

SAMDATA Sektorrapport for somatisk spesialisthelsetjeneste 2006 3/07

4 Private spesialisthelsetjenester: utvikling og geografiske forskjeller

Linda Midttun

Den norske Helsereformen i 2002 beskrives ofte som en New Public Management (NPM)-inspirert reform, med høy fokus på markedsorientering, effektivisering, brukermedvirkning og rolleklargjøring, for eksempel gjennom bruk av bestiller-utfører modeller. I tråd med det nye fokuset som ble introdusert gjennom reformen fikk private kommersielle tilbydere av spesialisthelsetjenester en ny rolle i helsesystemet. Innenfor den norske konteksten representerer denne typen aktører et helt nytt fenomen, og så langt har det vært gjort få studier som viser hvordan det totale spesialisthelsetjenestetilbudet har blitt påvirket av det økte private innslaget. I dette kapitlet blir omfanget av det private spesialisthelsetjenestetilbudet, som private kommersielle sykehus og private avtalespesialister står for, beskrevet nærmere. Utviklingen i det private tjenestetilbudet og tilgjengeligheten til tjenestene for ulike grupper vil bli viet spesiell oppmerksomhet. Tallmaterialet fra private kommersielle sykehus og de private avtalespesialistene presenteres separat, henholdsvis i bolkene 4.1 til og med 4.1.6 og 4.2 til og med 4.2.5. Avslutningsvis drøftes graden av "privatitet" i de private tilbudene langs dimensjonene eierskap, finansiering og kontroll.

Tallmaterialet som presenteres og analyseres er innhentet fra Norsk pasientregister (NPR) og de respektive regionale helseforetakene (RHF-ene). Datamaterialet for de private kommersielle sykehusene beskrives nærmere i kapittel 4.1.1, mens data for de private avtalespesialistene redegjøres for i kapittel 4.2.1.

4.1 Private kommersielle sykehus

Det første private kommersielle sykehuset i Norge ble etablert i 1985 (Ringsenteret, senere Volvat), og representerte en helt ny tenkemåte omkring organisering og finansiering av somatiske spesialisthelsetjenester (Berg 2006). Riktignok hadde det norske helsetjenestesystemet også tidligere hatt et betydelig innslag av somatiske sykehus drevet av private ideelle stiftelser og organisasjoner,²⁴ men så langt hadde ideen om sykehus drevet som aksjeselskap eller foretak ikke fått noe særlig gjennomslagskraft. Etableringen av Ringsenteret representerte i så måte heller ikke noe gjennombrudd for denne eierskapsformen, ettersom det fem år senere, i 1990, fortsatt bare fantes to offentlig godkjente private kommersielle sykehus i Norge (Midttun 2007). Det var imidlertid først etter Helsereformen at denne typen sykehus gradvis skulle bli mer utbredt.

I dette delkapitlet vil utviklingen i etableringen av private kommersielle sykehus som har funnet sted i kjølvannet av Helsereformen i 2002 bli diskutert nærmere. Videre vil geografiske forskjeller i tilgjengeligheten til private kommersielle spesialisthelsetjenester bli beskrevet. Deretter diskuteres det hvorvidt dette tilbudet bidrar til å utjevne eller forsterke

²⁴ For en nærmere beskrivelse av norske somatiske sykehus' eierstruktur på 1900-tallet, se for eksempel Hansen (2001).

geografiske forskjeller, før sammenhengen mellom pasientens alder, kjønn og diagnosegruppe og sannsynligheten for å bli behandlet ved privat kommersielt sykehus analyseres. Avslutningsvis drøftes kort enkelte helsepolitiske implikasjoner av utviklingen i perioden 2002-2006.

4.1.1 Datagrunnlag

Dataene som ligger til grunn for fremstillingen av den private kommersielle aktiviteten er innrapporterte opplysninger til NPR for virksomhet finansiert gjennom innsatsstyrt finansiering (ISF) i de respektive driftsårene. Oppholdene som er inkludert er dermed utelukkende offentlig finansierte. For en nærmere oversikt over den offentlige reguleringen av privat kommersiell sykehusaktivitet, og kontraktsrelasjonene mellom de private aktørene og RHF-ene, se kapittel 4.3.

4.1.2 Omfanget og utvikling av private kommersielle sykehus' aktivitet

Mens 1990-tallet var preget av status quo i forhold til etableringen av private kommersielle spesialisthelsetjenestetilbud, representerte millenniumsskiftet store endringer.²⁵ De overordnede formålene med Helsereformen var å løse problemene knyttet til lange ventelister for elektiv behandling, overbelegg ved offentlige sykehusavdelinger, manglende likhet i tilbudet av sykehustjenester, lav effektivitet og mangelen på økonomisk ansvar og forutsigbarhet. I Odelstingsproposisjon nummer 66 (2000-2001) ble konkurranseutsetting av spesialisthelsetjenester til aktører på det private markedet nevnt eksplisitt som ett av flere midler for å løse utfordringene man sto ovenfor:

”De regionale helseforetakene får etter § 2-1a et ansvar for å sørge for at befolkningen i helseregionen får tilgang til nødvendige helsetjenester i henhold til overordnede helsepolitiske målsettinger og beslutninger. Dette innebærer at det regionale helseforetaket får et ansvar for å oppfylle rettsforpliktelser knyttet til spesialisthelsetjenester og for å fremskaffe best mulige helsetjenester innen de tildelte ressurser i forhold til behovet i helseregionen. De regionale helseforetakene kan oppfylle plikten ved å yte helsetjenestene selv eller ved å kjøpe tjenester fra andre tjenesteytere, for eksempel private helseinstitusjoner, private laboratorier og røntgeninstitutt eller privatpraktiserende spesialister jf. lovforslaget § 2-1a tredje ledd. De regionale helseforetakene kan imidlertid ikke organisere seg bort fra sitt ansvar for å sørge for et nødvendig og forsvarlig spesialisthelsetjenestetilbud.” (Sosial- og helsedepartementet 2001: 154)

I kjølvannet av denne Odelstingsproposisjonen økte antallet godkjente private kommersielle sykehus betydelig, fra seks sykehus i 2001 til hele 28 i 2004 (se tabell 4.1).

²⁵ Ettersom det først og fremst har vært innenfor dagkirurgisk behandling at de fleste private kommersielle tilbudene har blitt etablert, representerte blant annet integreringen av dagkirurgi i ISF i 1999 en viktig forutsetning for den utviklingen som skulle foregå utover 2000-tallet.

Tabell 4.1 Offentlig godkjente private kommersielle sykehus i 2004 (Legekunsten 2005).²⁶

Private kommersielle sykehus	Lokalisering	Kommunens sentralitetsgrad ¹⁾
Omnia sykehuset	Kristiansand	7
Omnia sykehuset	Bergen	7
Ishavsklinikken	Tromsø	7
Vestnorsk Ortopediske sykehus (Casperkollen)	Bergen	7
Haugesund Lasersenter a/s	Haugesund	7
Fana medisinske senter	Bergen	7
Rosenborg sportsklinikk a/s	Trondheim	7
Medisinske senter a/s	Telemark	Telemark fylke: 4
Volvat Medisinske senter	Oslo (Bergen, Fredrikstad, Hamar)	7
Volvat – enhet for spiseforstyrrelser, Vestfold	Tønsberg	5
Axess sykehus og spesialistklinikk	Oslo	7
Ringvoll Klinikken	Hobøl, Askim	5
Medi 3	Ålesund	6
Medi 3	Molde	6
Drammen private sykehus	Drammen	7
Klinikk Stokkan	Trondheim	7
Klinikk Stokkan	Tromsø	7
Colosseumklinikken	Oslo	7
Colosseumklinikken	Stavanger	5
Vestfjordklinikken	Bodø	6
Trondheim Spesialistlegesenter	Trondheim	7
Norsk Idrettsmedisinsk Institutt	Oslo ²⁾	7
Moxness Klinikken	Trondheim	7
Mjøs-kirurgene	Gjøvik, Lillehammer	5, 7
Idrettsklinikken a/s	Fredrikstad	5
Haugesund private sykehus	Haugesund	7
Klinikk Bergen/Bergen Ortopediske Sykehus	Bergen	7
Spesial-Helse-Senteret-MosseAkutten	Moss	5

1) Sentralitetsgraden i kommunen som sykehuset er lokalisert i, i henhold til Statistisk sentralbyrås definisjon av sentralitet (Norsk Offentlig Statistikk 1993). Sentralitetsindeksen kan variere fra en til sju og er basert på befolkningstetthet og geografisk nærhet i forhold til tettsted/landsdelsenter. Jo høyere verdi på indeksen, desto høyere grad av sentralitet har kommunen.

2) Lokalisering også i Haslum, Slemmestad, Beitostølen og Hønefoss.

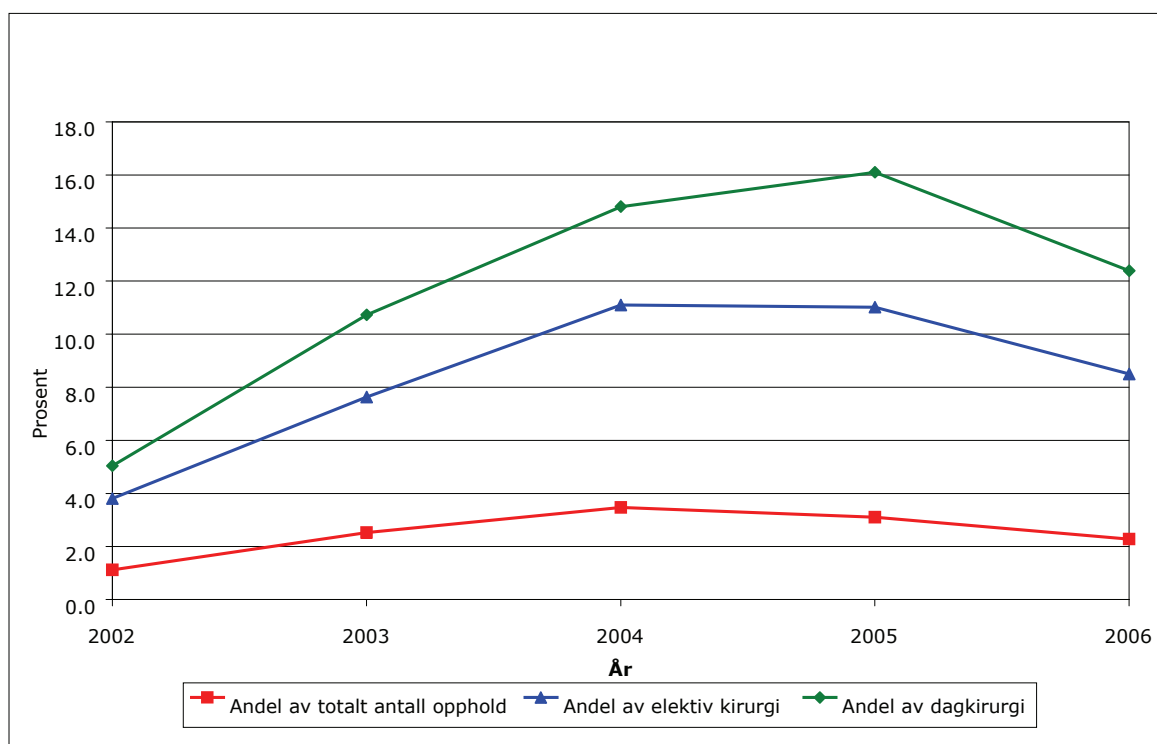
Som et resultat av det økte tempoet i godkjenningen av private kommersielle sykehus økte naturligvis også forbruket av private spesialisthelsetjenester betydelig. I perioden fra 1999 til 2004 økte for eksempel andelen elektive operasjoner utført ved private kommersielle institusjoner fra ca. en prosent til hele 11 prosent av det totale antallet elektive inngrep utført i Norge. Spesielt påfallende var økningen innenfor dagkirurgi, hvor andelen private kommersielle sykehus sto for økte fra ca. fem prosent i 2002 til rundt 16 prosent i 2005. Trenden med vekst i bruken av private kommersielle spesialisthelsetjenester innenfor dagkirurgi stoppet imidlertid opp fra 2005, mens det relative forbruket av elektiv kirurgi flatet ut og ble liggende rundt 2004-nivået i 2005. Fra 2005 til 2006 gikk imidlertid både elektiv kirurgi og dagkirurgi-andelene markant ned, med henholdsvis 2,5 og 3,7

²⁶ En oppdatert liste over godkjente private kommersielle sykehus som leverte data til NPR i 2006 fins i vedleggstabell 4.10.

prosentpoeng (se figur 4.1).²⁷ Denne klare endringen må ses i sammenheng med de politiske signalene som ble gitt gjennom Soria Moria erklæringen i 2005:

"(...) omfang av avtaler mellom regionale helseforetak og private kommersielle sykehus må begrenses. Ledig kapasitet i de offentlige sykehus skal utnyttes. Avtaler mellom helseforetak og private kommersielle sykehus skal ikke ha et omfang som undergraver pasientgrunnet for de små lokalsykehusene". (Regjeringsdokument 2005: 39)

De påfølgende bestillerdokumentene fra Helse- og omsorgsdepartementet til RHF-ene inneholdt derfor klare føringer om å begrense omfanget av avtaler med private kommersielle sykehus.



Figur 4.1 Andel av totale opphold, elektiv kirurgiske opphold og dagkirurgiske opphold avviklet ved private kommersielle sykehus, 2002-2006.

