

Hanne Bogen
Espen Dahl
Thore K. Karlsen

Privatisering av helsetjenester

Hanne Bogen, Espen Dahl, Thore K. Karlsen

Privatisering av helsetjenester

Forprosjektrapport

Fafo-rapport 196

© Forskningsstiftelsen Fafo
 ISBN 82-7422-156-7

Omslag: Agneta Kolstad
Trykk:

Innhold

Forord	5
Sammendrag	7
1 Privatisering står igjen på dagsordenen	9
1.1 Problemstilling	9
1.2 Oppblussing av privatiseringsspørsmålet	10
1.3 Hvorfor denne interessen for privatisering nå?	14
2 Hva er privatisering?	21
2.1 Privatiseringsbegrepets dimensjoner	21
2.2 Hvor går grensene mellom det offentlige og det private?	24
3 Argumenter for og mot private helse- og sykehustjenester	27
3.1 Politiske frontlinjer	27
3.2 Argumenter mot privatisering	28
3.3 Argumenter for privatisering	32
4 Privatisering av helsetjenester de siste åra	37
4.1 Datakilder	37
4.2 Et overblikk	38
4.3 Brukerbetaling i den offentlige helsesektoren	40
4.4 Framveksten av et privat legemarked	42
4.5 Virksomheten ved private sykehus	43
4.6 Hvem benytter private sykehus og klinikker?	48
5 Private helsetjenester: framtidig utvikling og forskningsbehov	51
5.1 Oppsummering	51
5.2 Diskusjon	53
5.3 Forskningsbehov	56
Litteratur	61

Forord

Denne rapporten er resultatet av et forprosjekt om private helsetjenester som Volvat Medisinske Senter har finansiert. Ett motiv for å sette i gang prosjektet har vært at den offentlige interessen for privatiseringsspørsmålet har vært laber – inntil nylig – siden debatten pågikk på 1980-tallet. Spørsmålet nevnes knapt i Regjeringens siste helsemelding. I Helseplan for Oslo tilkjennes de private poliklinikkene og helsesentrene en rolle i det totale helsetjenestetilbudet i hovedstaden, men en etterlyser en bedre oversikt over private helsetjenestetilbydere. Det er således behov for en drøfting av de private sykehusenes helsepolitiske rolle og en grundigere dokumentasjon av virksomheten deres.

Vi vil takke de private sykehusene, Volvat Medisinske Senter, Klinikkk 8 og Røde Kors Klinikkk, for å ha levert opplysninger om sin virksomhet.

Prosjektet har hatt en referansegruppe med følgende medlemmer: Jan Grund, BI; Cato Lodding og Merete Lütken, Volvat Medisinske Senter; Haakon Melsom, Sosial- og helsedepartementet; Odd Søreide, Rikshospitalet; Ingeborg Traaholt, Norsk Pasientforening og Terje Vigen, Den norske Lægeforening. Vi takker alle for spennende diskusjoner og nyttige innspill. Også Ingunn R. Sørli, Pharos og Fafo-kollega Ove Langeland skal ha takk for konstruktive kommentarer til tidligere utkast. De gjenværende feil, mangler og uklarheter står vi som forfattere ansvarlige for.

Hanne Bogen, Espen Dahl, Thore K. Karlsen
Fafo, mai 1996

Sammendrag

Formålet med denne rapporten fra et forprosjekt om private helsetjenester er todelt. Formålet er dels å gjenreise den faglige debatten om spørsmålet, og dels å dokumentere hva vi vet og hva vi ikke vet om privatiseringen i norsk helsevesen på 1990-tallet. Rapporten drøfter privatiseringsbegrepet og tar for seg argumenter for og mot private helsetjenester. Den bringer opplysninger om forholdet mellom offentlig finansiering og privat egenbetaling, om veksten i det private legemarkedet, og om virksomheten til de tre private sykehusene i Norge, Volvat Medisinske Senter, Klinikk 8 og Røde Kors Klinikk.

Privatiseringsbegrepet har tre viktige dimensjoner: produksjon, styring/kontroll og finansiering. Strengt tatt er det bare på den første dimensjonen de tre sykehusene er fullt ut private. Gjennom sin godkjenningsmyndighet har staten kontroll over antall senger og den tekniske og faglige standarden ved de private sykehusene. Selv om brorparten av inntektene kommer fra private lommer, er ingen av sykehusene fullt ut privat finansiert. Alle de tre sykehusene har også inntekter av refusjon fra folketrygden og, i økende grad, fra fylkeskommunale oppdrag.

Til sammen har de tre sykehusene 59 senger og i overkant av 300 ansatte. Samlet omsetning i 1995 er knapt 200 millioner kroner. Volvat Medisinske Senter er desidert størst med en omsetning på nær 120 millioner kroner. De to siste åra har de tre sykehusene opplevd en samlet vekst i omsetningen på 27 prosent. Den prosentvise veksten var særlig stor ved Klinikk 8 og Røde Kors Klinikk, og skyldes i stor utstrekning et økende antall fylkeskommunale oppdrag.

De private sykehusenes aktivitet utgjør en forholdsvis liten del av det totale helsetilbudet på landsbasis. Dersom vi tar utgangspunkt i de inngrepene som utføres i de offentlige sykehusene i Oslo, øker imidlertid andelen betraktelig. Volvats andel av utvalgte inngrep går opp mot rundt 17 prosent av tilsvarende inngrep som foretas i de offentlige Oslo-sykehusene. På landsbasis ble hele 15 prosent av alle prøverørsgraviditeter i 1993 igangsatt ved Volvat. Prøverørsbehandling er nedprioritert i det offentlige systemet.

Mye av virksomheten ved de private sykehusene omfatter oppgaver som de offentlige sykehusene overhodet ikke prioriterer, for eksempel visse former for kosmetisk kirurgi, eller som er lavt prioritert, for eksempel prøverørsbefruktning. Veksten i fylkeskommunale oppdrag endrer imidlertid noe

på dette. De pasientene fylkeskommunene kjøper operasjoner til, tilhører både prioriteringskategori 2, det vil si garantipasienter, og kategori 3. Vi kjenner ikke tallene i de to kategoriene. I praksis er det også ofte vanskelig å trekke et klart skille mellom de to prioriteringsnivåene. Det betyr antakelig at en del av de pasientene fylkeskommunene sender til de private sykehusene, er i gråsonen mellom prioriteringsnivå 2 og 3.

Det kan derfor se ut til at de private sykehusene har en avlastningsfunksjon, og at de fungerer som en buffer for det offentlige. De private sykehusene gjør dermed til en viss grad det samme som det offentlige helsevesenet. Fylkeskommunene kjøper operasjoner ved de private sykehusene dels for å unngå brudd på ventelistegarantien, og dels for å redusere ventelistene. Hvorfor fylkeskommunene ikke selv har tilstrekkelig behandlingsskapasitet, kan vi ikke gi svar på, men to viktige forhold er antakelig at de finner det for dyrt, og at det er mangel på helsepersonell.

Det er imidlertid også klart at de offentlige og de private sykehusene har foretatt en arbeidsdeling. For det første utfører ikke de private sykehusene akutt kirurgi overhodet. De utfører bare såkalt elektiv kirurgi, det vil si inngrep som er planlagt på forhånd. De akutte tilfellene utgjør 65–70 prosent av virksomheten ved de offentlige sykehusene. For det andre ser det ut til at de private sykehusene tar enklere tilfeller med lav risiko for komplikasjoner, og som ikke involverer flere sykdommer.

Et av de viktigste «funnene» i forprosjektet er at vi mangler elementær kunnskap om hvordan privatiseringen i det norske helsevesenet utvikler seg. Rapporten avrundes derfor med å reise en del forskningsspørsmål, blant andre følgende:

- Hvordan er utviklingen av pasientbetalingen og veksten i det private legeområdet?
- I hvilken grad ivaretar offentlige og private helsetjenesteytere likhetsverdiene i det norske helsevesenet?
- Er private helsetjenesteytere mer effektive enn de offentlige?
- Går det i retning av mer privat helseforsikring?
- Er det forskjell i kvalitet og pasientenes tilfredshet med offentlige og private sykehus?
- Er enkelte helsetjenester bedre egnet for privatisering enn andre?

1 Privatisering står igjen på dagsordenen

1.1 Problemstilling

Denne rapporten er resultatet av et forprosjekt om privatisering av helse-tjenester. Formålet er dels å gjenreise den faglige debatten om privatiserings-spørsmålet, og dels å dokumentere hva vi vet og hva vi ikke vet om privatiseringen i det norske helsevesenet så langt på 1990-tallet.

Vi reiser således to problemstillinger, en teoretisk og en empirisk. Den teoretiske problemstillingen dreier seg om hva privatisering er, og om argumentene for og mot privatisering av helse- og sykehus-tjenester. Det empiriske problemet vi belyser, er hvordan utviklingen av egenbetaling og det private helsemarkedet har vært de siste åra. Vi undersøker også hvilken plass de private sykehusene har i offentlig helsepolitikk og i norsk helsetjeneste. I tillegg forsøker vi å kartlegge utviklingen av egenbetaling for helsetjenester og veksten i det private legemarkedet. Siden vi har gjennomført et forprosjekt av kort varighet, har et viktig siktemål vært å peke på mangel på data om viktige utviklingstrekk i den norske helsetjenesten.

Den sittende regjeringen har ikke vært særlig opptatt av forholdet mellom private og offentlige helsetjenester. De siste åras viktigste helsepolitiske dokumenter vier ikke privatiseringsspørsmålet noen særlig oppmerksomhet. Nasjonal helseplan fra 1988 gir en tre siders drøfting av spørsmålet, mens Helsemeldingen fra 1994 knapt berører temaet. Regjeringen synes ikke å ha noen konkret, gjennomtenkt og planmessig politisk holdning til private helsetjenester generelt og private sykehus spesielt. Helsemyndighetene har interessert seg lite for den utviklingen som har funnet sted på det private helsemarkedet de siste åra.

En som har fulgt norsk helsepolitikk på nært hold i mange år, helseøkonomen Jan Grund, har gitt følgende karakteristikkk av myndighetenes politikk på dette området: «Myndighetene har ingen privatiserings-politikk. Det kommersielle helsetilbudet har fått vokse fram tilfeldig, uten noen bevisst plan [. . .]» (*Aftenposten* 13.5.1995). Tidligere helseminister Christie har kommentert dette utsagnet slik: «Politikken er at vi skal ha et forsvarlig medisinsk tilbud innenfor det offentlige. Vi godtar supplerende tjenester på

det private markedet, og aksepterer at klinikkene og sykehusene er der – men ønsker ikke at det skal bli noe stort behov for dem» (*Aftenposten* 13.5.1995). I intervjuet føyer Christie til at han vil ha «store motforestillinger» mot å godkjenne et nytt stort privatdrevet sykehus. Den tidligere helseministeren synes med andre ord ikke å ha noen helsepolitisk strategi overfor private sykehus utover det å være mot dem.

