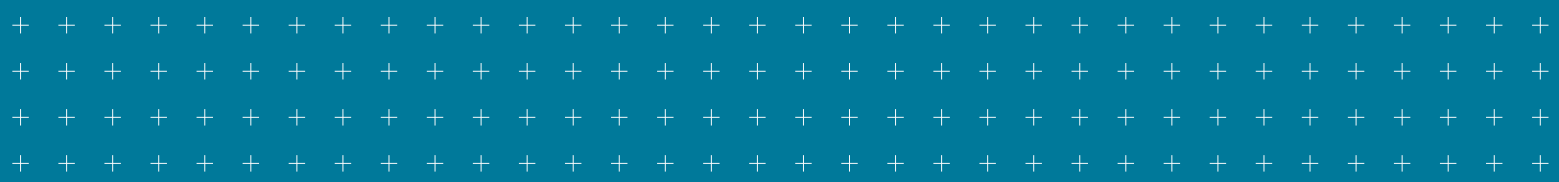


---

# Varför är det så få idéburna organisationer i välfärden?

---

Rapport 0142





# **Varför är det så få idéburna organisationer i välfärden?**

Rapport 0142

**Tillväxtverkets publikationer**

finns att beställa eller ladda ner som pdf på [tillvaxtverket.se/publikationer](http://tillvaxtverket.se/publikationer). Där finns även material som gavs ut av Nutek

**© Tillväxtverket**

Upplaga: 150 ex, därefter tryck vid behov  
Stockholm, oktober 2012  
Produktion: Ordförandet AB  
Tryck: DanagårdLitho  
ISBN 978-91-86987-63-3  
Rapport 0142

**Har du frågor om denna publikation, kontakta:**

Susanna Johansson, Tillväxtverket  
Telefon, växel 08-681 91 00  
[susanna.johansson@tillvaxtverket.se](mailto:susanna.johansson@tillvaxtverket.se)  
eller  
Lars Bager-Sjögren, Myndigheten för tillväxtpolitiska  
utvärderingar och analyser  
Telefon 010-4474472  
[lars.bager-sjogren@tillvaxtanalys.se](mailto:lars.bager-sjogren@tillvaxtanalys.se)

# Förord

Tillväxtanalys och Tillväxtverket följer och bedömer utvecklingen av entreprenörskap inom vård och omsorg samt sprider kunskaper kring detta. Myndigheterna har organiserat arbetet i programmet *Kunskapsutveckling om entreprenörskap inom vård och omsorg*.

Valfrihetssystemet innebär att även ideella organisationer kan erbjuda offentligfinansierade tjänster, men ny statistik visar att de idéburna organisationerna bara utför en liten del av dessa tjänster inom vård och omsorg. Omfördelningen från offentligt utförda tjänster till privata har framför allt gått till vinstdrivande företag. Inom vårt program har vi därför tagit fram en särskild rapport kring vilka svårigheter de idéburna organisationerna har på det här området i Sverige.

Författare till rapporten är Mattias Lundbäck, doktor i ekonomi på Ratioinstitutet och Anders Lundberg, medicine kandidat på Karolinska institutet. Författarna för fram förslag som bidrag till diskussionen om hur offentligfinansierade vård- och omsorgstjänsterna kan organiseras. Myndigheterna Tillväxtanalys och Tillväxtverket har inte tagit ställning till förslagen.

Stockholm oktober 2012

**Enrico Deiacò**  
Avdelningschef,  
Innovationer och  
globala mötesplatser,  
Tillväxtanalys

**Anneli Sjögren**  
Avdelningschef,  
Entreprenörskap och  
företagsutveckling,  
Tillväxtverket

# Sammanfattning

Rapporten diskuterar de faktorer som förklarar varför de ideella utförarna i Sverige har en mindre marknadsandel än i de flesta andra OECD-länder.

Den ideella sektorn uppfattas ofta som ett alternativ till den offentliga eller den privata. Men en internationell utblick visar att idéburna verksamheter ofta är mycket mer än bara ett alternativ – i många länder är sektorn den dominerande leverantören av välfärdstjänster. Även om Sverige har en livaktig ideell sektor – med föreningar, stiftelser och religiösa organisationer – är de idéburna organisationerna frånvarande inom vård och omsorg.

Det finns vissa historiska förklaringar till att den ideella sektorn har en liten marknadsandel. Den svenska traditionen att kommunerna och landstingen organiserar vård och omsorg trängde inte bara undan privata leverantörer, utan även den ideella sektorn.

När marknaderna nu öppnas för konkurrens via kundval och upphandlingar är det i huvudsak de vinstdrivande företagen som har det kapital som krävs för att kunna anställa personal och erbjuda tjänsterna.

Även om det är svårt att entydigt avgöra om vinstdrivande eller icke vinstdrivande verksamhet är mest ändamålsenlig finns det viss forskning som tyder på att de ideella aktörerna i vissa fall kan fungera som referenspunkt för hela marknaden. De ideella aktörerna kan också i många fall identifiera behov som ligger vid sidan av det som är ekonomiskt lönsamt inom ersättningsystemen. Det är vid en sammanvägning av dessa aspekter som det kan vara motiverat att underlätta för de idéburna aktörerna på välfärdsmarknaden att spela samma roll som i de flesta andra OECD-länder.

Vi begränsar oss här till två policyrekommendationer. Den första är att på olika sätt underlätta kapitalförsörjningen till den idéburna sektorn. Även om de ideella verksamheterna aldrig kan bli lika snabbfotade som vinstdrivande aktörer finns det exempel från Europa och världen i övrigt som skulle kunna användas även i Sverige, ett av dem är så kallat hybridkapital som är en blandning av lån, investeringar och gåvor.

Vår andra rekommendation är att de offentliga finansierarna i ökad utsträckning bör använda lagen om valfrihetssystem (LOV) snarare än lagen om offentlig upphandling (LOU) när de köper in välfärdstjänster. LOV ger medborgarna större möjlighet att väga in aspekter på verksamheterna som svårigen kan skrivas in i ett upphandlingsprospekt – än mindre följas upp och värderas.

Små ideella aktörer har ofta stort förtroende bland brukarna, men kan inte vinna en stor upphandling om driften av ett eller flera äldreboenden. Det vore därför bättre om samtliga kommuner använde LOV inom såväl hemtjänst som äldreomsorg.





# Innehåll

<b>1</b>	<b>Ideella sektorns roll i Sverige</b>	<b>11</b>
1.1	Den ideella sektorn i Sverige	11
1.2	Varför har vi så få idéburna utförare?	14
1.3	Hur uppfattas idéburna utförare i Sverige?	16
1.4	Upphandlingslagstiftningens betydelse	17
<b>2</b>	<b>Den ideella sektorn i ett internationellt perspektiv</b>	<b>20</b>
2.1	Sjukförsäkringsmodellen	20
2.2	Den offentliga modellen	25
<b>3</b>	<b>Ekonomisk forskning om icke vinstdrivande aktörer</b>	<b>29</b>
3.1.	Teoretiska modeller för ideella sektorn	29
3.2	Agerar vinstdrivande aktörer annorlunda än ideella?	33
3.3	Den ideella sektorns kapitalförsörjning	35
3.4	Bör den ideella sektorn ha andra villkor än den privata?	37
<b>4</b>	<b>De idéburna aktörernas behov</b>	<b>40</b>
<b>5</b>	<b>Rekommendationer och tänkbara åtgärder</b>	<b>43</b>
<b>6</b>	<b>Referenser</b>	<b>45</b>



# 1 Ideella sektorns roll i Sverige

## 1.1 Den ideella sektorn i Sverige

De vanligaste associationsformerna inom det svenska civilsamhället är ideell förening, registrerat trossamfund och stiftelse. Det förekommer även vissa ekonomiska föreningar som räknas till det civila samhället i de fall då deras primära syfte inte är att generera ekonomiskt överskott till medlemmarna. Dessutom finns sedan några år tillbaka en aktiebolagsform för bolag som inte drivs med vinstsyfte (Proposition 55, 2009).

Enligt den definition som tillämpas inom ramen för *The John Hopkins Comparative Nonprofit Sector Project* ska en ideell organisation (Tynelius, 2011)

- vara formell, alltså ha skrivna stadgar och regelbundna möten
- vara privat, alltså skild från staten
- inte dela ut sitt ekonomiska överskott
- vara självstyrande, alltså inte en del av ett vinstdrivande företag
- ha inslag av idealitet.

Statistiken om den ideella sektorn i Sverige är bristfällig (Einarsson & Wijkström, 2007). Trots att verkligheten är ganska mångfacetterad bygger statistiken på att vård och omsorg nästan uteslutande finansieras och produceras i offentlig regi.

Sverige har länge haft en livaktig ideell sektor och många av våra offentliga välfärdstjänster kan spåras till ideella initiativ. Detta gäller exempelvis arbetslöshetsförsäkringen och sjukförsäkringen, som har sin grund i avtal mellan arbetsgivare och fackföreningar. År 2003 fick de ideella organisationerna 6,5 miljarder kronor i bidrag (Karanta, Andersson, Emanuelsson, Lundberg, & Norr, 2004), men den överlägset största finansiären av ideella aktörer är dock kommunerna. 2003 gav de bidrag eller köpte verksamhet för cirka 15 miljarder kronor (Tynelius, 2011).

I företagsregistret (FDB) fanns i början av 2009 cirka 119 000 ideella föreningar, 2 300 registrerade trossamfund och 24 000 stiftelser (förutom familjestiftelserna), totalt cirka 145 000 organisationer. FDB omfattar också uppgifter om cirka 6 600 ekonomiska föreningar varav vissa kan anses tillhöra det civila samhället, dvs. de som kan kategoriseras som nykooperativa (Malmström, 2009) Nykooperativa verksamhetsformer har blivit vanligare i takt med att personalen i

vissa kommuner och landsting fått ta över tidigare offentlig verksamhet via avknoppning. Det förekommer också att patienter och brukarorganisationer bedriver verksamhet med offentlig ersättning. Begreppet ”ny” avser att särskilja dessa kooperativa verksamhetsformer från den traditionella kooperativa rörelsen som etablerades i början av förra seklet. Wijkström & Einarsson (2011) uppskattar det totala antalet ideella organisationer till omkring 200 000.

Ideella organisationer kan både ta emot bidrag från offentliga organ och utföra välfärdstjänster mot betalning. I det senare fallet finns det en mer direkt koppling mellan de utförda tjänsterna och ersättningen. Men marknaden för offentligt finansierade välfärdsföretag ser dock i många avseenden annorlunda ut än för vanliga företag. I regel bestämmer kommunerna vilken leverantör som får utföra en tjänst via upphandling (LOU) eller kundvalsmodeller (LOV). Vid upphandling enligt LOU är priset normalt en viktig faktor för tilldelningen av kontrakt. När LOV används är priset fastställt på förhand och brukarna väljer själva vilken leverantör som ska utföra tjänsten.

Kundvalsmodellerna skiljer sig delvis från modellerna med beställare och utförare i det att kundvalen i större utsträckning fokuserar på den enskilda brukarens val. När brukaren flyttar följer pengarna automatiskt med.

Genom kommunernas räkenskapsammandrag går det att se hur stor andel av utförarna i en kommun som är privata företag respektive ideella, och det råder ingen tvekan om att de vinstdrivande aktörerna dominerar. Inom området stöd till äldre och personer med funktionshinder utförde företag 13 procent av tjänsterna 2010, medan andelen för föreningar, stiftelser och andra som inte är vinstdrivande var 1,7 procent. Men variationen mellan kommunerna är stor, i Danderyd och Södertälje är exempelvis de ideella organisationernas andel större än 10 procent.

Datamaterialet visar dock att den ideella sektorn spelar en marginell roll som utförare av sjukvård, äldreomsorg och handikappomsorg i Sverige jämfört med i övriga Västeuropa (diagram 1 och 2). Definitionen i diagram 1 omfattar såväl sjukvård som äldreomsorg och är en andel som beräknats utifrån underlag i boken *Global Civil Society* (Lester Salamon & Sokolowski, 2004) baserat på data från *The Johns Hopkins Comparative Nonprofit Sector Project*.

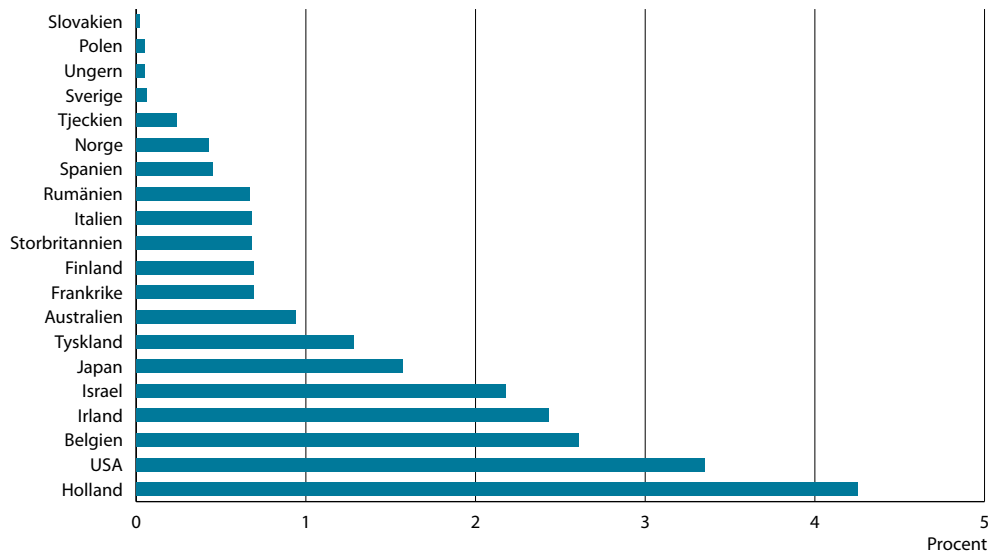
Definitionen ”social services” i diagram 2 omfattar övriga insatser enligt socialtjänstlagen, barnomsorg och stöd till personer med funktionshinder. Samma mönster uppträder här, Sverige har en internationellt sett förhållandevis låg andel ideella utförare.

Den dominerande verksamhetsformen i Sverige är förstås förvaltningsformen (offentlig regi), men till skillnad från i de flesta andra länder är andelen vinstdrivande aktörer nästan tio gånger större än andelen ideella. Mönstret är i princip detsamma i hela landet. Stock-

holm, som har den i särklass största andelen vinstdrivande aktörer (33 procent), har också den största andelen ideella aktörer (5,1 procent).