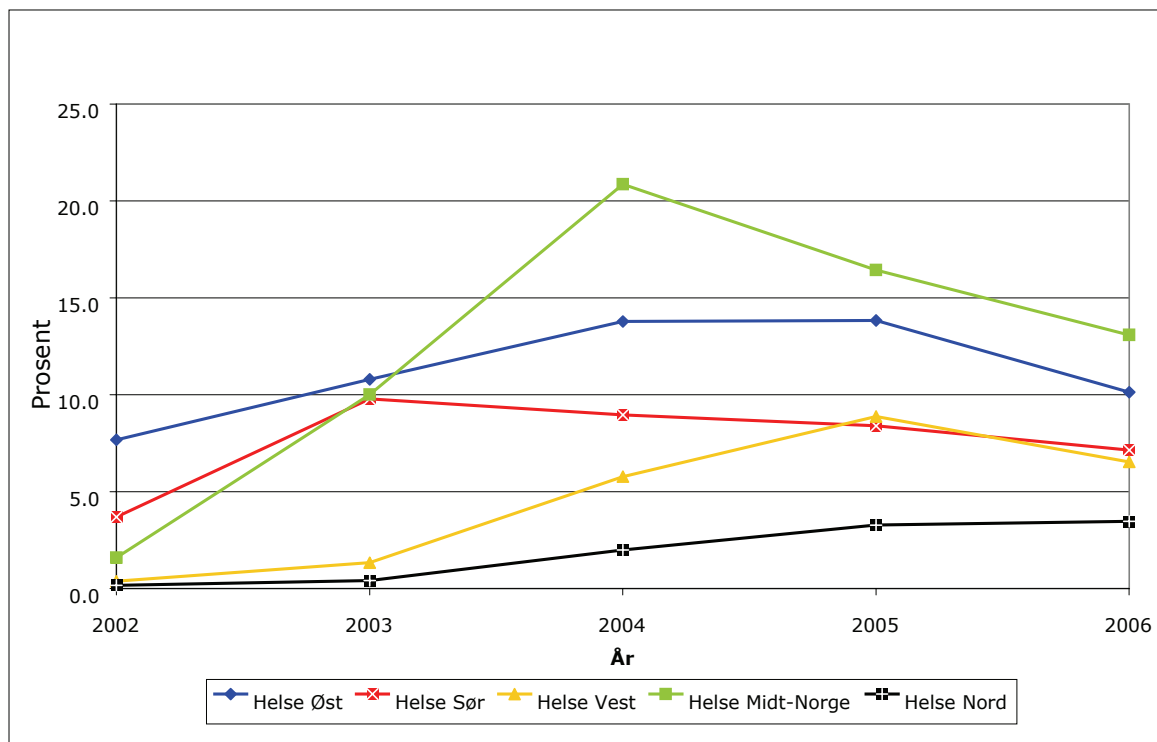
Som figuren viser har det altså vært en markant økning i aktiviteten ved de private kommersielle sykehusene frem til 2004, og deretter en klar stagnering og nedgang. I tillegg viser kurvene at aktiviteten som de private kommersielle sykehusene har utført hovedsakelig har vært knyttet til elektiv kirurgi og dagkirurgi.

²⁷ For en oversikt over absolutte tall for bruk av private sykehus i somatisk spesialisthelsetjeneste, se Solstad og Pedersen (2007).

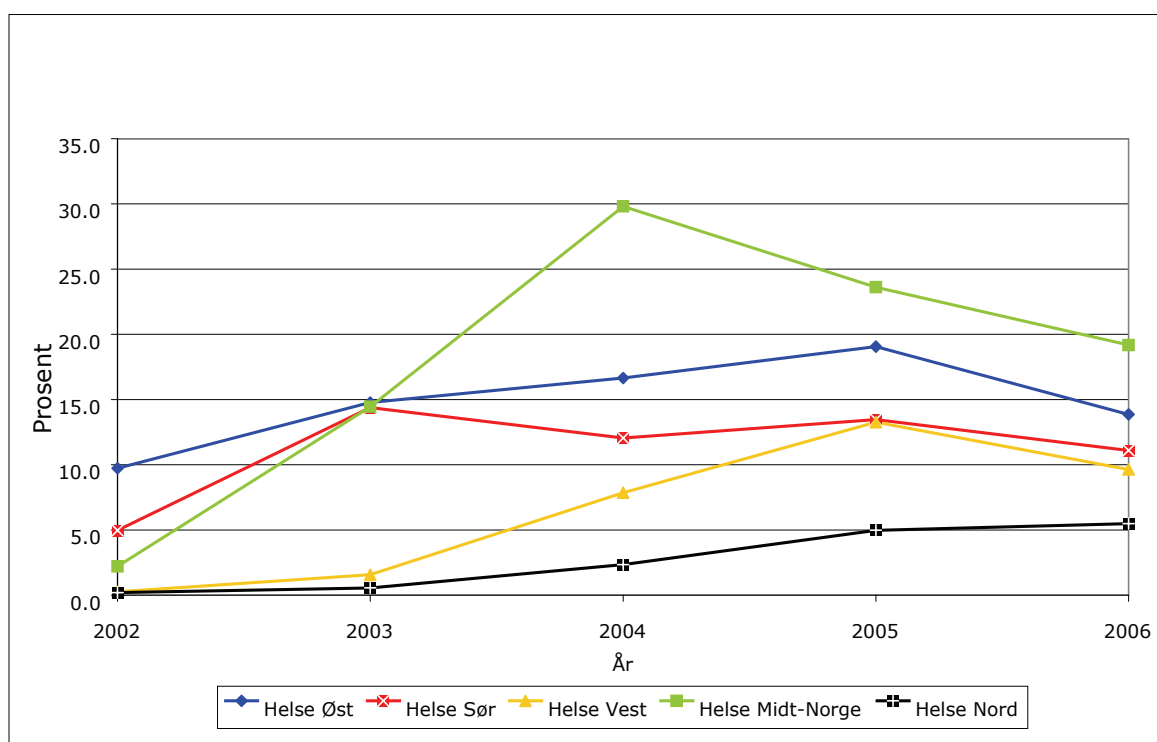
4.1.3 Tilgjengelighet til spesialisthelsetjenester ved private kommersielle sykehus: regionale forskjeller

Bruken av private kommersielle sykehus har gitt helseregionene en mulighet til å øke den totale aktiviteten, noe som særlig har vært et sentralt virkemiddel for å redusere ventetiden for elektiv kirurgisk behandling. Det er imidlertid viktig å ta forbehold om at man ikke har noen kunnskap om hvordan utviklingen ville vært dersom ressursene som ble brukt på avtalefestet aktivitet ved de private kommersielle sykehusene istedenfor hadde blitt benyttet til elektiv kirurgisk aktivitet ved de offentlige sykehusene. Ettersom et høyt forbruk av private kommersielle sykehustjenester bidrar både til å gi raskere behandling av pasientene ved de private institusjonene og til å frigjøre kapasitet ved de øvrige sykehusene, er det imidlertid grunn til å tro at bruken av private kommersielle spesialisthelsetjenester i perioden etter Helsereformen ble innført til en viss grad var betinget av den initiale ventetiden for elektiv behandling i de enkelte helseregionene. Regionsvise oversikter gjenspeiler også at det har vært en parallell utvikling i ratene av ventende pasienter (øyeblikksrater for antall ventende det første tertialet av året), gjennomsnittlig ventetid for pasientene som ventet på behandling (øyeblikkstill fra første tertial av året) og ratene for det private kommersielle sykehusforbruket (se vedleggsfigur v4.1-v4.5). Samtlige helseregioner har hatt en relativt klar nedgang i ratene for antall ventende pasienter og ventetiden for pasienter på venteliste i løpet av perioden 2002-2004, samtidig som det private kommersielle sykehusforbruket har økt relativt markant. Gitt at den private kommersielle aktiviteten først og fremst er knyttet til elektiv kirurgi er det grunn til å tro at deler av nedgangen i antall ventende og ventetid er et resultat av bruken av private aktører. Likevel er det viktig å ta forbehold om at ventetiden også vil være påvirket av en rekke andre faktorer og parallelle tiltak som har blitt iverksatt for å få bukt med ventetids- og ventelisteproblematikken i helseregionene. Sammenfallet mellom utviklingen i antall ventende og ventetider for behandling på den ene siden og bruk av private kommersielle aktører på den andre siden er dessuten mye tydeligere i noen helseregioner enn i andre. For eksempel har Helse Øst, Helse Sør, Helse Vest og Helse Midt-Norge en relativt klar økning i bruken av private kommersielle tjenester samtidig som ratene for ventende og ventetiden for behandling går markant ned. Trenden i Helse Nord er derimot ikke preget av like stort sammenfall. Forøvrig har sistnevnte helseregion hatt det laveste forbruket av private kommersielle spesialisthelsetjenester både i absolutte tall og ratetall i perioden 2002-2006.

Når man diskuterer tilgjengelighet er det også viktig å merke seg at de private kommersielle sykehusene ikke er jevnt fordelt utover landet, men særlig ofte er lokalisert i de sørøstlige områdene av Norge, og med en opphopning i bynære strøk (se tabell 4.1). RHF-ene står imidlertid fritt til å inngå kontrakter om kjøp av helsetjenester med private kommersielle sykehus uavhengig av hvor disse sykehusene geografisk sett er lokalisert, men i praksis har RHF-ene kun i beskjeden grad benyttet seg av det alternativet. I figur 4.2 og 4.3 er de regionvise andelene av henholdsvis elektiv kirurgi og dagkirurgi produsert ved de private kommersielle sykehusene i perioden 2002-2006 illustrert. Regionsinndelingen er i henhold til pasientenes bosted.



Figur 4.2 Andel elektiv kirurgiske opphold ved private kommersielle sykehus i perioden 2002-2006 per helseregion.



Figur 4.3 Andel dagkirurgiske opphold ved private kommersielle sykehus i perioden 2002-2006 per helseregion.

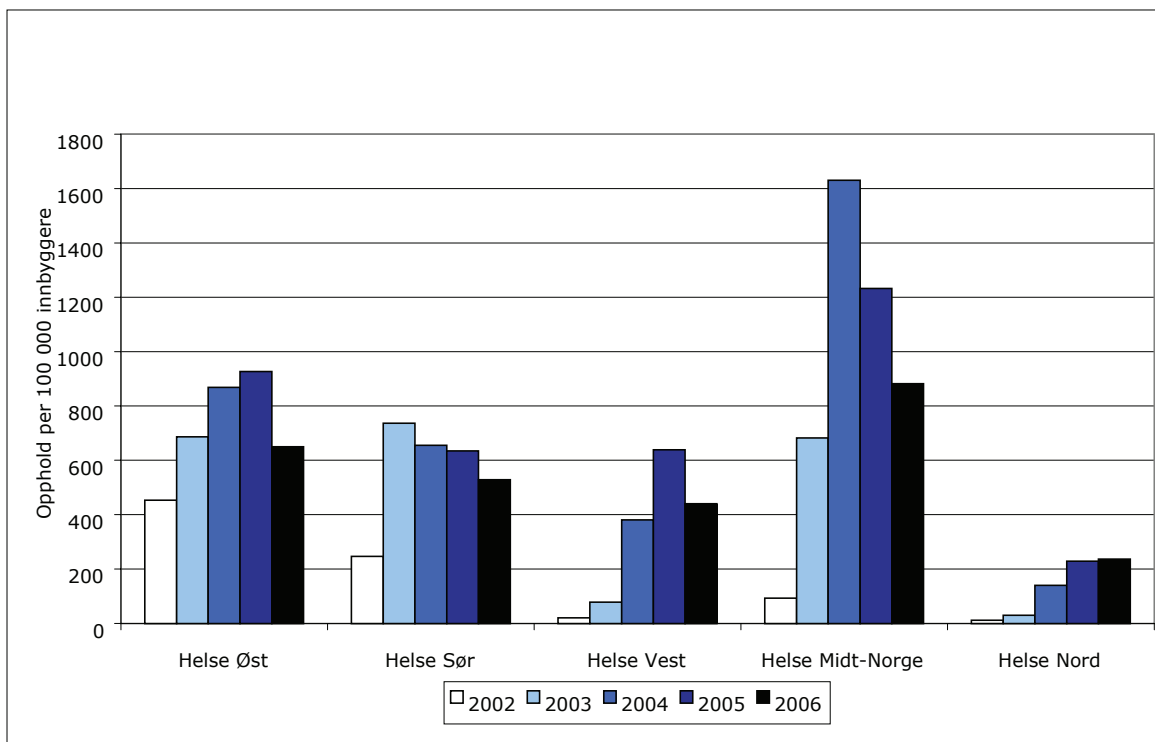
Den regionale utviklingstendensen er relativt lik for elektiv kirurgi og dagkirurgi. Videre utmerker Helse Midt-Norge seg med å ha den bratteste stigningen i kurven fra 2003 til 2004 - en utvikling som først og fremst var et resultat av den relativt ekstensive konkurranseutsettingen av elektiv kirurgi til private kommersielle sykehus lokalisert innenfor egen helseregion. Dette resulterte i at ca. 30 prosent av den dagkirurgiske aktiviteten i helseregionen i 2004 ble utført av private kommersielle sykehus. Av den private dagkirurgiske aktiviteten ble over 90 prosent utført ved tre private kommersielle sykehus lokalisert i Trondheim (Trondheim spesialistlegesenter, Klinikk Stokkan, Trondheim og Moxness klinikken) og ett i Ålesund (Medi 3). Etter 2004 har imidlertid Helse Midt-Norge, i likhet med de øvrige helseregionene, hatt en klar nedgang i bruken av private kommersielle spesialisthelsetjenester.

Også Helse Øst - som sammenlignet med de øvrige helseregionene hadde et jevnt høyt forbruk av private kommersielle spesialisthelsetjenester gjennom hele perioden - benyttet nesten utelukkende private kommersielle sykehus lokalisert innenfor egen helseregion (Omnia, Volvat medisinske senter, Ringvollklinikken og Axess sykehus og spesialistklinik). Det samme var tilfelle for Helse Sør (Drammen private sykehus) og Helse Vest (Haugesund private sykehus, Bergen kirurgiske sykehus og Colosseum klinikken, Stavanger). For Helse Nord, som ligger klart lavest i bruken av private kommersielle sykehustjenester gjennom hele perioden, ble kun halvparten av den private kommersielle dagkirurgiske virksomheten produsert av aktører lokalisert innenfor egen helseregion (Ishavsklinikken, Vestfjordklinikken og Klinikk Stokkan, Tromsø). Resten ble produsert på Østlandet (Axess sykehus og spesialistklinik) og i Trøndelag (Klinikk Stokkan, Trondheim).