Den nye helseministeren, Gudmund Hernes, har gitt uttrykk for sitt syn på det private helsemarkedet i et innlegg i VG (2.4.1996). Her framholder Hernes at framveksten av private helsetjenester er et sentralt problem i norsk helsevesen, og begrunner det på følgende måte: Det er en grunnleggende ubalanse i systemet, skriver Hernes, «særlig mellom den voksende private del og sykehusene». Det er flere forhold som ligger til grunn for denne ubalansen, ifølge Hernes, blant annet at private tar de lettere tilfellene, at legene tjener mer utenfor sykehusene enn innenfor, og at avgangen til privat sektor gir større arbeidspress for dem som blir igjen. Helseminister Hernes har ikke funnet noen trylleformel som kan løse dette problemet, men framholder at «vi fremfor alt [må] sørge for å rekruttere og beholde det best kvalifiserte personale ved de offentlige sykehusene og i den offentlige helsetjenesten». Det svake engasjementet fra de sentrale helsemyndighetenes side på dette området står i kontrast til den aktiviteten som nå vokser fram «nedenfra», og som vi skal komme tilbake til.

Denne rapporten faller i to deler. I den første delen – kapittel 1, 2 og 3 – forsøker vi å gjenopplive privatiseringsdebatten ved å drøfte begrepets innhold og argumenter for og mot privatisering. I den siste delen – kapittel 4 og 5 – bringer vi en del data om privatisering i den norske helsetjenesten og virksomheten ved de tre private sykehusene i Norge. I lys av denne dokumentasjonen, og ikke minst mangel på dokumentasjon, og en forventet utvikling framover, peker vi på noen viktige forskningsoppgaver og på behovet for en mer bevisst og planmessig offentlig privatiseringspolitikk.

1.2 Oppblussing av privatiseringsspørsmålet

Velferdsstatens ambisjon er å skape sosial trygghet og å utjevne levekår. Et sentralt element i velferdsstatens verdigrunnlag er likhet. Velferdsstaten skal omfatte alle. Befolkningens sosiale rettigheter er automatisk knyttet til statsborgerskapet. Alle grupper – både fattig og rik – skal ha lik adgang til viktige velferdsgoder som helsetjenester og grunnpensjoner (Hagen 1988). Velferdsstaten er tuftet på den historiske erfaringen og den erkjennelsen at markedet ikke sikrer hele befolkningens sosiale rettigheter. Derfor har den utviklet et sett med virkemidler for å regulere og modifisere markedskref-

tene. Så lenge den økonomiske veksten var høy, det vil si fram til slutten av 1970-tallet, var dette verdigrunnlaget uten alvorlige utfordringer. Men da den økonomiske veksten stagnerte, samtidig som de offentlige budsjettene fortsatte å vokse, fikk den nyliberale vekstfilosofien ny næring. En sentral tese hos nyliberalistene er at det er en årsakssammenheng mellom veksten i offentlige budsjetter og økonomisk stagnasjon. Det hevdes at det er en motsigelse – en «trade-off» – mellom likhet og effektivitet: Mer likhet gir mindre effektivitet, og mindre likhet gir mer effektivitet. Vi kan ikke nå begge mål samtidig, er omkvedet (Okun 1975). Begrunnelsen er i korthet at for å anspore til innsats og verdiskaping, må arbeidet belønnes. Dette skaper ulikhet. Når likhetsskapende tiltak som progressiv beskatning og offentlige overføringer introduseres, undermineres belønningssystemet, og arbeidsmotivasjon og effektivitet svekkes. Det generelle nyliberalistiske resonnementet går ut på at de sosiale rettighetene i for stor grad beskytter arbeidskraften, at det høye skattenivået reduserer den kapitalmengden som går til investering, og at vekstbransjer hindres i å ekspandere (Hagen 1988:26). For å stimulere til vekst og effektivitet, anbefaler nyliberalistene en mer markedsorientert politikk. Nyliberalismen leverer således en allmenn kritikk av den sosialdemokratiske velferdsstaten.

Denne antatte spenningen mellom likhet og effektivitet, mellom det offentlige og markedet, og mellom sosialdemokrati og liberalisme, har således dype ideologiske røtter. Det er denne spenningen vi ser manifestert i debatten om privatisering av offentlige tjenester generelt og helsetjenester spesielt.

I Norge hadde vi en lang og til dels heftig debatt om private sykehus og klinikker i annen halvdel av 1980-tallet. Siden da har det – inntil nylig – vært påfallende stille i avisspaltene. Et symptom på den labre offentlige interessen omkring spørsmålet, er at da Volvat Medisinske Senter fikk konsesjon til å drive sykehus med et begrenset antall senger i 1990, var det uten nevneverdig oppstyr. Det siste halve året har imidlertid debatten tiltatt i intensitet og omfang.

Partiene på høyresida i norsk politikk har også kjørt fram privatiserings-spørsmålet i sin politiske agitasjon. Fremskrittspartiet har alltid hatt privatisering som en fanesak, men får nå større gehør, fordi partiet etter kommune- og fylkestingsvalget høsten 1995 har fått langt flere representanter enn i forrige periode. I Høyres diskusjonsopplegg foran stortingsvalget 1997 er privatisering utpekt til en av fanesakene (Høyre 1996, *Aftenposten* 17.1.1996). I mange kommuner fremmes det en jevn strøm av privatiseringsforslag, og ulike tiltak settes også ut i livet, som vi skal se. I helsevesenet er privatiseringsspørsmålet helt nylig satt på dagsordenen av den nyt-

nevnte helseministeren Gudmund Hernes. Spørsmålet er også kommet inn bakveien gjennom den senere tidas debatt om prioritering i helsevesenet. Et spørsmål som er blitt stilt, er hvilke sykdommer og behandlinger som det er riktig og fornuftig at det offentlige tar seg av, og hvilke som kan overlates til det private.

La oss nevne fem ferske privatiseringseksempler fra helse- og omsorgssektoren. Flere kommuner, blant andre Asker, Bærum og Drammen, har mer eller mindre konkrete planer om å privatisere eldreomsorgen helt eller delvis, og private rengjøringsfirmaer står klare (VG 10.1996). Til velstående eldre som søker om kommunal hjemmehjelp, tilbyr Bærum kommune private vaskefirmaer. For disse private rengjøringstjenestene må de eldre betale mellom 196 og 241 kroner i timen. For tilsvarende kommunale tjenester er egenbetalingen mellom 0 og 150 kroner, avhengig av inntekten. Kommunaldirektøren for helse- og sosialtjenester mener det ikke er kommunens oppgave å sørge for renhold for funksjonsfriske eldre. Han sier videre: «Det er mange pensjonister som har råd til dette, men som ikke vil betale. Det må være en mental øvelse for pensjonister å ta seg råd til å betale når de har råd. De må trene seg på at ting koster» (*Arbeiderbladet* 22.2.1996). Bærum kommune har videre satt bort et byggeprosjekt for 110 eldreboliger til et privat firma, og i tillegg gitt firmaet i oppdrag å drive hjemmetjenestene.

Et annet privatiseringsforslag står legeföreningen bak. Formannen i föreningen foreslår å privatisere sykehusenes poliklinikker. Begrunnelsen er først og fremst organisatorisk: Sykehusene er ikke egnet til å drive poliklinikker. De er for store, byråkratiske og tungroddede, hevder legeföreningen. Forslaget går ut på at sykehuslegene skal få sin egen praksis på poliklinikkene. Der skal de jobbe en til to dager i uka og kontrollere sine egne pasienter. Legene skal selv ha ansvaret for økonomien ved poliklinikkene. Forslaget forutsetter at refusjonene fra folketrygden beholdes som i dag. Det betyr at pasientbetalingen ikke endres. Målet med forslaget er å heve effektiviteten, øke antallet behandlinger, høyne legenes inntekter og bedre forholdet mellom lege og pasient. Samtidig får sykehusene tid til å gjøre det de kan, hevdes det, nemlig å drive sykehus (*Dagens Næringsliv* 11.12.1995).

Et tredje privatiseringsframstøt har funnet sted ved Kongsberg sykehus. En overlege ansatt ved sykehuset, har etablert et aksjeselskap med 20 ansatte. Firmaet inngikk en avtale med Sentralsykehuset i Buskerud om å behandle 150 øre-nese-hals-pasienter i fritida mot en bevilgning på en million kroner. Sykehusets senger og operasjonsutstyr ble stilt til disposisjon for teamet. På spørsmål om hvorfor sykehuset ikke kunne øke operasjonskapasiteten i egen regi, svarer sykehusdirektøren: «For det første er det vanskelig å få nok

kvalifiserte folk til å arbeide overtid. Men vel så viktig er selve organiseringen av arbeidet. Når et samkjørt team kan konsentrere seg om en viss type inngrep, blir pasientflyten bedre. De kommer raskere i gang med neste operasjon enn hva vi kan få til i vanlig sykehusdrift, der vi også må ta pasienter som trenger øyeblikkelig hjelp og mer kompliserte inngrep» (*Aftenposten* 28.1.1996).

Et fjerde eksempel på privatisering i helsesektoren er lanseringen av private helseforsikringer. Etablerte forsikringsselskaper som Vesta og UNI Storebrand tilbyr nå helseforsikringer til bedrifts- og privatkunder. Et nytt selskap, Norsk Helseforsikring, er nylig startet. Dette er en avlegger av et dansk selskap som har 1,4 millioner danske forsikringstakere. Mot en månedlig premie på opptil 298 kroner dekker forsikringen en del (50–60 prosent) av utgiftene til private og offentlige helsetjenester som for eksempel tannlege, reseptbelagte medisiner og fysioterapi (*Dagens Næringsliv* 30.1.1996, *Arbeiderbladet* 23.4.1996).