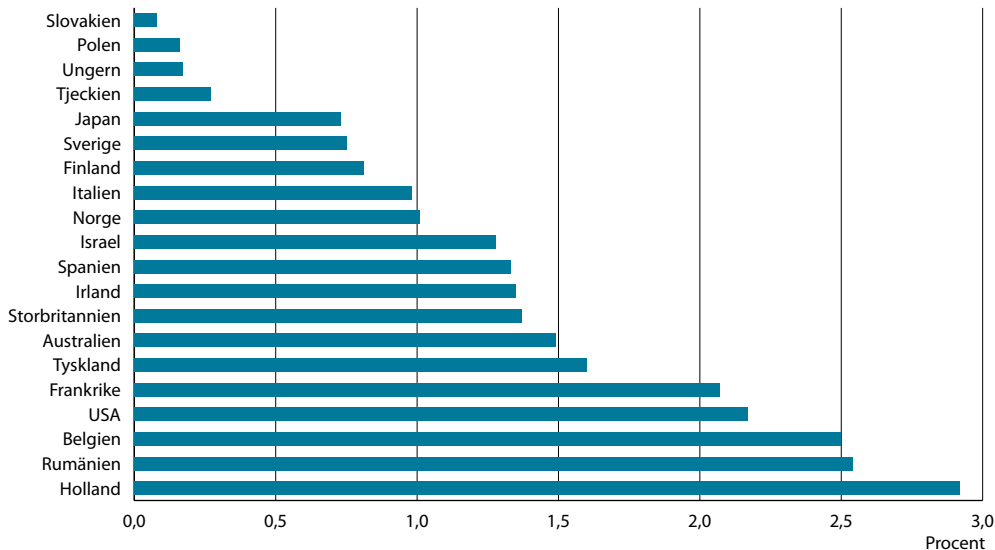
Enligt en rapport sammanställd av Riksorganisationen för vård och social omsorg utan vinstsyfte (Famna) är verksamhetsintäkter den huvudsakliga inkomstkällan för de ideella utförarna inom välfärdssektorn (sjukvård, äldreomsorg, LSS, etc.). Gåvor utgör 3 procent och bidrag 4 procent. Övrigt, exempelvis försäljning, står för 5 procent av de samlade intäkterna (Eriksson, 2011).

**Diagram 1** Andel av den totala arbetskraften som arbetar med sjukvård och äldreomsorg inom den ideella sektorn



Källa: Lester Salamon & Sokolowski (2004), samt egna beräkningar

**Diagram 2** Andel av den totala arbetskraften som arbetar med övrig omsorg inom den ideella sektorn



Källa: Lester Salamon & Sokolowski (2004), samt egna beräkningar

I de länder som har störst andel ideella aktörer inom vård och omsorg dominerar de försäkringsbaserade välfärdssystemen starkt. Att länderna har olika stor andel fristående och privata utförare har till stor del historiska förklaringar, men faktorer som skattesubventioner, vinstförbud och inställningen till offentlig förvaltning spelar förstås också in. Att andelen vinstdrivande aktörer är stor i Sverige är däremot mer förknippat med politiska beslut som har fattats de senaste 30 åren.

## 1.2 Varför har vi så få idéburna utförare?

Det finns olika teorier om vilka faktorer som avgör andelen ideella aktörer i ett land eller en region. Salamon (1998) sammanfattar några av dessa teorier i tabell 1.

Nissan, Castaño, & Carrasco (2010) testar i en senare uppsats några av de hypoteserna empiriskt. De finner starkt stöd för att mer socialt kapital i samhället leder till mer ideell verksamhet. Dessutom leder en högre välfärdsnivå också till mer ideell aktivitet.

I Sverige har inriktningen på offentliga tjänster i förvaltningsform varit starkare än i andra länder. Det gör att man kan misstänka att dessa tjänster i stor utsträckning har trängt ut det som annars skulle ha bedrivits i ideell form – den så kallade välfärdsstatshypotesen. Att motsvarande utveckling inte kunnat observeras i övriga Europa beror till stor del på att aktörerna där genom med försäkringsbaserad välfärdsfinansiering lättare har kunnat integreras och bli en del av den offentligt finansierade välfärden.

Tabell 1 Hypoteser som förklarar andelen ideella aktörer i ett samhälle

Teori	Grundläggande tankegång	Hypoteser	
		Storlek för ideell sektor	Finansiering av ideell verksamhet
Heterogenitetshypotesen	I heterogena samhällen (socialt och kulturellt) uppstår ideella verksamheter för att kompensera för brist på kollektiva och halvkollektiva varor.	Den ideella sektorns storlek beror på samhällets heterogenitet.	Heterogenitet leder till att den ideella sektorn blir mer beroende av privata donationer.
Utbudshypotesen	Ideell verksamhet är en avspiegling av heterogen efterfrågan i samhället. Efterfrågan tillgodoses av sociala entreprenörer.	Ju större grad av religiös och ideologisk konkurrens, desto större ideell sektor.	Ju större konkurrensen är mellan olika grupper, desto mer beroende är de av privata donationer.
Förtroendehypotesen	Vinstbegränsningen för ideella aktörer gör ideella aktörer mer trovärdiga när det råder osäkerhet som kvaliteten på produkten.	Ju högre förtroendet mellan individer är i samhället, desto mindre ideell sektor.	Ju mindre förtroende i samhället, desto större är beroendet av avgifter för den ideella sektorns finansiering.
Välfärdsstatshypotesen	Samhällets ekonomiska utveckling leder till att offentlig välfärd konkurrerar ut ideella aktörer.	Den ideella sektorns storlek är omvänt proportionell mot inkomsten i samhället.	Ingen specifik hypotes.
Hypotesen om ömsesidigt beroende	Eftersom ideella organisationer har lägre transaktionskostnader kommer dessa att föregå den moderna välfärdsstaten när det gäller produktionen av kollektiva varor. Efter hand ökar samarbetet mellan den ideella sektorn och den offentliga.	Storleken på den ideella sektorn varierar beroende på storleken på den offentliga sektorn.	Ju större offentlig sektor, desto större del av finansieringen av den ideella sektorn går via det offentliga.
Hypotesen om socialt ursprung	Storleken och strukturen för den ideella sektorn återspeglar dess förhållande till samhället i stort och samhällsutvecklingen.	Förhållandet mellan storleken på den offentliga och den ideella sektorn beror på samhällets struktur.	Finansieringen av den ideella sektorn beror på samhällets struktur.

Källa: Salamon (1998), egen översättning och anpassning.

Detta gäller som sagt inte Sverige. Sedan 1970-talet har produktionen av välfärdstjänster i Sverige och liknande länder dominerats av offentliga förvaltningsorganisationer. Detta började emellertid förändras i samband med 1980-talets reformer i linje med tanken om ”*new public management*”. *Stockholms läns landstings system* med beställare och utförare är kanske det tydligaste exemplet på denna form av uppdelning (Lundbäck, 2012), som i grunden inspirerats av den så kallade ”*inre marknaden*” i Storbritanniens sjukvårdssystem – reformer som etablerades mot slutet av 1980-talet.

Inträdet av privata och ideella aktörer som utförare av offentligt finansierade tjänster har gett upphov till en helt ny typ av tjänster – privat utförda, men med offentlig finansiering. På senare år har vi även sett en ökning av så kallade kundvalsmodeller, med Nacka kommun som föregångare. Dunleavy och Margetts (2010) kallar denna trend för *Digital era governance*, en term som syftar på att större individfokus och bättre integrering kan uppnås med hjälp av informationsteknik.

Wijkström & Einarsson (2011) beskriver utvecklingen som en rörelse mellan fyra olika idétraditioner. Den ideella sektorn har rört sig från fristående organisationsliv till att bli integrerade folkrörelser (runt 1970). Folkrörelserna har därefter antagit rollen som ”*semi-offentlig förvaltning*” och det sista steget är att den ideella sektorn allt mer blivit en aktör på välfärdsmarknaden. Detta kan kopplas ihop med införandet av kundvalssystem för skolor, äldreomsorg och primärvård.

Det kan med andra ord vara svårt att förklara att idéburna aktörer har en relativt liten marknadsandel i Sverige, om man inte ser det i ett dynamiskt perspektiv. Att andelen är låg i dag behöver inte med nödvändighet betyda att villkoren för ideella utförare är dåliga i dag. Det kan också vara så att det tar lång tid att bygga upp en livskraftig ideell sektor och att organisationerna av olika skäl inte har hunnit bygga upp sin verksamhet lika snabbt som de vinstdrivande utförarna.

Den snabba förändringen av villkoren och ersättningssystemen för fristående utförare är sannolikt en viktig förklaring till att vinstdrivande organisationer dominerar den del av välfärdsproduktionen som inte bedrivs i förvaltningsform. Ideella producenter är trögrörsliga och har i Sverige i ofta rötter som går tillbaka till förra sekelskiftet. De har inte på samma sätt som vinstdrivande aktörer förmått anpassa sig till nya finansieringsvillkor.

De försäkringsbaserade välfärdssystemen i Europa har däremot länge haft många ideella välfärdsproducenter och en kapitalbas som gjort det svårt för vinstdrivande aktörer att snabbt vinna terräng. I vissa länder på kontinenten, exempelvis Holland och Danmark, har vinstdrivande aktörer tidigare också varit förbjudna inom välfärdssektorn.

En trolig förklaring till den speciella situationen i Sverige kan därmed vara att den offentliga sektorn tog över uppgifter från den ideella sek-

torn. I mer korporativt inriktade länder, som Tyskland och Holland, behöll den ideella sektorn mycket mer av sin ursprungliga autonomi och integrerades i den offentliga sektorn.

När utvecklingen nu vänder och de ideella aktörerna förväntas agera på en marknad finns inte längre den bas av ideella utförare som vi ser i många andra länder. De möjligheter som uppstår vid införandet av checksystem och upphandlingar utnyttjas därför i huvudsak av vinstdrivande aktörer, som har tillgång till riskkapital. Men även om denna forskning kan visa varför Sverige har en så liten andel ideella utförare jämfört med andra länder, så säger den inte så mycket om denna andel är tillräcklig eller om vi borde försöka öka den.

För att belysa denna senare fråga kommer vi i kapitel 3 att ta hjälp av ekonomisk forskning om *asymmetrisk information* och *corporate governance* – applicerat på den ideella sektorn. Men det som då först krävs är en teori om vilken funktion som de ideella organisationerna uppfyller i samhället som även kan belysa frågan om en högre andel skulle vara önskvärd.

### 1.3 Hur uppfattas idéburna utförare i Sverige?

Famna låter årligen opinionsinstitutet Novus utföra en undersökning om attityden till offentliga, vinstdrivande och idéburna organisationer. Det är tydligt att inställningen varierar mellan åren, framför allt till vinstdrivande aktörer (Busic, 2012).

Även om idéburna organisationer får allt högre betyg över tid är det anmärkningsvärt få (54 procent) av respondenterna tycker att idéburna organisationer är *mycket bra* eller *ganska bra* på att bedriva vård och omsorg.

Detta kan ha olika förklaringar och det relativt låga betyget behöver därför inte nödvändigtvis bero på att allmänheten har lågt förtroende för organisationerna som sådana. En annan tänkbar förklaring kan vara att idéburna organisationer uppfattas som något slags välgörenhet och att svaren därmed speglar en ovilja att överlåta det offentligas ansvar på enskilda utförare. Att 78 procent anser att det offentliga är bra eller mycket bra kan på liknande sätt tolkas som att en stor majoritet anser att vård och omsorg även i fortsättningen bör finansieras via skatten.

Lika slående är att det endast är 19 procent som anser att idéburna organisationer är dåliga eller mycket dåliga på att bedriva vård och omsorg. Detta kan sättas i kontrast till att hela 45 procent i den senaste undersökningen (2012) anser att privata företag är dåliga eller mycket dåliga på att bedriva vård och omsorg. Det bör dock noteras att undersökningen gjordes i nära anslutning till att den så kallade Caremaaffären rullades upp. Det är också många som anser sig vara osäkra på om idéburna organisationer är bra eller dåliga på att bedriva vård och omsorg. Möjligen är det en återspeglning av att Sverige har så få idéburna aktörer inom denna sektor.



Om det finns ett egenvärde i statusen som icke vinstdrivande aktör är det därför något oklart om detta har så stor betydelse att idéburna aktörer enbart av detta skäl har en konkurrensfördel. Beroende på hur frågorna tolkats av respondenterna kan man tänka sig olika möjligheter.

#### 1.4 Upphandlingslagstiftningens betydelse

Lagen om offentlig upphandling (LOU) är i stor utsträckning en tillämpning av EU-rättens principer för offentlig upphandling. För offentlig upphandling gäller fem grundläggande principer: icke-diskriminering, likabehandling, ömsesidigt erkännande, proportionalitet samt transparens. Eftersom en upphandlingsprocess kan vara omständlig kan offentliga myndigheter i särskilda fall använda förenklade procedurer för upphandlingar under det så kallade tröskelvärdet. För upphandlingar som uppgår till mindre än 15 procent av tröskelvärdet kan i vissa fall så kallad direktupphandling användas.<sup>1</sup>

Upphandling av exempelvis driften av särskilda boenden överstiger ofta tröskelvärdet, vilket innebär att man måste använda den ordinarie processen. Inom ramen för LOU kan man då låta priset bli en avgörande faktor eller använda kvalitetsupphandling där priset på förhand är fastslaget. Med kvalitetsupphandlingar försvinner priset som faktor vid beslutet om vem som ska få driva en verksamhet, och det kan bidra till att mer fokus läggs på kvalitetsaspekter. Men det kan ändå finnas en skillnad mellan den kvalitet som utlovas vid själva upphandlingen och den kvalitet som brukarna sedan upplever. Upphandlingsutredningen (Wijkman, 2011) konstaterar att endast 23 procent av upphandlande myndigheter som tillfrågats anger att kontraktet kontinuerligt följs upp, något lämnar stort utrymme för opportunistiskt beteende från leverantörerna. Det är bland annat därför som LOU i allt större utsträckning ersätts med valfrihetssystem.

Lagen om valfrihetssystem (LOV) tillkom 2009 och innebär att myndigheter på förhand ställer upp krav som ska gälla för att en leverantör ska kunna få ersättning från myndigheten för att leverera tjänster till enskilda konsumenter. LOV innebär att konsumenterna själva väljer bland de leverantörer som godkänts inom ramen för LOV. En förutsättning för leverans är således att konsumenten själv väljer leverantör. I dag är LOV obligatoriskt för landstingen inom primärvård, samtidigt som det är möjligt att tillämpa LOV inom exempelvis äldreomsorg. Från den 1 maj 2010 kan LOV tillämpas även för statliga myndigheter, exempelvis Arbetsförmedlingen.

För leverantörer till offentlig sektor är skillnaden mellan LOV och LOU påtaglig. I fallet LOU är det politiker som specificerar och utvärderar utförarna. I fallet LOV finns därmed en mer direkt koppling mellan konsumenternas val och ersättningen till enskilda utförare. En viktig ekonomisk skillnad mellan LOU och LOV är att LOV inte ger

<sup>1</sup> [http://www.konkurrensverket.se/t/Process\\_\\_\\_\\_2232.aspx](http://www.konkurrensverket.se/t/Process____2232.aspx) (hämtad 2012-04-10).

några garanterade intäkter, som en vunnen upphandling (Törnvall & Eklund, 2009). Man kan därmed förvänta sig att leverantörerna i större utsträckning riktar sig till brukarna snarare än till politikerna.