Generelt ser det altså ut til at Helse Midt-Norge hadde den sterkeste økningen i bruken av private kommersielle aktører i perioden 2002-2006, og at Helse Øst hadde et jevnt høyt forbruk. Helse Sør og Helse Vest hadde markante økninger gjennom perioden, mens Helse Nord, til tross for en svak vekst fra 2003 til 2005, ligger klart lavest.

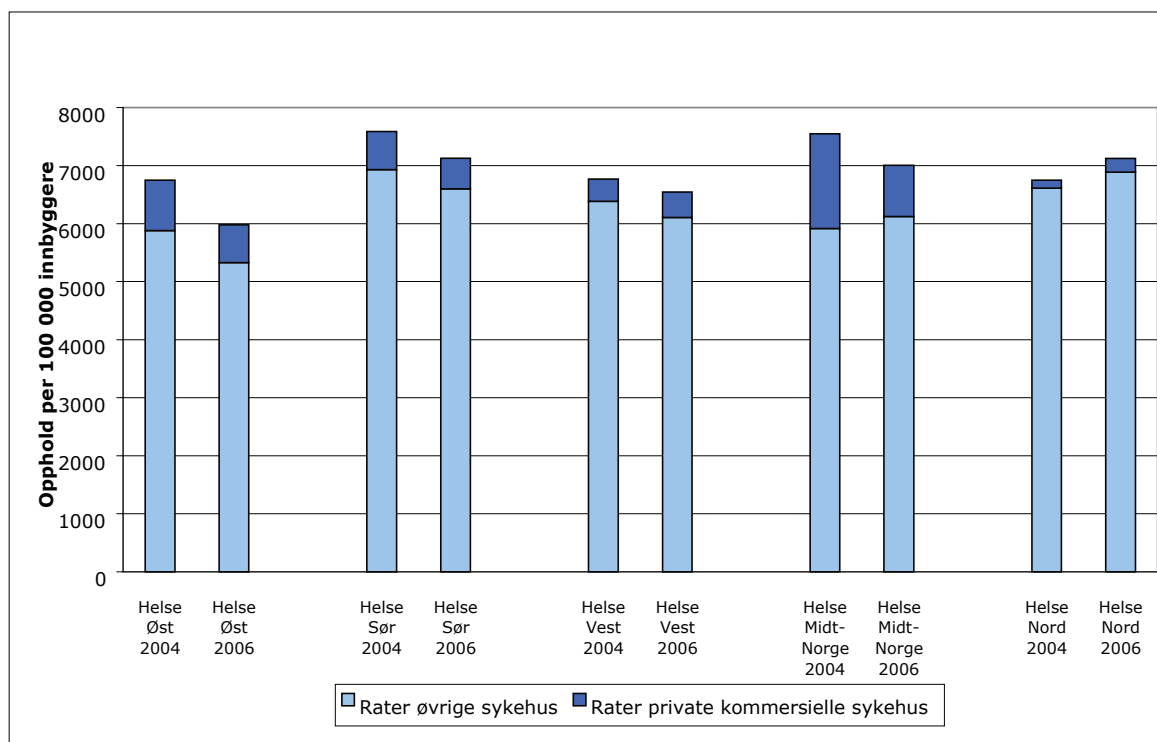
4.1.4 Utjevning eller forsterking av geografiske forskjeller?

For å undersøke om de regionale trendene for bruk av spesialisthelsetjenester ved private kommersielle sykehus er de samme også når man tar høyde for befolkningsgrunnlaget i helseregionene, har regionvise rater for elektiv kirurgiske inngrep per 100 000 innbyggere blitt beregnet. Ratetallene er presentert i figur 4.4.



Figur 4.4 Antall elektiv kirurgiske opphold ved private kommersielle sykehus per 100 000 innbyggere i helse-regionene, 2002-2006.

Som figuren viser, er forskjellene mellom helseregionene med få unntak uforandrede når man ser på forbruksrater: Helse Midt-Norge har fortsatt den mest markante økningen og det høyeste nivået i perioden 2004-2006, mens Helse Nord ligger klart lavest. Når man standardiserer i forhold til befolkningstallet "utjevnes" imidlertid noe av forskjellene mellom Helse Øst og Helse Sør. For å kunne si noe om hvorvidt forbruket av private kommersielle sykehustjenester har en "utjevnnende" eller "forsterkende" effekt på forskjellene mellom helseregionene når det gjelder det totale forbruket av elektiv kirurgiske sykehustjenester må man imidlertid sammenstille de regionvise ratene for privat kommersiell virksomhet med forbruksratene for øvrig sykehusvirksomhet. Rater for elektiv kirurgi utført ved private kommersielle sykehus og øvrige sykehus i 2004 og 2006 er gjengitt i figur 4.5.



Figur 4.5 Antall elektiv kirurgiske opphold ved private kommersielle sykehus og øvrige sykehus per 100 000 innbyggere i helseregionene i 2004 og 2006.

Som figurene viser, så er utviklingen i ratene for elektiv kirurgi i perioden 2004-2006 forskjellig innad i de enkelte helseregionene. Helse Øst har en nedgang både i ratene for opphold ved private kommersielle og øvrige sykehus. For Helse Sørs del er nedgangen størst i ratene for privat kommersielt sykehusforbruk, men også oppholdsratene for det øvrige sykehusforbruket går ned. Helse Vest har, på den andre siden, en liten økning i bruken av private kommersielle sykehustjenester, mens oppholdsratene for de øvrige sykehusene går nesten tilsvarende ned. Helse Midt-Norge har hatt den klareste nedgangen i raten for opphold ved private kommersielle sykehus, mens raten for øvrige sykehusopphold har økt noe. Videre har ratene for elektiv kirurgiske opphold ved private kommersielle institusjoner økt marginalt i Helse Nord, mens ratene for opphold ved de øvrige sykehusene har hatt en noe sterkere vekst.

Det er vanskelig å gi et eksakt svar på hvorvidt den private kommersielle aktiviteten overordnet sett har hatt en utjevneende eller forskjellsforsterkende innvirkning på totalratene for sykehusforbruk på tvers av helseregionene. Differansen mellom helseregionen med den høyeste (Helse Sør) og den laveste (Helse Øst) totalraten er imidlertid større i 2006 enn den var i 2004. Ettersom bruken av private kommersielle sykehustjenester var større i 2004 enn i 2006, kan dette være en indikasjon på at de private kommersielle tjenestene har bidratt noe til en utjevning. Videre ser Helse Midt-Norges høye rate for privat kommersielt helsetjenesteforbruk i 2004 ut til å ha bidratt til å dra totalraten for helseregionen opp på Helse Sørs nivå. For samme år var imidlertid forskjellene i totalrater mellom Helse Midt-Norge og henholdsvis Helse Nord og Helse Vest noe større enn i 2006.

4.1.5 Tilgjengeligheten til spesialisthelsetjenester ved private kommersielle sykehus: geografi, kjønn, alder og diagnosegrupper

Når det gjelder bruken av private kommersielle sykehustjenester så kan man forvente at enkelte pasientspesifikke forhold som pasientens alder, sykdomstype og kompleksitetsgrad vil bidra til å påvirke hvorvidt behandlingen blir gitt ved et privat kommersielt sykehus eller ved et annet sykehus. Ved hjelp av logistisk regresjonsanalyse basert på pasientdata fra NPR har sannsynlighetene for innleggelse ved privat kommersielt sykehus for elektiv dagkirurgisk behandling blitt beregnet. Sannsynligheten har blitt modellert som en funksjon av alder, kjønn "kompleksitetsgrad/pasienttyngde" og sykdomstype (ICD10-hovedkapittel), og alle disse faktorene er det dermed kontrollert for i analysene. *Alder* er gjengitt langs X-aksen i figurene slik at sannsynlighetene for behandling ved privat kommersielt sykehus for pasienter i ulike aldersgrupper kan identifiseres. Sammenhengen mellom pasientens alder og sannsynligheten for å motta behandling ved privat kommersielt sykehus er dermed utgangspunktet for alle figurene.²⁸ Videre er *kjønnsvariabelen* definert slik at de predikerte sannsynlighetene reflekterer fordelingen mellom kjønnene i den aktuelle oppholdspopulasjonen. I figur 4.9 er imidlertid separate sannsynligheter beregnet for kvinner og menn. "*Kompleksitetsgraden/pasienttyngden*" er målt i korrigerte diagnoserelatert gruppe (DRG)-poeng, og gir dermed en kontroll for det estimerte utgiftsbehovet oppholdet har. Gjennomsnittsverdien i oppholdspopulasjonen er tatt som utgangspunkt for prediksjonene. *Diagnose* er kontrollert for ved at ICD10-hovedkapitlene 7 "Sykdommer i øyet og øyets omgivelser" og 13 "Sykdommer i muskel- skjelettsystem og bindevev" sammenlignes med de øvrige hovedkapitlene, dvs. at en dummyvariabel kodet med verdien en for opphold i ICD10-hovedkapittel 7 og 13 og verdien null for øvrige opphold har blitt inkludert i regresjonsanalysene. Samlet sett står ICD10-hovedkapitlene 7 og 13 årlig for 44-59 prosent av alle elektive dagkirurgiske opphold ved private kommersielle sykehus i løpet av 2002-2006-perioden. I figur 4.10 er separate sannsynligheter beregnet for flere ICD10 hovedkapitler: 4 "Endokrine sykdommer, ernæringssykdommer og metabolske forstyrrelser", 10 "Sykdommer i åndedrettssystemet", 12 "Sykdommer i hud og underhud" og 13 "Sykdommer i muskel-skjelettsystemet og bindevev". Til slutt har en kontroll for kommunestørrelse blitt inkludert i regresjonsanalysene ved hjelp av en dummyvariabel kodet med verdien en for opphold der pasienten kommer fra en kommune med mer enn 20 000 innbyggere og verdien null for de øvrige oppholdene.

Prediksjonsplottene i figurene 4.6-4.10 gir dermed et bilde av:

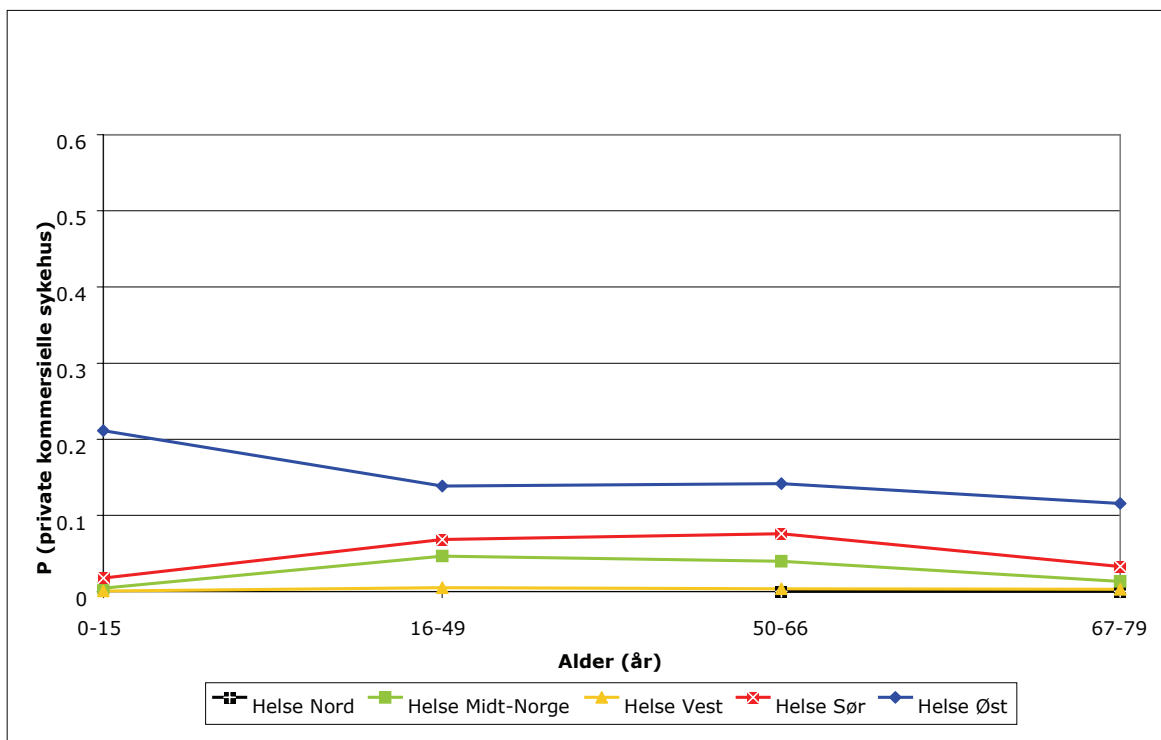
1. Regionale forskjeller og utviklingen innad i helseregionene over tid (figur 4.6-4.8)
2. Forskjeller mellom kvinner og menn (figur 4.9)
3. Forskjeller mellom diagnosegrupper (figur 4.10)

Når det gjelder de regionale forskjellene og utviklingen over tid, så økte den predikerte sannsynligheten for å bli innlagt ved et privat kommersielt sykehus mest markant i Helse Midt-Norge i løpet av perioden og økningen var størst fra 2002 til 2004/2005, før den deretter avtok frem mot 2006. En lignende utviklingstrend gjorde seg også gjeldende i Helse Øst, mens de predikerte sannsynlighetene i Helse Vest og Helse Nord fortsatte å stige noe fra 2004/2005 til 2006. Forøvrig var utviklingen i de predikerte sannsynlighetene i tidsperioden 2002-2006 mest stabile i Helse Øst, Helse Sør og Helse Nord mens de var preget av større svingninger i Helse Midt-Norge og Helse Vest. Sannsynlighetsnivået varierte i tillegg mellom helseregionene, og som figurene 4.6-4.8 viser, så var det i Helse Midt-Norge at pasienter som ble behandlet dagkirurgisk hadde høyest sannsynlighet for å motta private