Det femte og siste eksemplet er et vedtak fattet av det borgerlige flertallet i helse- og sosialkomiteen i Oslo, om at medisinsk behandling skal settes ut på anbud. Hensikten er at private og offentlige sykehus skal konkurrere om å levere det billigste anbudet. Målet er å få flest mulig operasjoner for pengene (*Aftenposten* 5.3.1996). Oslo kommune vil kjøpe operasjoner, i første rekke ortopediske operasjoner, grå stær-operasjoner og gynekologiske operasjoner, for 42 millioner kroner. Dette er den største anbudsrunder om sykehustjenester noen gang i Norge, ifølge *Dagens Næringsliv* (6.3.1996).

At det åpenbart er et ekspanderende marked for helsetjenester, viser også det faktum at mange private sykehus og klinikker nå kan melde om overskudd etter flere magre år (*Aftenposten* 7.2.1996). Ledere for de private klinikkene melder om voksende aktivitet, og mener det har funnet sted et alminnelig stemingskifte i opinionen. Lederen for Doktor Willes legesenter i Fredrikstad uttaler til *Aftenposten* (7.2.1996): «Utviklingen har vært enorm.» Overskriften på en artikkel om veksten i omsetningen til private klinikker i *Aftenposten* (7.2.1996), lyder: «Ikke lenger spedalsk».

Kort sagt står igjen privatiseringsspørsmålet høyt på dagsordenen, privatiseringsframstøt av ulike slag dukker stadig opp, og private helse-

tjenestetilbydere opplever gode tider. Dette framkaller spørsmålet om hvorfor dette skjer akkurat nå.

1.3 Hvorfor denne interessen for privatisering nå?

Årsakene til at privatisering igjen kommer på dagsordenen, er mange og innfløkte. Det mangler ikke på problemer i det offentlige helsevesenet. Nesten daglig kan vi lese om stengte sykehusposter, korridorpasienter, køer, lange ventelister, brudd på den såkalte ventetidsgarantien,¹ pasienter som sendes for tidlig hjem, strenge prioriteringer, alvorlige sykehusinfeksjoner osv. Samtidig viser offentlig statistikk at vi aldri har brukt mer ressurser på helsevesenet og aldri behandlet flere pasienter enn i dag. Norsk helsepolitikk og helsevesen er således full av motsetninger og paradokser. Det største paradokset er kanskje at vi bruker mer ressurser til helseformål enn noen gang, og samtidig er mindre tilfredse med helsa og helsetjenesten enn noen gang tidligere. «Doing better, feeling worse», er Wildawskys formulering av dette paradokset.

De siste 10–15 åra har helsepolitikken fokusert på hvordan helsetjenesten skal finansieres, organiseres og styres. Hovedbekymringen er knyttet til et tilsynelatende kronisk spenningsforhold, noen vil si misforhold, mellom økonomisk vekst og ressursmobilisering på den ene sida, og etterspørselen etter helsetjenester på den andre. En sterk drivkraft på tilbudssida er den rivende medisinske/teknologiske utviklingen koplet sammen med en økonomisk vekst som ikke kan holde tritt. Denne motsetningen kommer til uttrykk i det vedvarende gapet mellom det medisinsk mulige og det økonomisk forsvarlige. Antakelig eksisterer det også et permanent spenningsforhold mellom publikums voksende behov og etterspørsel og den evnen og viljen det offentlige helsevesenet har til å møte disse behovene.

¹ Pasienter som søker hjelp ved norske sykehus skal føres på venteliste. Ventelistesystemet er både et planleggingsinstrument og et prioriteringsinstrument. Pasientene skal rangeres på ventelistene etter prioriteringsnivå. Det er i alt fem prioriteringsnivåer. Som det heter i Sosial- og helsedepartementets forskrifter om ventelisteregistre: «Første prioritets behandling er tiltak som er nødvendige i den forstand at det har livstruende konsekvenser dersom de ikke iverksettes raskt». Slik behandling skal gis umiddelbart, heter det i forskriften. Eksempler er akutte sykdommer og skader. «Annen prioritets behandling er tiltak som er nødvendige i den forstand at svikt får katastrofale eller svært alvorlige konsekvenser på lengre sikt for pasientene» (Forskriften s. 5). Eksempler er kreft, hjertesvikt, psykoser og alvorlige syns- og hørselslidelser. Den såkalte ventetidsgarantien som skal sørge for behandling innen seks måneder, omfatter annenprioritetspasientene. I forskriften er ordlyden i «garantien» som følger: «Pasienter på annet prioritetsnivå [. . .] som blir stående på venteliste for undersøkelse og/eller behandling, skal registreres særskilt dersom de ikke har fått behandling innen seks måneder.» Formelt sett innebærer garantien altså kun en særskilt registrering. Pasienter på de øvrige tre prioriteringsnivåene (3, 4 og 0), må ifølge ventelisteordningen vente til behandlingstilbud foreligger.

På *etterspørselssida* framheves de voksende behovene som i første rekke bunner i eldrebølgen og endringer i sykdomspanoramaet. Vi står foran en vekst i tallet på mennesker over 80 år, og med den en økning i behovet for behandling, pleie og omsorg. Ikke minst er koplingen av behov og økt kjøpekraft blant eldre en viktig drivkraft. Sykdomspanoramaet er også i ferd med å forskyve seg fra akutte sykdommer og skader mot kroniske lidelser og mer sammensatte psykosomatiske tilstander. I tillegg til veksten i reelle behov blir det også hevdet at vi står overfor en forventningskrise: Publikum har urealistisk høye forventninger til hva moderne medisin er i stand til å utrette. Helseøkonomer vil dessuten legge til at siden prisene på mange helsetjenester ikke reflekterer kostnadene ved å produsere dem – mange er til og med gratis – vil etterspørselen notorisk være for høy.

Et annet moment på etterspørselssida er det vi vil kalle kulturelle endringer. Et kjennetegn ved den moderne kulturen er dyrkingen av individuelle verdier, med vekt på individuelt ansvar, personlig kontroll, valgfrihet og ønske om selv å forme sitt livsløp. Velstandsveksten i etterkrigstida har ført til det sosiologen Beck (1986) har kalt den andre individuelle revolusjonen. Mens det industrielle førkrigssamfunnet la klare og kollektive føringer på identitetsutvikling og klassetilhørighet hos de fleste, har utviklingen i etterkrigstida ført til utvidete muligheter til å velge livsplaner. Følgen er blitt en styrking av individualisme og krav om selvbestemmelse. Dette ønsket om selvbestemmelse støter for det første an mot velferdsstatens rasjoneringsprinsipper. Det vil oppfattes som meningsløst og irriterende at man skal ha så liten valgfrihet når det gjelder å sikre seg selv velferdsgoder i dag eller i framtida. For det andre har individualismen ført til en forandring i den enkeltes syn på visse velferdsgoder. Helse har beveget seg fra å være et mer eller mindre *skjebnebestemt* gode til å bli et *absolutt* gode for enkeltindividet: en forutsetning for dets eksistens, valgmuligheter og livskvalitet.

Et annet og kanskje vel så viktig aspekt ved den moderne kulturen er den alminnelige medikaliseringen av sosialt liv. Helse- og sykdomsbegrepet ekspanderer stadig, og medisinen legger under seg stadig nye områder av liv og samfunn. Zola (1978) trekker særlig fram tre sosiale områder som den medisinske kulturen er i ferd med å kolonisere. Dette gjelder for det første hvilke livsområder som gjøres relevante for medisinsk intervensjon, for eksempel dagligdagse problemer, forebyggende tiltak og personlige bekymringer. For det andre trenger medisinen inn på livets tradisjonelle tabuområder, som for eksempel aldring, alkoholisme og svangerskap. For det tredje tillegges helse stadig større vekt i politiske og sosiale spørsmål, for eksempel i forbindelse med topp-politikeres helsetilstand og krav om ikke-røyking ved ansettelser og forfremmelser. Illich (1975) framhever at denne

kulturelle «iatrogenesen» bryter ned kulturelt overleverte kunnskaper om og forklaringer på smerte, sykdom og død. Denne undermineringen av tradisjonell kultur svekker den kunnskapen og uavhengigheten som tidligere fungerte som buffer mot sykdom, som evne til å bekjempe sykdom, og, viktigst, som ressurs til å mestre et liv i kronisk smerte og sykdom. Zola (1978) mener at den grunnleggende drivkraften bak medikaliseringen er hvert enkelt individs forventning om hvor uendelig mye som kan gjøres for å få en til å føle seg bedre, se bedre ut, og fungere bedre. Andre samfunnsmessige krefter som trekker i samme retning er utviklingen av medisinsk teknologi, markedsføring av helseprodukter og økte kunnskaper om sykdom og behandlingsmuligheter blant folk flest.

Denne koplingen av helsemessige, demografiske, sosiale, økonomiske og kulturelle endringer gir til sammen sterke etterspørselsimpulser i helse-tjenestemarkedet. I tillegg kommer disse prosessene til uttrykk gjennom politiske kanaler som krav om bedre og mer fleksible helsetjenester.

Det er ikke dermed sagt at folk flest nødvendigvis har sterke ønsker om privatisering av helse- og sykehustjenester. Meningsmålinger antyder at holdningene til privatisering av helse- og sykehustjenester *ikke* er blitt mer positive på 1990-tallet. I 1995 mente 67 prosent at sykehus egner seg mindre godt eller dårlig for privatisering. 25 prosent mente at sykehus egner seg svært godt eller ganske godt til privatisering (*Aftenposten* 15.1.1996). En meningsmåling fra 1990 viste at 84 prosent av de spurte mente det offentlige var best skikket til å drive sykehus (Kuhnle 1994:35). Halvparten eller flere av de spurte mente at transporttjenester, barnehager, søppeltømming, renhold og strømforsyning egnert seg godt (det vil si svært godt, eller ganske godt) for privatisering. Dette holdningsmønsteret har ikke endret seg vesentlig siden 1988, da likelydende spørsmål ble stilt i en meningsmåling (Bogen og Langeland 1989). Dette betyr at veksten i bruken av private helsetjenester antakelig ikke skyldes et sterkt og utbredt ønske om private helsetjenester i befolkningen. En mer nærliggende tolkning er at folk bruker private tjenester fordi de mener at tilgjengeligheten til de offentlige er for dårlig, og ikke fordi de har et sterkt ønske om det.