När det gäller särskilda boenden innebär LOV och rörlig ersättning även ett större risktagande för leverantörerna, eftersom de inte kan räkna med att få uppdragen. Men det är svårt att väga det faktum att den ekonomiska risken ökar mot att ett större företag också har bättre förutsättningar att formulera ett vinnande anbud. Att de större kedjorna inom äldreomsorg ökat sin marknadsandel i Sverige påtagligt kan bero på att man har en större kompetens än mindre och ideella aktörer i själva upphandlingen. Socialstyrelsen (Socialstyrelsen, 2012), Statskontoret (Statskontoret, 2011) och Konkurrensverket (Konkurrensverket, 2012) har var för sig fått i uppdrag att analysera olika delar av LOV-reformen, bland annat dess effekter på marknadsstrukturen.

Inom friskoleväsendet har skolpeng tillämpats sedan 1994, medan LOU dominerar för särskilda boenden. En indikation på effekterna av checksystem jämfört med upphandling enligt LOU är att friskoleväsendet har en avsevärt lägre koncentrationsgrad än marknaden för äldreomsorg. De sju största friskolekoncernerna har 20 procent av den privata marknaden för skolor, medan de sju största koncernerna inom äldreomsorgen har 40 procent av den privata marknaden för äldreomsorg (Hjukström & Perkiö, 2011). Det är också slående att andelen ideella aktörer är större inom skolväsendet än inom äldreomsorgen, men det är svårt att avgöra om detta har något samband med upphandlingslagsstiftningen.

Medan enskilda individer kan agera på rykten, förväntningar och förhoppningar om vårdkvaliteten är kommunala upphandlare mer bundna till konkreta fakta. Detta kan göra det svårt för kommunerna att agera på information som är svår att verifiera. Man kan heller inte basera sitt agerande på faktorer som kan vara betydelsefulla, men som inte är legitima enligt LOU. Det är exempelvis svårt att rent generellt särbehandla ideella aktörer, även om det skulle finnas en allmän uppfattning om att sådana levererar högre kvalitet än vinstdrivande.

Kravet på konkretion kan göra verksamhet som upphandlas enligt LOU mer inriktad på att uppfylla hårda och verifierbara villkor, medan verksamhet som drivs enligt LOV kan anpassa sig mer till brukarnas efterfrågan. Det är möjligt att det förtroendekapital som ideella organisationer kan ha får ett tydligare genomslag när brukarna själva fattar det slutliga beslutet om vilken utförare som man vill anlita.

Det är oklart i vilken utsträckning det inom ramen för EU-rätten går att särbehandla ideella aktörer. Principen om likabehandling utgör en grundstomme i det unionsrättsliga regelverket (Magnusson, 2012). EU-domstolen har dock i fallet *Sodemare* friat den italienska staten i ett fall som gäller utestängning av vinstdrivande aktörer inom offentligt finansierad äldreomsorg. Bekkedal (2011) menar dock att det avgörandet inte bör betraktas som ett klartecken för denna typ av

restriktioner, speciellt inte om restriktionerna är lagstiftade och mer omfattande än enbart klausuler i kontrakt mellan det offentliga och enskilda leverantörer.

”Dersom villkoret inngår i den generelle regleringen av for eksempel private barnehager eller privatskoler fremstår restriktionen som mer bastant og vanskligere å begrunne.” (Bekkedal, 2011, s 97)

I viss utsträckning påverkar EU-rätten även EU-ländernas möjlighet att särbehandla ideella organisationer skattemässigt. Medan inkomstskatt är en nationell angelägenhet är mervärdesskatt något som omfattas av EU:s normgivningsmakt.

Flera EU-länder har därför olika former av skattelättnader för investeringar i ideell verksamhet. I Storbritannien finns *Community Investment Tax Relief* (CITR), en modell där privatpersoner och företag skattefritt kan investera i organisationer som har ett socialt syfte (UK Customs and Revenue Department, n.d.). I Italien finns bland annat sociala kooperativ som är undantagna mervärdesskatt och betalar lägre bolagsskatt än vanliga företag. Donationer till kooperativ och investeringar i kooperativ är också skattefria (Gosling, 2002).

Statliga program som erbjuder stöd för den ideella sektorn kan beröras av EU:s regler för statsstöd. Ett stöd omfattas av statsstödsreglerna om det uppfyller följande fyra kriterier (Konkurrensverket, 2012):

1. Stödet gynnar ett visst företag eller en viss produktion.
2. Stödet finansieras genom offentliga medel – finansieringen kan vara direkt eller indirekt.
3. Stödet snedvrider eller hotar att snedvrída konkurrensen.
4. Stödet påverkar handeln mellan medlemsstaterna.

Ett viktigt principiellt mål som nyligen avgjorts av Europeiska kommissionen var *Big society capital*, ett brittiskt projekt för att tillhandahålla 400 miljoner pund till ideella organisationer i Storbritannien (European Commission, 2011). Lösningen anmäldes och godkändes sedermera 2011 av kommissionen. Beslutet innebär inte att alla former av stöd till den ideella sektorn kan undantas från reglerna om statsstöd, men visar att vissa former av stöd i betydande omfattning är acceptabla och inom unionens ramverk.

## 2 Den ideella sektorn i ett internationellt perspektiv

### 2.1 Sjukförsäkringsmodellen

Den preussiske statsmannen Otto von Bismarck grundlade det koncept för sjukvårdens struktur som är ett av de mest använda i västvärlden. Principen utgår ifrån konkurrens och mångfald i alla led, inom ramen för en obligatorisk sjukförsäkring. Systemstrukturen varierar mellan länderna – Tyskland, Nederländerna, Belgien, Frankrike och Schweiz har alla unika karaktärsdrag.

Olika huvudmän säljer den lagstadgade sjukförsäkringen, vanligtvis företag eller stiftelser, med eller utan vinstintresse. Medborgaren betalar själv försäkringsavgiften (Nederländerna), delar finansieringsbördan med sin arbetsgivare (Tyskland, Ungern) eller får förmånlig försäkring via sin arbetsgivare (USA). För att inte utsatta grupper ska missgynnas innehåller de flesta system en funktion för solidarisk riskdelning mellan försäkringsbolag, ofta under statlig kontroll. Ojämn fördelning av vårdtunga patienter blir därför inte ett problem och beställarorganisationer kan fokusera på att leverera de bästa tjänsterna för sjukvård.

I utförarledet råder vanligtvis reglerad konkurrens med en blandning av offentliga och privata utförare, som oftast upphandlas av försäkringsbolagen eller försäkringskassorna. Som exempel har Tyskland en hög andel privata utförare, Nederländerna nästan enbart icke vinstdrivande och Belgien en jämn mix (Meijer, Van Campen, & Kerkstra, 2000). Variationen mellan olika tjänster i välfärdssektorn är också stor, vissa tjänster levereras uteslutande av privata vinstdrivande företag (ambulerande sjukvård), medan ideella aktörer står för hela volymen på andra områden (akutsjukvård).

System med Bismarckmodell har generellt sett lite högre kostnader än samhällen som tillämpar den offentliga modellen, i snitt 3,5 procent av BNP per capita, men har i gengäld kortare köer och snabbare tillgång till tjänster. Forskningen tyder inte på att det är stora skillnader i vårdkvalitet mellan systemen men försäkringssystemet ger sämre utjämnningseffekter (Wagstaff, 2010). De högre kostnaderna har gjort kostnadskontroll och en noggrannare prioritering mellan förmånstagares olika behov till ett viktigt mål i många försäkringssystem (Bevan, Helderman, & Wilsford, 2010)

### 2.1.1 Tyskland

Tysklands sjukvårdssystem finansieras av sjuk- och omsorgsförsäkringar och egenavgifter. Försäkringsbolagen (*Krankenkasse*) drivs av vad som kan liknas vid stiftelser som har anknytning till staten men är relativt självständiga, med intern konkurrens om medborgarna. Medlemsavgifterna till sjukförsäkringsmedlemskap delas mellan medborgaren och arbetsgivaren, ett system med historiska rötter som kommer att ändras för att lätta på arbetsgivarnas finansieringsansvar (Busse, 2004). Särskilda äldrevårdsförsäkringar, (*Pflegeversicherung*), har sjuöatts för att säkerställa att alla äldre med behov får vård. Den tyska omsorgen är, precis som i de flesta OECD-länder, under hårt tryck från den demografiska utvecklingen och ökade krav på kvalitet. Därför prioriteras bistånd till somatiskt och psykiatriskt sjuka, och äldre får betala det mesta utöver själva vården med egna försäkringar.

Utförarledet har traditionellt haft en blandning av offentliga, vinstdrivande och icke vinstdrivande aktörer, men undantag finns och trenderna pekar mot större inslag av vinstdrivande aktörer. I hemsjukvården, som är en mycket central del i den tyska sjukvården, är generellt sett all vård vinstdrivande, medan det bland akutsjukhusen, sett till andel av antalet bäddar, förhåller sig som 49 procent statligt, 36 procent ideellt och 15 procent vinstdrivande (Paris, Devaux, & Wei, 2010). Andelen vinstdrivande verksamheter ökar, uppskattningsvis från ca 4 procent i början av 90-talet, till 8 procent i början av 2000-talet, och till 15 procent i den senaste uppskattningen från WHO/OECD (OECD Observer, 2008a).

Inom omsorgen dominerar fortfarande ideella aktörer, 49 procent av utförarna jämfört med 26 procent privata och 25 procent statliga (Meijer et al., 2000). Inga skattesubventioner, likt de i USA, finns för ideella aktörer, och de konkurrerar därmed på lika villkor med offentliga och vinstdrivande privata vårdgivare.

### 2.1.2 Nederländerna

Nederländerna har sedan 2006 ett nytt sjukvårdssystem där sjukförsäkringarna tillhandahålls av privata företag, de flesta utan vinstintresse, som i sin tur köper vård- och omsorgstjänster från leverantörer. Av de fyra största försäkringsbolagen, med en total marknadsandel på 88 procent, är bara ett vinstdrivande. Kostnader för äldre-vård uppgick 2009 till 38 procent av de totala hälso- och sjukvårdskostnader och täcks av en särskild, obligatorisk försäkring, *Exceptional Medical Expenses Act*, samt mindre, inkomstberoende avgifter (Meijer et al., 2000; Schäfer et al., 2010)

Även på utförarsidan dominerar privata organisationer utan vinstintresse, inom akutsjukvården ägs 100 procent av bäddarna av sådana (Paris et al., 2010). För äldrevård (äldreboenden) finns inga kända tillförlitliga siffror, men en studie från 2000 uppskattar andelen non-profitaktörer till mer än 95 procent, med resten av vården hos offentliga utförare (Schäfer et al., 2010)

Den holländska sjukvården är ett exempel på att systemstrukturen inte nödvändigtvis styr kostnader, kvalitet och jämlikhet. Trots att kvaliteten på tjänster är lika hög, eller högre, än i de dyraste försäkringssystemen kostar den inte medborgarna särskilt mycket mer än i Sverige och Danmark som har mycket kostnadseffektiva system (Bevan et al., 2010). De senaste reformerna i Holland har varit framgångsrika och reformviljan är därför begränsad, men ännu kvarstår frågan om hur kostnader, kvalitet och jämlikhet utvecklas när systemet konsolideras.

### 2.1.3 Schweiz

Schweiz är en federal stat med starkt inslag av självstyre i de 26 regionerna (kantonerna) och sjukvården har traditionellt inte haft mycket samordning. Detta kom att ändras med den reform som inleddes 1994, med syftet att förse hela befolkningen med sjukvård och samtidigt begränsa kostnaderna. Schweiz har i dag ett system baserat på obligatorisk sjukförsäkring, som Nederländerna.

Försäkringsbolagen får inte gå med vinst på den grundläggande försäkringen, bara genom tilläggstjänster. Bolagen kan inte säga nej till kunder, och kostnaden är densamma oavsett kundens kön, ålder och hälsostatus. Däremot varierar kostnaden utifrån vilket förmånspaket man väljer. I teorin är alla medborgare inkluderade (Reinhardt, 2004) och man kan fritt välja vårdinstans, så länge vårdgivaren har avtal med försäkringsbolaget.

Akutsjukvården domineras av offentliga sjukhus (82,7 procent), följt av vinstdrivande sjukhus (12,5 procent) och icke vinstdrivande sjukhus (4,8 procent) (Paris et al., 2010). Äldrevård, då framför allt i form av äldreboenden, drivs under starkt varierande förutsättningar i de olika kantonerna; en del är avancerade medicinska vårdcentrum, andra bistår huvudsakligen med praktisk hjälp i vardagen samt grundläggande medicinsk vård. En studie från 2002 uppskattade antalet äldreboenden till 1 300, varav 24,9 procent är offentligt ägda, 62,9 procent ideella och 12,2 procent vinstdrivande (Crivelli, Filippini, & Lunati, 2002). Förklaringen till marknadsfördelningen är delvis historisk, äldrevård har traditionellt tillhandahållits av kooperativ och anhöriga. Även regleringen av äldrevårdsmarknaden spelar sannolikt in; kantonerna reglerar priserna och subventionerar inte äldreboenden som inte certifierats. Barriärerna för inträde på marknaden blir därför relativt höga (Crivelli et al., 2002).

Schweiz har ett välfungerande sjukvårdssystem som levererar hög kvalitet, om än till något högt pris. Framtida reformer kommer sannolikt att inriktas på offentlig kostnadskontroll.

### 2.1.4 Belgien

Den stora etniska och språkliga skillnaden inom landet till trots, har Belgien ett förhållandevis väl sammanhållet omsorgs- och sjukvårdssystem. Den lagstadgade obligatoriska sjukförsäkringen, som finan-

sieras genom sociala avgifter, skatteuttag och försäkringspremier, tillhandahålls av sex privata icke vinstdrivande försäkringsstiftelser samt en offentlig. Försäkringen täcker 99 procent av befolkningen. Patienten har stor frihet att välja såväl försäkringsstiftelse som utförare och det är ovanligt att patienter inte får ansluta sig till försäkringen. Utöver den obligatoriska försäkringen finns tillägg som ger rätt till ytterligare förmåner, bland annat fria hjälpmedel och tandvård, men även på den marknaden är vinstdrivande privata aktörer sällsynta (Gerkens & Merkur, 2010). I Belgien betalar medborgaren ofta större egenavgifter än vad som är vanligt i andra europeiska länder, upp till en tredjedel av de totala vårdkostnaderna.

Akutsjukvård tillhandahålls uteslutande av privata icke vinstdrivande sjukhus (66 procent) eller offentliga sjukhus (34 procent) (Paris et al., 2010). Primärvård, hemsjukvård och specialistvård drivs privat, ofta i form av egenföretagande läkare eller sjuksköterskor. Även läkare i sjukhusvården är egenföretagare, som ersätts som konsulter med betalning för utförda åtgärder (Gerkens & Merkur, 2010). Den strukturerade äldrevården i form av äldreboenden är ett relativt nytt inslag i Belgien; inte förrän på 1980-talet började särskilda äldreboenden byggas, och än i dag bor majoriteten av de äldre i sina egna hem. Inga säkra data för huvudmannskapet är kända, men i en studie från 2000 uppskattas 40 procent av aktörerna inom äldrevården vara ideella, 40 procent offentliga och 20 procent vinstdrivande (Meijer et al., 2000).