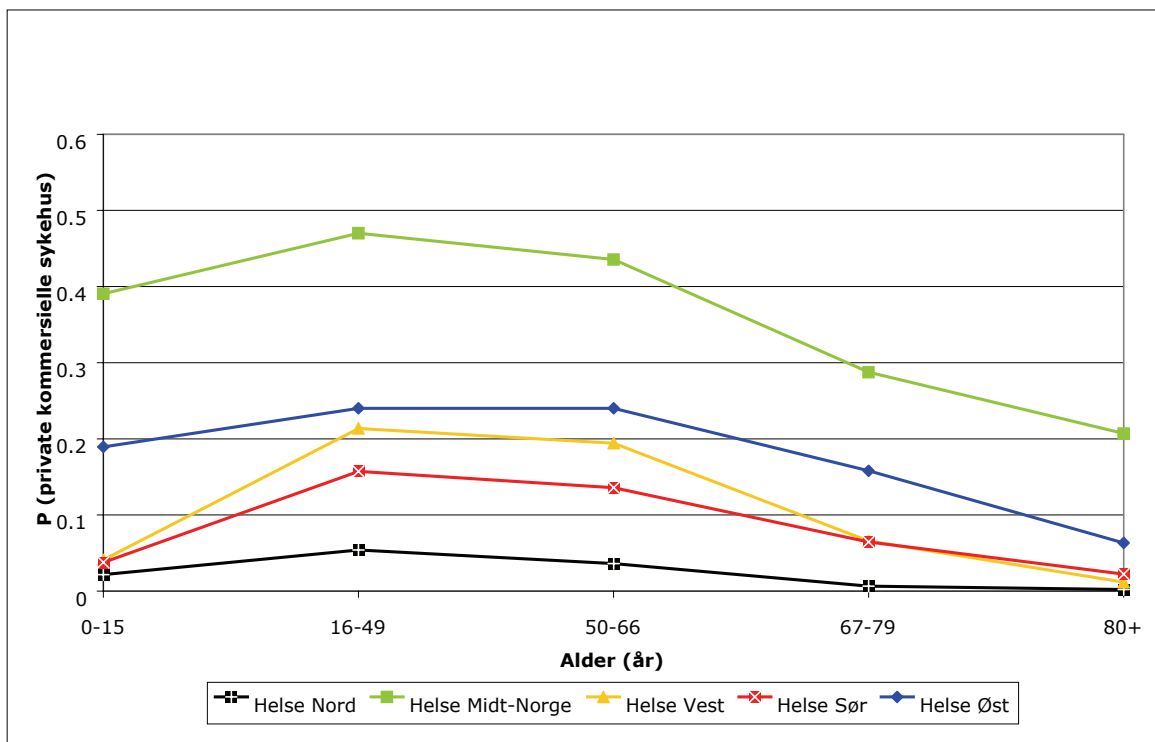
²⁸ For 2002 var det ikke mulig å estimere sannsynligheten for innleggelse ved privat kommersielt sykehus for aldersgruppen eldre enn 80 år. For Helse Nord kunne bare sannsynligheten for aldersgruppene 50-66 år og 67-79 år predikeres i 2002. Videre kunne ikke sannsynligheter for aldersgruppen eldre enn 80 år predikeres for Helse Nord i 2006.

kommersielle sykehustjenester. Tilsvarende pasienter bosatt i Helse Nord og Helse Sør hadde derimot de laveste sannsynlighetene for å benytte slike tjenester i de analyserte modellene.

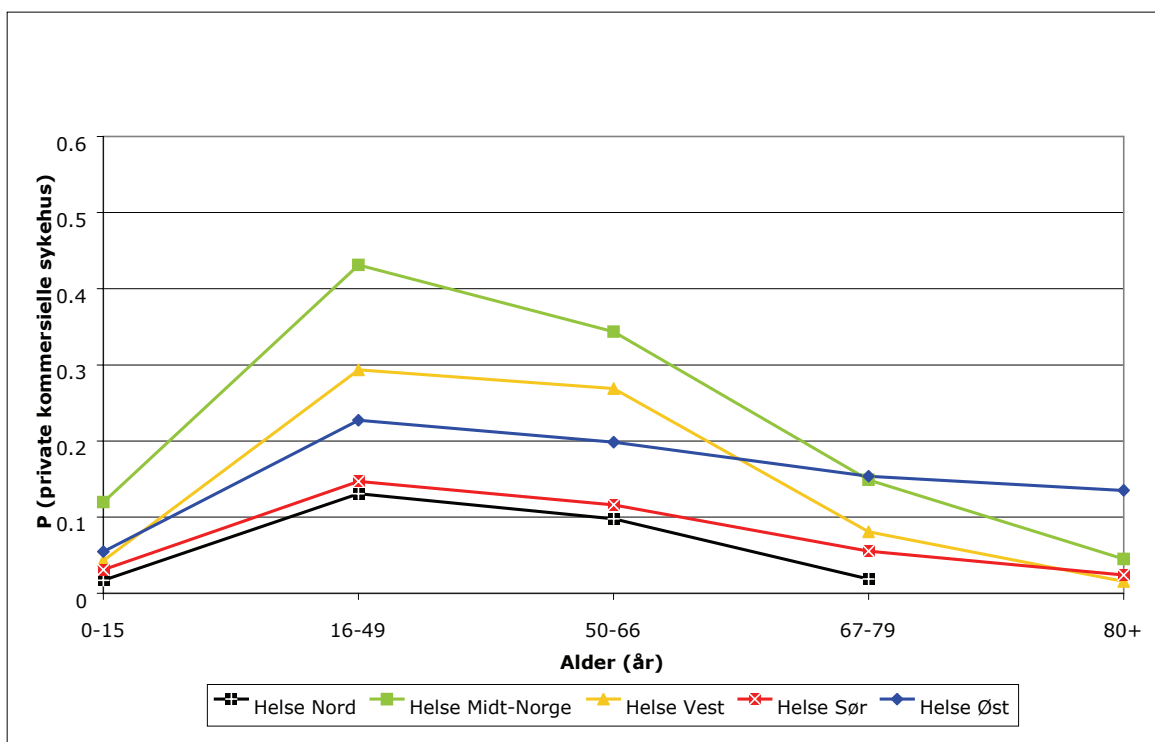
Videre er sammenhengen mellom pasientens alder og sannsynligheten for å bli behandlet ved et privat kommersielt sykehus entydig i samtlige helseregioner: Jo eldre pasienten er, desto lavere er sannsynligheten for behandling ved privat kommersielt sykehus. Det er spesielt pasienter i aldersgruppen 16-66 år som utmerker seg med de høyeste sannsynlighetene for privat kommersielt sykehusforbruk. Denne sammenhengen viser videre tegn til å forsterkes ved en økning i den totale bruken av private kommersielle tjenester. Sammenhengen er spesielt tydelig i Helse Vest og Helse Midt-Norge. Til en viss grad kan man derfor snakke om en "selektering" av pasienter i de midtre aldersgruppene (16-66 år).



Figur 4.6 Regionale forskjeller i predikert sannsynlighet for elektiv dagkirurgisk behandling ved private kommersielle sykehus i 2002.

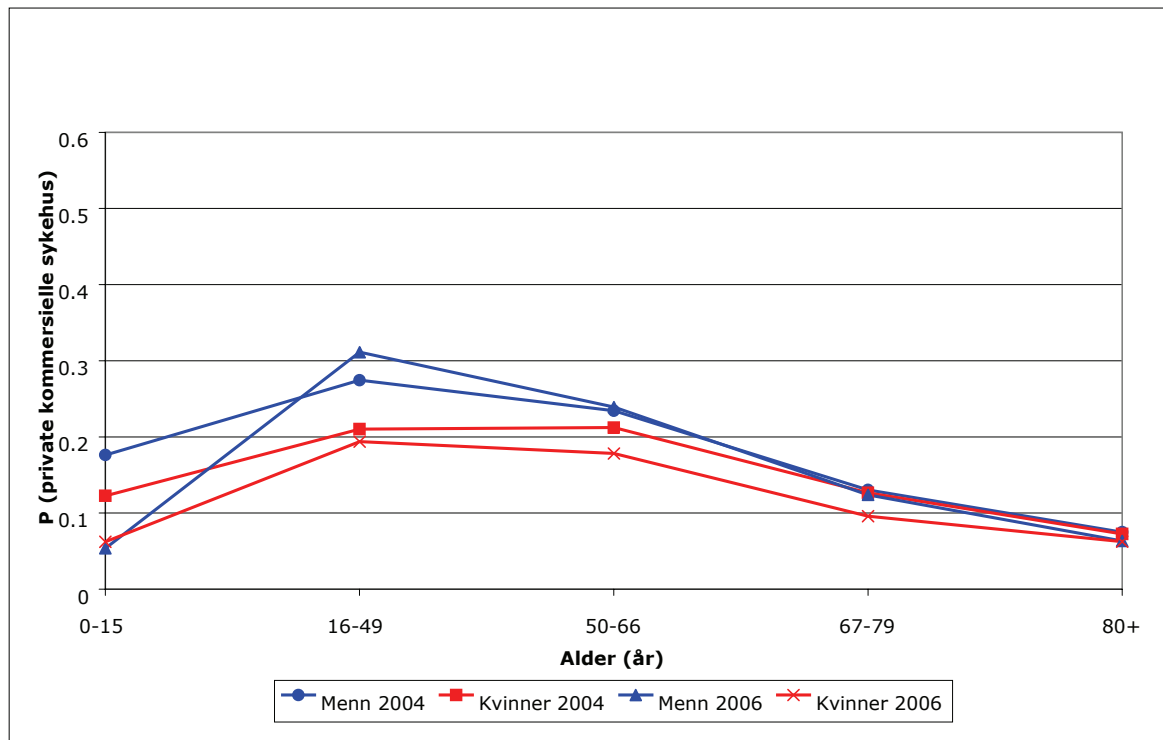


Figur 4.7 Regionale forskjeller i predikert sannsynlighet for elektiv dagkirurgisk behandling ved private kommersielle sykehus i 2004.



Figur 4.8 Regionale forskjeller i predikert sannsynlighet for elektiv dagkirurgisk behandling ved private kommersielle sykehus i 2006.

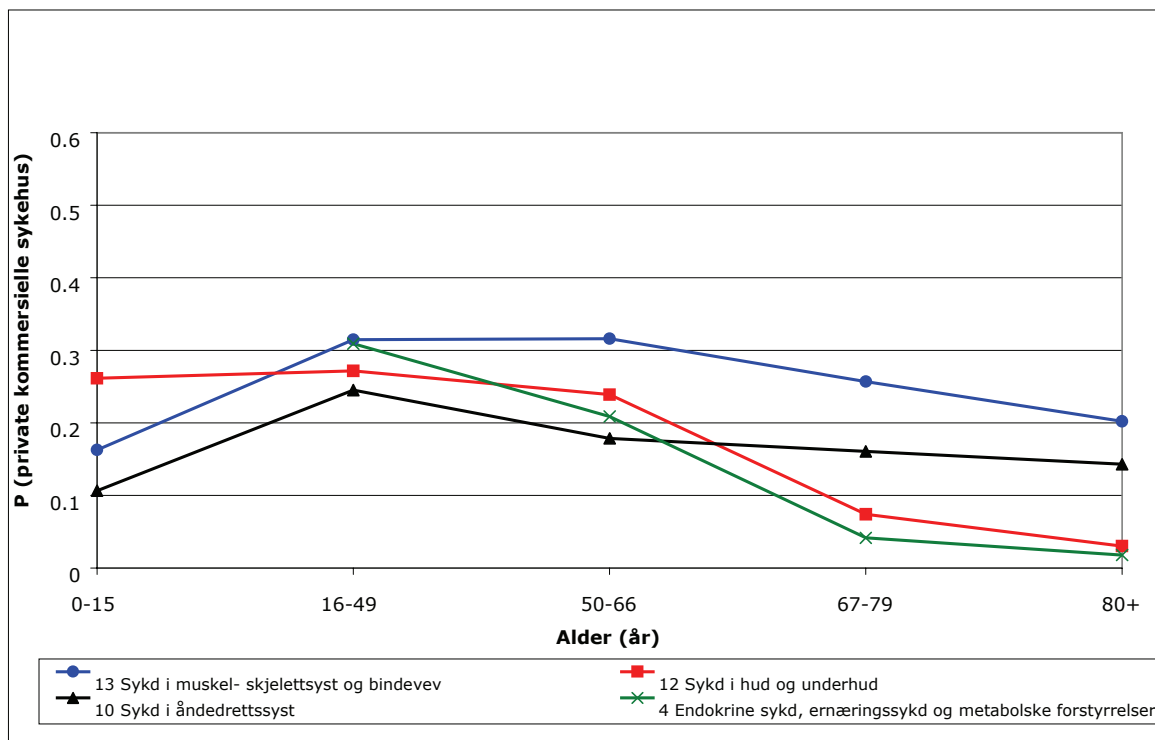
Så langt har det altså blitt påvist en klar effekt av alder på sannsynligheten for å motta private kommersielle sykehustjenester. Ut fra den sentrale helsepolitiske målsetningen om at det skal være lik tilgang til helsetjenester – også uavhengig av pasientens kjønn – har kjønnsspesifikke sannsynligheter for elektiv dagkirurgisk behandling ved privat kommersielt sykehus i 2004 og 2006 blitt beregnet. Resultatet er presentert i figur 4.9.



Figur 4.9 Predikert sannsynlighet for elektiv dagkirurgisk behandling ved privat kommersielt sykehus for kvinner og menn i 2004 og 2006.