På *tilbudssida* er kanskje den mest kostnadsdrivende faktoren den raske teknologiske utviklingen av medisinsk utstyr og nye behandlingsmetoder. Medisinske nyvinninger er ofte fordyrende, og det av to grunner: Ny teknologi er ofte dyrere enn den som blir erstattet, og den fører til at lidelser som tidligere ikke lot seg behandle, nå kan behandles. Resultatet er køer, udekkete behov og brustne forventninger. Vi vil også trekke fram sysselsetningsveksten i helsevesenet. En tese er at tilbudet genererer sin egen etterspørsel: Flere helsearbeidere skaper flere pasienter. I mars 1996 pågikk en

debatt om de offentlige sykehuslegenes lønns- og arbeidsvilkår. Det fokuseres spesielt på arbeidsvilkårene til de yngre legene, og ikke minst på det de selv mener er for dårlig overtidsbetaling. Det meldes at leger i enkelte fylker har sagt opp overtidsavtalen med fylkeskommunen (*Dagbladet* 5.3.1996). Det hevdes også at denne misnøyen med arbeidsforholdene har ført til at mange leger har sagt opp sine stillinger ved de kommunale sykehusene: «Legene flykter fra sykehusene» (*Dagbladet* 29.2.1996). En spørreundersøkelse rettet mot tillitsvalgte i Yngre legers forening, foretatt av samme forening, indikerer at de offentlige sykehusene har problemer med å holde på legene (Ylf, udatert notat). Undersøkelsen viser at 13 prosent av assistentlegestillingene og ti prosent av overlegestillingene er ubesatt. Andelen av assistentlegene som har sluttet i sin spesialistutdanning i løpet av siste år, blir beregnet til å være særlig høy, hele 23,7 prosent. Leder i Yngre legers forening uttaler: «Legene forsvinner over i privat praksis og bedriftslegestillinger. Mange legemiddelfirmaer driver regelrett «headhunting» av leger, og kan friste med god lønn, tid til forskning og faglig fordypning» (*Dagbladet* 29.2.1996).

De offentlige sykehusene ser ut til å befinne seg i en ond sirkel. Dersom den angivelige legefukten fortsetter, kan konsekvensen bli enda lengre ventelister og flere brudd på ventetidsgarantien. I sin tur kan dette føre til at fylkeskommunene henvender seg til de private sykehusene, og kjøper tjenester der. Allerede i dag utreder og behandler de private sykehusene pasienter for fylkeskommunene. Det gir de private sykehusene ytterligere ekspansjonsmuligheter, og gjør at de kan ansette enda flere leger og annet helsepersonell. Overgangen fra offentlig til privat helsetjeneste kan dermed skyte ytterligere fart, siden både «push and pull»-faktorer virker i samme retning. Helsemyndighetene er imidlertid oppmerksomme på disse problemene, og uttrykker vilje til å gjøre noe med dem. Til *Aftenposten* (12.11.1995) uttalte forhenværende helseminister Christie: «Jeg er veldig redd for å presse de ansatte i helsevesenet ytterligere. Effektiviseringsgrensen er definitivt nådd». I forlengelsen av dette sier politisk rådgiver i Sosial- og helsedepartementet til *Dagbladet* (29.2.1996): «Vi vurderer tiltak mot legemangel, men det er for tidlig å si noe om hvilke.»

Endelig vil vi trekke fram en institusjonell føring som kan forklare den sterke økningen i aktiviteten ved private sykehus og klinikker. Her står ventelistesystemet og den såkalte ventetidsgarantien sentralt. Lange ventelister og brudd på seks månedersgarantien har tilskyndet fylkeskommunene til å søke avlastning ved de private sykehusene. Stortinget har nå vedtatt en utvidet garanti med løfte om behandling innen tre måneder. Dersom iverksettelsen av denne garantien ikke ledsages av tilstrekkelige bevilgninger til

sykehusene, er det grunn til å tro at de private sykehusene får enda flere oppdrag fra fylkeskommunene.

Med denne spenningen mellom tilbud og etterspørsel/behov, er det selvsagt grobunn for voksende misnøye med de offentlige tilbudene og en tilsvarende nysgjerrighet overfor «nye» ideer og løsningsforslag. At generelle rammebetingelser ligger til rette for tiltakende privatisering, kan gi en nødvendig, men ikke tilstrekkelig forklaring på hvorfor interessen for privatisering har skutt slik fart det siste halve året. Også politikken må trekkes inn for å gi en mer fullstendig forklaring.

Fremskrittspartiet gjorde et godt kommune- og fylkestingsvalg høsten 1995. Blant annet økte partiet sitt mandattall til 13 i Oslo bystyre. I kraft av en langt sterkere representasjon i kommunale og fylkeskommunale organer vil de ideene dette partiet målbærer, få langt større gjennomslagskraft enn før. Sammen med Høyre har Fremskrittspartiet flertall i Oslo bystyre. Det som blant annet samler disse to partiene, er synet på privatisering. Om de politiske forslagene disse to partiene har lagt fram, skriver Dagbladet (21.12.1995) i en overskrift: «Hele Norge blir privat.» I Oslo foreslår de to partiene å sette tjenester som renhold og storkjøkkenvirksomhet på sykehus ut på anbud. De foreslår videre at private overtar de offentlige barnehagene, og at hotellfunksjonen ved sykehus og sykehjem overføres til for eksempel hotellkjeder. I debattopplegget som Høyres programkomité laget forut for partiets landsmøte i 1996, har privatisering fått en sentral plass. Debattopplegget understreker blant annet at effektiviteten vil øke med mer marked i det offentlige (Høyre 1996). Partistategene mener åpenbart at mer marked og økt privatisering av tjenester er en god sak for å sanke velgere, og for å profilere seg overfor Arbeiderpartiet.

Ikke bare er høyresida i norsk politikk på offensiven i spørsmålet om privat og offentlig velferd. Det er også tegn til at Arbeiderpartiets tradisjonelle motstand mot og skepsis til privatisering er i ferd med å mykes opp, selv om partiet ikke ønsker å gå så langt som de to høyrepartiene. Regjeringens velferdsmelding erkjenner for eksempel at det *er* grenser for det offentliges omsorg, og understreker det private ansvaret for eget liv og egen skjebne (St.meld. nr. 35 1994–95). I et debattinnlegg i Dagbladet 28.2.1996 redegjør sosialminister Hill-Marta Solberg for sitt syn på privatiseringsspørsmålet. Hun avviser på ingen måte blandingsløsninger mellom private og offentlige tjenester på områder som barnehager og sykehjem. Derimot er hun skeptisk til storstilte privatiseringsframstøt på helse- og sosialområdet. Det er to viktige grunner til det. Den første er fordelingshensynet: Privatisering kan ikke sikre et fullgodt tilbud til alle, eller at tilgjengeligheten er lik uansett hvor du bor. For det andre må helse- og omsorgstjenestene være for-

bundet med trygghet og derfor må også ansvaret for tjenestene være klart og entydig plassert.

Også på grasrota i Arbeiderpartiet ser vi en langt mer positiv holdning til privatisering av det som tradisjonelt er blitt oppfattet som «naturlige» offentlige oppgaver. Arbeiderpartiordføreren i Fredrikstad uttaler for eksempel til VG (10.1.1996) at han ikke har ideologiske betenkeligheter med å kjøpe hjemmehjelpstjenester fra private selskaper. Ordføreren gir uttrykk for en pragmatisk holdning til offentlig eller privat produksjon av hjemmehjelpstjenester: «Så lenge innbyggerne får dekket sine fundamentale behov og de ansatte har anstendige lønns- og arbeidsforhold, er det mindre viktig hvem som utfører tjenestene.» Det var også Arbeiderpartiregjeringen som ga tillatelse til en begrenset privat sykehusdrift ved Volvat Medisinske Senter i 1990. I et TV-intervju 13.3.1996 ga Arbeiderpartiets byrådsleder i Oslo, Rune Gerhardsen, uttrykk for et pragmatisk syn på privatisering av offentlige tjenester generelt, men han gjorde det også klart at det i så måte er forskjell på privatisering av hjemmehjelp og sykehustjenester.

Selv om Arbeiderpartiet og flere Arbeiderparti-politikere nå markerer en mer avslappet holdning til privatisering av velferd enn før, er det åpenbart visse grenser Arbeiderpartiet ikke vil overskride. Som vi skal komme tilbake til i kapittel 3, er det viktige forskjeller i synet på privatisering i helsesektoren mellom fløyene i norsk politikk. Helse og helsetjenester oppfattes åpenbart som spesielle goder. De er ikke som hvilke som helst andre varer som kan kjøpes og selges på markedet, på linje med hvilke som helst andre varer. Dette skyldes dels at helse er et høyt verdsatt gode og en verdifull ressurs, og dels at mange betingelser for at et markedet skal fungere, ikke er til stede. Derfor er også helsetjenesten tuftet på sterke likhets- og rettferdighetsverdier.

Før vi går videre kan det være hensiktsmessig å presisere hva vi legger i privatisering.

2 Hva er privatisering?

2.1 Privatiseringsbegrepets dimensjoner

I dette kapitlet vil vi definere begrepet «privatisering», og diskutere noen skiller mellom ulike typer tjenester. Først i neste kapittel snevrer vi inn perspektivet til helsetjenesten og drøfter en del argumenter som har vært ført i marken for og mot private helsetjenester.

Begrepet privatisering kan romme svært ulike aspekter ved måter å organisere tjenesteproduksjon på. Når man benytter uttrykket privat til forskjell fra offentlig, kan det være hensiktsmessig å skille mellom tre typer private sfærer: marked, frivillige organisasjoner og hjemmene. Alle disse sfærene er private, men måtene de fungerer på, oppfattes vanligvis som svært forskjellige. Mens markedsbaserte eller kommersielle organisasjoner (for profittorganisasjoner) baserer seg på inntjening gjennom salg av tjenester og på prissetting gjennom tilbud og etterspørsel, vil frivillige organisasjoner (ikke profittorganisasjoner) vanligvis skaffe sine inntekter på annen måte, for eksempel gjennom frivillig innsats, frivillige gaver eller lotterier (Hofoss 1987:22). Hjemmene baserer seg verken på salg av tjenester eller på gaver, men på «frivillig» innsats rettet mot familiens egne medlemmer. I denne rapporten konsentrerer vi oss om privatisering i form av markedsprivatisering.

Rapporten behandler i hovedsak private helsetjenester i form av *kommersielt drevne sykehus*, og vi vil derfor i stor grad hente våre eksempler i dette kapitlet fra dette området. I Norge finnes en rekke private sykehus, men bare *tre* som er private i den forstand at de selger helsetjenester i et marked. Det gjelder Volvat Medisinske Senter, Klinikk 8 og Røde Kors Klinikk. Andre private sykehus i Norge er eid av frivillige organisasjoner. De er underlagt offentlig planlegging og styring ved at de inngår i de offentlige helseplanene, og de får sine midler ved offentlige overføringer på linje med offentlige sykehus. Pasientene «betaler» for tjenestene over skatteseddelen, eller fylkenes helsemyndigheter kjøper ledig plass ved andre fylkers sykehus gjennom gjestepasientordningen. Private kommersielle sykehus er et *nytt* fenomen i norsk sammenheng, men som vi senere skal se, er heller ikke disse helt ut private i alle henseender.