Framtida reformer är i linje med vad som sker i övriga OECD-länder: förbättrad kvalitetskontroll, ökat preventivt arbete och försök till att möta den demografiska utvecklingen med åldrande befolkning (Gerkens & Merkur, 2010; Meijer et al., 2000). Det är inga reformer på gång som kan påverka sammansättningen av vårdens och omsorgens huvudmannskap, varken i beställar- eller utförarled.

### 2.1.5 Ungern

Ungern lämnade vid kalla krigets slut den centraliserade Semashkomodellen till förmån för en sjukförsäkringsbaserad lösning. Till skillnad från i Tyskland och Nederländerna finns endast en stor utförare av sjukförsäkring och denna får sina intäkter från arbetsgivare, arbetstagare och stat. Regionerna och kommunerna bidrar med extra finansiering, men sjukförsäkringen är den huvudsakliga beställaren. Egenavgifter står för så mycket som 30 procent av totala kostnaden för vård och omsorg, ofta i form av informella betalningar från patient till läkare (OECD Statistics, 2012).

Även om ansvaret för sjukvården ligger på lokala myndigheter har i princip all vård med undantag för primärvården offentlig utförare. En strävan att effektivisera tjänsteleveranserna har fått regering och lokala myndigheter att oftare upphandla vård från vinstdrivande aktörer, vid sidan om de ideella organisationer som redan ingår som leverantörer i det offentliga åtaganden (Gaál, Szigeti, Csere, Gaskins,

& Panteli, 2011). Inom verksamhet som erbjuder vård till äldre, handikappade och psykiskt sjuka är det vanligare att myndigheter lägger ut verksamheten på entreprenad; inom olika boendeformer utgjorde privata organisationer 35,7 procent av det totala antalet utförare 2007, och i öppenvården strax under 5 procent (Gaál et al., 2011). Valmöjligheterna för patienter är väl utvecklade och i de flesta situationer har patienter ett val, om än bland ett begränsat utbud.

En av de viktigaste utmaningarna för det ungerska vård- och omsorgssystemet är kostnadskontrollen, något som lett till ökad styrning av sjukförsäkringssystemets resurser från regeringen och myndigheterna.

### 2.1.6 USA

Det amerikanska sjukvårdssystemet avviker från försäkringssystemet huvudsakligen genom att den enskilda medborgaren inte måste ha en sjukförsäkring. Som ett resultat av detta är uppskattningsvis ca 15 procent av amerikanerna oförsäkrade (OECD Observer, 2008b). Lagstiftningen gynnar en lösning där arbetsgivaren erbjuder en sjukförsäkring, ofta genom en eller ett fåtal möjliga försäkringsleverantörer. Icke vinstdrivande försäkringsbolag/beställare har sedan länge dominerat marknaden och gör det fortfarande, men en snabb tillväxt för vinstdrivande beställarorganisationer gör att de i dag utgör nästan hälften (Frank & Salkever, 1994). Ungefär hälften av sjukvården finansieras dessutom via offentliga organ, till exempel Medicare (federal nivå) och Medicaid (delstatlig nivå).

Vård levereras sedan nästan uteslutande av privata koncerner, såväl vinstdrivande som utan vinstintresse. Icke vinstdrivande vårdgivare betalar inte federal eller statlig företags- och fastighetsskatt, och kan dessutom låna pengar till en lägre kostnad (Morrisey, Wedig, & Hassan, 1996). Dessutom får dessa vårdgivare i en del stater delta i upphandlingar av vissa vårdformer, utan konkurrens från vinstdrivande vårdgivare.

Syftet med skattesubventionerna är inte explicit uttryckt, men det är rimligt att anta att staten förväntar sig att de icke vinstdrivande använder det utökade finansiella utrymmet för att erbjuda sjukvård som välgörenhet. Vårdgivare förväntas generellt erbjuda gratis vård till ett belopp motsvarande hela eller en större andel av skatteförmånerna. Enligt studien av Morrisey, som granskat sjukhus i Kalifornien, lever ca 80 procent av de icke vinstdrivande sjukhusen upp till detta. Det är emellertid svårt för staten att kontrollera om de lever upp till detta syfte, då endast organisationsformen och inte vårdproduktionen kan utvärderas (Frank & Salkever, 1994).

Man kan fundera över varför USA har en stor men inom vissa sektorer något minskande andel ideella aktörer inom vård och omsorg (se tabell 2). En viktig faktor som framförts är den trygghet som de erbjuder, allmänheten ser avsaknaden av vinstintresse som ett tecken



på att dessa vårdgivare inte dagtingar med kvaliteten (Hansmann, 1980). För vårdtagare som behöver en mycket komplicerad tjänst på en överskådlig marknad är detta en viktig trygghetsfaktor. De senaste 30 åren har tillkomsten av bättre uppföljning och kontroll från delstat, stat och beställarorganisationer lett till ökade möjligheter för vårdkonsumenterna att göra informerade val. Betydelsen av det goda syftet hos ideella aktörer minskar då. Vidare har flera studier pekat på mycket stor heterogenitet bland dessa vårdgivare, och stora undervisningssjukhus bidrar i större utsträckning till vård utan ersättning (Shortell et al., 1986).

Tabell 2 Förändring av andelen vinstdrivande aktörer inom sjukvård och omsorg, från Schlesinger & Gray (2006).

Typ av tjänst	Andel tjänster från vinstdrivande aktörer (procent)		
	Tidigt 1990-tal	Tidigt 2000-tal	Differens <sup>2</sup>
Äldreboenden	70	66	-4
HMO:er <sup>1</sup>	68	74	6
Dialyscentrum	55	77	22
Hemsjukvård	54	49	-5
Psykiatriska vårdenheter	37	46	9
Missbruksenheter	17	24	7
Hospice och palliativvårdsenheter	13	27	14
Akutsjukvård	11	16	5

<sup>1</sup> HMO är en förkortning av begreppet "Health Maintenance organisation", som saknar direkt motsvarighet i Sverige. En HMO är en integrerad vårdgivare och försäkringsbolag som genom en mer uttalad styrning av syftar till att göra vårdutbudet mer ändamålsenligt och undvika slöseri med resurser. HMO:er ägnar sig i huvudsak åt sjukvård

<sup>2</sup> Procentenheter

Värt att fundera på är vilken betydelse den kommande sjukvårdsreformen i USA, *The Patient Protection and Affordable Care Act* (PPCA), kommer att ha på de ideella aktörerna. Det är rimligt att anta att andelen välgörenhetsvård minskar när andelen oförsäkrade medborgare minskar, något som förutspåddes redan när Clintonadministrationen försökte lansera en reform som hade många likheter med den nu aktuella PPCA (Frank & Salkever, 1994).

## 2.2 Den offentliga modellen

Sverige, Danmark, Norge, Finland, Island, Kanada och delar av Östeuropa tillämpar det som skulle kunna kallas *den offentliga modellen*, eller *Beveridge*, från grundaren av det statliga brittiska sjukvårdssystemet National Health Service. Sjukvård och äldreomsorg är skattfinansierad och precis som i länder med obligatorisk sjukförsäkring är ett viktigt syfte att välfärdstjänsterna ska omfatta alla medborgare.

Utförarsidan domineras traditionellt av offentliga utförare, även om det på senare år blivit vanligare med en mix av offentliga och privata utförare, med eller utan vinstintresse. Sverige är ett tydligt exempel på att utförarsidan blir allt mer heterogen: införandet av lagen om valfrihetssystem (LOV) och upphandlingar enligt lagen om offentlig upp-

handling (LOU) har ökat andelen privata utförare avsevärt inom sjukvård och äldreomsorg.

Den offentliga modellen är generellt billigare än försäkringssystem, men drabbats i större utsträckning av att pengarna inte räcker och av bristande valfrihet. Reformerna i dessa länder syftar därför ofta till att förbättra tillgängligheten och patientinflytandet, medan försäkringsländer ofta eftersträvar bättre kostnadskontroll (Bevan et al., 2010). Forskning pekar mot att inget system är det optimala och att de flesta reformer syftar till att hitta den gyllene medelvägen mellan optimalt resursutnyttjande, kvalitet, valfrihet och tillgänglighet (Or et al., 2010).

### 2.2.1 Danmark

De senaste åren har medfört en kraftig ökning i förväntad livslängd i Danmark och den danska befolkningen lever nu bara i snitt två år kortare än sina nordiska grannar. Denna utveckling tillskrivs framför allt en bättre hälso- och sjukvård med mer preventiva insatser. Kostnaderna stiger kontinuerligt och antalet läkare i offentlig sjukvård ökar med i snitt tre procent årligen (OECD Observer, 2008c).

Omsorgen, och då huvudsakligen olika varianter av äldreboenden och hemtjänst, drivs endast av aktörer utan vinstintresse: 72 procent offentligt och 28 procent av ideella organisationer. Danmark har en tradition som innebär att välfärdsföretag inte får gå med vinst, något som även gäller skolor. Skatter finansierar i princip helt välfärden, och äldre betalar endast för hyra och eventuella extratjänster (Meijer et al., 2000). Den danska regeringen insåg tidigt utmaningarna med den demografiska utvecklingen och en serie reformer har sedan 1960-talet satts för att minska kostnader, utveckla nya vårdformer och höja kvaliteten. Som ett resultat av detta kan vårdtagare välja mellan en rad olika vård- och boendeformer; förutom vanliga äldreboenden även psykiatriska hem, lägenhetsboenden nära sjukvård samt gruppboenden. För att bättre anpassa vården till individens behov, och samtidigt minska kostnaderna, har traditionella äldreboenden ersatts av utökad hemtjänst och hemsjukvård (Olejaz, Juul, Rudkjøbing, Okkels, & Hernández-Quevedo, 2012).

### 2.2.2 Storbritannien

Storbritanniens sjukvårdssystem National Health Service (NHS) grundades 1948 av personen som gett strukturen dess namn; Lord William Beveridge. NHS, som egentligen inte är ett system utan fyra (en för varje brittisk region), står för all upphandlingen av vård och finansierar densamma genom allmänna skatteuttag. Egenavgifter förekommer i regel inte för sjukvård, förutom vissa specialtjänster. Äldreomsorgen bekostas av lokala myndigheter, samt genom egenavgifter.

NHS har en av världens bästa täckningsgrader och inkluderar inte bara alla brittiska medborgare och stadigvarande bosatta i landet, utan tillhandahåller även begränsade tjänster till personer som inte är stadigvarande bosatta i Storbritannien. Kostnaderna har ökat mycket

kraftigt de senaste åren, från 6,6 procent av BNP 1997 till 8,7 procent 2008, men den tidigare nivån var låg med europeiska mått. Detta är resultatet av en politisk ambition att öka tillgängligheten och höja kvaliteten till en nivå i linje med övriga Europa. Den privata sektorns bidrag till den totala sjukvårdskonsumtionen har minskat i förhållande till den offentliga de senaste tio åren, även om marknaden för privat sjukvårdsförsäkring ökat (Boyle, 2011).

Den brittiska sjukvården utgår huvudsakligen från primärvården, som är väl utbyggd. I princip alla allmänläkare är egna företagare, antingen upphandlade direkt av NHS (71 procent) eller anställda på en klinik med NHS-kontrakt (18 procent) (Boyle, 2011). Akutsjukvården är rakt igenom utan vinstsyfte: 96 procent av bäddarna finns på offentliga sjukhus och 4 procent på privata icke vinstdrivande (Paris et al., 2010). Specialistvård som inte är akut erbjuds framför allt på sjukhus. Innan *Foundation Trust-reformen* 2003 drevs sjukhusen i förvaltningsform direkt under NHS, men numera konverteras allt fler sjukhus till privata, icke vinstdrivande stiftelser med viss självbestämmanderätt.

Äldrevården i Storbritannien har varit, och är fortfarande, mindre tydligt reglerad och samordnad än sjukvården. Jämfört med Tyskland, som lagreglerat privata aktörers roll i välfärdsproduktionen, växte äldrevård och social omsorg fram mer organiskt i Storbritannien. Först dominerade privata aktörer men sedan tog NHS och lokala myndigheter över (Bode, 2007). De senaste decennierna har emellertid såväl äldreboenden som hemtjänst i stor utsträckning återgått från myndighetsförvaltning till privat sektor. 2008 tillhandahöll den privata sektorn 87 procent av platserna på äldreboenden och 81 procent av alla timmar hemtjänst (Boyle, 2011). Vi har inte hittat någon uppdelning på vinstdrivande och ideella.

Utvecklingen mot en större andel privata utförare är inte slumpmässig; både Labourregeringar och konservativa har haft ambitionen att skapa ett mer heterogent utförarled, för att stimulera konkurrens och innovation. Storbritannien är, tillsammans med USA, sannolikt det land i OECD som genomgår de mest omfattande reformerna inom sjukvård och omsorg. Den konservativa regeringen Cameron beslutade kort efter tillträdet att reformera NHS med syftet att höja kvaliteten, samtidigt som kostnadsökningarna helt skulle bromsas in. Reformen kan sammanfattas med ökad mix av utförare, mer lokal och mindre politisk beslutsmakt samt ett helhetsansvar för sjukvård i händerna på allmänläkarna (OECD Observer, 2012).

### 2.2.3 Kanada

Kanadas sjukvårdssystem länge var mycket olika i de starkt självstyrande tio provinserna och tre regionerna, inte olik situationen i Schweiz före 1994. Sedan 1972 tillämpar Kanada en modell med universell sjukförsäkring (Medicare) som huvudsakligen finansieras genom skatteuttag (70 procent) och egenavgifter (15 procent). Vissa

tjänster, såsom läkemedel, täcks inte av Medicare och 66 procent av befolkningen har därför tilläggsförsäkring. Privat försäkring som konkurrerar med Medicares utbud är i många regioner förbjuden (Flood & Haugan, 2010). Äldrevård betalas av regionala myndigheter, men mat och boende måste medborgaren själv stå för (Marchildon, 2005).

Primärvården fyller en viktig funktion som samordnare och gatekeeper, och ansvarar för patientens fortsatta handläggning i sjukvården. Rollen som *gatekeeper* innebär att primärvården ansvarar för att prioritera mellan olika patienter och olika sjukdomsgrupper för att undvika att specialistvården blir överbelastad och för att se till att patienten vårdas på rätt vårdnivå. Patienter kan välja allmänläkare och det är vanligt med långsiktiga (och familjegemensamma) val. Majoriteten av allmänläkare och sköterskor är egenföretagare och får betalt per insats (Marchildon, 2005). Akutsjukvård och planerad specialistvård tillhandahålls uteslutande på offentliga sjukhus (Paris et al., 2010).

Inom äldreomsorgen, huvudsakligen olika typer av äldreboenden, är blandningen av huvudmän större och variationen mellan regionerna stor. Även om offentligt drivna äldreboenden förekommer tillhör de ovanligheterna; vanligast är privata icke vinstdrivande aktörer upphandlade av regionen (Marchildon, 2005).