Uavhengig av hvilke aldersgrupper man ser på, så har kvinner en noe lavere sannsynlighet for å motta private kommersielle sykehustjenester enn menn, og avstanden øker noe i 2006 sammenlignet med 2004. Det er imidlertid verdt å merke seg at differansene for det første er nokså marginale, og for det andre at forskjellene er mindre påfallende etter hvert som pasientens alder øker. Analysene gir med andre ord ikke grunnlag for å anta at det eksisterte store kjønnsmessige forskjeller i sannsynlighetene for å bli behandlet dagkirurgisk ved private kommersielle sykehus i 2004 og 2006.

Større forskjeller fins imidlertid mellom de ulike sykdoms- og diagnosegruppene. De private kommersielle sykehusene tilbyr ikke et like bredt utvalg av tjenester som de statlig eide sykehusene gjør, og kontraktene som har blitt inngått mellom RHF-ene og de private aktørene har dessuten spesifisert nokså detaljert hvilke typer operasjoner som skulle kunne utføres av de private kontraktspartene. I figur 4.10 illustreres sannsynlighetene for behandling ved private kommersielle sykehus innenfor de fire ICD10-hovedkapitlene som prosentvis hadde flest elektive dagkirurgiske opphold ved private kommersielle sykehus i 2004 (kapittel 4 "Endokrine sykdommer, ernæringssykdommer og metabolske forstyrrelser", kapittel 10 "Sykdommer i åndedrettssystemet", kapittel 12 "Sykdom i hud og underhud" og kapittel 13 "Sykdom i muskel- skjelettsystem og bindevev").



Figur 4.10 Predikert sannsynlighet for elektiv dagkirurgisk behandling ved privat kommersielt sykehus i 2004 for opphold i ICD10-hovedkapittel 4, 10, 12 og 13.

Flere tendenser er tydelige i figuren. Pasienter med endokrine sykdommer m.m. har en veldig klar aldersbetinget sannsynlighet for å bli behandlet ved privat kommersielt sykehus, og ved økt alder synker sannsynligheten betraktelig.²⁹ Blant pasientene som mottar elektiv dagkirurgi innenfor dette hovedkapitlet har de fleste som behandles ved privat kommersielt sykehus hoveddiagnosen lipodystrofi, mens de som behandles ved offentlige sykehus stort sett har hoveddiagnose diabetes. En aldersbetinget trend i sannsynligheten for å bli behandlet ved privat kommersielt sykehus er også tydelig for pasienter med sykdommer i hud og underhud. Blant pasientene som behandles ved privat kommersielt sykehus i dette ICD10-hovedkapitlet dominerer hoveddiagnosen arr/hudfibrose, inngrodd negl og hårcyste. Blant de som behandles ved offentlige sykehus er også arr/hudfibrose og hårcyste vanlige hoveddiagnoser, i tillegg til stråleskader. For sykdommer i åndedrettssystemet og muskel-skjelettsystem og bindevev er sammenhengen med alder ikke like tydelig som for de to andre gruppene. For omkring 55 prosent av pasientene som ble behandlet privat i det førstnevnte ICD10-hovedkapitlet var hoveddiagnosen "skjev nesevegg" eller "kronisk tonsillitt". De samme hoveddiagnosene gikk også igjen blant de som ble behandlet ved offentlige sykehus. I ICD10-kapitlet for sykdom i muskel- skjelettsystem og bindevev hadde omtrent halvparten av pasientene som ble behandlet privat i 2004 hoveddiagnose knyttet til meniskskade eller "impingement syndrome" i skulder. Også blant de som ble behandlet ved offentlig sykehus var meniskskade den vanligste hoveddiagnose. I tillegg sto behandling av hallux valgus (skjev stortå) for en god del av oppholdene.

Som forventet var sannsynligheten for å motta behandling ved privat kommersielt sykehus betydelig mindre innenfor de resterende ICD10-hovedkapitlene som ikke er inkludert i figur 4.10. Innenfor ICD10-hovedkapitlene 1 "Visse infeksjons- og parasittsykdommer" og 8

²⁹ For den aller yngste aldersgruppen (0-15 år) ble det ikke gjort beregninger for ICD10-hovedkapittel 4, på grunn av for få opphold i beregningsgrunnlaget.

”Sykdom i øre og ørebensknute”, som hadde en viss dagkirurgisk virksomhet, ble for eksempel kun henholdsvis 2,2 og 3,4 prosent av oppholdene avvirket ved privat kommersielle sykehus. Tilgjengeligheten til tilbudene som gis ved de private kommersielle sykehusene har dermed økt betydelig mer for noen sykdomsgrupper enn for andre.

Det kan dermed se ut til at de private kommersielle sykehusene innenfor det dagkirurgiske domenet til en viss grad, og innenfor den avgrensede perioden analysert her, har enkelte nisjer der de dominerer tjenestetilbudet. Dette gjelder for eksempel dagkirurgisk behandling av lipodystrofi. For de fleste sykdomsgruppene som private kommersielle sykehus tilbyr behandling til eksisterer det imidlertid også tilsvarende behandlingstilbud ved de offentlige sykehusene. Dermed ser det private kommersielle tilbudet først og fremst ut til å være et supplement til det øvrige spesialisthelsetjenestetilbudet.

4.1.6 Private kommersielle sykehus’ rolle

Utbredt bruk av private kommersielle sykehus representerer innenfor den norske konteksten et relativt nytt fenomen som hovedsakelig har gjort seg gjeldene i etter-reformtid. Videre har de private kommersielle sykehusenes nisje i denne perioden nesten utelukkende vært innenfor elektiv kirurgi, og spesielt dagkirurgi. I 2005 ble for eksempel så mye som 16 prosent av all dagkirurgi utført ved disse institusjonene. Tilgjengeligheten til denne delen av spesialisthelsetjenestene har imidlertid vært klart betinget av hvor pasienten bor, pasientens alder og ikke minst hvilken sykdom/diagnose pasienten har. Samtidig er det vanskelig å konkludere entydig i forhold til om tilbudet ved de private kommersielle sykehusene har bidratt til å utjevne eller forsterke regionale forskjeller i Norge. Det er imidlertid utvilsomt at tilbudet har bidratt betydelig til den kraftige aktivitetsøkningen som har funnet sted i perioden etter Helsereformen.

Hvorvidt kontraktsinngåelser mellom RHF-ene og private kommersielle aktører, og dermed bruken av private kommersielle aktører i ivaretagelsen av RHF-enes ”sørge for” ansvar, representerer et permanent eller et mer temporært innslag i det norske helsetjenestesystemet gjenstår fortsatt å se. Utviklingen så langt peker imidlertid i retning av at de private kommersielle aktørene, slik de ble brukt for å håndtere krisen med lange ventetider for elektiv kirurgisk behandling og overbelegg ved offentlige sykehus, har vært et temporært fenomen. Oppdragsmengden som ble satt ut på anbud ble kraftig redusert da disse problemene kom mer under kontroll, og i følge Solstad m.fl. (2007) tilsvarte nedgangen i bruken av private kommersielle sykehus fra 2005 til 2006 hele 114 millioner kroner målt i 2006-kroner. Videre har de politiske signalene fra regjeringen utvilsomt vært viktige i forhold til hvor stort omfang det private innslaget skulle ha. Mens den borgerlig-konservative regjeringen (riktignok en mindretallsregjering) som satt fra 2001-2005 i hovedsak var positiv til et større privat innslag i helsesektoren, staket den sosialdemokratiske-sentrums regjeringen bestående av Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti, fra 2005 ut en ny kurs der innslaget av private kommersielle aktører skulle begrenses til fordel for en større utnyttning av ressursene i offentlige sykehus. Disse nye signalene fikk umiddelbare konsekvenser i form av den nedgangen i bruk av private kommersielle sykehus som har blitt illustrert i figurene foran. Mye tyder derfor på at omfanget av private kommersielle sykehustjenester i denne formen fortsatt ikke har ”satt seg”, men sannsynligvis vil bli gjenstand for sykliske økninger og nedganger parallelt med svingningene i tilgjengeligheten til spesialisthelsetjenester ved statlige sykehus og de til enhver tid gjeldende politiske føringene.

På tvers av helseregionene har det vært til dels store forskjeller i hvor omfattende bruken av private kommersielle sykehustjenester har vært. Et viktig spørsmål i denne sammenhengen er hvorvidt tilbudet ved de private kommersielle sykehusene representerer noe kvalitativt annet enn det tilbudet som gis ved de øvrige sykehusene. Dersom tilbudet ved de private kommersielle sykehusene for eksempel representerer et *bedre* tilbud langs viktige dimensjoner som ventetid for behandling, medisinsk praksis/prosedyre som benyttes eller personellens kvalifikasjoner, vil de geografiske skjevfordelingene representere et klart brudd med den sentrale helsepolitiske målsetningen om likhet i helsetjenestetilbudet uavhengig av

pasientens bosted.³⁰ Dersom private kommersielle tjenester derimot ikke kan rangeres som kvalitetsmessig forskjellige fra tjenestene som tilbys ved de øvrige sykehusene, må de regionale forskjellene simpelthen betraktes som variasjoner i måtene RHF-ene har valgt å organisere "sørge for" ansvaret sitt på. Forskjellene vil da til en stor grad gjenspeile den geografiske nærheten til private kommersielle sykehus, ventetider ved RHF-ets øvrige sykehus/helseforetak, "hastegrad" i forhold til å løse ventetids- og kapasitetsproblemer osv. Slike forskjeller i handlingsstrategier kan også til en viss grad være et resultat av at RHF-enes styrer har gjort ulike vurderinger av hvordan de skal tilpasse seg til de NPM-inspirerte ideene som Helse reformen til en stor grad var bygd på. Dette vil igjen påvirke fortolkningen av hvilke handlingsvalg som til enhver tid fremstår som de mest effektive og rasjonelle.

4.2 Private avtalespesialister

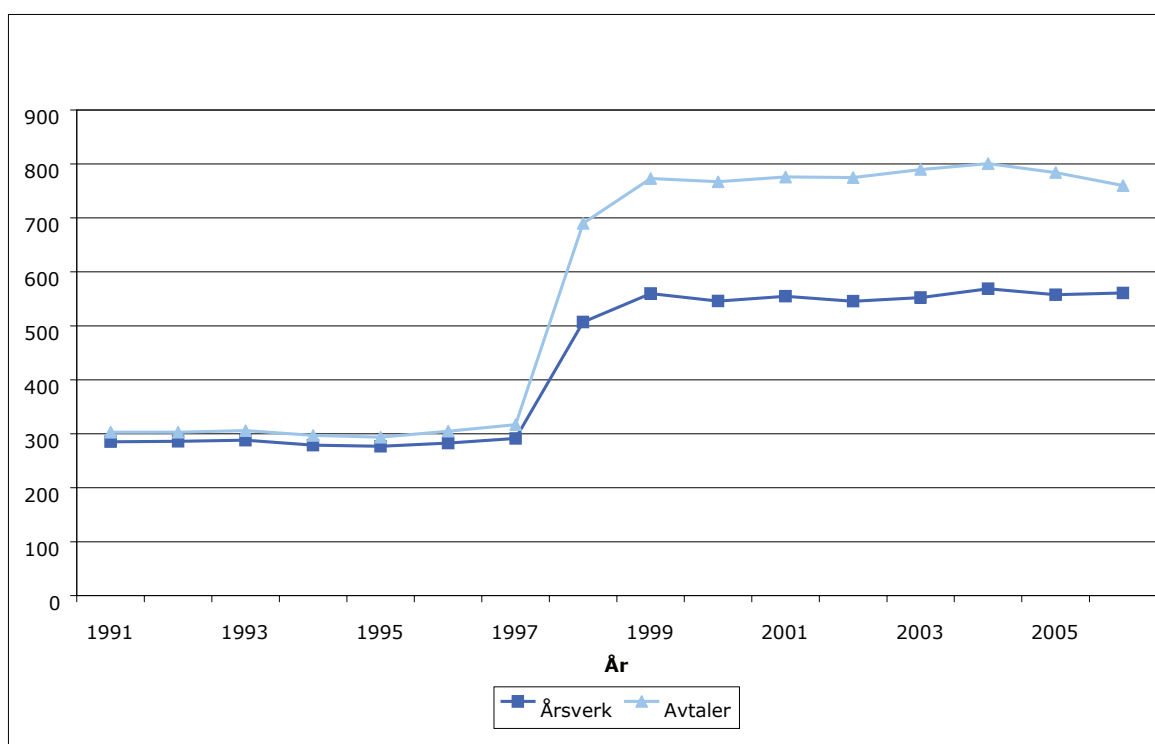
De private avtalespesialistene representerer i mindre grad enn de private kommersielle sykehusene et nytt fenomen i den norske spesialisthelsetjenesten. Tvert imot har avtalespesialistene eksistert – innenfor mer eller mindre offentlig regulerte rammer – i flere tiår. Først i 1984 ble ordningen med avtaler mellom fylkeskommunene og avtalespesialistene introdusert. Den politiske begrunnelsen som ble fremholdt som argument for etableringen av avtaleordningen var at det var ønskelig at de lokale behovene i større grad skulle være med på å bestemme hvor de private praksisene skulle bli etablert. Tiltaket hadde imidlertid liten effekt, og utover 1990-tallet økte antallet praksiser uten avtale. Som en reaksjon på dette ble det i 1992 bestemt at alle praksiser etablert etter oktober dette året måtte inngå avtale med en fylkeskommune for å være berettiget til refusjon fra Rikstrygdeverket (Midttun & Hagen 2006; Aarseth 1998; Jørgenvåg et al. 2000). De umiddelbare resultatene uteble imidlertid nok en gang, ettersom de fleste praksisene hadde blitt etablert før 1992. Dermed var det duket for nok et tiltak: i 1998 ble det bestemt at *alle* private spesialister – uavhengig av når praksisen deres hadde blitt etablert – måtte ha avtale med en fylkeskommune for å være berettiget til refusjon fra Rikstrygdeverket. Dette resulterte i en markant økning i både antallet driftsavtaler og antallet årsverk som var omfattet av avtaler. Antall avtaler innenfor det somatiske fagfeltet økte dermed fra ca. 320 i 1997 til ca. 700 i 1998. Endringene fremgår av tabell 4.2 og figur 4.11.