I tillegg til distinksjonen mellom ulike sfærer av tjenesteproduksjon, kan det være nyttig å skille mellom minst tre ulike aspekter ved privatisering, hvorav det ene – produsentene – er blitt berørt så vidt allerede. Det er vanlig å gjøre følgende skille (Støkken og Nylehn 1991, Kielland 1986):

- Hvem utfører/produserer tjenesten?
- Hvem finansierer tjenesten?
- Hvem kontrollerer/setter rammebetingelser for tjenesten?

Graden av privatisering av en tjeneste vil være avhengig av hvordan relasjonen er mellom den offentlige og den private sfæren langs disse tre dimensjonene. Helt private tjenester vil være tjenester som produseres privat, betales av kundene av egen lomme, og kontrolleres fullt ut av de private markedsaktørene, som eier bygninger og utstyr. I praksis vil det sjelden være slik at markedsaktører er helt private i denne betydningen. Blandingsformer mellom den private og den offentlige sfæren er mer regelen enn unntaket, særlig innenfor velferds- og helsetjenesteproduksjon.

Mange av den senere tidas forslag om privatisering av offentlige velferdstjenester som hjemmehjelp og hjemmesykepleie dreier seg om privatisering av produksjonssida, det vil si om hvem som skal utføre en tjeneste, mens det fremdeles er forutsetningen at finansieringen skal være offentlig. Anbudskonkurranse er ofte middelet i slike tilfelle, mens større effektivitet er målet. Konkurransen kan foregå mellom private aktører eller mellom private og offentlige aktører, for eksempel gjennom såkalte «regulerte markeder» (ECON 1995).² I enkelte tilfeller dreier det seg imidlertid også om privatisering av betalingen, som når enkelte kommuner unnlater å tilby hjemmehjelp til grupper av eldre med god økonomi, og i stedet henviser disse til å betale private rengjøringsbyråer med egne midler (*Arbeiderbladet* 22.2.96).

Styring med og kontroll over tjenesteproduksjonen er viktig for måten tjenesten frambringes på, og for den kvaliteten tjenesten får. Ved anbudsprivatisering vil det offentlige gjerne være interessert i å beholde en stor grad av kontroll over tjenesteproduksjonen, blant annet gjennom konsesjons- eller rammestyring. Dermed begrenses spillerommet for de private aktørene. Spørsmålet er imidlertid hvor langt det offentlige kan gå i å sette rammer uten at det innvirker på de private aktørenes interesse for å påta seg oppdraget. Det offentlige vil gjerne kreve at tjenesten skal ha en viss kvalitet, men la det være opp til den private aktøren å avgjøre hvordan dette kvalitetsnivået skal oppnås.

² Se oppslag i *Dagbladet* 14.3.96, der Carl I. Hagen argumenterer for privatisering gjennom anbud, og der byrådsleder i Oslo for Arbeiderpartiet slutter seg til hans anslag over mulige offentlige besparelser gjennom anbudsprivatisering.

Når det gjelder privat produksjon av helsetjenester i private sykehus, settes det strenge krav til tjenestenes kvalitet. Som ved andre helseinstitusjoner er aktiviteten underlagt fylkeslegenes helsetilsyn. Også de privat ansatte må ha offentlig godkjent utdannelse, og selvsagt gjelder det alminnelige lovverket som for eksempel arbeidsmiljøloven. Innenfor de formelle rammene er det derimot større fleksibilitet med hensyn til organisasjonsdesign og hvordan profesjonene fordeler arbeidsoppgavene seg imellom. På dette området er det derfor mulig for private aktører å effektivisere virksomheten i forhold til offentlige etater.

Lorentzen (1987) har gruppert privatiseringstypene i seks hovedformer, delvis ut fra de tre dimensjonene – finansiering, produksjon, styring – vi har nevnt ovenfor, og ut fra de formene som oftest gjør seg gjeldende. Enkelte av formene har vi allerede vært inne på.

1) Ansvarsprivatisering: forskyvninger i oppfatninger av hvor et problem hører hjemme. Det har for eksempel i senere tid blitt mer akseptabelt at markedsaktører tar seg av velferdsoppgaver.

2) Markedsprivatisering: salg av tidligere offentlig virksomhet, både eiendom og forretningsdrift, til private. Særlig i Storbritannia har vi sett et stortilt salg av offentlige selskaper (British Telecom, British Aerospace, British Petroleum osv.). I Norge diskuteres for eksempel salg av offentlig vannforsyning eller elektrisitetsverk (Oslo Energi). Noen vil kalle dette salg av arvesølvet! En annen variant vil være å utsette offentlige tjenesteleverandører for markedskonkurranse fra andre private eller offentlige aktører, men uten av det offentlige avhender vesentlig styringsrett.

3) Kostnadsprivatisering: for eksempel når offentlige myndigheter overfører alle eller deler av kostnadene ved et offentlig velferdstilbud på private brukere. Egenandeler er her et stikkord. Dette har vært en vanlig form for privatisering i Norge i de siste åra, men i mindre grad innenfor helse- og omsorgstjenester enn innenfor andre offentlige tjenester (kollektiv transport, barnepass, bompenger, renovasjon). Det har for eksempel funnet sted en formidabel vekst i kommunale avgifter.

4) Anbudsprivatisering innebærer, som vi har vært inne på, at det offentlige setter produksjon av varer og tjenester ut på anbud til private (og offentlige) leverandører. Dette er en svært vanlig privatiseringsform i deler av forvaltningen, særlig innen kommunene, der store deler av den tekniske sektorens arbeidsoppgaver utføres av private aktører, som for eksempel snørydding, vedlikehold av veier, nybygg, renovasjon. Som regel sørger det offentlige for at kvaliteten på produksjonsresultatet er i samsvar med nærmere spesifiserte standarder.

5) Forvaltningsprivatisering: delegering av forvaltningsansvar til private aktører. For eksempel har Norske Veritas fått delegert myndighet til å gi sjødyktighetsattest til skip og borerigger. Her avhender offentlige myndigheter kontroll- og styringsrett over et saksfelt – om ikke hele, så deler av det. Denne privatiseringsformen har imidlertid vært lite benyttet i forbindelse med helse- og velferdstjenester.

6) Tilbudsprivatisering: når det dukker opp nye tilbud til publikum på et område der det offentlige har hatt eneansvar, som i tilfellet med private sykehus og delvis også private barnehager. Tilbudsprivatisering er gjerne et resultat av manglende samsvar mellom privat etterspørsel etter en tjeneste og det offentlige tilbudet. Egentlig dreier det seg ikke her om privatisering i streng forstand, siden de nye tilbudene aldri har vært på offentlige hender, men de dukker opp på områder som det offentlige tradisjonelt har hatt «enerett» på.

2.2 Hvor går grensene mellom det offentlige og det private?

I uttrykket privatisering ligger det en forutsetning om at frambringelsen av en tjeneste har vært i offentlig regi, for deretter å overlates til et privat ansvar – helt eller delvis. I den senere tida har vi sett framveksten av en rekke helse-tjenester³ som dels er nye, dels er blitt utført innenfor det offentlige helsevesenet. Et eksempel er kosmetisk kirurgi, som bare i lite omfang er blitt utført av det offentlige helsevesenet. Er da volumveksten på dette området innenfor private helseklinikker uttrykk for en privatisering av tidligere offentlige tjenester, eller dreier det seg rett og slett om vekst i et privat tilbud som forefinnes ved siden av det offentlige? Dette reiser igjen spørsmålet om hva som har vært, er eller bør være et offentlig ansvar. Er alle nye helse-relaterte tjenester som dukker opp, «i utgangspunktet» underlagt et offentlig ansvar?

Historisk sett er en rekke tjenester som i dag oppfattes som underlagt et klart offentlig ansvar, blitt igangsatt og utført i privat regi, for så senere å komme på offentlige hender. Det gjelder også innenfor det vi vanligvis oppfatter som kjerneområdene for det offentliges ansvar, velferds- og helse-tjenester. Av ulike historiske grunner har så den offentlige sektoren fått et bestemt omfang og en bestemt utforming i Norge. Tannhelsetjenesten er i

³ Hva man skal kalle helsetjenester, vil også være et definisjonsspørsmål. Helsepersonell utfører også tjenester som ikke har et klart helseaspekt i snever forstand, for eksempel deler av den kosmetiske kirurgien.

Norge i overveiende grad privat, mens kinodrift er underlagt kulturpolitikken, og er således offentlig. Denne grensdragningen mellom privat og offentlig sektor vil variere historisk og fra land til land.

I et velferdsstatsperspektiv har man gjerne skilt mellom velferdsstatens kjernetjenester på den ene sida og mer teknisk rettete tjenester på den andre. Blant kjernetjenestene finner vi helse-, sosial- og omsorgstjenester, utdanning og delvis også boligpolitikk. Blant de mer teknisk rettete tjenestene har vi for eksempel søppeltømming, renhold, kantinedrift og snørydding. Kjernetjenestene har ofte et tilgjengelighetsaspekt, det vil si, det er en norm om at tjenestene skal være tilgjengelige for alle uavhengig av kjønn, alder, sosioøkonomisk status, bosted osv. Det er derfor ikke uvesentlig hvem som har ansvaret for frambringelsen av disse tjenestene. En tradisjonell antakelse er at offentlige aktører i større grad enn private kan sikre tilfredsstillende tilgjengelighet av velferdstjenestene.

Skillet mellom kjernetjenester og tekniske tjenester er selvsagt ikke vannrett. Barnetilsyn og barnehager er eksempler på at grensdragningen mellom offentlig og privat ansvar kan være flytende. Noen vil oppfatte dette som et offentlig ansvar, men andre mener at barnepass like gjerne kan skje i privat regi, og at det ikke bør likestilles med for eksempel utdanning. Det er ikke så mange tiåra siden den ubestridte normen var at foreldrene skulle passe barna sine selv. Man kan også si som Oslos byrådsleder Rune Gerhardsen har gjort (*NRK* 21.12.1995), at målet må være at det som i dag er offentlig, bør fortsette å være i offentlig regi, men at nye tilbud godt kan være private.

