemanning og kompetanse, og en stillingsplan som sikrer en faglig forsvarlig drift. Institusjonen skal ha ansatte med tilstrekkelig nivå og bredde i kompetansen ut fra institusjonens målgruppe og målsetting. Kontraktene mellom Bufetat/Oslo kommune og leverandør kan supplere kravet om forsvarlig bemanning. Faglig personell som ansettes i en institusjon skal minst ha relevant bachelorutdanning, men Bufetat kan i særlige tilfeller gjøre unntak fra dette kravet.

Videre skal institusjonene anvende metoder som er faglig og etisk forsvarlige, og tilpasset målgruppen og målene for virksomheten. Det stilles krav om en skriftlig plan for virksomheten og rutiner for internkontroll, jf. barnevernsloven § 10-15.

En rekke lover sikrer, som nevnt, at brukerne får medvirke i beslutninger om egen tjeneste. Pasient- og brukerrettighetsloven har krav om at pasienter får nødvendig informasjon om helsetilstand og behandlingsmuligheter.

I skolen følger private og kommunale skoler i hovedsak de samme læreplanene. Private skoler kan imidlertid søke om å få adgang til å fravike fra læreplanene for å styrke fag som er spesielt viktige for skolens formål. Læreplanverket består av flere krav til innholdet i opplæringen. Læreplanene er forskrifter til opplæringsloven og gir veiledning til lærere og skoler om hva som skal undervises og hvordan. Fag- og timefordeling fastsetter hvor mange timer elevene skal ha i hvert fag gjennom grunnskolen og videregående opplæring. Det gir en struktur for organiseringen av undervisningen. Læreplaner beskriver hva elevene skal lære i hvert enkelt fag, gjennom kompetansemål, kjerneelementer og vurderingskriterier.

For private skoler er kravet om å følge læreplaner lovfestet i § 2-3 i privatskoleloven. Her fastslås det at private skoler har plikt til enten å følge læreplanene i offentlige skoler, eller sikre «jamngod kvalitet». Gjennom forskrift til privatskoleloven kapittel 2A er det fastsatt detaljerte regler om læreplaner for private skoler. Essensen er å sikre at tilbudet som gis ved private skoler, ikke skal fravike tilbudet i offentlige skoler. Unntak fra dette er adgangen til en viss forskjell i pedagogisk opplegg, som henger sammen med kriteriene som var grunnlag for å godkjenne skolen.

Poenget i dette korte avsnittet om det ganske omfattende regelverket rettet mot fysisk infrastruktur, utstyr og fagkvalifikasjoner, er å understreke at også på dette punktet er handlefriheten til virksomhetene styrt av det offentlige for å sikre lik kvalitet på tvers av produsenter. Unntak finnes, særlig mellom privat og offentlig skole, men her er denne handlefriheten valgt for å nå et politisk delmål om variasjon i utdanningstilbudet. Med strategisk tilnærming ser vi at den offentlige styringen av tjenestedesignet varierer mellom tjenestene, men lite mellom ulike eierformer. Dette gjør at private aktører i liten grad har et rettslig handlingsrom til å utforme et tilbud som verken ligger over eller under i kvalitet, sammenlignet med det offentliges egenregi.

## Bedriftenes etablering og organisering

I dette avsnittet skal vi særlig se på hvordan den offentlige styringen regulerer etablering og drift av private virksomheter. Etableringsvilkår kan variere fra enkle vilkår, der rett til etablering er en forutsigbar rettslig konsekvens av å oppfylle vilkårene, til reelle hindre for nyetablering. Reguleringer kan ha denne virkningen dersom de har uklare vilkår, eller om vilkårene er klare, men vanskelige å etterkomme. Krav om behovsprøving eller mer eller mindre politiske vurderinger av behov gjør slike vilkår mer byrdefulle. Jo mer en etablering er avhengig av politisk skjønn, desto mer er nye produsenter utsatt for at etablerte virksomheter kan drive politisk lobbying for å hindre etableringen. Etableringshindre svekker konkurransen, fordi tilværelsen blir mer forutsigbar for de som er i markedet. Usikkerheten om konkurrentenes responser og initiativer blir langt lavere for en virksomhet som vet at nyetableringer kan stoppes. Presset på kvalitetsutvikling for den offentlige egenregiproducenten blir også svekket på samme måte. Hvis den kommunale skolen vet at det aldri kommer noen privat skole, mister elevene den impulsen til kvalitetsforbedring av lokalskolen.