³⁰ Så langt fins det ingen undersøkelser som gir svar på hvorvidt tilbudet som gis ved private kommersielle sykehus kvalitetsmessig er forskjellig fra tilbudet som gis ved de øvrige sykehusene. Resultatene fra slike undersøkelser vil forøvrig ofte være svært kontroversielle, ettersom standardisering av performance i forhold til forskjellige innsatsfaktorer vil være metodisk krevende. For eksempel er personell- og aktivitetstall ved de fleste private kommersielle sykehusene mindre enn tilsvarende tall for én enkelt avdeling ved et statlig eid sykehus. Videre er oppgavefordelingen og pasientsammensetningen i private kommersielle og statlige sykehus svært ulik. Et mål som på en relativt lite kontroversiell måte ville kunne si noe om tilgjengeligheten til tjenestene er imidlertid ventetiden for behandling. Foreløpig er imidlertid rapporteringen av ventetidstall fra de private kommersielle sykehusene svært mangelfull, og nærmest ikke-eksisterende.

Tabell 4.2 Antall driftsavtaler per fagspesialitet (årsverk i parentes) 1991, 1997, 1998, 2001, 2004 og 2006.

Spesialitet	1991	1997	1998	2001	2004	2006
Indremedisin	54 (49)	48 (43)	99 (75)	98 (73)	87 (66)	56 (45)
Hudsykdom	30 (28)	34 (31)	66 (53)	66 (54)	71 (55)	69 (55)
Barnesykdom	20 (19)	18 (17)	44 (34)	43 (33)	42 (28)	34 (28)
Nevrologi	6 (5)	7 (6)	25 (15)	23 (14)	27 (14)	25 (15)
Generell kirurgi	5 (4)	6 (5)	34 (20)	27 (14)	21 (14)	18 (12)
Fødselshjelp/kvinnesykdom	53 (49)	45 (43)	103 (85)	103 (87)	104 (88)	100 (87)
Revmatologi	4 (4)	4 (4)	16 (10)	16 (10)	15 (9)	14 (9)
Øre-nese-halssykdom	42 (41)	52 (47)	102 (71)	136 (91)	137 (91)	133 (90)
Øyesykdom	82 (79)	92 (86)	138 (109)	177 (137)	195 (152)	190 (146)
Andre fagspesialiteter	7 (6)	11 (10)	63 (34)	87 (42)	102 (53)	121 (75)
Total	303 (285)	317 (291)	690 (507)	776 (555)	801 (569)	760 (561)

Datakilde: Statistisk sentralbyrå.



Figur 4.11 Antall driftsavtaler og kontraktsfestede årsverk for private spesialister i 1991–2006, eksklusive psykiatri (Datakilde: Statistisk sentralbyrå).

Økningene fra 1997 til 1998 var størst innenfor fagspesialitetene fødselshjelp/kvinnesykdom (129 prosent) og indremedisin (106 prosent), noe som er en indikasjon på at disse fagfeltene sannsynligvis hadde færrest avtaler i perioden før 1998. For hele perioden fra 1991 til 2006 var de største økningene i absolutte tall - både i antall driftsavtaler og antall årsverk - å finne for fagspesialitetene øre-nese-halssykdom og øyesykdom. Figur 4.11 viser videre at økningen var større for antall avtaler enn antall årsverk. Dette betyr at svært mange av driftsavtalene omfattet mindre enn 100 prosent-årsverk. Fra 2004 viser

utviklingen i antall avtaler en svak nedadgående tendens, mens antall årsverk forholder seg nokså stabilt. Dette er et tegn på at utviklingen etter 2002, da RHF-ene overtok ansvaret for forvaltningen av de private avtalespesialisthjemlene, har gått i retning av noe flere fulltidshjemler.

Selv om utviklingen etter 1998 i all hovedsak har vært preget av stabilitet, har man de siste årene også sett noen tegn til forandring. Dette kommer blant annet til uttrykk i handlingsplanene og rapportene RHF-ene har utarbeidet (Helse Sør RHF 2006; Helse Øst 2004; Helse Nord RHF 2005, 2006; Lossius Husum m.fl. 2005). Der diskuteres for eksempel den geografiske lokaliseringen av spesialistpraksisene innad i helseregionene, størrelsen på driftshjemlene innenfor de forskjellige fagspesialitetene (relativt til blant annet tilbudet ved offentlige sykehus) og antallet hjemler innenfor de respektive fagområdene. Arbeidsfordelingen mellom offentlige sykehus og avtalespesialistene samt internt mellom de eksisterende avtalepraksisene behandles også i rapportene.

4.2.1 Datagrunnlag

Datagrunnlaget for beskrivelsene av avtalespesialistenes aktivitet i 2006 er tall fra Sosial- og helsedirektoratet, avdeling NPR. Dataene er for somatisk spesialisthelsetjeneste og bygger på opplysninger innrapportert fra avtalespesialistene selv. I tillegg er informasjon om hjemmelstørrelsene innhentet direkte fra de respektive RHF-ene. For at dataene om avtalespesialistenes konsultasjonsvirksomhet i størst mulig grad skal omfatte kun spesialisthelsetjeneste, har NPR fjernet registreringer som bare inneholdt enkle kontakter (takst 1ad-h), allmennlegetakster (takst 2ad-2hd samt 11ad-11id) eller legeerklæringstakst (L120). Forøvrig er de innrapporterte opplysningene om blant annet takster og diagnoser foreløpig ikke av en slik kvalitet at de gir grunnlag for presentasjon eller analyser. Hovedårsaken til at informasjonen om diagnosene ikke kan benyttes, er at mange spesialister fortsatt leverer opplysninger basert på ICPC-kodeverk, mens ICD-10 regnes som det gjeldende kodeverket for spesialisthelsetjenesten. På grunn av delvis overlapp mellom kodene i de to respektive diagnosekodeverkene, og problemer med å identifisere hvilket kodeverk som er benyttet (for spesialister som har benyttet begge kodeverkene), er det ikke mulig å konvertere ICPC-koder til ICD-10 koder. For mer utdypende informasjon om datagrunnlaget, se Sosial- og helsedirektoratet (2007).

Avtalespesialistenes aktivitet består både av konsultasjoner finansiert gjennom NAV-systemet og behandlinger finansiert gjennom ISF-ordningen. I 2006 mottok 27 avtalespesialister ISF-refusjon for totalt 3 231 konsultasjoner. Avtalespesialistenes ISF-aktivitet er inkludert i tabell 4.4 og 4.7, samt figur 4.12. For mer detaljerte beskrivelser av utviklingen i ISF-opphold produsert av private avtalespesialister, se Solstad og Pedersen (2007).

For driftsåret 2005 mottok NPR data fra 53 prosent av avtalespesialistene som mottok innkallelse til å rapportere data. For 2006 er det tilsvarende tallet 73 prosent. Denne økningen bidrar til at stadig sikrere og mer komplette tall kan presenteres. Prosenttallene referert ovenfor tar imidlertid hensyn til at noen avtalespesialister har blitt fritatt fra å levere data (se Sosial- og helsedirektoratet 2007). Som andel av det totale antallet spesialister med driftsavtale er det tilsvarende tallet for 2006 64 prosent. Videre er det en tendens til at avtalespesialistene med de største hjemlene er de som i størst grad leverer data. Totalt sett har derfor ca. 70 prosent av de totale avtaleårsverkene levert data.³¹ En regionvis oversikt over rapporteringsprosentene er gjengitt i tabell 4.3.

³¹ Avtalespesialister fritatt fra å rapportere data ikke ekskludert.

Tabell 4.3 Antall og andel avtalespesialister som har levert godkjente og komplette data. Andeler av totalt antall driftsavtaler og kontraktsfestede årsverk samt andeler av NPRs totale innkallelser, 2006.

Helseregion	Antall spesialister levert godkjente og komplette data	Andel spesialister levert godkjente og komplette data av totalt antall spesialister	Andel avtaleårsverk levert godkjente og komplette data av totalt antall årsverk	Andel spesialister levert godkjente og komplette data av NPRs totale innkallelse ¹⁾
Helse Øst	228	66	69	76
Helse Sør	100	69	72	72
Helse Vest	92	68	73	79
Helse Midt-Norge	43	53	64	63
Helse Nord	24	47	52	65
Total	487	64	69	73

1) Avtalespesialister fritatt fra å levere data er ekskludert. Tallet er hentet fra Sosial- og helsedirektoratet (2007).

4.2.2 Omfanget av private avtalespesialisters aktivitet

Tallene som er rapportert til NPR omfatter totalt 1 443 215 konsultasjoner og 3 231 ISF-opphold (se tabell 4.4). Nesten halvparten (45 prosent) av konsultasjonene er utført i Helse Øst. Helse Sør og Helse Vest sto for ca. 20 prosent av konsultasjonene hver, mens Helse Midt-Norge og Helse Nord hadde henholdsvis 11 prosent og fire prosent hver. ISF-virkksomheten er hovedsakelig utført i Helse Øst (38 prosent) og Helse Vest (59 prosent). Fordelingen av konsultasjonene gjenspeiler dermed den regionale fordelingen av driftsavtalene og årsverkene. Også mellom fagspesialitetene er det forskjeller i antallet registrerte konsultasjoner. Ikke uventet har fagspesialitetene med de fleste driftsavtalene/driftsårsverkene registrert flest opphold: 27 prosent av konsultasjonene er innenfor øye, 24 prosent innenfor hud, 19 prosent innenfor øre-nese-hals, 12 prosent innenfor fødselshjelp/kvinnesykdommer og ni prosent innenfor indremedisin. Fordelingen av konsultasjoner mellom fagspesialitetene og helseregionene er gjengitt i tabell 4.4.

Tabell 4.4 Antall konsultasjoner og ISF-virksomhet utført av private avtalespesialister som har levert data for 2006, per fagspesialitet og i forhold til avtalespesialistenes regionale tilhørighet.

Spesialitet	Øst	Sør	Vest	Midt-Norge	Nord	Totalt
Anestesi	5 642	94	2 158	972	0	8 866
Fysikalsk medisin	0	944	763	0	0	1 707
Ortopedi	5 695	0	0	4 310	0	10 005
Plastikkirurgi	589	1 062	0	0	0	1 651
Urologi	0	0	2 612	0	2 132	4 744
Radiologi	4 562	0	0	0	0	4 562
Indremedisin	61 014	24 174	40 019	4 141	4 928	134 276
Hudsykdom	176 139	76 029	38 426	45 221	3 843	339 658
Barnesykdom	30 569	10 096	1 493	1 582	0	43 740
Nevrologi	5 483	3 335	955	2 618	0	12 391
Kirurgi	10 328	4 454	755	0	1 652	17 189
Fødselshjelp/kvinnesykdom	85 437	34 114	42 367	4 766	11 208	177 892
Revmatologi	3 893	2 062	6 093	0	0	12 048
Øre-nese-halssykdom	125 205	58 544	57 592	32 922	5 930	280 193
Øyesykdom	139 597	89 493	79 669	60 879	24 655	394 293
Totalt	654 153	304 401	272 902	157 411	54 348	1 443 215
ISF-opphold	1 239	0	1 891	0	101	3 231

Tallene i tabell 4.4 representerer altså de *innrapporterte* dataene til NPR. I tillegg til å gi informasjon om faktisk aktivitet blant avtalespesialistene, reflekterer imidlertid tallene også eventuelle forskjeller mellom helseregionene og fagspesialitetene i rapporteringsgrad. Ettersom det er naturlig å forvente at avtalespesialistens hjemmelstørrelse også har en viss innflytelse på aktivitetsvolumet, vil potensielle forskjeller mellom regionene og fagspesialitetene i hjemmelstørrelsen til avtalespesialistene som har rapportert data kunne påvirke tallene. For å kontrollere for disse faktorene har et *estimat for den totale aktiviteten* til avtalespesialistene blitt beregnet. Beregningene er gjort med utgangspunkt i dataene som er innrapportert, og tar dermed utgangspunkt i hvor stor andel av årsverkene avtalespesialister som har levert data utgjør av det totale antallet årsverk. Egne estimat er så beregnet for hver fagspesialitet innenfor de enkelte helseregionene. For helseregioner som mangler rapportert aktivitet for en fagspesialitet de har driftsavtale for, har et estimat blitt beregnet på grunnlag av aktiviteten innenfor fagspesialiteten i landet for øvrig.

Tabell 4.5 Estimert antall konsultasjoner utført av private avtalespesialister i 2006 i forhold til avtalespesialistenes regionale tilhørighet. Estimatenes er basert på innrapporterte data.

Helseregion	Estimert antall konsultasjoner
Helse Øst	923 325
Helse Sør	405 545
Helse Vest	367 480
Helse Midt-Norge	211 450
Helse Nord	110 293
Totalt	2 018 093

Det estimerte antallet konsultasjoner er 2 018 093, omtrent 575 000 flere konsultasjoner enn de som er innrapportert til NPR. Dersom aktiviteten for avtaleårsverkene som har levert data er representativ for aktiviteten hos avtaleårsverkene innenfor samme helseregion og fagspesialitet som *ikke* har levert data, vil dermed sistnevnte gruppe stå for ca. 29 prosent av den totale aktiviteten avtalespesialistene har.

Sammenlignet med de *innrapporterte* tallene forandrer de *estimerte* konsultasjonene svært lite når det gjelder fordelingen mellom helseregionene. Heller ikke fordelingen mellom fagspesialitetene endrer seg mye. Eneste endringen av en viss betydning er innenfor fagspesialiteten hud. Ettersom over 87 prosent av hudspesialistene rapporterte data i utgangspunktet, reduseres andelen denne gruppens konsultasjoner utgjør av det totale antallet konsultasjoner fra 24 prosent til 19 prosent i de estimerte dataene. Rapporteringsprosentene innenfor de ulike fagspesialitetene er gjengitt i vedleggstabell v4.2. Forøvrig viser tallene en svært stabil utvikling fra 2005 til 2006 langs alle målbare dimensjoner.³² Det estimerte totale aktivitetstallet er nærmest uforandret fra 2005 med en nedgang på bare 0,7 prosent. Fordelingen av konsultasjoner mellom helseregionene endrer seg også bare minimalt fra 2005 til 2006.