Også innenfor ett og samme velferdsområde som helsetjenester er det skiftende syn på hvilke tjenester som bør tilhøre henholdsvis den private eller den offentlige sfæren. Vi har eksempler på tjenester som ikke bare er nedprioritert i det offentlige helsevesenet, men også bortprioritert, for eksempel kosmetiske tjenester som ikke er medisinsk begrunnet. Men det finnes også eksempler på at tjenester som først ble produsert innenfor privat virksomhet, for eksempel akupunktur, etter hvert har fått innpass i det offentlige helsevesenet – uten at det offentlige helsevesenet ennå har gjort krav på å gjøre akupunktur til et offentlig ansvarsområde. Tilsvarende ser vi at en del helsetjenester utføres *både* i privat og i offentlig regi, som for eksempel grå stær-operasjoner, ortopediske operasjoner og brokkoperasjoner. Denne arbeidsdelingen mellom offentlig og privat sektor synes å være mer praktisk enn ideologisk begrunnet, og grensene er selvsagt ikke satt en gang for alle.

I dagens Norge ser det ut til at privatiseringsbestrebelsene også når inn på de såkalt tradisjonelle velferdsstatsområdene som helse og omsorg, og til

en viss grad også utdanning, jamfør for eksempel private videregående skoler. Som nevnt er flere politiske partier beredt til å sette stadig nye oppgaver ut til private, først og fremst gjennom anbud (*Dagens Næringsliv* 30.1.1996), og private aktører står klare til å overta offentlige omsorgsoppgaver som for eksempel hjemmehjelpstjenester og alders- og pleiehjem.⁴

La oss oppsummere hovedpunktene i dette avsnittet: Privatisering har tre viktige dimensjoner, produksjon, finansiering og kontroll/styring, og disse dimensjonene kan blandes på utallige måter. Det er ikke gitt en gang for alle hvordan blandingen mellom offentlig og privat skal være. Den politiske debatten dreier seg i øyeblikket blant annet om hvilke dimensjoner de private kan overlates ansvaret for, og hvilke dimensjoner det offentlige skal beholde ansvaret for. Svaret på disse spørsmålene vil blant annet avhenge av hvilke tjenester som diskuteres. Her går det et avgjørende skille mellom tekniske tjenester og velferdsstatens kjernetjenester. I Norge hører grunnleggende helsetjenester definitivt med til kjernetjenestene. Som nevnt foran, er det finansieringsspørsmålet som er det mest kontroversielle, og som er mest interessant: Skal helsetjenestene betales av det offentlige, eller skal pasientene betale av egen lomme?

I neste kapittel tar vi for oss diskusjonen om fordeler og ulemper med kommersielle helstjenester.

⁴ Se *Dagens Næringsliv* 17.1.1996. Det store firmaet ISS markerer en klar interesse for å gå inn i slike arbeidsoppgaver.

3 Argumenter for og mot private helse- og sykehustjenester

3.1 Politiske frontlinjer

I privatiseringsspørsmålet finner vi, som antydnet, en klar høyre-venstredimensjon. Denne dimensjonen kommer tydelig fram i stortingspartienes merknader til Helsemeldingen (Innst.S. nr. 165 1994–95). Arbeiderpartiet, Senterpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Kristelig Folkeparti fylket seg bak erklæringer om behov for en helhetlig helsepolitikk med politisk styring basert på likeverdighet, rettferdighet og kostnadskontroll. Ikke minst fra Sosialistisk Venstrepartis side er det en uttalt frykt for at økt privatisering fører til et klassesdelt helsevesen. Partimedlem Sortåsløkken uttaler for eksempel til Aftenposten 13.5.1996: «Tillater vi ytterligere vekst, frykter jeg utviklingen mot klassesdelt helsevesen».

En annen allianse i sosialkomiteen i Stortinget, bestående av Høyre, Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti, uttalte i sine kommentarer til helsemeldingen at: «[. . .] private helsetilbud utgjør et viktig supplement til de offentlige tilbud, og at den private og offentlige innsatsen i helsevesenet utfyller hverandre. Ved siden av å øke det totale helsetilbudet, og øke valgfriheten til pasientene, gir privat virksomhet det offentlige nyttig konkurranse og er med på å utvikle større brukerinnflytelse i helsevesenet». Derimot fikk ikke Høyre og Fremskrittspartiet med seg Kristelig Folkeparti på en uttalelse om at det må legges bedre til rette for private tilbydere av helsetjenester, og at «Det bør være en lovfestet rett til å etablere private sykehus når medisinske og faglige krav er oppfylt» (Innst.S. nr. 165 1994–95).

Konklusjonen i Nasjonal helseplan fra 1988 er at helsetjenester bør være offentlige, og at private helsetilbud kan «stimuleres» dersom de inngår i en offentlig plan og fungerer som et «supplement eller korrektiv til tjenester i offentlig regi» (St.meld. nr. 41 1987–88). I den siste Helsemeldingen (St.meld. nr. 50 1993–94) nøyer regjeringen seg med å holde fast at «utviklingen av helsetjenesten fortsatt skal være underlagt offentlig styring.» Og: «For å kunne opprettholde en rettferdig og likeverdig tilgang på helsetilbu-

dene, må hoveddelen av helse- og omsorgstjenestene fortsatt finansieres av fellesskapet». Regjeringen framholder videre at «Et begrenset tilbud av kommersielle, private helsetjenester, skal fortsatt bare være et supplement til det offentlige helsetilbudet, og vil først og fremst være aktuelt på områder som har lav prioritet» (St.meld. nr. 50 1993–94:13). At det kommersielle helse-tjenestetilbudet skal være et *supplement* og bare ta oppgaver med *lav prioritet*, er et standpunkt som går igjen i Arbeiderpartiregjeringens helsepolitiske dokumenter.

La oss nå drøfte en del viktige argumenter som er reist for og mot privatisering av helsetjenester generelt og sykehustjenester spesielt. Noen av argumentene er normative og verdiladde, og lar seg ikke avgjøre gjennom empirisk utforskning, mens andre argumenter lar seg belyse forskningsmessig. For eksempel kan vi ikke avgjøre ved hjelp av forskning om likhet er en god ting, men vi kan klargjøre om den norske helsetjenesten behandler pasientene likt ved hjelp av forskning.

3.2 Argumenter mot privatisering

På det ideologiske planet er det, ifølge Hjort (1987), to overordnede hensyn involvert på hver sin side i privatiseringsdebatten, hensynet til *likhet* og hensynet til *valgfrihet*. Likhets- og frihetsargumentene er begge ideologiske argumenter som ikke direkte og konkret knytter an til debatten om private sykehus i Norge. Få eller ingen har tatt til orde for et fullt ut kommersialisert helsevesen her i landet, heller ikke gründerne av private sykehus. Deres uttalte ambisjon har vært å etablere private tilbud som et supplement til det offentlige. La oss først se nærmere på likhetsargumentet.

Det tyngste ideologiske argumentet mot privatisering er likhetsargumentet. Likhet i betydningen lik tilgang til helsetjenester er et ideal i norsk helsevesen. Dette likhetsidealet er gitt ulike konkrete utforminger. Alle partiene på Stortinget har imidlertid sluttet seg til følgende erklæring: «Et godt offentlig helsevesen må organiseres slik at det kan tilby rask og god behandling for alle uansett økonomi, bosted, kjønn og alder» (Innst.S. nr. 165 1994–95 s. 6). Dette idealet er også nedfelt i Verdens helseorganisasjons program *Helse for alle innen år 2000*. Private helsetjenester bryter med dette grunnleggende likhetsprinsippet, fordi det som er privat, ikke er for alle (Hjort 1987). Likhet i tilgang til helsetjenester kan begrunnes på flere måter. Én begrunnelse er at lik fordeling av helse er en forutsetning for like muligheter i livssjanser. En annen viktig begrunnelse er at likhet fremmer sosial integrasjon, og følelse av fellesskap og samhörighet blant samfunnsmedlemmene (Walker 1984).

Det blir påstått at private helsetjenester kan forsterke ulikheten langs fire dimensjoner av helsetilbudet: a) den geografiske, siden private tilbud lokaliseres i utkantstrøk, b) den sosiale, siden ressursvake grupper ikke slipper til, c) den aldersmessige, siden geriatri gis liten eller ingen oppmerksomhet, d) den medisinske, siden sammensatte, kroniske sykdommer og tunge psykiatriske lidelser blir nedprioritert i et privat system. «Det er finansielle og ikke filantropiske interesser som er drivkraften,» skriver Hjort (1987:171).

Tilhengerne av privat helsevesen vil ikke nødvendigvis avvise at slike skjevheter blir opprettholdt eller vil oppstå, men mange vil likevel legge større vekt på den valgfriheten og de positive konsekvensene privatisering kan medføre. Selvsagt finnes de som argumenterer for at likhet ikke skal være en overordnet verdi. Noen hevder for eksempel at likhet kun er berettiget når den tjener effektiviteten (Culyer 1988).

I det egalitære Norge støter vi sjelden på slike argumenter, snarere tvert imot. Her i landet brukes likhet som argument for privatisering av tilhengerne av privat helsevesen. Det hevdes at det offentlige helsevesenet ikke selv er i stand til å etterleve sine egne likhetsidealer. Legen Jens Moe hevder for eksempel at «Folk med penger og makt har alltid kunnet skaffe seg fordeler – også i helsevesenet. For å unngå et klasseslett helsevesen, må vi komme frem til ordninger hvor det offentlige og private samarbeider til beste for pasientene. Og vi må finne frem til forsikringsordninger som gir alle samme rettigheter uansett inntekt» (*Aftenposten* 7.2.1996). Moe hevder også at pasienter med bekjenskaper i helsevesenet uten problemer kan snike i køen, og på den måten få rask og god behandling (*Aftenposten* 14.11.1990). På den annen side bestrider Moe at alle brukerne av private tjenester kommer fra Oslos vestkant og er velbemidlede. Moe er ikke alene om å mene at private helsetilbud stadig oftere brukes av alminnelige mennesker. Lederen for Doktor Willes legesenter i Fredrikstad sier for eksempel at «I dag tror jeg 75 prosent av pasientene mine er Ap.-velgere. Det er morsomt» (*Aftenposten* 7.2.1996).