Barnevernsinstitusjoner godkjennes etter barnevernslovens § 10-17 av Bufetat for de ulike grupper av tiltak. Kvalitets- og godkjenningsforskriften angir de nærmere reglene for godkjenning og kontroll. Både statlige, kommunale, ideelle og kommersielle institusjoner må godkjennes.

Innen sykehus og sykehjem har Helsedirektoratet ansvar for behandling av søknader om autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning, jf. helsepersonelloven § 53. Statens helsetilsyn har tilsyn med helsepersonell og kan gi advarsel eller tilbakekalle autorisasjon, lisens, spesialistgodkjenning og rekvireringsrett for legemidler. Et forslag om å innføre et eget krav om godkjenning av virksomheter som tilbyr helse- og omsorgstjenester er fremmet av regjeringen.

Institusjoner som skal være ansvarlige for eller kunne anvende tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern med og uten døgnopphold, skal ha godkjenning av Helsedirektoratet. Krav om at sykehus skal være offentlig godkjent ble fjernet fra 2019, som følge av Prop. 83 L (2017–2018) Endringer i spesialisthelsetjenesteloven (godkjenning av virksomheter og helsetjenester).

Alle barnehager må ha godkjenning av kommunen. Godkjenningen er en egnethetsvurdering basert på kravene i barnehageloven. Oppfyller barnehagen disse vilkårene, har den rettskrav på godkjenning. Godkjenningen gir

ikke som sådan rett til kommunal tilskuddsfinansiering. Dette er opp til kommunens skjønn, der behovet for flere barnehager kan vektlegges. Kommunen kan også avslå søknad om tilskudd til en ny privat barnehage hvis den selv har planlagt etablering eller utvidelse av egne barnehager. Barnehageloven gir derimot ikke adgang til å tidsbegrense tilskudd. Når en privat barnehage er gitt tilskudd, må kommunen fortsette å finansiere barnehagen etter likebehandlingsprinsippet. Går behovet for barnehageplasser ned i kommunen, vil i praksis foreldrenes valg avgjøre hvilke barnehager som må kutte. Maksprisen gjør dessuten at det i praksis er uaktuelt å drive barnehage uten tilskudd.

Krav til etableringen er normalt varige krav til driften. De kommer i tillegg til de kravene rettet mot kvalitet, som vi så på i de foregående avsnittene. I tillegg har vi eksempler på reguleringer rettet mot organisering av produsentledet, som ikke er fanget opp av de forrige avsnittene. Et eksempel på det er forbudet mot utbytteutbetalinger i de private skolene. Dette er ikke egentlig et organiseringskrav, men et krav som påvirker eierne og deres strategi med å etablere og drive skoler. Kravet er ikke direkte relatert til skoledriften, men en økonomisk rammebetingelse som er ment å svekke incentivene for kommersielle eiere til å etablere private skoler med offentlig finansiering.

Et annet eksempel er det nylig innførte kravet om at hver barnehage må drives i selvstendig rettssubjekt. Formålet med dette var å sikre rapportering gjennom regnskap for hvert enkelt selskap for å forenkle kontrollen av at offentlige tilskudd og foreldrebetaling går til formålet. Dette kravet fremtvinger en rekke selskapsdannelser som ikke står i noen funksjonell sammenheng med selve barnehagedriften.

Som tidligere nevnt er det et krav til både private skoler og barnehager at tilskuddet går til formålet. Det gjelder derfor et krav om at barnehagens økonomiske transaksjoner med eieren, eierens nærstående eller selskap, må skje på vilkår som uavhengige parter ville avtalt. Det er krav om at barnehagen bare kan ta opp lån fra finansforetak, og den må kunne dokumentere at offentlige tilskudd og foreldrebetaling er brukt i samsvar med loven. Når disse kravene er etterlevd, kan et eventuelt overskudd fritt disponeres av eierne. Det er ikke noe utbytteforbud for barnehager, slik vi kjenner fra reguleringen av private skoler.