Vinstdrivande aktörers roll i den offentligt finansierade välfärdssektorn ifrågasätts och omhuldas på samma gång, som ett hot mot offentliga och icke vinstdrivande aktörer men samtidigt en möjlighet att effektivisera och öka innovationsförmågan. Det är viktigt att komma ihåg att Kanada, precis som Tyskland och Nederländerna, har en tradition av privata aktörer, men då framför allt icke vinstdrivande (Flood & Haugan, 2010; Hall, Barr, & Easwaramoorthy, 2005).

Tabell 3 Andelen icke vinstdrivande aktörer i olika segment av vård- och omsorgskedjan. Vänligen notera att direkta jämförelser ej bör göras, då data härstammar från olika studier, årtal och datakällor. Skillnaderna är huvudsakligen indikativa.

	SJKVÅRD (procentandel bäddar på akutsjukhus / procentandel utförare)			OMSORG (procentandel utförare / procentandel bäddar)		
	Statlig	Icke vinstdrivande	Vinstdrivande	Statlig	Icke vinstdrivande	Vinstdrivande
<b>EUROPA</b>						
Nederländerna	0 <sup>1</sup>	100 <sup>1</sup>	0 <sup>1</sup>	<5 <sup>2</sup>	>95 <sup>2</sup>	0 <sup>2</sup>
Schweiz	82,7 <sup>1</sup>	4,8 <sup>1</sup>	12,5 <sup>1</sup>	24,9 <sup>3</sup>	62,9 <sup>3</sup>	12,2 <sup>3</sup>
Tyskland	49 <sup>1</sup>	36 <sup>1</sup>	15 <sup>1</sup>	25 <sup>2</sup>	49 <sup>2</sup>	26 <sup>2</sup>
Frankrike	66 <sup>1</sup>	9 <sup>1</sup>	25 <sup>1</sup>	Maj <sup>4</sup>	Minori <sup>4</sup>	Marg <sup>4</sup>
Storbritannien	96 <sup>1</sup>	4 <sup>1</sup>	0 <sup>1</sup>	Maj <sup>4</sup>	Minori <sup>4</sup>	Marg <sup>4</sup>
Sverige	98 <sup>1</sup>	0 <sup>1</sup>	2 <sup>1</sup>	85 <sup>5</sup>	1,7 <sup>5</sup>	13 <sup>5</sup>
Danmark	96,7 <sup>1</sup>	2,5 <sup>1</sup>	0,8 <sup>1</sup>	72 <sup>2</sup>	28 <sup>2</sup>	0 <sup>2</sup>
Belgien	34 <sup>1</sup>	66 <sup>1</sup>	0 <sup>1</sup>	40 <sup>2</sup>	40 <sup>2</sup>	20 <sup>2</sup>
Ungern	Maj <sup>6</sup>	Min <sup>6</sup>	Marg <sup>6</sup>	–	–	–
<b>NORDAMERIKA</b>						
USA	20 <sup>9</sup>	62 <sup>9</sup>	18 <sup>9</sup>	61,5 <sup>8</sup>	30,8 <sup>8</sup>	7,7 <sup>8</sup>
Kanada	100 <sup>1</sup>	0 <sup>1</sup>	0 <sup>1</sup>	Min <sup>7</sup>	Major <sup>7</sup>	Marg <sup>7</sup>

<sup>1</sup> Paris (2010) <sup>2</sup> Meijer <sup>3</sup> <sup>4</sup> Bahle <sup>5</sup> Lundbäck  
<sup>6</sup> Gáal <sup>7</sup> Marchildon <sup>8</sup> CDC <sup>9</sup> Walker

## 3 Ekonomisk forskning om icke vinstdrivande aktörer

### 3.1. Teoretiska modeller för ideella sektorn

Såväl vinstdrivande som idéburna organisationer agerar på uppdrag av offentliga myndigheter och är således inte en del av myndigheterna. Detta innebär att förutsättningarna för styrning ser delvis annorlunda ut. Vi kommer inte att djupare gå in på vilka konsekvenser detta får för möjligheten att styra och kontrollera verksamheterna, utan hänvisar till Andersson & Jordahl (2011) som på uppdrag av Tillväxtanalys behandlat konsekvenserna av upphandling och kundval när det gäller offentligt finansierade tjänster.

Vi kan dock konstatera att det på vissa områden – där kombinationen av konkurrensutsättning och vinstmotiv kan vålla problem – kan finnas utrymme för idéburna organisationer, som styrs av delvis andra incitament är vinst. Ett sådant exempel rör vård av unga inom ramen för socialtjänstlagstiftningen.

Forskningen om skillnader mellan idéburna och vinstdrivande organisationer har många parallella spår, men är mindre omfattande. Inom kontraktsteorin finns ett litet antal standardmodeller, bland dessa Hart, Shleifer, & Vishny (1997). På samma sätt finns några snarlika standardmodeller för analysen av idéburna och vinstdrivande organisationer.

Malani & Philipson (2003) delar upp den teoretiska ekonomiska analysen av den ideella sektorn i tre huvudspår:

- altruismmodellen
- läkarkooperativsmodellen
- modellen med icke kontrakterbar kvalitet.

Även om modellerna skiljer sig åt när det gäller utgångspunkterna för analysen är deras respektive förutsägelser i flera dimensioner likartade.

Den grundläggande tanken i *altruismmodellen* är att ledningen för en ideell organisation väljer kvantitet och kvalitet av den producerade varan inom den budgetram som är uppställd. Modellen förutsäger att ideella organisationer sätter mer fokus på kvalitet än kvantitet.

I en annan modell agerar den ideella aktören (exempelvis ett sjukhus) som ett *läkarkooperativ* där de enskilda läkarna i praktiken avgör hur resurserna fördelas. Förutsägelsen är att ideella aktörer kommer att ha

färre läkare, mer kapital och mer övrig personal än vinstdrivande sjukhus.

Modellen med *icke kontrakterbar kvalitet*, slutligen, bygger på att privata entreprenörer kan välja driftsform (Glaeser & Shleifer, 2001). Driver entreprenören verksamheten ideellt kan hon endast tillgodogöra sig överskott i form av personliga fördelar. Modellen förutsäger att ideella aktörer kommer att lägga mindre energi på att sänka kostnaderna och mer energi på att upprätthålla verksamhetens kvalitet.

Vi kommer inte här att beskriva modellerna i detalj, utan presenterar i stället en syntes av resonemangen i en förenklad beskrivning.

För att beskriva de ekonomiska drivkrafterna och hur dessa påverkas av om aktören är vinstdrivande eller inte kan man sätta upp en enkel modell för kundernas val av leverantör. Detta är en förenklad variant av den teoribildning om ideella beteende som tidigare formulerats av bland andra Newhouse (1970), Lundbäck (2000), Glaeser & Shleifer (2001) och Malani, Philipson, & David (2003). I samtliga modeller förutsätts att organisationen har en inre mekanism för att upprätthålla kvaliteten (Blomqvist, 1991).

Vi utgår här från att ersättningen till leverantören är bestämd och att priset på förhand är fastställt till  $p$ . Leverantören kan välja att lägga större eller mindre andel av ersättningen för att betala för personal eller insatsvaror. Vi betecknar kostnaden för dessa insatser som  $s$ . I analytiskt syfte kommer vi här att benämna  $s$  som ”kvalitet”. Skillnaden mellan  $p$  och  $s$  antas utgöra överskott i verksamheten.

$B(s)$  är samhällsnyttan av insatserna och  $B'(s)$  kan därmed betraktas som efterfrågan på tjänsten. Funktionen  $B(\cdot)$  antas vara kontinuerlig och differentierbar i alla punkter.  $B(0) = 0$ ,  $B'(\cdot) > 0$ ,  $B''(\cdot) \leq 0$ . Kostnaden för verksamheten är en linjär funktion av kvaliteten,  $c = s$ .

Vi antar också att det finns ett index som beskriver hur väl konkurrens och interna kontrollfunktioner kan upprätthålla kvaliteten i verksamheten. Detta index,  $\alpha$  ( $0 < \alpha < 1$ ), visar hur mycket hänsyn en utförare tar till samhällsnyttan. Man kan också säga att det är ett mått på hur väl den administrativa kvalitetsuppföljningen fungerar. För en mer ingående diskussion, se Lundbäck (1997).

Vi utgår från att det offentliga vill uppnå samhällsekonomiskt optimal kvalitet i verksamheten och antar därför att ersättningen sätts så att detta mål kan uppnås:

$$\max_p B(p) - (1 + \lambda)p$$

Detta innebär att  $B'(p) = 1 + \lambda$ , där  $\lambda$  är kostnaden för skatteuttag.

Vi kan sedan ställa upp en vinstdrivande aktörs målfunktion:

$$\max_s \alpha B(s) + [p - s] \quad \text{s.t. } p - s \geq 0$$

Denna optimering har första ordningens villkor  $B'(s) = 1/\alpha$  när restriktionen inte är bindande.

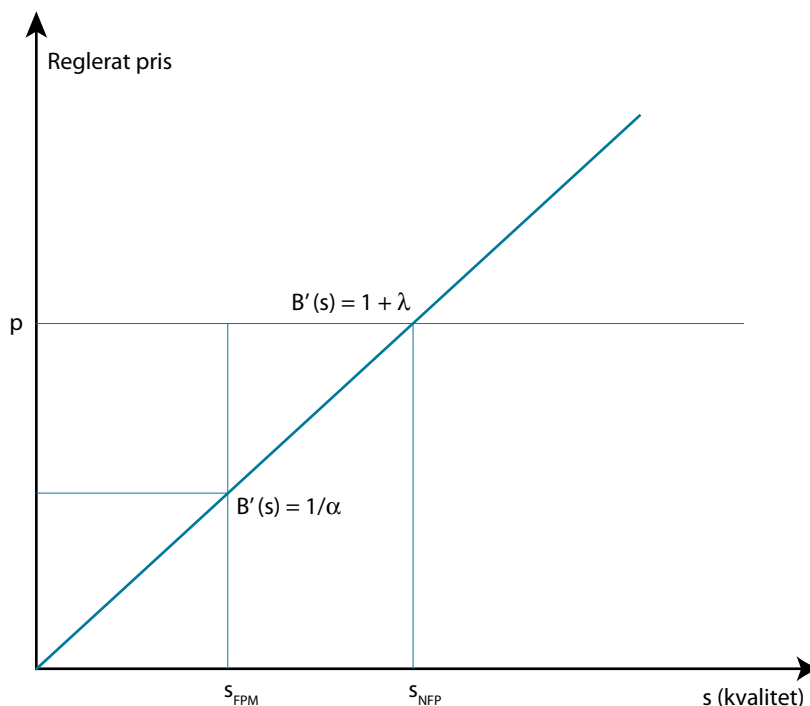
Vi kan tänka oss två olika situationer i detta fall. Den första är om den vinstdrivande aktören har monopol. Då kommer denna att obehindrat kunna välja den kvalitetsnivå som maximerar vinsten. Det andra alternativet är att den vinstdrivande aktören agerar i konkurrens med andra aktörer. Då kommer restriktionen att vara bindande och i så fall kommer alla aktörer i jämvikt att välja kvalitetsnivån  $s = p$ , eller det som också brukar kallas för en Bertrandjämvikt.

En icke vinstdrivande aktör strävar inte efter att maximera vinst, utan antas enbart maximera nyttan för brukarna:

$$\max_s B(s) \quad s.t. \quad p - s \geq 0$$

Figur 1 illustrerar de olika alternativen.

Figur 1 Val av kvalitetsnivå för vinstdrivande och ideella organisationer



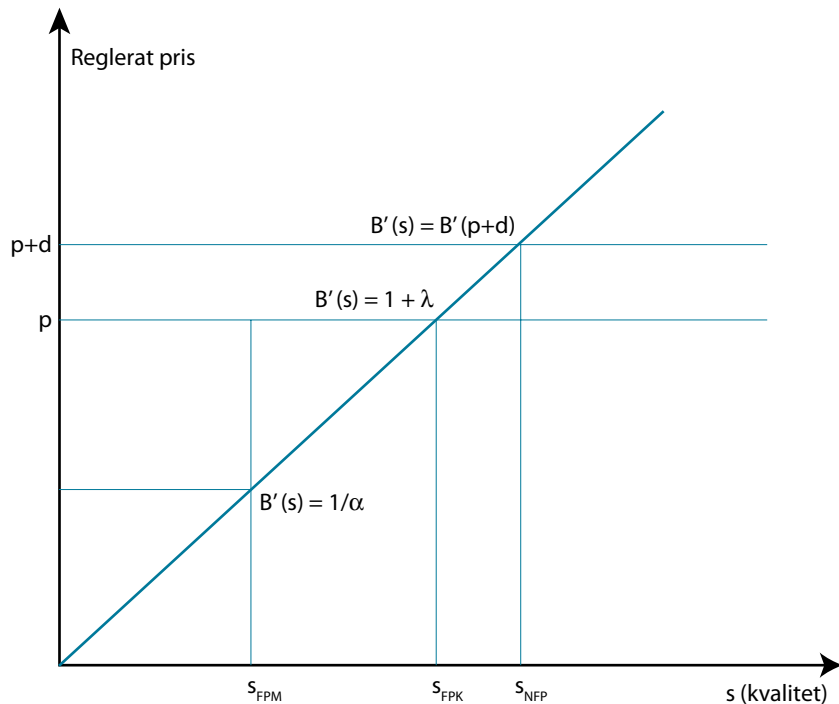
En vinstdrivande aktör kommer beroende på konkurrenssituationen att välja en kvalitetsnivå mellan  $s_{FPM}$  och  $s_{NFP}$ . Ju större grad av konkurrens som råder, desto närmare  $s_{NFP}$  kommer den vinstdrivande aktören att lägga sig.

Modellen visar att vinstbegränsning kan vara en metod för att göra produktionen av välfärdstjänster mer effektiv och tvinga fram högre kvalitet när det råder begränsad konkurrens på en marknad. Den visar också att det vid perfekt konkurrens och fullt informerade konsumenter inte spelar någon roll vilken verksamhetsform man väljer.

Vid perfekt konkurrens kommer både vinstdrivande och icke vinstdrivande aktörer att välja kvalitetsnivån  $s_{NFP}$ .

Vad händer om en filantrop donerar ett visst belopp till en ideell verksamhet? Vi ser att vinstdrivande och icke vinstdrivande aktörer kommer att agera annorlunda. Den vinstdrivande kommer, oavsett konkurrenssituation, att låta donationen gå vidare till ägarna. Den icke vinstdrivande kommer däremot att låta donationen gå in i verksamheten och höja kvalitetsnivån (figur 2).

Figur 2 Donationers påverkan på kvaliteten för vinstdrivande och ideella organisationer



Det är därför föga förvånande att donationer till vinstdrivande företag är ovanliga. Om donationen inte är förknippad med specifika villkor lär den nämligen snabbt föras över till företagets ägare, istället för att användas i verksamheten.