Flere helsetjenesteforskere hevder også at likheten i det offentlige helsevesenet er illusorisk. Jensen og Bomann-Larsen (1991:27) konkluderer for eksempel med at det er en tendens til sosialt skjev fordeling og tilfeldige variasjoner i tilbudet. I sin bok om det medisinske klassesamfunnet skriver Fugelli: «De ressurssterke, foruten å være friskest, [. . .] vet å betjene seg mest effektivt av helsevesenet, og omvendt, de med armod på penger, utdanning og helse er også fattigst på evner og mulighet til å nyttiggjøre seg helsetjenesten. [. . .] Nå har det lenge, uavhengig av penger, men mer betinget av sosiokulturell bakgrunn, funnet sted en forskjellsbehandling av pasien-

ter i norsk medisin. Jeg påstår dette med bestemthet, selv om det ikke finnes tallmessig belegg for anklagen i undersøkelser fra vårt eget land» (Fugelli 1982:133).

I disse utsagnene hører vi ekkoet av det som Tudor Hart har kalt «the inverse care law». Denne loven innebærer at «the availability of good medical care tends to vary inversely with the need of the population served» (Tudor Hart 1975:205). Men, som også Fugelli vedgår, det empiriske belegget for disse påstandene er ikke alltid like overbevisende. Som vi skal komme tilbake til i neste kapittel, vet vi lite om hvordan den sosiale sammensetningen av pasienter i private klinikker og sykehus skiller seg fra tilsvarende sammensetning i de offentlige helseinstusjonene.

Dersom det er slik at likhetsidealene ikke innfris i det offentlige helsevesenet, er det da gitt at løsningen er et privat tilbud? Moe mener ja. Fugelli mener nei: «Styrkemidler til den offentlige helsetjenesten er den eneste medisin mot et privat helsevesen på sida av det offentlige» (Fugelli 1984). Selv om Moe og Fugelli er enige om diagnosen, for å holde oss til medisinsk terminologi, er de ikke enige om behandlingen.

Likhetsargumentet kan også utvides til å inkludere de helsepolitiske konsekvensene av et todelt helsevesen. Hvis de private sykehusene og klinikkene trekker til seg det beste og mest taleføre helsepersonellet og de mest høyrøstete pasientgruppene, vil kravet om et bedre offentlig helsevesen stilne, eller være uten appell i media og hos bevilgende myndigheter. I Norge er det selvsagt svært langt fram til et slikt scenario. Det er likevel mulig at det foreligger en fare for at velkvalifiserte ansatte i den offentlige helsetjenesten vil velge «exit», det vil si å forlate den, framfor «voice», det vil si å arbeide aktivt for en forbedring. Dette vil på lang sikt kunne føre til tendenser til et todelt og klassesdelt helsevesen som opererer i tråd med «the inverse care law»: De fattige og syke får de dårligste tjenestene. I sosialpolitisk tenkning er det en etablert sannhet at det er en sammenheng mellom tjenestens kvalitet og kjennetegn ved brukerne. Denne sammenhengen er karakterisert slik: «Poor services are poor people's services».

Ressurstappingsargumentet går ut på at private klinikker og sykehus vil tappe det offentlige helsevesenet ytterligere for nøkkelpersonell, no som vil føre til enda større geografiske skjevheter i det totale helsetjenestetilbudet. I Nasjonal helseplan (St.meld. nr. 41 1987–88:71) kommer dette argumentet klart fram: «Både mangelen på personell i den offentlige helsetjenesten og den skjeve geografiske fordelingen av helsepersonellet antas å forsterkes ved en utvidelse av private og kommersielle helsetjenestetilbud.» Meldingen peker særlig på at det i utkant-Norge er stor mangel på den typen per-

sonell (operasjonssykepleiere, anestesisykepleiere og intensivsykepleiere) som er ansatt ved de private klinikkene og sykehusene.

En avart av ressurstappingsargumentet er at kvalifiserte fagfolk i offentlige sykehus foretrekker å engasjere seg i privat virksomhet utenfor arbeidstida, framfor å delta i organisasjonsutvikling ved det sykehuset de er ansatt ved. Demoralisering hos det «lojale» personalet kan være en viktig, men lite synlig virkning av denne typen lekkasje.

Ressurstappingsargumentet var sammen med likhetsargumentet det Regjeringen la størst vekt på i rettssaken mot Jens Moe/Askerklinikken i 1990. På vegne av Askerklinikken anla Jens Moe sak mot Sosialdepartementet fordi han mente at Regjeringen hadde begått løftebrudd ved først å si ja til privat sykehus og deretter nei. Dette pragmatiske argumentet svekkes imidlertid kraftig i det øyeblikket det ikke lenger er knapphet på helsepersonell. Og selv i en periode med knapphet på ulike typer personell, er argumentet ikke uangripelig. For det første tilsier det beskjedne omfanget av private sykehus inntil i dag at de private sykehusenes eventuelle årelating av det offentlige ikke er særlig alvorlig. At offentlig ansatte sykehusleger slutter og går inn i privat praksis og i private klinikker, er antakelig et større og mer alvorlig problem. For det andre: dersom dette var et avgjørende og alvorlig ment argument, burde det offentlige utdanne flere spesialsykepleiere og eventuelt leger. For det tredje er det en del helsepersonell, særlig leger, som driver vekselbruk mellom privat og offentlig drift. En grunn er at mange vil holde på sin refusjonsrett, en rett de vil tape dersom de jobber i det offentlige på fulltid. For det fjerde: Nord og Forsén (1987:106) fant på midten av 80-tallet at sykepleierne i de private klinikkene ikke var rekruttert fra sykehus i utkant-Norge. Det betyr at virkningen av de private sykehusenes tapping av helsepersonell i så fall er indirekte, ved at det frigjøres ledige sykehusstillinger i sentrale strøk, som helsepersonell fra distriktene kan søke. Det er også satt spørsmålsteget ved ønskeligheten av å etablere spesialisttjenester i stort omfang ved små utkantsykehus. Sykehus med et spinkelt befolkningsgrunnlag vil vanskelig kunne gi spesialistene det erfaringsgrunnlaget de trenger for å utvikle sin spesialitet og bli sikre i sitt fag. Et siste argument er at selv om det private tapper det offentlige for ressurser, bør næringsfriheten gjelde i helsevesenet slik den gjelder ellers i arbeidslivet. Det må være opp til den enkelte helsearbeideren om hun vil arbeide i det private eller i det offentlige.

Prioriteringstesens går ut på at private helsetjenester trenger seg inn i de offentlige prioriteringene og skaper en skjev fordeling av ressursene i forhold til politisk vedtatte mål. Privatisering kan, ifølge Hjort (1987), føre til prioriteringsforskyvning av den geografiske fordelingen av helsetjenester.

ter gjennom konsentrasjonen av private tilbud i Oslo og andre sentrale strøk. Viktigst i denne sammenhengen er kanskje at private tilbud av behandlinger som det offentlige ikke vil prioritere, også genererer et etterspørselspress i det offentlige. Dette vil særlig være uheldig for behandlinger og tiltak der den dokumenterte nytteeffekten er tvilsom.

3.3 Argumenter for privatisering

Hjort (1987) framholder at det klassiske forsvaret for et privat marked for helsetjenester er *frihetsargumentet*. Folk må få lov til å bruke sine penger på hva de vil, enten det er mat, luksusgoder eller helsetjenester. På samme vis må leger få lov til å etablere privat praksis og behandle pasienter hvis det offentlige ikke kan møte etterspørselen. Til legenes egeninteresse av fri etableringsrett kan vi dessuten tilføye den plikten leger etter legeloven og etiske retningslinjer har til å hjelpe mennesker. Dette liberale argumentet kan virke besnærende. Standardinnvendingen er at den relle friheten kun gjelder for de få, det vil si de mektige og velbemidlede. Friheten gjelder ikke for de fattige, de kronisk syke, de funksjonshemmete og de som bor i grisgrendte strøk.

Dessuten bygger det liberale argumentet på problematiske forutsetninger om pasienten som velinformert og fornuftig konsument som fritt kan velge helsetjenester på et marked (ECON 1994, Iversen 1985, Knutsen 1989). Dette krever at hun aktivt må søke informasjon for å holde seg orientert om tilbudene. Hun må selv treffe avgjørelser og leve med konsekvensene av sine valg. For at et privat helsemarked skal fungere etter hensikten, er det derfor visse forutsetninger som må være til stede: a) Individene må være godt informert om markedsforholdene, hvor tjenesten kan skaffes, hvor mye de koster, hvor god kvalitet de har, og så videre, b) det må eksistere flere uavhengige tjenestetilbydere, c) det må være relativt enkelt å måle kvaliteten på tjenesten, og d) tjenestene må være relativt billige og benyttes ganske ofte. Dermed lærer pasientene av erfaring, og de får mulighet til å sammenlikne tjenester og eventuelt skifte tjenesteleverandør. Når det gjelder forbruk av mange helsetjenester, er ikke disse forutsetningene innfridd. Særlig problematisk er den tidvis stilltiende forutsetningen om pasienten som den velinformerte konsumenten. Forholdet mellom lege og pasient er kjenneetegnet av det som gjerne kalles asymmetrisk informasjon. Legen vet mye om det pasienten vet lite om. Pasienten er ofte usikker på sin egen helsetilstand, hun vet ikke hva som er galt, når hun skal gå til lege, hvem hun skal gå til, eller hvordan hun skal mestre sykdommen. Hun vet heller ikke alltid hvil-

ken retning sykdomsforløpet tar, hva utfallet av ulike behandlingsformer er, eller hvordan etterspørselen etter helsetjenester vil bli i framtida. Heller ikke vet hun hvilke kriterier hun skal legge til grunn for å kvalitetsvurdere legen (se for eksempel Iversen 1985:23). I tillegg vil helsetjenesteprodusenter i et fritt marked neppe etablere virksomhet i gravgrendte strøk der pasientgrunnlaget er svakt. I et land der lik tilgang til helsetjenester står sterkt, er dette selvsagt en alvorlig svakhet. Og hvis private helsetjenestetilbydere likevel etablerer seg i utkant-Norge, er det fare for monopolisering med høyere priser og suboptimal effektivitet som resultat (Iversen 1985).