Staten har ansvaret for å godkjenne privatskoler og fastsette hva slags tilbud skolen kan gi og maksimalt elevtall på det enkelte tilbudet. En ny skole skal ikke få godkjenning dersom det vil ha negative konsekvenser for det offentlige

tilbudet, eller dersom andre særlige grunner tilsier det. Vertskommunene/-fylkene har uttalelsesrett og klagerett, og departementet skal legge vesentlig vekt på deres syn. Vi ser dermed at kommunene har liten formell rådighet over om det skal etableres lokale private skoler. Sett fra nye skolars perspektiv, leder likevel godkjenningsordningen til en betydelig usikkerhet knyttet til den politiske vurderingen av om etableringen skal godkjennes eller ikke.

### **Rettslig og økonomisk ramme for drift av private skoletilbud – en viss adgang til strategisk differensiering**

Gratisprinsippet gjelder ved den offentlige skolen, se § 2-5 for grunnskolen, og § 5-8 for videregående opplæring. Vi ser at gratisprinsippet nærmest er utformet som et forbud mot noen form for foreldrebetaling i grunnskolen. Det åpnes imidlertid for ulike former for privatfinansiering av læremidler i den videregående skolen.

For privatskoler med statsstøtte har privatskoleloven vilkår for etablering og drift av skolen, regulering av inntak av elever, og en parallell til gratisprinsippet gjennom reguleringen av skolens adgang til å ta egenandel.

Disse bestemmelsene leder til tre klare forskjeller for elevene, om de velger en privat skole med statstilskudd, fremfor å gå i den offentlige skolen.

- Skolen skal drive på ett av de grunnlagene loven identifiserer, som livssyn, anerkjent pedagogisk retning (f.eks. Montessori eller Steiner), internasjonalt, eller særskilt tilrettelegging for å kombinere skole med toppidrett.
- Skolens inntaksområde er nasjonalt, og elevene kan søke på skoler over hele landet.
- Skolen har adgang til å kreve skolepenger, begrenset oppad til 15 % av skolens tilskuddsgrunnlag og dekning av husleie/kapitalkostnader.

På denne måten fremtvinger lovgiver en viss differensiering i kvalitet mellom private og offentlige skoler. På dette punktet skiller skolesektoren seg fra de øvrige velferdstjenestene. Regulering av kvalitet og ytelse til bruker er i all hovedsak lik og uavhengig av om tjenesteproduzenten er en offentlig eller en privat virksomhet. Når det er sagt, har lovens øvrige rettslige rammer for de private skolene til formål å ramme inn virksomheten på en slik måte at potensialet for differensiering begrenses til det pedagogiske opplegget.

Reguleringen av skolepenger i § 6-2 har samme funksjon. Gjennom å sette en øvre grense for egenbetaling sikrer loven at de private skolene er økonomisk tilgjengelige for det meste av befolkningen. Her slår likhetsprinsippet inn. Men loven hindrer også at skoler kan differensiere sitt tilbud gjennom å øke satsningen på kvalitet for å tiltrekke seg et mer betalingsvillig elevgrunnlag, på samme måte som vi kjenner fra barnehagene. De private skolene som måtte ønske å følge en slik strategi, må i så fall hoppe over i den helprivate sektoren, der den offentlige finansieringen faller helt bort.

Et ytterligere regulatorisk grep i samme retning er de strenge rammene for bruken av den statlige finansieringen, som kommer i lovens § 6-3, se tekstboks neden-

for. Det sentrale her er et utbytte- og utdelingsforbud, som skal sikre at offentlige bevilgninger kun kan brukes til drift av skole. Her begrenses skolenes økonomiske handlefrihet til å gjøre strategisk begrunnet differensiering av tilbudet. Lovtekstene som er gjengitt her, sammen med en rekke andre bestemmelser i både opplæringslova og privatskoleloven, leder til sterk offentlig kontroll med utdanningstilbudet og kvaliteten elevene mottar. De private skolene har plikt og rett til å differensiere, som nevnt, men bare på den måten som lovverket tillater.

Sett fra et strategisk perspektiv, fremtvinger dermed privatskoleloven en viss differensiering av kvalitet gjennom etableringsvilkårene. Samtidig begrenses differensieringen for å unngå å bryte med likhetsmålet og for å hindre svekket kvalitet.

## Sammenfatning av hvordan kvalitet styres

Velferdsstatens politiske måloppnåelse avhenger av nivået på tjenestekvaliteten og fordelingen av den til brukere som trenger tjenestene. Fordelingsmålet avhenger av at alle får. Likhetsmålet avhenger av at det alle får er godt nok for alle. Samfunnsøkonomiske effektivitetsmål avhenger av at det som er godt nok for alle leveres med lavest mulig ressursbruk. Rettssikkerhet avhenger av at både behovsfastsettelse og tjenesteleveranse er i samsvar med de rettigheter og plikter brukeren har, og at saken behandles gjennom en god forvaltningsprosess. I dette delkapittelet sammenfatter vi noen felles trekk ved hvordan dette sikres.