Det som är mindre uppmärksammat är att donationer också kan erbjuda icke vinstdrivande aktörer en konkurrensfördel i förhållande till vinstdrivande. Om det icke vinstdrivande företag som fått donationen  $d$  deltar i en upphandling kan företaget erbjuda en högre kvalitet än sina konkurrenter.

Det här är något som kan förklara att icke vinstdrivande aktörer har en dominerande ställning på många så kallade välfärdsmarknader alldeles oavsett marknadsförhållanden. Donationerna är helt enkelt låsta i företaget och måste användas till det avsedda ändamålet. Det stora problemet för icke vinstdrivande aktörer är trots detta kapitalförsörj-



ningen. Löpande intäkter måste ibland transformeras till engångsinvesteringar för att möjliggöra verksamheten. Den springande punkten är hur en ideell aktör finansierar expansion till en ny marknad.

Ett sätt är förstås att spara resurser från en del av verksamheten för att kunna investera i en annan del. Men det kan strida mot principerna för verksamheten om dessa är att bedriva vård eller omsorg av hög kvalitet inom ett visst geografiskt område eller till en viss grupp.

Speciellt stort kan problemet med kapitalförsörjning antas vara när verksamheten snabbt måste öka eller minska, kanske beroende på förändrade politiska prioriteringar. Den snabba tillväxttakten av enskilda utförare inom äldreomsorg kan vara en förklaring till att Sverige har en avsevärt större andel vinstdrivande utförare än andra länder, ideella aktörer har helt enkelt inte kapitalet för att kunna expandera i samma takt som vinstdrivande aktörer.

### 3.2 Agerar vinstdrivande aktörer annorlunda än ideella?

Eldenburg, Hermalin, Weisbach, & Wosinska (2004) menar att traditionell ekonomisk teori inte kan beskriva organisationer som har fler mål samtidigt. Normalt utgår ekonomer från att företag verkar för att maximera vinsten. Den traditionella teorin för företags styrning utgår från intressekonflikten mellan risktoleranta ägare och försiktiga direktörer. Det är dock ganska uppenbart att denna modell har lite att tillföra analysen av ideella organisationer – helt enkelt därför att organisationernas syfte inte är att gå med vinst.

Avsaknaden av ett vinstmotiv kan också vara en fördel, då detta innebär att organisationens intressenter strävar mot samma mål:

*”The non-rivalry of the generated quasi-rents is an important characteristic that distinguishes nonprofit from profit seeking organisations.” (Speckbacher, 2005).*

Samtidigt står det klart att avsaknaden av ett entydigt mål också kan vara en nackdel. Olika intressenter kan tolka organisationens mål på olika sätt. Litteraturens tänkta motsättning mellan ägare och direktörer är förstås inte den enda tänkbara motsättningen i en organisation.

Ytterligare en fråga, som tycks vara mindre behandlad i den vetenskapliga litteraturen, är att ideella verksamheter också kan bidra till att låsa in kapital. Verksamhetens statut kan exempelvis föreskriva att kapitalet endast får användas till en speciell typ av verksamhet. Detta kan leda till problem om och när det finns behov i samhället som inte kan tillgodoses inom ramen för organisationens regelverk. Det kan handla om att en stiftelses stadgar stipulerar att organisationen endast får stödja en grupp i samhället som med tidens gång blivit allt mer marginell.

I andra fall kan man dock tänka sig att kapitalet skulle göra större nytta i någon annan verksamhet och att begränsningen som följer med organisationens eller företagets icke vinstdrivande status därför

blir samhällsekonomiskt ineffektiv. Viss forskning antyder också att personal som arbetar inom idéburna organisationer är mer benägna att arbeta gratis, vilket kan leda till lägre utgifter. Gregg, Grout, Ratcliffe, Smith, & Windmeijer, (2004) visar exempelvis att personer som är villiga att donera arbete ofta söker sig till idéburna organisationer.

Vetenskapen om skillnader mellan den vinstdrivande och den icke vinstdrivande sektorn har föranlett en mängd undantag och särregler för ideella organisationer, genom förmånlig skattelagstiftning, särbehandling vid upphandlingar och företräde till marknader. I framför allt USA och Kanada är diskussionen om de icke vinstdrivande utförarnas villkor levande (se kap om USA och Kanada). Såväl vinstdrivande som icke vinstdrivande aktörer sätts under lupp, de förstnämnda för att de misstänks kompromissa med kvalitet för att öka vinsten, de sistnämnda för att de (i vissa fall) inte tillhandahåller välgörenhet i paritet med samhällets särskilda stöd. (Morrisey et al., 1996).

Malani et al. (2003) sammanfattar effekterna av tre vanliga ekonomiska modeller som syftar till att förklara skillnaden mellan vinstdrivande och ideella aktörers agerande i olika marknadssituationer. Samtliga modeller förutsäger att ideella aktörer kommer att producera med högre kvalitet, men att de även kommer att vara mindre effektiva än vinstdrivande. Studier av olika driftsformer har framför allt genomförts i USA. Generellt sett påvisar studierna att ideella aktörer har högre kvalitet och att vinstdrivande aktörer inom vissa sektorer är mer kostnadseffektiva (Schlesinger & Gray, 2006).

Mer samstämmig är forskningen om hur *andelen* ideella aktörer i en region påverkar kvalitetsnivån. En omfattande studie av särskilda boenden (nursing homes) (Grabowski & Hirth, 2003) påvisar ett tydligt samband mellan andelen icke vinstdrivande aktörer och de särskilda boendenas kvalitet. En högre andel vinstdrivande boenden leder till lägre kvalitet. En studie med liknande upplägg (Kessler & McClellan, 2001) visar ett liknande samband för sjukhus, men när det gäller kostnader. Sjukhus i områden med stor andel vinstdrivande sjukhus har i snitt 2,4 procent lägre kostnader, vilket också är i linje med teorierna som vi presenterar här.

Icke vinstdrivande sjukhus anses också ta ett större ansvar än vinstdrivande för oförsäkrade patienter. Forskningen har dock haft svårt att belägga stora och systematiska skillnader i beteendet. Däremot tycks det finnas skillnader mellan de olika sjukhustypernas lokalisering. Vinstdrivande sjukhus tenderar exempelvis att i ökad utsträckning etablera sig där andelen oförsäkrade patienter är låg (McClellan & Staiger, 2000). Skillnaden mellan olika sjukhustyper tycks generellt vara mindre i områden där konkurrensen är stor.

Det finns inte mycket forskning om svenska förhållanden, dels därför att den svenska marknaden är begränsad, dels för att mätningar av olika enheters resultat tidigare endast förekommit sporadiskt. Sedan ett tiotal år tillbaka har arbetet för att hitta kvalitetsindikatorer inten-

sifierats. Detta har gjort det möjligt för Socialstyrelsen att ta fram den första heltäckande bedömningen av skillnader mellan vinstdrivande, idéburna och offentliga aktörer i Sverige när det gäller äldreomsorg (Eek, 2012).

Mätningen påvisar dock små eller obefintliga skillnader mellan de olika driftsformerna. Däremot finns när det gäller vissa kvalitetsmått en signifikant skillnad mellan kommuner beroende på hur stor andel av verksamheterna som bedrivs i enskild regi. När det gäller genomsnittet för Äldreguidens Nöjd kund-index får kommuner utan privata utförare ett indexvärde på i snitt 70, medan kommuner med mer än 75 procent privata utförare får 67. Det finns också en viss skillnad mellan stora och små äldreboenden. Mindre enheter tycks genomgående ha mer nöjda brukare än stora enheter.

En jämförelse mellan vinstdrivande och idéburna organisationer i samma rapport ger ett blandat resultat. De vinstdrivande aktörerna uppnår bättre resultat när det exempelvis gäller andel äldre med eget rum och uppföljning av verksamhetens genomförandeplan. Å andra sidan har de idéburna verksamheterna fler läkemedelsgenomgångar och större andel äldre med egen kokmöjlighet. Med tanke på det ringa antalet idéburna utförare i Sverige bör man dock vara försiktig med att dra slutsatser utifrån statistiken.

För att sammanfatta våra slutsatser från modellen:

1. Vinstdrivande aktörer sänker kvaliteten och maximerar vinsten om det råder begränsad konkurrens.
2. Ideella aktörer använder donationer och bidrag i verksamheten.
3. Ideella aktörer kan få en konkurrensfördel på grund av donerat kapital. När ersättningen från det offentliga väl är fastställd kan ideella aktörer då erbjuda en kvalitet som är högre än den nivå där vinstdrivande aktörer kan driva runt verksamheten.
4. Kapital kan "låsas in" i ideell verksamhet. Beroende på verksamhetens statuter kan detta innebära att resurser inte används till det ändamål som ger högst samhällsekonomisk nytta.
5. Om ersättningen från det offentliga,  $p$ , är lägre än den nivå som leder till samhällsekonomiskt optimal kvalitet kan donationer ge möjlighet för en ideell aktör att ändå uppnå den samhällsekonomiskt optimala kvaliteten.
6. Ideella aktörer kan ha svårt att skaffa fram kapital, eftersom de saknar möjlighet att koppla ersättningen till investerare till eventuellt överskott i verksamheten. Detta kan ge en konkurrensnackdel i förhållande till vinstdrivande aktörer.

### 3.3 Den ideella sektorns kapitalförsörjning

Det är inte svårt att förstå motiven bakom investeringar i vinstdrivande företag. Det handlar i regel om att finansörerna söker avkastning på sitt kapital. Betydligt mer komplicerat är det att utreda varför någon skulle vilja investera i en icke vinstdrivande verksamhet. Glä-

ser & Shleifer (2001) menar att det huvudsakliga syftet med restriktioner på vinstutdelning är att organisationen förbinder sig att använda överskott till organisationens verksamhet.

*”The need for donations to assure the survival of a business is probably the most important determinant of the preference for non-profit status, because it is difficult to imagine a market mechanism that would support donations to for-profit firms.”*  
(Glaeser & Shleifer, 2001, s. 111.)

Med tanke på att syftet med donationen inte är ekonomisk avkastning är det en definitionsfråga om finansiärerna av ideell verksamhet bör betraktas som investerare eller som organisationens kunder. Avkastningen på kapitalet är inte bara monetär, utan utgörs av den *goodwill* som organisationen producerar i samhället.

Trots det kan entreprenörer av olika skäl välja den ideella formen. Det kan bero på att de värderar den *goodwill* som verksamheten producerar eller de förmåner som verksamheten för med sig högre än den möjliga vinsten. Man kan också tänka sig rent altruistiska motiv bakom valet av den icke vinstdrivande formen.

Exempel på lösningar för att förenkla kapitalförsörjningen för ideella organisationer är skattefria obligationer, avdragsrätt för gåvor och undantag från inkomstskatt. Att en organisation är icke vinstdrivande innebär inte att den har mindre behov av investeringar och kapital än sina vinstdrivande motsvarigheter, men den har svårare att låta framtida överskott finansiera investeringarna.

Det finns en glidande skala av finansieringsalternativ för den ideella sektorn. Pearson (2008) beskriver från den kanadensiska horisonten den mångfald av finansieringsalternativ som där står till buds för det förhållandevis omfattande antalet ideella aktörer på det sociala området.

Värt att notera är att en provins i Kanada, Québec, även infört investeringsrabatter som uppgår till 50 procent för investeringar upp till 2 500 kanadadollar per person. I Storbritannien finns en liknande satsning på skatterabatter till ”*Community interest companies*” – företag som verkar för samhällsnyttan (The Regulator of Community Interest Companies, 2011).

Europeiska kommissionen har i ett yttrande slagit fast att

*”Förbättrad tillgång till kapital och skräddarsydda finansiella instrument är av högsta prioritet för socialt företagande. Kommissionen bör samla in och sprida kännedom om god praxis och innovationsinitiativ som redan existerar i medlemsstaterna, till exempel hybridkapital och former för samverkan mellan offentliga och privata investeringar, samt se till att gällande lagstiftningsramar på EU-nivå inte utgör ett hinder för utvecklingen av nya instrument.”* (EU-kommissionen, 2011)

Mer specifikt konstaterar kommissionen också att

*”Socialt företagande behöver på grund av sina specifika egenskaper och varierande juridiska former andra typer av finansieringsinstrument än andra företag. En särskild skräddarsydd form av hybridkapital, som inbegriper komponenter som bidrag, eget kapital och skuldkapital, är bättre lämpat för socialt företagande under hela dess livscykel. Hybridkapital är en kombination av bidrag (offentliga bidrag, filantropiska fonder, donationer), eget kapital och skuld- och riskspridningsinstrument. Finansinstrument av hybridkapitaltyp omfattar återvinningsbara bidrag, räntefria lån, omvandlingsbara bidrag och intäktsfördelningsavtal. Hybridkapital bygger ofta på ett nära samarbete mellan offentligt och privat kapital.”*

Det innebär att den ideella sektorns kapitalförsörjning är en högt prioriterad fråga inom EU. I Sverige har diskussionen mest handlat om avdragsrätt för donationer till ideella ändamål, en möjlighet som infördes vid årsskiftet 2011/12. Men det är tveksamt om själva finansieringen är den trånga sektorn, med tanke på att Sverige har världens kanske mest utvecklade pengssystem på det sociala området. En alternativ lösning skulle därför kunna vara att som i Kanada och Storbritannien medge skattefrihet för investeringar i idéburna verksamheter.

### **3.4 Bör den ideella sektorn ha andra villkor än den privata?**

Mot bakgrund av att den ideella sektorn har andra förutsättningar när det gäller kapitalförsörjning och delvis prioriterar resursanvändningen annorlunda kan man ställa frågan om den ideella sektorn också bör ha annorlunda villkor än den vinstdrivande.

Ett argument skulle kunna vara att ideella aktörer tenderar att använda eventuella överskott i verksamheten, snarare än att dela ut överskottet till sina ägare. I verksamheter där efterfrågan är stabil kan detta vara en fördel, då man undviker att offentliga medel flyttas till aktieägarna.

Detta skulle kunna motivera speciella och mer förmånliga villkor för ideella aktörer. Det är kanske svårt att föreställa sig hur detta skulle gå till praktiskt. Men en möjlighet är att sektorer med relativt svårobserverbar kvalitet, exempelvis psykiatri, socialtjänst, äldreomsorg och handikappomsorg, får mer förmånliga villkor, medan sektorer som är mer genomlysta, som primärvård och somatisk slutenvård, inte har andra villkor. Detta är också i linje med den särskiljning av verksamheter som finns i många andra länder, där icke vinstdrivande aktörer får större förtroende att sköta svårövervakade verksamheter (Morrissey et al., 1996).

Ett annat argument skulle kunna vara att ideella organisationer har svårt att lyfta kapital för större investeringar. Hansmann (1984) och Steinwald och Neuhauser (1970) visar att vinstdrivande organisationer tycks ha en fördel på marknader där efterfrågan växer snabbt. En

möjlig lösning på detta problem skulle kunna vara samverkan mellan den offentliga och ideella sektorn när det gäller investeringar. En ökad möjlighet för ideella aktörer att leasa byggnader och annat kapital skulle kunna vara en utväg för att underlätta kapitaluppbyggnad.