Basert på det innrapporterte datamaterialet (ikke estimat) har antallet konsultasjoner per årsverk blitt beregnet. Ettersom store deler av anestesilogenes aktivitet er knyttet til konsultasjoner der også andre avtalespesialister er involvert, har anesthesiologene blitt holdt utenfor ved beregningen. Videre har det ikke blitt gjort beregninger for fagspesialiteter der det samlede antallet årsverk som har rapportert data i helseregionen er lavere enn 0,4.

³² For en oversikt over tall fra 2005, se Jørgenvåg (2006).

Tabell 4.6 Antall konsultasjoner per årsverk for spesialister som har levert data for 2006. Anestesileger er ekskludert. Fordeling per fagspesialitet og etter avtalespesialistenes regionale tilhørighet.

Spesialitet	Helse Øst	Helse Sør	Helse Vest	Helse Midt-Norge	Helse Nord	Totalt
Fysikalsk medisin			636			636
Ortopedi	4 068					4 068
Plastikkirurgi	1 178	2 124				1 651
Urologi			6 530		2 132	3 389
Radiologi	4 562					4 562
Indremedisin	2 088	2 102	2 223	1 882	2 190	2 126
Hudsykdom	7 692	6 389	7 250	7 294	2 196	7 069
Barnesykdom	2 215	5 314	1 493	1 978		2 499
Nevrologi	2 031	1 516		2 618		1 938
Kirurgi	3 443	3 299	755		1 652	2 707
Fødselshjelp/ kvinnesykdom	2 613	3 708	3 232	1 765	3 396	2 916
Revmatologi	1 770	5 155	2 031			2 151
Øre-nese-halssykdom	3 927	4 799	4 120	5 879	3 041	4 271
Øyesykdom	3 673	4 072	3 856	4 612	3 626	3 917

Ettersom rapporteringsprosenten blant avtalespesialistene fortsatt er noe lav, og alle helseregioner ikke har avtaler innenfor alle fagspesialiteter, er flere av cellene i tabell 4.6 tomme. Likevel er det mulig å identifisere noen relativt interessante tendenser ut fra de rapporterte tallene. Det er, som forventet, en tydelig forskjell mellom fagspesialitetene, og det er særlig hud-spesialiteten som utmerker seg med et gjennomsnitt på over 7 000 konsultasjoner per årsverk på landsbasis. Dette tallet er betydelig høyere enn innenfor de øvrige fagspesialitetene. Slike forskjeller mellom fagspesialitetene gjenspeiler først og fremst ulikhetene i praksisprofil og typen av behandling og oppfølging som gjøres av pasientene. Videre er det for mange fagspesialiteter forskjeller i aktiviteten mellom helseregionene. Dette er til en viss grad et uttrykk for reelle forskjeller i produktivitet, men er først og fremst et resultat av variasjoner i praksisprofil og ikke minst rapporteringsprosent. Det bør med andre ord tas spesielle forbehold når man fortolker tallene.

Antall konsultasjoner per spesialist har også blitt beregnet (ikke rapportert i tabellen). I utgangspunktet er det naturlig å forvente at dette tallet først og fremst påvirkes av størrelsen på enkeltspesialistenes driftsavtaler, og at aktiviteten er høyere jo større driftsavtalen er. Det er imidlertid også mulig å tenke seg at avtalespesialister som mottar et relativt lavt driftstilskudd vil skru opp konsultasjonsfrekvensen for å øke inntektene fra NAV. For å undersøke dette nærmere ble konsultasjonsfrekvensen til avtalespesialister med hjemmelstørrelse under 25 prosent sammenlignet med konsultasjonsfrekvensen til avtalespesialister med 100 prosent-hjemmel. Antallet konsultasjoner per spesialist var som forventet betydelig lavere for førstnevnte gruppe enn sistnevnte gruppe, og det var klar positiv korrelasjon mellom størrelsen på driftsavtalen og aktivitetsnivået.

4.2.3 Utjevning eller forsterking av geografiske forskjeller?

Selv om konsultasjonene som utføres av private avtalespesialister og ved offentlige poliklinikker ikke nødvendigvis er direkte sammenlignbare (Jørgenvåg & Kjekshus 2004), vil sammenstillinger av forbruket av poliklinikk- og avtalespesialistkonsultasjoner gi viktig informasjon om det *totale* spesialisthelsetjenestetilbudet innenfor et område. Videre har avtalepraksisene i stadig større grad blitt tatt med i vurderingen av hvordan enkeltregionene best kan ivareta sitt "sørge for" ansvar (for eksempel Helse Sør RHF 2006; Helse Øst 2004; Helse Nord RHF 2005, 2006), og det er derfor nødvendig – selv om statistikken fortsatt er noe mangelfull – å inkludere også avtalespesialistenes aktivitet i ratene for den norske befolkningens totale forbruk av spesialisthelsetjenester.

Tabell 4.7 Konsultasjoner og ISF-virksomhet utført av private avtalespesialister samt konsultasjoner ved offentlige poliklinikker og dagkirurgi ved offentlige sykehus per 1 000 innbyggere i helseregionene i 2006.

Helseregion	Estimerte private avtalespesialistkonsult. per 1 000 innb. (innrapporterte konsult. per 1 000 innb.) ¹⁾	ISF-opphold utført av private avtalespesialister per 1 000 innb.	Konsult. ved offentlig poliklinikk per 1 000 innb. ²⁾	Dagkirurgi ved offentlige sykehus per 1 000 innb.	Totalt antall konsult./opphold per 1 000 innb.
Helse Øst	546 (371)	1	719	40	1 305
Helse Sør	448 (355)	0	748	44	1 240
Helse Vest	380 (274)	2	713	41	1 136
Helse Midt-Norge	324 (238)	0	827	44	1 194
Helse Nord	239 (120)	0	910	40	1 188
Totalt	431 (305)	1	757	42	1 230

1) En oversikt over avtalespesialistkonsultasjonsrater og polikliniske konsultasjonsrater innenfor de ulike HF-bostedsområdene er gjengitt i vedleggstabell v4.3.

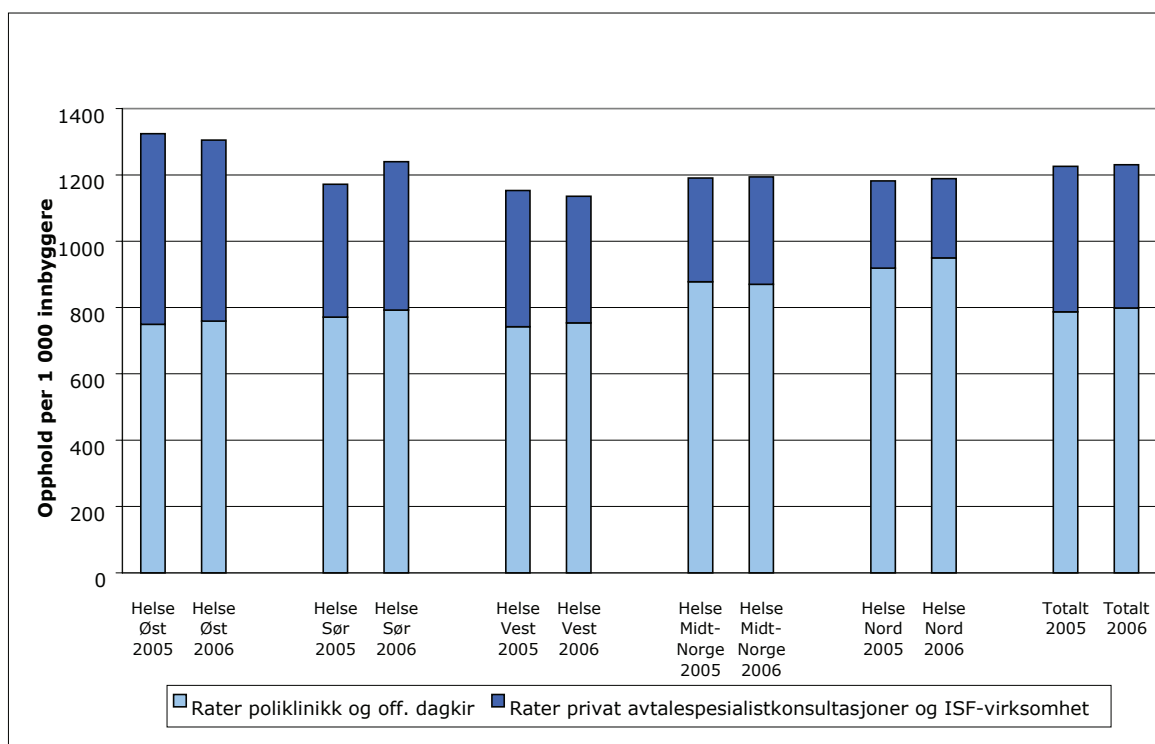
2) Konsultasjoner for pasienter registrert med ukjent bosted eller annet bosted utenfor helseregionene er ekskludert.

Som tabellen viser, er ratene for privat avtalepraksisvirksomhet noe høyere i Helse Øst, Helse Sør og Helse Vest enn i Helse Midt-Norge og Helse Nord. Helseregionene med lavest forbruk av private avtalespesialistkonsultasjoner har imidlertid et tilsvarende høyere forbruk av konsultasjoner ved offentlige poliklinikker. Bruken av private avtalespesialister ser altså ut til å ha en utjevneende effekt på de geografiske forskjellene i bruken av offentlige poliklinikker, og som et resultat av dette er det relativt små forskjeller mellom helseregionene i totalratene. Regionalt varierer ratene fra 1 136 i Helse Vest til 1 305 i Helse Øst, med en rate for hele landet tilsvarende 1 230 konsultasjoner per 1 000 innbyggere.³³

I figur 4.12 er andelen og totalratene for avtalespesialistkonsultasjoner (basert på det estimerte tallmaterialet) og polikliniske konsultasjoner presentert. Figuren illustrerer at forbruket av private avtalespesialistkonsultasjoner utgjør en betydelig del av det totale forbruket. For eksempel har Helse Øst de laveste forbruksratene for konsultasjoner ved offentlig poliklinikk, men de høyeste totalratene når man tar høyde for bruken av avtalespesialistene. Totalt ble ca. 35 prosent av den samlede polikliniske og dagkirurgiske virksomheten i Norge utført av private avtalespesialister i driftsåret 2006. I Helse Øst var andelen på over 40 prosent, mens Helse Nord og Helse Midt-Norge ligger relativt langt under landsgjennomsnittet med henholdsvis 20 og 27 prosent. Helse Sørs avtalepraksiser står for 36 prosent av den totale polikliniske og dagkirurgiske aktiviteten, og ligger dermed på

³³ En oversikt over avtalespesialistkonsultasjonsrater og polikliniske konsultasjonsrater innenfor de ulike HF-bostedsområdene er gjengitt i vedleggstabell 4.12.

landsgjennomsnittet. Det har ikke vært noen betydelige endringer i disse andelene fra 2005 til 2006.



Figur 4.12 Antall konsultasjoner ved offentlig poliklinikk og dagkirurgiske opphold ved offentlig sykehus per 1 000 innbyggere, og antall estimerte konsultasjoner og ISF-opphold hos privat avtalespesialist per 1 000 innbyggere i helseregionene i 2005 og 2006.

4.2.4 Tilgjengelighet til private avtalespesialister og offentlige poliklinikker

Tilgjengeligheten til private avtalespesialister og offentlige poliklinikker ser altså ut til å være noe forskjellig på tvers av helseregionene. Antallet konsultasjoner hver pasient mottar ved henholdsvis poliklinikkene og hos avtalespesialistene gir også et uttrykk for graden av tilgjengelighet. Tabell 4.8 viser at avtalespesialistene i gjennomsnitt har et noe høyere antall konsultasjoner per pasient i løpet av året enn de offentlige poliklinikkene. Direkte sammenligning viser at avtalespesialistene i gjennomsnitt hadde 3,7 konsultasjoner per pasient, mens poliklinikkene hadde 2,4. For polikliniske konsultasjoner er tallet svært stabilt på tvers av helseregionene, mens tallene for de private avtalespesialistkonsultasjonene varierer noe mer mellom regionene. Helse Nord har for eksempel 2,8 konsultasjoner per pasient, mens Helse Sør har 4,2 konsultasjoner per pasient. Variasjonene vil imidlertid til en viss grad være betinget av forskjeller i antallet kontrakter som er inngått med spesialister innenfor de ulike fagspesialitetene, ettersom fagspesialitetene vanligvis er forskjellige med hensyn til antallet konsultasjoner som gis per pasient. Videre kan differansene også være et uttrykk for forskjeller i sykdomsbildet til pasientene som behandles samt ulikheter i behandlingsopplegget/-regimene ved henholdsvis avtalepraksis og offentlig poliklinikk. Pasienter med seriekonsultasjoner vil dessuten enkelte ganger ha "hovedoppholdet" sitt ved en døgnavdeling dersom de behandles ved et offentlig sykehus, mens kun etterkontroller og lignende utføres ved poliklinikk. I slike tilfeller vil ikke "hovedoppholdet" bli telt med i antallet polikliniske konsultasjoner. Hos avtalespesialistene vil derimot alle konsultasjonene i en serie være med. I tillegg vil tallene kunne være påvirket av at det ikke er mulig å følge pasientene

over mer enn ett år eller på tvers av alle typer institusjoner. De sistnevnte feilkildene vil imidlertid være relativt like for både poliklinikker og avtalepraksiser.

Tabell 4.8 Gjennomsnittlig antall konsultasjoner per pasient hos avtalespesialist og ved poliklinikk i 2006. Regioninndeling i henhold til pasientens bosted.