De overordnede målene for tjenestene fastsettes nasjonalt av Stortinget og regjeringen. Målene er samlet i en serie politiske dokumenter, som lover, forskrifter og forarbeider, stortingsmeldinger, årlige budsjettvedtak og ulike strategiske dokumenter som departementene produserer. I den operative styringen skriver departementene ned de sentrale målene i årlige tildelingsbrev som går ut til de direktorater og offentlige virksomheter som skal drive tjenesten.

Styringen av tjenesteproduksjon i kommunene skjer på en litt annenledes måte. De er selvstendige rettssubjekter og må styres primært gjennom lovregulering av kommunenes oppgaver og plikter. Helseforetakene er også selvstendige statlig eide rettssubjekter, som styres gjennom lov, i kombinasjon med eierstyring og politisk fastsatte rammevilkår – for eksempel utformingen av finansieringssystemet for helseforetakene.

Kvaliteten defineres innenfor denne noe kompliserte styringsstrukturen. Det settes resultatmål og krav til struktur- eller prosesskvalitet. Bemanningsnormer er et eksempel på styring av strukturkvalitet. Regulatoriske krav til bygg, teknisk utstyr og legemidler er andre eksempler på omfattende regulering av strukturkvalitet. Ventetidsgarantier i sykehus er et eksempel på resultatmål. Pakkeforløp for kreftpasienter er et eksempel på prosessuell kvalitetsstyring.

Deler av denne kvalitetsstyringen er rettslig bindende for både den sørgefor-ansvarlige og for produsentleddet. Styringen tar da form av en rettslig plikt. Et eksempel på dette er forskrift nr. 1250 fra 2016 om ledelse og kvalitetsforbedring i helse, som setter krav til kvalitetsstyring for både offentlige og private produsenter. Noen kvalitetstiltak er imidlertid ikke rettslig bindende, men brukes som strategiske verktøy for kvalitetsheving i sektoren. Dette er vanlig innen utdanning og barnehage, der Utdanningsdirektoratet driver kvalitetsutvikling i både skole og barnehage. Se også omtale av kvalitetsindikatorer og kvalitetsvurderingssystemet for barnehagesektoren i NOU 2020:13 kapittel 17.2.1. Juridisk sett er dette bare fromme ønsker fra oven. Reelt sett er det systematisk arbeid med kvalitetsutvikling i sektoren.

Private produsenter utvikler egne styringssystemer for kvalitet. Dette gjøres dels som ledd i deres tilpasning til det offentliges krav til kvalitet, og dels basert på egne strategiske mål om å levere høy kvalitet så effektivt som mulig.

Noen kvalitetselementer gjøres til del av brukerens rettighet overfor det offentlige. For eksempel kan det fastsettes at en sykehusoperasjon eller en barnevernstjeneste skal leveres i henhold til en definert faglig eller medikamentell behandlingsmetode.

Kvalitetsindikatorer brukes til å avdekke om man når fastsatte eller ønskede mål for tjenesten på overordnet nivå. Utvikling og bruk av indikatorer er egne fagfelt innenfor hver tjenestesektor, samt i økonomi og andre samfunnsfag. Det gjøres en betydelig innsats gjennom internasjonale samarbeid om utvikling av metoder og standarder for både produkter og faglige prosesser, både innen OECD, EU og andre internasjonale samarbeidsorganer.

Innen helse bruker Norge et nasjonalt kvalitetsindikatorsystem som er utviklet i OECD. Se omtale i NOU 2020:13 kapittel 17.2.1 og Helsedirektoratets nettsider som publiserer statistikk på grunnlag av dette indikatorsystemet. Som nevnt har Utdanningsdirektoratet ansvar for dette innen utdanningsfeltet. Her er PISA-undersøkelsene en kjent internasjonal måling av kvaliteten i utdanningen.

Bruk av måling og indikatorer for kvalitet er i seg selv politisk kontroversielt. Særlig innen skole og utdanning har vi hatt årelange debatter om bruk av nasjonale prøver som metode for måling og sammenligning av kvalitet.