Vilka sektorer kan man mot bakgrund av ovan nämnda skillnader tänka sig som speciellt lämpliga för ideella aktörer? Man kan i enlighet med ekonomisk teori på området identifiera några faktorer som gör en sektor mer lämpad för ideella utförare, se exempelvis Andersson & Jordahl (2011b):

- Bristande konkurrens, vilket gör att onödigt mycket skattemedel riskerar att hamna hos privata ägare och att kvaliteten blir för låg.
- Bristande system för kvalitetsuppföljning och kontroll, vilket leder till alltför låg kvalitet och för höga vinstnivåer för vinstdrivande verksamheter.
- Svårigheter för offentliga finansiärer att bedöma den faktiska kostnaden och nyttan för en verksamhet. Privata donationer kan därför behövas för att uppnå samhällsekonomiskt optimal kvalitet.

Man kan också tänka sig faktorer som gör en samhällssektor mer lämpad för vinstdrivande aktörer än för ideella:

- Snabb förändring av efterfrågan, eftersom ideella aktörer har svårt att skala upp och ner sin verksamhet lika snabbt som vinstdrivande är ideella organisationer inte lika lämpliga på områden där efterfrågan förändras mycket snabbt.
- Stort behov av riskkapital. Detta kanske bara kan levereras om investerarna får ta del av ett eventuellt överskott.

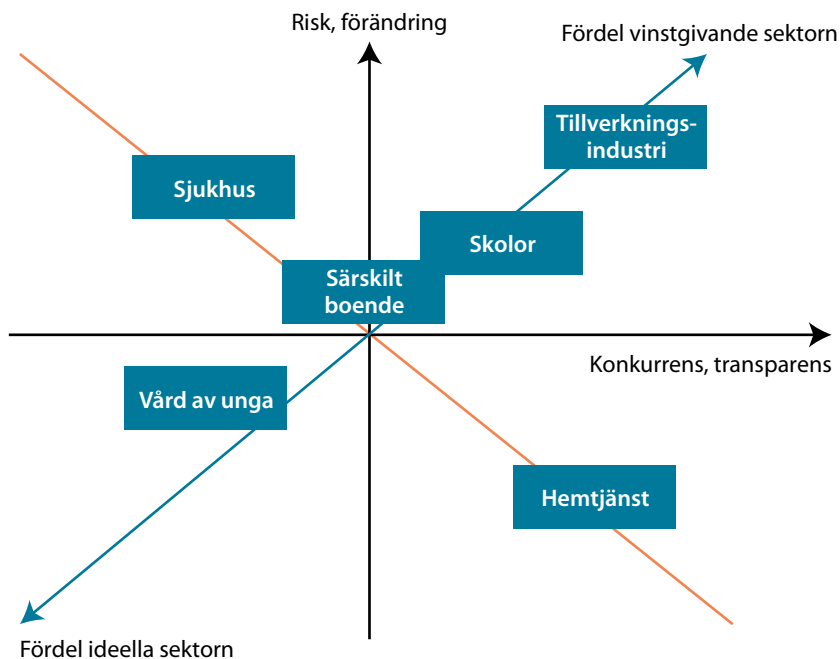
Diagrammet nedan (diagram 3) är ett exempel på hur man skulle kunna klassificera några olika branscher om man för samman faktorerna ovan till två övergripande faktorer. Som en jämförelse har vi även lagt in en verksamhet (tillverkningsindustri) som återfinns på helprivata marknader och som utförs av privata företag.

Värt att notera är att brist på transparens och dålig konkurrens i sig behöver innebära att produktionen av en vara eller tjänst måste utföras av en ideell organisation. Det är snarare kombinationen av faktorer som leder till att ideella utförare får en konkurrensfördel.

Att en organisation återfinns i nedre vänstra hörnet eller det övre högra innebär heller inte automatiskt att det är lämpligt att förbjuda vinstdrivande utförare eller tvärtom. Däremot kan vi förvänta oss att utförare i respektive kategori har en konkurrensfördel, om vi förutsätter att ersättningssystem och styrsystem belönar samhällsekonomiskt effektiva aktörer.

Det mesta talar dock för att marknaderna bör hållas öppna för alla former av aktörer. När efterfrågan av något skäl förändras kan de vinstdrivande aktörerna komplettera de ideella genom sin förmåga att fylla upp luckor. Samtidigt kan en kritisk massa av ideella organisatio-

Diagram 3 Fördel ideella sektorn?



ner bidra till att hålla uppe kvaliteten i sektorn och tillhandahålla tjänster som efterfrågas, men som ännu inte ersätts av det offentliga.

Däremot är det förstås lämpligt att diskutera styr- och ersättningssystemen och åtgärder som underlättar för den ena eller andra typen av utförare att etablera sig. Man bör dock inte blanda ihop problem som orsakas av felaktiga styr- och ersättningssystem med effekter som orsakas av organisationsformen som sådan.

## 4 De idéburna aktörernas behov

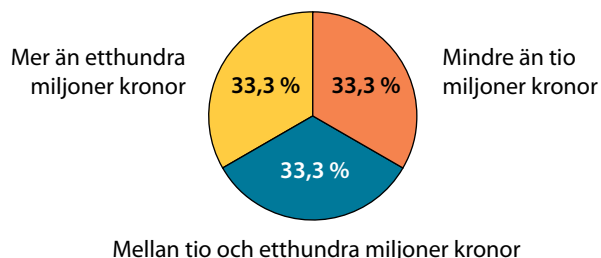
Det finns begränsad kunskap om de idéburna aktörernas behov och situation i Sverige, branschorganisationen Famna gör årligen undersökningar om allmänhetens uppfattning om och inställning till de idéburna utförarna. Det är förmodligen få som kan nämna de två största ideella aktörerna inom offentligt finansierad äldreomsorg (Blomsterfonden och HSB). Emellertid kan det vara ett problem att ideella utförare kan förknippas med frivilliga initiativ när det gäller finansieringen av verksamheten.

Eftersom de idéburna utförarna verkar på en marknad som till stor del är konkurrensutsatt är brukarnas uppfattning om verksamheten en viktig indikator för att planera och utveckla verksamheten. Men eftersom verksamheten till största delen är offentligt finansierad och reglerad är attityderna från politik och förvaltning precis lika betydelsefulla.

Inom ramen för den här rapporten har vi därför frågat de idéburna aktörer som verkar inom äldreomsorgen om hur de själva skulle vilja förändra regelverk och ersättningsmodeller. Via branschorganisationen Famna har vi valt ut 31 organisationer som fått frågor om sin syn på vad som skulle krävas för att de skulle vara beredda att expandera sin verksamhet. Hälften av de tillfrågade aktörerna svarade på enkätens frågor, vilket vi tror beror på att de ser frågorna som angelägna och viktiga.

Alla som svarade har huvudsakligen offentlig finansiering men spridningen i storlek är stor. Nittio procent har varit verksamma mer än tio år.

Diagram 4 Omsättning hos idéburna organisationer

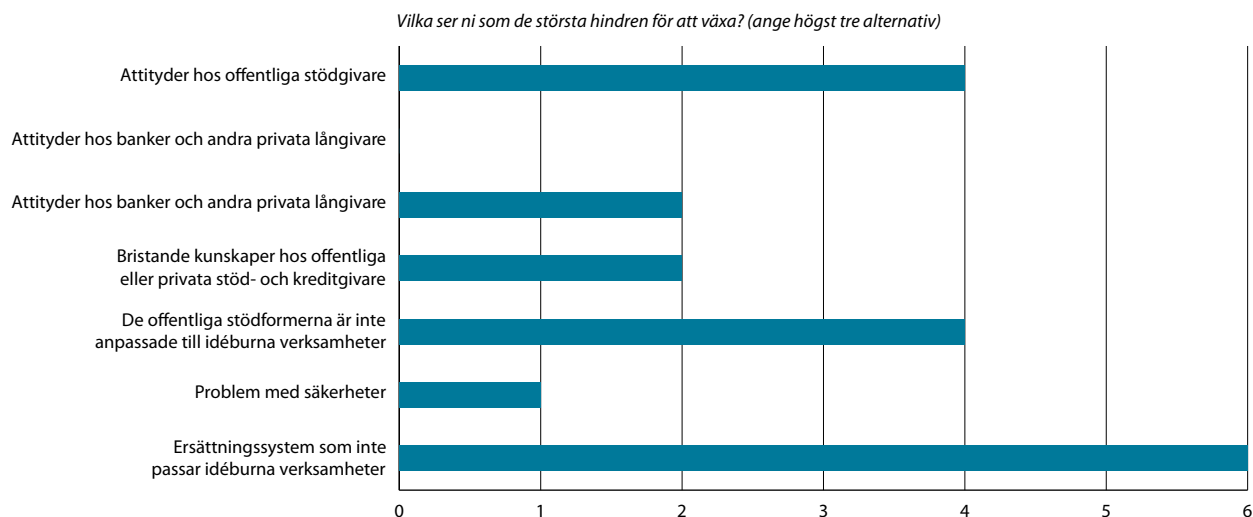




På frågan om vilket upphandlingssystem, *lagen om valfrihetssystem* (LOV) eller *lagen om offentlig upphandling* (LOU), som beställarna huvudsakligen använder svarar hälften LOV och hälften LOU. Detta trots att endast en minoritet av kommunerna ännu infört LOV inom hemtjänst och endast fem för särskilt boende.

Sjuttiofem procent av de idéburna utförarna strävar efter att växa, vilket får anses vara en ganska stor andel. Viljan att växa tycks därmed inte vara det primära problemet.

**Diagram 5 Hinder för tillväxt**



Det är däremot tydligt att de idéburna utförarna generellt är missnöjda med de ersättningssystem som används för att finansiera deras verksamhet. På en kompletterande fråga om vilka förändringar som de idéburna aktörerna främst skulle vilja se blir det tydligt att införandet av LOV är den åtgärd som betraktas som den viktigaste.

Det är också värt att notera att avdragsrätt för donationer från företag till idéburen verksamhet betraktats som viktigt och att man ser införandet av så kallade *social impact bonds*, en modell som använts i bland annat Storbritannien, som möjliga modeller för att öka förmågan att växa.

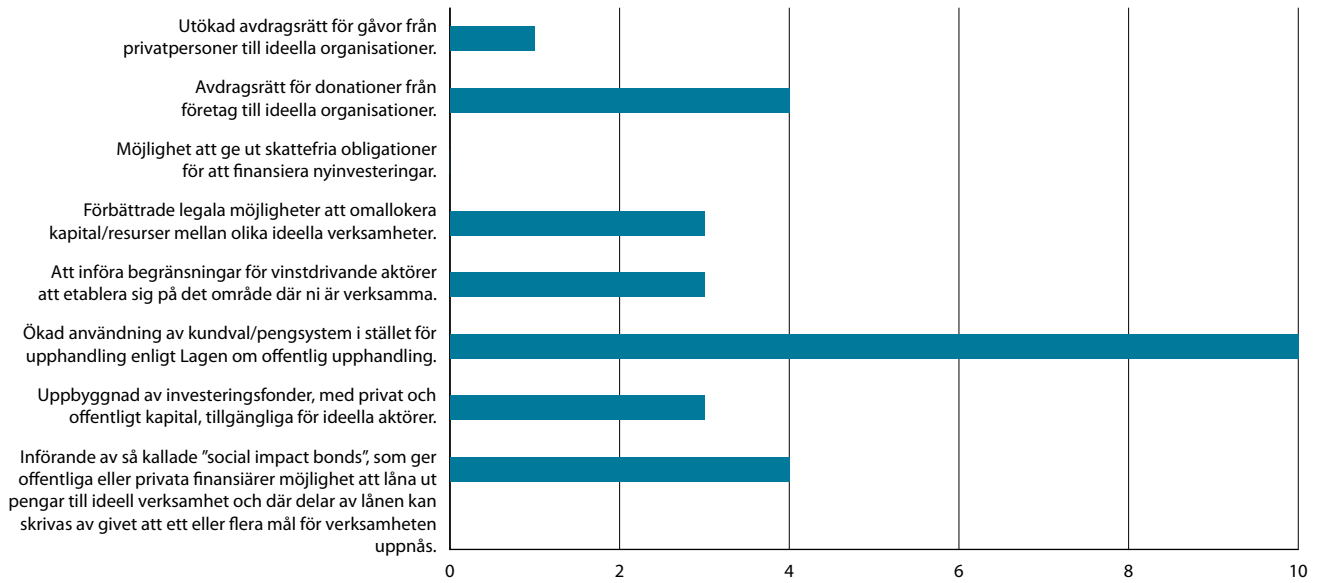
Men upphandlingslagstiftningen är viktigast att förbättra. En respondent svarar exempelvis så här:

*”Villkor i LOU gynnar vissa typer av företag. Valfriheten suddas ut när kommuner kräver specificerade tjänster, allt ska drivas på samma styrda sätt och företags unika utformning har ingen betydelse.”*

Många ideella utförare tror förmodligen att de skulle ha en större konkurrensfördel i mötet med den enskilda brukaren, vilket också kan tolkas som att de upplever sig i underläge i förhållande till vinstdrivande aktörer i upphandlingssituationer där regelverket styrs av LOU.

**Diagram 6 Betydelse av olika förslag för att förbättra villkoren för idéburna organisationer**

*Vilka ser ni som de viktigaste förslagen för att förbättra villkoren för den ideella sektorn på det område där din organisation är verksam (ange högst tre alternativ)?*



## 5 Rekommendationer och tänkbara åtgärder

Rapporten visar att den ideella sektorn behandlas på olika sätt i olika länder. De policyinstrument som används är allt från förbud för vinstdrivande organisationer till olika former av skattelättnader och instrument för att underlätta den ideella sektorns kapitalförsörjning.

Den internationella forskningen ger visst stöd för att välfärdsmarknader med en stor andel ideella utförare producerar offentliga tjänster med högre kvalitet än marknader som domineras av vinstdrivande organisationer. Samtidigt finns det forskning som tyder på att vinstdrivande organisationer snabbare förmår anpassa sig till ekonomiska incitament och givna mått på produktivitet (exempelvis antal patientbesök).

När det gäller driftsformerna som sådana är forskningen inte lika entydig. På en given marknad med likartade villkor för ideella och vinstdrivande aktörer är skillnaderna när det gäller kostnad och kvalitet mycket begränsade, även om en majoritet av studierna påvisar ett visst kvalitetsövertag för ideella aktörer. Det är dock svårt att säga om detta beror på att den ena eller den andra organisationsformen leder till högre kvalitet eller om det beror på att de olika typerna av organisationer etablerar sig enligt olika mönster.

Det är därför mycket lite som talar för att ett förbud eller ett påbud för den ena eller den andra organisationsformen vore lämpligt. Det som däremot bör diskuteras är dels vilken fördelning av ideella respektive vinstdrivande organisationer som fungerar bäst, dels vilka marknader som passar respektive organisationsform.

Vinstdrivande respektive icke vinstdrivande organisationer har av naturliga skäl olika förutsättningar. Vinstdrivande aktörer har tillgång till riskkapital, ideella organisationer har tillgång till donationer, men i Sverige är donationer inom vård och omsorg en mycket liten del av de ideella organisationernas intäkter.