Helseregion	Gjennomsnittlig antall konsult. per pasient hos private avtalespesialister	Gjennomsnittlig antall konsult. per pasient ved poliklinikk
Helse Øst	3,7	2,4
Helse Sør	4,2	2,4
Helse Vest	3,4	2,4
Helse Midt-Norge	4,0	2,6
Helse Nord	2,8	2,3
Totalt	3,7	2,4

I et tilgjengelighetsperspektiv vil det også være interessant å se hvordan ulike diagnosegrupper er fordelt mellom private avtalespesialister og offentlig poliklinikker. Som nevnt innledningsvis, gjenstår det imidlertid betydelig arbeid før de innrapporterte dataene fra private avtalespesialister har samme kvalitet som de øvrige spesialisthelsetjenestedataene innrapportert til NPR. Variablene som gir informasjon om pasientenes diagnoser er for eksempel fortsatt svært mangelfulle. Disse variablene kan dermed heller ikke benyttes for å si noe om eventuelle forskjeller i pasientsammensetningen mellom poliklinikker og avtalepraksiser. Pasientens alder kan imidlertid gi noe informasjon om hvordan den "typiske" pasienten ser ut. I tabell 4.9 har derfor pasienter behandlet av henholdsvis avtalespesialist i øye og avtalespesialist i hud blitt sammenlignet med pasienter behandlet ved offentlig poliklinikk hvis hoveddiagnose er kategorisert innenfor ICD10-hovedkapitlene "Sykdommer i øyet og øyets omgivelser" og "Sykdom i hud og underhud".

Tabell 4.9 Medianalder og interkvartil variasjonsbredde i alder for pasienter behandlet av private avtalespesialister og ved offentlig poliklinikk for øyesykdom, hudsykdom og totalt i 2006.

Type sykdom	Privat avtalepraksis		Offentlig poliklinikk	
	Medianalder	1.-3. kvartil	Medianalder	1.-3. kvartil
Øye ¹⁾	65	47-77	59	30-76
Hud ²⁾	48	26-66	43	24-61
Alle sykdommer/fagspesialiteter	53	32-69	47	27-65

1) Private avtalespesialistkonsultasjoner utført av spesialist med fagspesialitet i behandling av øyesykdommer og offentlige poliklinikkonsultasjoner innenfor ICD10-hovedkapitlet "Sykdommer i øyet og øyets omgivelser".

2) Private avtalespesialistkonsultasjoner utført av spesialist med fagspesialitet i behandling av hudsykdommer og offentlige poliklinikkonsultasjoner innenfor ICD10-hovedkapitlet "Sykdom i hud og underhud".

Både øye- og hudpasientene som behandles av avtalespesialister har noe høyere medianalder enn pasientene behandlet ved poliklinikkene. Også for alle konsultasjonene totalt er det forskjeller i pasientenes medianalder. Ved poliklinikken er pasientenes medianalder 47 år, mens tilsvarende alder blant pasientene behandlet ved avtalepraksis er 53 år.³⁴ Den interkvartile variasjonsbredden bekrefter denne tendensen, ettersom

³⁴ Medianalderen er beregnet med utgangspunkt i pasienter, ikke konsultasjoner. Det betyr at samme pasient ikke har blitt telt flere ganger, selv om vedkommende har hatt flere konsultasjoner.

variasjonsbredden har tilsvarende forskyvninger. Disse funnene er spesielt interessante sett i sammenheng med situasjonen ved de private kommersielle sykehusene. Mens pasientene som behandles av de private avtalespesialistene er eldre enn de som behandles ved de offentlige poliklinikkene, er pasientene som behandles dagkirurgisk ved de private kommersielle sykehusene i større grad i de midterste aldersgruppene.

4.2.5 Private avtalespesialisters rolle

Sammenlignet med de private kommersielle sykehusene, som ble diskutert i første delen av dette kapitlet, har avtalespesialistene vært en del av den norske spesialisthelsetjenesten over en lengre tidsperiode. De ser også ut til å ha fått en permanent rolle, og produserer et forholdsvis stort volum av konsultasjoner per år. Riktignok er det en del variasjoner i omfanget på tvers av helseregioner og fagspesialiteter, men de regionale forskjellene blir til en stor grad utjevnet når omfanget ses i forhold til forbruket av polikliniske konsultasjoner ved offentlige sykehus.

I etterkant av Helsereformen har de regionale helseforetakene fått større fokus på anvendelsen av avtalespesialistene, noe som blant annet gjenspeiler seg i den økte intensiviteten knyttet til utarbeidinger av handlingsplaner for, og oversikter over, aktiviteten til de private avtalespesialistene. Et viktig tema i denne sammenhengen har vært å vurdere innenfor hvilke områder de private avtalespesialistene vil kunne utgjøre betydningsfulle supplement til den aktiviteten som foregår ved de offentlige poliklinikkene, og innenfor hvilke områder de vil bidra med tilbud som ikke eksisterer, eller eksisterer kun i liten grad innenfor den øvrige spesialisthelsetjenesten. Etter hvert som kvaliteten på de innrapporterte dataene forbedres, vil det også bli mulig å si noe om hvordan eventuelle praksisvariasjoner og variasjoner i pasientprofiler er innad mellom avtalespesialistene og mellom avtalespesialistene og poliklinikkene. Videre vil slike forbedringer i datagrunnlaget på sikt kunne muliggjøre sammenligning av ulike produktivitets- og kvalitetsmål.

4.3 Hvor privat er de private spesialisthelsetjenestene?

Det norske helsesystemet er i all hovedsak basert på offentlig finansiering og produksjon av helsetjenester, og sammenlignet med helsesystemer med ulike former for sosiale (Social Health Insurance) og private forsikringsordninger har den norske helsemodellen et nokså beskjedent privat innslag. Men hva er egentlig et "privat innslag" og langs hvilke dimensjoner kan man vurdere graden av "privathet" i et helsetjenestetilbud?

Når man studerer privatisering er det flere aspekter og former for privatisering som kan være interessante. Iversen (1985) foreslår at privatiseringsbegrepet kan diskuteres i forhold til finansiering, eierskap og kontroll. Hvis vi først ser på *finansieringen* av de private kommersielle sykehusene, så har RHF-ene stått for en betydelig del av denne, gjennom kontraktsinngåelser med private aktører. Umiddelbart etter Helsereformen i 2002 ble relativt omfattende avtaler inngått, primært for å avhjelpe problemet med lange ventetider for behandling. De fleste kontraktene var avgrenset til et bestemt antall konsultasjoner/opphold og definerte de økonomiske betingelsene for avtalen. Vanligvis ble refusjonsstørrelsen oppgitt som en andel av den totale DRG-prisen. I tillegg hadde de private kommersielle sykehusene anledning til å avkreve egenandel fra pasientene som ble behandlet.³⁵ For den kontraktsfestede aktiviteten er dermed størstedelen av finansieringen offentlig. For de private avtalespesialistene består finansieringen av driftstilskudd fra RHF-ene (i all hovedsak differensiert fra 20-100 prosent av ett årsverk og etter tilskuddsklasse), refusjon for enkeltkonsultasjoner fra NAV, ISF-refusjon (for avtalespesialister som utfører dagkirurgi) og egenandeler fra pasientene.³⁶ Dermed har RHF-ene relativt stor innflytelse over

³⁵ Behandlinger som er betalt fullt og helt av den enkelte pasient, samt opphold kjøpt av NAV gjennom ordningen med kjøp av helse- og rehabiliteringstjenester for sykemeldte ("Raskere tilbake") er ikke inkludert i tallene som er presentert i dette kapitlet.

³⁶ Konsultasjoner for pasienter som betaler hele behandlingen selv er ikke inkludert i statistikken fra NPR.

finansieringen av også de private avtalespesialistene. For de private kommersielle sykehusene og avtalespesialistene sett under ett utøver RHF-enes innflytelse for det første gjennom fastsettelsen av omfanget av helsetjenester som skal settes ut på anbud og, for det andre, gjennom forhandlinger med de private aktørene. Under forhandlingene bestemmes sjenerøsiteten i avtalene og de generelle premissene for den avtalefestede driften. Ovenfor avtalespesialistene øves innflytelse ved at RHF-ene bestemmer størrelsen på driftstilskuddet og klasse-tilhørigheten til praksisen. I tillegg har også sentrale helsemyndigheter noe innflytelse på finansieringen av private aktører, for eksempel gjennom Oppdragsdokumentet som oversendes RHF-ene og gjennom fastsettingen av takstene for refusjon via NAV. Finansieringen av aktiviteten til de private kommersielle sykehusene og de private avtalepraksisene er dermed i svært liten grad privat styrt for den aktiviteten vi har sett på i dette kapitlet. Likevel har avtalespesialistene noe større frihet enn de private kommersielle sykehusene når det gjelder praksisens aktivitetsvolum, ettersom det ikke er definert noe tak for antall konsultasjoner spesialistene kan utføre per år.

Eierskapet til de private avtalepraksisene er per definisjon privat, og vanligvis er praksisene organisert som enkeltmannsforetak eller aksjeselskap. Enkelte avtalespesialister har samlokalisert seg med andre avtalespesialister eller helsetjenestetilbydere, og har i den forbindelse mer eller mindre bindende former for samarbeid med andre praksiser. Avtalespesialistene er imidlertid å regne som selvstendig næringsdrivende for den delen av deres arbeidsforhold som er knyttet til avtalepraksisen.³⁷ Når avtalespesialisten nærmer seg pensjonsalder, eller av annen grunn bestemmer seg for å selge praksisen, overføres praksisen vanligvis til en ny spesialist som den tidligere eieren har anbefalt (med mindre RHF-et har bestemt seg for å inndra eller omfordele praksisen til en annen fagspesialitet eller lokasjon). Dersom den tidligere og nye eieren ikke blir enig om prisen for praksisen, vil en offentlig nedsatt komité avgjøre disputten, mens den endelige beslutningen om overføring av eierskap tas av RHF-et. Eierskapet til de private kommersielle sykehusene er også privat, og ofte er sykehusene organisert som aksjeselskap med private aksjonærer, der et av formålene med driften er å generere en viss økonomisk avkastning. De private kommersielle sykehusene er med andre ord "for-profit"-organisasjoner. Uavhengigheten til de private kommersielle sykehusene er imidlertid noe begrenset. RHF-ene utøver for eksempel en betydelig *kontroll* over disse institusjonene ved å bestemme hvilken aktivitet og aktivitetsvolumet som skal omfattes av kontraktene som inngås. Siden de private kommersielle sykehusene ikke har anledning til å motta ISF-refusjon for aktivitet utover det som er fastsatt i kontraktene, utgjør dette viktige begrensninger. Videre har sentrale helsemyndigheter en viktig rolle i prosessen med godkjenningen av sykehusene. De private kommersielle sykehusene må dermed (i likhet med andre offentlig godkjente sykehus) tilpasse seg til en del krav for å i det hele tatt bli godkjente som sykehus. Sykehusene må også tilpasse seg til generelt regelverk pålagt dem av sentrale helsemyndigheter om for eksempel markedsføring og rapportering. For de private avtalespesialistene er rammebetingelsene for tildeling og drift av praksis nedfelt i den sentrale rammeavtalen fremforhandlet mellom Den norske lægeforening og RHF-ene. Individuelle kontrakter mellom enkeltspesialistene og de respektive RHF-ene er deretter inngått innenfor rammeverket til den sentrale avtalen. Relativt betydelig kontroll kan utøves over avtalepraksisene gjennom disse avtalene, og inntil nylig var det for eksempel mulig å pålegge avtalespesialister å utføre opptil åtte timers offentlig arbeid per uke. Gjennom det økte fokuset på integrasjon av avtalespesialistene i planleggingen og koordineringen av RHF-enes totalaktivitet, har avtalespesialistenes autonomi og handlefrihet også blitt innskrenket noe.

Oppsummert kan man dermed konkludere med at avtalespesialistene er nokså betydelig influert av sentrale og regionale myndigheter med tanke på finansieringen av praksisen og betingelsene nedfelt i rammeavtalene. I tillegg har RHF-ene i den siste tiden viet mer oppmerksomhet til mulighetene de har til å omorganisere, omfordele og inndra avtalehjemler. Eierskapsmessig er imidlertid praksisene utvilsomt private, og aktivitetsvolumet har ikke blitt gjenstand for betydelige begrensninger fra offentlige

³⁷ For en mer detaljert beskrivelse av avtaleforholdet til avtalespesialistene, se Den norske lægeforening (2005).

myndigheters side gjennom spesifisering av tak for aktiviteten. For øvrig belyser Kjekshus og Jørgenvåg (2004) i en rapport om avtalepraksisene i Helse Øst at det er til dels store variasjoner i avtalespesialistenes oppfattelse av privat versus offentlig sektortilhørighet. Siden størstedelen av deres inntekter kommer fra offentlige finansieringskilder og flere spesialister rapporterer å ha opplevd offentlig innblanding i driften av praksisen, betrakter de seg først og fremst som offentlige helsetjenestetilbydere. Andre oppga imidlertid at de opplevde stor grad av autonomi og handlefrihet i driften og beskrev seg derfor som selvstendig næringsdrivende innenfor et privat marked.

For de private kommersielle sykehusene er graden av "privathet" sterkest når det gjelder eierskapet. På finansieringssiden er det derimot betydelige begrensninger i den delen av aktiviteten som finansieres gjennom ISF-refusjon. I motsetning til situasjonen for avtalespesialistene er det gjennom avtalene innført klare tak på aktivitetsvolumet til de private kommersielle sykehusene.

I lys av denne korte oppsummeringen av spesialisthelsetjenestetilbudet som private kommersielle sykehus og private avtalespesialister står for, fremstår det som tydelig at graden av "privathet" er nokså begrenset. I hovedsak kan den avtalefestede virksomheten derfor beskrives som en svært kontrollert form for privatisering, der de sentrale og regionale helsemyndighetene legger hovedrammene rundt aktiviteten som foregår. Denne relativt sterke kontrollen med den private aktiviteten er det viktig å ta høyde for når man diskuterer privatiseringen av spesialisthelsetjenestetilbudet som har funnet sted i etter-reformperioden.