### **Forbud mot markedsføring av godt skoletilbud?**

En interessant sak er omtalt i VG 27. februar 2025. Skolekjeden Akademiet har sendt e-poster til elever og foresatte, basert på innsyn i klasselister fra ungdomsskolen. Formålet er å orientere om skoletilbudet og hvordan skolen satser på pedagogisk kvalitet.

I artikkelen møter tiltaket kritikk fordi skolen har fått innsyn i kontaktinformasjon fra klasselister. Representanter fra SV og Elevorganisasjonen er kritiske. Kritikken rettes både mot at utsendelsene er basert på klasselistene og mot at utsendelsen inneholder opplysninger om utenlandsturer og hva slags IT-utstyr skolen bruker.

Det paradoksale er at kritikerne ikke tar opp spørsmålet om hvorfor tilbudet fra Akademiet anses forlokkende, eller om det er noe i informasjonen som er uriktig. De tar heller ikke opp hvordan offentlige videregående skoler markedsfører sine tilbud mot de elevsegmentene de antar vil være mest interesserte. Faktum er at de også sender ut informasjon til kommende VGS-elever, med utgangspunkt i samme kontaktinformasjon.

Summen av denne komplekse styringen av kvalitet treffer sørge-for-ansvarlige og til slutt produsentleddet. Ved å låne litt fra kontraktsrettslig terminologi kan dette beskrives som at alle kvalitetskravene i sum er en resultatforpliktelse for den som har et sørge-for-ansvar. Dette må så kommunen, helseforetaket eller Bufetat sikre at produsenten leverer til brukeren.

Måten å få det til på er å skape en innsatsforpliktelse for produsentleddet, som sikrer at den sørge-for-ansvarliges resultatforpliktelse realiseres. Dette gjør den sørge-for-ansvarlige gjennom sin styring av produsentleddet som institusjon. Kommunen sikrer at skolene, barnehagene og sykehjemmene drives i tråd med lovkrav og forventninger, gjennom det vi her i denne boken kaller den institusjonelle kvalitetsstyringen. De sikrer også at brukerne får de tjenestene de har krav på gjennom vedtak om dette, altså den individuelle kvalitetsfastsettelsen og -styringen.

Statlige tilsynsmyndigheter, herunder statsforvalterne, fører kontroll med at både sørge-for-ansvaret og produsentens ansvar ivaretas.

Det er en vanlig oppfatning i debatten om bruk av private produsenter at kvalitet er så vanskelig å verifisere at kvalitet derfor ikke kan måles eller

styres.<sup>28</sup> Dette er en villedning. Kvalitet og styring av kvalitet er riktignok uhyre kompleks, som vi har sett indikasjoner på i teksten her. Metodene varierer mellom sektorer, og antagelig innenfor sektorene. Det er slett ikke en enkel sak å følge med på at den barnevernstjenesten som er fastsatt, faktisk leveres til barnet slik som den skulle.

Samfunnet kan likevel anta at de som styrer kvalitet, for eksempel de som jobber med skoletilbudet i vår hjemkommune, er normalt godt kvalifisert for jobben sin. Mer enn noe annet er de opptatt av å gjøre en god jobb for elevene og lærerne de er avhengige av. De har tilgang på de verktøy for styring som finnes i sin del av velferdsstaten. De vil kjenne tilstanden i skolene og barnehagene de er ansvarlige for. Der kvalitet kan telles og måles, vil den telles og måles. De som jobber med kvalitetsstyring vet godt at det er mye som ikke kan telles og måles direkte. De er fagfolk og vet at da må man enten styre gjennom mer indirekte indikatorer, eller bruke faglig skjønn og god vurdering.

Disse utfordringene er i det alt vesentlige helt like, om produsentleddet er kommunens egen virksomhet eller en privat produsent. Kravene er gjennomgående de samme. Hva som er godt nok, eller for dårlig, er det samme. Kravene blir ikke ulike av at den rettslige rammen for styring er basert på offentligrettslige virkemidler i dialogen med egne produsenter, eller på kontraktsrettslige virkemidler i dialogen med private. Hva som styres, hvordan man styrer, hvilke indikatorer som brukes, og hvordan dialogen mellom partene er organisert, må være identisk. Hvis styringen av produsenten skulle være ulik, avhengig av om produsenten er offentlig eller privat, ville myndigheten styre mot en bevisst forskjellsbehandling av brukerne. Noe slikt ville gi den sørge-for-ansvarlige et selvpåført styringsproblem.