För den ideella sektorn kan vara tillgången till kapital vara en viktig flaskhals. Att den vinstdrivande sektorn expanderar avsevärt snabbare än den ideella när marknaderna öppnas kan vara ett tecken på att den ideella sektorn behöver hjälp för att överbrygga ett tillfälligt kapitalunderskott.

Schlesinger och Gray (2006) visar att även om vinstdrivande aktörer är på tillväxt i USA så är utvecklingen inte entydig. Inom hemtjänst

och särskilda boenden har den ideella sektorn tagit marknadsandelar av vinstdrivande företag. Denna utveckling antyder att sektorn har vissa konkurrensfördelar.

Forskningen antyder att marknader där konkurrensen är liten och kunskapen om kvaliteten hos utförarna är svag skulle kunna dra nytta av fler ideella aktörer som sätter ett *kvalitetsmärke* för branschen. Två exempel på detta är äldreomsorg i särskilt boende och vård av utsatta barn och ungdomar i familjehem och dylikt.

En försiktig rekommendation är därför att beslutsfattarna bör överväga åtgärder som underlättar den ideella sektorns kapitalförsörjning – speciellt inom sektorer där brukarna har svårt att agera som informerade konsumenter och i situationer där villkoren på marknaderna snabbt förändras (exempelvis i samband med införandet av valfrihetssystem).

Vår undersökning tyder på att idéburna aktörer bedömer att de skulle ha större konkurrenskraft om *lagen om offentlig upphandling* (LOU) i större utsträckning ersattes med *lagen om valfrihetssystem* (LOV). Detta kan förstås antingen ske via kommunala beslut eller genom att staten – som när det gäller primärvården – lagstiftar om obligatorisk valfrihet och användning av LOV.

## 6 Referenser

- Andersson, F., & Jordahl, H. (2011a). *Hinder och drivkrafter för tjänsteinnovation i offentlig sektor Outsourcing av offentligt finansierade tjänster*. Östersund.
- Andersson, F., & Jordahl, H. (2011b). Outsourcing Public Services: Ownership , Competition , Quality and Contracting Outsourcing Public Services: *Public Choice*. Stockholm.
- Bevan, G., Helderman, J.-K., & Wilsford, D. (2010). Changing choices in health care: implications for equity, efficiency and cost. *Health economics, policy, and law*, 5(3), 251–67. doi:10.1017/S1744133110000022
- Blomqvist, Å. (1991). The doctor as double agent: Information asymmetry, health insurance, and medical care. *Journal of health economics*, 10(4), 411–432. Retrieved from <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/016762969190023G>
- Bode, I. (2007). New moral economies of welfare: The case of domiciliary elder care in western Europe. *European Societies*, 9(2), 201–227.
- Boyle, S. (2011). United Kingdom (England): Health system review. *Health systems in transition*, 13(1), 1–483, xix–xx.
- Busic, I. (2012). *Allmänheten om vård och omsorg*.
- Busse, R. (2004). Germany: Health system review. *Health systems in transition*.
- Crivelli, L., Filippini, M., & Lunati, D. (2002). Regulation, ownership and efficiency in the Swiss nursing home industry. *International journal of health care finance and economics*, 2(2), 79–97. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14626001>
- Dunleavy, P., & Margetts, H. (2010). The second wave of digital era governance. Retrieved from [http://www.apsanet.org/content\\_72134.cfm?navID=193](http://www.apsanet.org/content_72134.cfm?navID=193)
- EU-kommissionen. EU kommissionens initiativ för socialt företagande (2011).
- Eek, C. (2012). *Kommunal eller enskild regi, spelar det någon roll ? – en jämförelse av utförare av vård och omsorg om äldre* (p. 69). Stockholm.
- Einarsson, T., & Wijkström, F. (2007). Analysmodell för sektorsöverskridande statistik. *Business*.

- Eldenburger, L., Hermalin, B. E., Weisbach, M. S., & Wosinska, M. (2004). Governance, performance objectives and organizational form: evidence from hospitals. *Journal of Corporate Finance*, 10(4), 527–548. doi:10.1016/S0929-1199(03)00031-2
- Eriksson, K. (2011). *Tillväxtrapport för idéburen vård och social omsorg* (pp. 1–10).
- European Commission. (2011). State Aid: Commission clears aid for the creation of Big Society Capital.
- Flood, C. M., & Haugan, A. (2010). Is Canada odd? A comparison of European and Canadian approaches to choice and regulation of the public/private divide in health care. *Health economics, policy, and law*, 5(3), 319–41. doi:10.1017/S1744133110000046
- Frank, R. G., & Salkever, D. S. (1994). Nonprofit organizations in the health sector. *The journal of economic perspectives: a journal of the American Economic Association*, 8(4), 129–44. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10138774>
- Gaál, P., Szigeti, S., Csere, M., Gaskins, M., & Panteli, D. (2011). Hungary: Health system review. *Health systems in transition*, 13(5).
- Gerken, S., & Merkur, S. (2010). Belgium: Health system review. *Health systems in transition*, 12(5).
- Glaeser, E. L., & Shleifer, A. (2001). Not-for-profit entrepreneurs. *Journal of Public Economics*, 81(1), 99–115. doi:10.1016/S0047-2727(00)00130-4
- Gosling, P. (2002). *Social co-operatives in Italy*: (pp. 1–28). London. Retrieved from <http://www.sel.org.uk/uploads/SocialCooperativesInItaly.pdf>
- Grabowski, D. C., & Hirth, R. a. (2003). Competitive spillovers across non-profit and for-profit nursing homes. *Journal of health economics*, 22(1), 1–22. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12564715>
- Gregg, P., Grout, P., Ratcliffe, A., Smith, S., & Windmeijer, F. (2004). How Important is Pro-social Behaviour in the Delivery of Public Services ? How important is pro-social behaviour in the delivery of public services ?
- Hall, M. H., Barr, C. W., & Easwaramoorthy, M. (2005). *The Canadian Nonprofit and Voluntary Sector in Comparative Perspective*. Toronto: Imagine Canada.
- Hansmann, H. (1980). The Role of Nonprofit Enterprise. *The Yale Law Journal*, 89(5), 835–902.
- Hansmann, H. (1984). The effect of tax exemption and other factors on the market share of nonprofit versus for profit firms\*\*. *National Tax Journal*.

- Hart, O., Shleifer, A., & Vishny, R. W. (1997). The Proper Scope of Government: Theory and an Application to Prisons. *The Quarterly Journal of Economics*, 112(4), 1127–1161. doi:10.1162/003355300555448
- Hjukström, S., & Perkiö, H. (2011). *Den offentliga marknaden*. Stockholm. Retrieved from [http://www.dagenssamhalle.se/sites/default/files/files/OM\\_ipad\\_20111103\\_KLAR.pdf](http://www.dagenssamhalle.se/sites/default/files/files/OM_ipad_20111103_KLAR.pdf)
- Karanta, M., Andersson, S., Emanuelsson, B., Lundberg, A., & Norr, O. (2004). *Bidrag till ideella organisationer*.
- Kessler, D., & McClellan, M. (2001). The effects of hospital ownership on medical productivity. Retrieved from <http://www.nber.org/papers/w8537>
- Konkurrensverket. (2012). Strategi-PM för utvärdering av LOV. Stockholm: Konkurrensverket. Retrieved from [http://www.kkv.se/t/Page\\_\\_\\_\\_5108.aspx](http://www.kkv.se/t/Page____5108.aspx)
- Lundbäck, M. (1997). Imperfect Agency and the Regulation of Hospitals. *The Geneva Papers on Risk and Insurance Theory*, 22(2), 151–168. doi:10.1023/A:1008620218204
- Lundbäck, M. (2000). *Asymmetric information and the production of health*. Lund University.
- Lundbäck, M. (2012). *Primärvårdsförsäkring – en hälso- och sjukvård utan politisk detaljreglering*, 63–78.
- Magnusson, I. (2012). Uppgift via email. Kammarkollegiet.
- Malani, A., & Philipson, T. (2003). Theories of Firm Behavior in the Nonprofit Sector. A Synthesis and Empirical Evaluation. *Evaluation*, (January). Retrieved from <http://www.nber.org/chapters/c9970.pdf>
- Malani, A., Philipson, T., & David, G. (2003). Theories of Firm Behavior in the Nonprofit Sector. A Synthesis and Empirical Evaluation. *Evaluation*. University of Chicago Press. Retrieved from <http://www.nber.org/chapters/c9970.pdf>
- Malmström, C. *En politik för det civila samhället* (2009). Stockholm: Sveriges Riksdag.
- Marchildon, G. P. (2005). Canada: Health System review. *Health systems in transition*, 7(3).
- McClellan, M. B., & Staiger, D. O. (2000). Comparing hospital quality at for-profit and not-for-profit hospitals. University of Chicago Press. Retrieved from <http://www.nber.org/chapters/c6761.pdf>
- Meijer, a, Van Campen, C., & Kerkstra, a. (2000). A comparative study of the financing, provision and quality of care in nursing homes. The approach of four European countries: Belgium, Denmark, Germany and the Netherlands. *Journal of advanced nursing*, 32(3), 554–61. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11012796>

- Morrisey, M. a., Wedig, G. J., & Hassan, M. (1996). Do nonprofit hospitals pay their way? *Health Affairs*, 15(4), 132–144. doi:10.1377/hlthaff.15.4.132
- Newhouse, J. (1970). Toward a theory of nonprofit institutions: An economic model of a hospital. *The American Economic Review*, 60(1), 64–74. Retrieved from <http://www.jstor.org/stable/10.2307/1807855>
- Nissan, E., Castaño, M.-S., & Carrasco, I. (2010). Drivers of non-profit activity: a cross-country analysis. *Small Business Economics*, 38(3), 303–320. doi:10.1007/s11187-010-9276-5
- OECD Observer. (2008a). *Economic Survey of Germany 2008. Journal of health and social behavior* (Vol. 52, p. 297). doi:10.1177/0022146511418950
- OECD Observer. (2008b). *Economic Survey of the United States 2008* (Vol. 53). doi:10.1177/0022146512439053
- OECD Observer. (2008c). *Economic Survey of Denmark 2008. OECD Observer* (Vol. 52, p. 297). doi:10.1177/0022146511418950
- OECD Observer. (2012). *Economic Survey of the United Kingdom 2009. OECD Observer* (Vol. 53, p. 1). doi:10.1177/0022146512439053
- OECD Statistics. (2012). OECD.StatExtracts.
- Olejaz, M., Juul, A., Rudkjøbing, A., Okkels, H., & Hernández-Quevedo, A. K. C. (2012). Denmark: Health system review. *Health systems in transition*, 14(2).
- Or, Z., Cases, C., Lisac, M., Vrangbaek, K., Winblad, U., & Bevan, G. (2010). Are health problems systemic? Politics of access and choice under Beveridge and Bismarck systems. *Health economics, policy, and law*, 5(3), 269–93. doi:10.1017/S1744133110000034
- Paris, V., Devaux, M., & Wei, L. (2010). Health Systems Institutional Characteristics: A survey of 29 OECD countries. *OECD Health Working Papers*, (50).
- Pearson, R. (2008). The Nonprofit Capital Market in Canada by.
- Reinhardt, U. E. (2004). The Swiss Health System. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 292(10), 1227.
- Salamon, LM. (1998). Social origins of civil society: Explaining the nonprofit sector cross-nationally. *Journal of Voluntary and Nonprofit*. Retrieved from <http://www.springerlink.com/index/w612ho3too887539.pdf>
- Salamon, Lester, & Sokolowski, S. W. (2004). *Global Civil Society – Dimensions of The Nonprofit Sector* (Second edi.). New York: Kumarian Press Inc.



- Schlesinger, M., & Gray, B. H. (2006). How nonprofits matter in American medicine, and what to do about it. *Health affairs (Project Hope)*, 25(4), W287–303. doi:10.1377/hlthaff.25.w287
- Schäfer, W., Kroneman, M., Boerma, W., van den Berg, M., Westert, G., Devillé, W., & van Ginneken, E. (2010). The Netherlands: health system review. *Health systems in transition*, 12(1), v–xxvii, 1–228.
- Shortell, S. M., Morrison, E. M., Hughes, S. L., Friedman, B., Coverdill, J., & Berg, L. (1986). The effects of hospital ownership on nontraditional services. *Health Affairs*, 5(4), 97–111. doi:10.1377/hlthaff.5.4.97
- Socialstyrelsen. (2012). *Valfrihetssystem ur ett befolknings- och patientperspektiv*. Stockholm.
- Speckbacher, G. (2005). Nonprofit versus Corporate Governance: An Economic Approach, 1–29.
- Statskontoret. (2011). Statskontoret föreslår metoder för hur LOV kan utvärderas. Retrieved September 7, 2012, from <http://www.statskontoret.se/nyhetsarkiv/statskontoret-foreslar-metoder-for-hur-lov-kan-utvarderas/>
- Steinwald, B., & Neuhauser, D. (1970). Role of the Proprietary Hospital, The. *Law and Contemporary Problems*, 35. Retrieved from <http://heinonline.org/HOL/Page?handle=hein.journals/lcp35&id=823&div=&collection=journals>
- The Regulator of Community Interest Companies. (2011). *Community interest companies – Annual report 2010–2011*. London. Retrieved from <http://www.bis.gov.uk/assets/cicregulator/docs/annual-reports/11-p117-community-interest-companies-annual-report-2010-2011>
- Tynelius, U. (2011). *Arbetsintegrerande sociala företag – användning och behov av statliga finansieringsstöd*. Östersund.
- Törnvall, F., & Eklund, P. (2009). *Val av ersättningsmodell och beräkning av ersättningsnivå*. Sveriges kommuner och landsting. Retrieved from [http://www.skl.se/vi\\_arbetar\\_med/demos/samhallsorganisation/publikationer\\_6/val\\_av\\_ersattningsmodell\\_och\\_berakning\\_av\\_ersattningsniva](http://www.skl.se/vi_arbetar_med/demos/samhallsorganisation/publikationer_6/val_av_ersattningsmodell_och_berakning_av_ersattningsniva)
- UK Customs and Revenue Department. (n.d.). Community Investment Tax Relief ( CITR ) Scheme A brief guide for investors. Retrieved from [http://www.hmrc.gov.uk/specialist/citr\\_scheme.pdf](http://www.hmrc.gov.uk/specialist/citr_scheme.pdf)
- Wagstaff, A. (2010). Social health insurance reexamined. *Health economics*, 517(April 2009), 503–517. doi:10.1002/hec
- Wijkman, A. (2011). *På jakt efter den goda affären – analys och erfarenheter av den offentliga upphandlingen* SOU 2011:73. Stockholm.
- Wijkström, F., & Einarsson, T. (2011). *Från nationalstat till näringsliv – det civila samhällets organisationsliv i förändring*. Stockholm: SSE Institute for Research.





**Tillväxtverket underlättar  
förnyelse i företag och regioner,  
och gör det enklare för företag.**