Det er vanskelig å se noe empirisk spor av at tjenestene styres ulikt, og at kvaliteten styres ulikt, avhengig av om produsenten er kommersiell, ideell eller en offentlig egenregiprodsent. Vi har hyllemetre med påstander om at private produsenter har andre mål og skumle hensikter, men fascinerende få eksempler på at dette problemet har materialisert seg i reelt ulik styring av kvalitet.

Selv om det er relativt enkelt å avdekke om tjenesten er levert som den skal, er det ikke like lett å vite om det som er bestemt i dag, er godt nok

---

28 Se omtale i Velferdstjenesteutvalgets innstilling, NOU 2023:13, særlig kapittel 4, og Avkommersialiseringsutvalgets innstilling, NOU 2024:17, særlig kapittel 2, kapittel 3 og utredningens Del IV.

på lengre sikt. Om dagens skole, barnehager eller barnevern er gode nok, vet vi først om lang tid. Man vil helt sikkert oppdage forbedringsmuligheter som er ukjente i dag. Både brukerrettigheter og styring vil utvikle seg i takt med profesjonenes fagutvikling.

Gjennom en godt designet måte å styre på, kan myndigheten også lett eliminere den informasjonsskjevheten som ofte fremheves som en styringsutfordring. Kunnskapen om driften er selvfølgelig alltid større i barnehagen enn i kommunen, eller større på sykehjemmet enn i kommunen. Den som skal sikre god styring og overordnet ledelse, må sikre den innsikt og kunnskap som trengs for god styring. Skal man unngå å styre mot ulik behandling av brukere, trengs korrekt og oppdatert styringsinformasjon fra alle produsenter. Dette er egentlig helt banalt; alle som leder en virksomhet må sikre seg informasjon som trengs for å utøve ledelse. Det som på ingen måte er banalt, er hvilken informasjon som trengs. Til gjengjeld sliter ledere med denne utfordringen i alle virksomheter. Informasjonsbehovet er ikke avhengig av hvem produsenten er, men av hvilke oppgaver som skal styres.

Når tjenestene er politisk viktige blir den nødvendige styringsinformasjonen også et politisk tema. Måling og rapportering er kontroversielt. De som advarer mener dette undergraver tillit og leder til stoppeklokkeomsorg. De som vil ha denne informasjonen argumenterer gjerne for at den trengs både for god ledelse og god politisk styring. Det paradoksale er som sagt at de som etterlyser mer bruk av tillit, også gjerne er de som er mest skeptiske til åpenhet.

Det er også viktig å skille mellom systemiske styringsutfordringer, slik mange mener vi skaper ved å ha private produsenter, og tilfeller av ufullkommen eller for dårlig styring. Velferdstjenestene er komplekse som tjenester. De er organisert, regulert og styrt på en måte som også er veldig kompleks. Det er klart at summen av dette må kunne omtales som styringsutfordringer av mer systemisk art. Noen styringsutfordringer skapes av systemets egen kompleksitet. Kompleksiteten øker når private produsenter skal finansieres på en annen måte enn offentlige produsenter, eller når de skal velges ut gjennom anbudsprosesser. Styringskostnadene øker når private tas i bruk. Men kompleksiteten skapes ikke primært av private produsenter; den skapes primært av komplekse politiske mål og kompleks politisk organisering. Når styringen feiler, må man skille mellom svikt som følge av systemsvakhet og svikt som skyldes dårlig styring og ledelse i den enkelte virksomhet. Og når svikt faktisk skyldes systemsvakhet, er det litt for enkelt å peke på den politisk

attraktive forklaringen. Svikten trenger ikke å skyldes kommunens kjøp av sykehjemstjeneste fra en privat. Den kan like gjerne være forårsaket av dårlig utformede rammer for styringen, eller av kompetansemangel og dårlig ledelse lokalt. Vi kommer tilbake til dette mot slutten av kapittel 10.

Gjennomgangen i dette delkapitlet er oppsummert i Figur 13. Den viser styringskjeden fra overordnet politisk nivå og ut i kortsiktige og langsiktige virkninger for både bruker og samfunn.

**Figur 13**

*Styring av kvalitet, fra nasjonalt mål, til innsatsforpliktelse og sluttresultat, for bruker og samfunn.*