Kjernen i *avlastningsargumentet* er at de private tjenestene avlaster det offentlige ved å behandle pasienter som står i de offentlige helsekøene (Hjort 1987). Dermed kortes ventetida ned for dem som står igjen i disse køene. Grå stær-operasjoner er et godt eksempel på dette. Alternativt kan det hevdes at private sykehus vil kunne avlaste de offentlige ved å ta de lettere og enklere tilfellene, slik at de offentlige kan konsentrere seg om de tyngre og mer kompliserte tilfellene. Et spesialtilfelle hvor private tilbud *kan* gi stor avlastningsverdi, er når privat innsats mobiliseres for å bli kvitt aktuelle køer, for eksempel ved at sykehus leies ut til personalet på kveldstid (jf helgesatsingen ved Kongsberg sykehus for å få redusert køene til øre-nese-hals-operasjoner). Et annet spesialtilfelle er offentlige kjøp av privat behandling for sykmeldte som står i offentlig sykehuskø. I 1994 samarbeidet Volvat med Skedsmo trygdekantor, og opererte pasienter som ellers ville stått i offentlig kø og hevet sykepengene. I dette tilfellet avlaster private tilbydere det statlige trygdebudsjettet. En innvending mot denne prioriteringen av yrkesaktive er selvsagt at de rykker raskere fram i behandlingsskøen enn ikke-yrkesaktive, og at det er urettferdig. Likevel er det mulig at også de ikke-yrkesaktive kommer bedre ut enn de ellers ville ha gjort fordi den offentlige køen avvikles raskere når de yrkesaktive tas ut.

En innvending mot privat avlastning er at det kan bli operert flere som ikke trenger det så sterkt eller så raskt. Et annet problem som de fleste moderne industriland har erfart, er at tilbudet skaper sin egen etterspørsel. Økte behandlingstilbud demper ikke forventninger og etterspørsel, snarere tvert imot. At flere kan behandles, kan bidra til at flere ønsker å bli behandlet. Av denne grunn vil vi aldri bli kvitt køene i et offentlig system. På sikt er det derfor ikke sikkert at private tilbud vil redusere køene. Hvorvidt en slik mulig økt etterspørselseffekt er et godt argument for at det offentlige bør holde igjen på de private tilbudene, kan diskuteres. Dersom argumentet trekkes litt lenger, leder det til at all behandling – både offentlig og privat – bør innskrenkes for å redusere forventninger og etterspørsel. Vi kjenner ikke til at noen har framført dette argumentet konsekvent.

Nok et problem med avlastningsargumentet er at det kan oppstå et press for at det offentlige skal ta i bruk de tilbudene de private institusjonene gir, men som det offentlige ikke ønsker å prioritere opp. Som nevnt er det helt i tråd med offisiell helsepolitikk at de private tilbyderne skal ta hånd om lavt prioriterte oppgaver: «Et begrenset tilbud av kommersielle, private helse-tjenester [. . .] vil først og fremst være aktuelt på områder som har lav prioritet» (Innst. S. nr. 165 1994–95 s. 6). Endelig kan det pekes på at private tilbydere ikke avlastet det offentlige med de tunge og kostnadskrevede oppgavene som virkelig hadde monnet, for eksempel tjenester rettet mot eldre, og det svekker avlastningsargumentets generelle gyldighet.

*Effektivisering*⁵ har vært framhevet som kanskje den største fordelen ved privatisering av offentlige tjenester generelt. Helsetjenester produsert av private tilbydere ved sida av de offentlige, antas å ha flere positive konsekvenser. Det hevdes at private sykehus og klinikker produserer mer effektivt enn de offentlige, og gir dermed gi større samfunnsmessig gevinst. På denne måten kommer det private supplementet hele samfunnet til gode. Intervjuer med lederne av de private klinikkene gir et forholdsvis klart bilde av hva som er disse klinikkenes fortrinn når det gjelder utnyttelse av ressurser: Spesialisering av bestemte typer operasjoner og fraværet av akuttberedskap gjør det mulig for dem å optimalisere pasientgjennomstrømningen og behandlingen på en måte som er umulig i offentlige sykehus. Ved Volvat hevdes det for eksempel at deres pasientflyt og kundebehandling er mer effektiv og bedre enn i det offentlige, fordi organisasjonen er mer fleksibel og mindre byråkratisk og tungrodd enn offentlige sykehus. Fra de offentlige sykehusenes side hevdes det imidlertid at det er begrenset hvor «effektive» de kan være, fordi de er pålagt å holde akuttberedskap. Gitt vedvarende knapphet på ressurser i det offentlige helsevesenet, ser vi her kanskje konturene av en mer permanent arbeidsdeling mellom private og offentlige klinikker, slik det er i Tyskland. Der har de en struktur av overveiende offentlig drevne generalistsykehus supplert av en rekke privat drevne spesialklinikker (Kühn 1984).

Som et middel for å heve effektiviteten også i de private sykehusene, anbefales mer konkurranse mellom private og offentlige sykehus. Argumentet er at konkurransen om «kundene» fører til at også det offentlige må skjer-

⁵ I det offentlige ordskiftet brukes ofte effektivitet når det egentlig siktes til produktivitet. I tråd med etablert språkbruk angår produktivitet forholdet mellom produksjon og ressurser, og kan for eksempel måles som kostnad per pasient. Effektivitet er et mer omfattende og ambisiøst begrep som også innbefatter resultatindikatorer som for eksempel økt livslengde. Effektivitet kan for eksempel måles som kostnad per vunnet leveår (Grund 1991:131). Det betyr at produktiviteten kan gå opp – at flere behandles med de samme ressursene, samtidig som effektiviteten kan gå ned, for eksempel om tallet på reinnleggelser øker.

pe seg og produsere mer effektivt. Større konkurranse kan imidlertid være et tveegget sverd med hensyn på effektiviteten. Konkurranse mellom offentlige og private sykehus kan, for det første, virke som en pressfaktor som øker ressursbehovet i det offentlige helsevesenet, for eksempel ved at de private klinikkene betaler høyere lønninger og tar i bruk nye og dyre – men ikke alltid like høyt prioriterte – behandlingsmetoder. I denne forbindelse peker Iversen (1985:38f) på at leger som er ansatt i begge sektorer, ikke har økonomiske incentiver til å redusere køene i det offentlige, dersom de er avhengige av de samme køene for å fylle aktiviteten der de er privat ansatt. Dersom myndighetene kommer til at de private sykehusene driver mer effektivt enn de offentlige, kan det dessuten hende de skjærer ned på bevilgningene til «egne» sykehus. Resultatet kan dermed bli at det blir behandlet færre pasienter i det offentlige, ikke at det drives mer effektivt. Det omtalte vedtaket i Oslo kommune om å sette operasjoner ut på anbud til både private og offentlige sykehus, kan ha en slik uheldig langsiktig virkning. Direktøren ved Ullevål sykehus framholder at sykehuset kan risikere å tape anbudskonkurransen med de private sykehusene av grunnene som er nevnt ovenfor, og advarer: «Ullevål må redusere staben hvis sykehuset ikke får oppdrag nok» (*Aftenposten* 5.3.1995).

Innovasjoner kan være et biprodukt av konkurranse. Siden de private sykehusene står friere enn de offentlige, kan de tillate seg å være mer innovative. Hjort (1987) mener at den offentlige helsetjenesten har utviklet seg til en stor organisasjon som er stiv, tung og ofte preget av problemer med både effektivitet og servicevilje. Selv om han ellers er skeptisk til kommersielle sykehus, kan han godta et begrenset innslag av privat sykehusdrift hvis det tilfører fellesskapet, det vil si det offentlige helsestellet, noe «nytt og nyttig». Vi kan nevne nye behandlingsmetoder og tilbud som det offentlige forsømmer, mer effektive driftsformer som kan tjene som korrektiv til det offentlige, spesielle oppgaver, bedre service, større brukerinnflytelse, bedre pasientkontakt og dermed større tilfredshet blant pasientene. Talsmenn for private sykehus mener selv at de er flinkere enn de offentlige sykehusene til å gi pasientene personlig oppfølging. Større konkurranse kan således anspore offentlige sykehus til å eksperimentere med nye ledelses-, organisasjons- og styringsformer, nye finansieringsformer og nye behandlingsmetoder og ikke minst til å gi bedre pasientbehandling (Grund 1991:225). Hjort (1987) tror derfor at det offentlige helsevesenet har noe å lære av det å bli utsatt for konkurranse, og her får han følge av flere (Grund 1991). Derimot mener Hjort, og flere med han, at det ikke er fornuftig å bygge opp kommersielle helsetjenester på områder der det offentlige er

engasjert. Da kan myndighetene like gjerne øke kapasiteten i det offentlige tilbudet.

Effektiviseringstiltak er selvsagt ikke ukjente i offentlige sykehus, selv om disse ikke er utsatt for konkurranse. For å øke effektiviteten i de offentlige sykehusene, har helsemyndighetene satt i gang en rekke forsøk (se Grund 1991), blant annet DRG-stykkprisprosjektet (Lian 1994). DRG står for diagnoserelaterte grupper. DRG-stykkprissystemet er et pris- og produksjonsbasert finansieringssystem som går ut på å simulere et marked. Sykehuset selger tjenester som staten ved Rikstrygdeverket kjøper på vegne av pasientene. Dette markedsanaloge styringsverktøyet forventes å gi effektivitetsgevinst uten at det vil gå ut over likhetsverdiene i helsetjenesten. Målet med systemet er å øke legenes kostnadsbevissthet internt i sykehusene, men uten at det skal påvirke pasientprioriteringen (Lian 1994:23). Bruk av «regulerte markeder» i helsetjenesten er også foreslått (ECON 1994). ECON argumenterer for bruk av regulerte markeder, fordi det kan bidra til å styrke pasientenes rettigheter og valgmuligheter (større grad av «konsumentsuverenitet»), men det advares mot å gå for langt. En annen effektiviseringsstrategi som blant andre Arbeiderpartiet og sosialministeren har gått inn for, som alternativ til konkurranse, er å utvikle samarbeidet mellom offentlige sykehus for å utnytte ressursene bedre.

Konklusjonen på denne diskusjonen er langt fra entydig. Drøftingen har reist flere spørsmål enn den har gitt svar. En viktig grunn til usikkerheten er at feltet er såpass sammensatt og innfløkt, og at de mange virkningene av ulike privatiseringsformer kan være både uoversiktlige og uoverskuelige. Ett og samme privatiseringsframstøt kan ha både positive og negative konsekvenser, eller positive på kort sikt og negative på lang sikt, eller omvendt. Hvorvidt et tiltak virker i gunstig eller ugunstig retning, vil avhenge av en lang rekke rammebetingelser og institusjonelle forhold. Denne store kompleksiteten i saksforholdet betyr at for å få svar på alle disse spørsmålene, kreves konsentrert forskningsinnsats. Slik innsats har i høy grad vært forsømt de siste åra.

I forhold til alle de store og prinsipielle spørsmålene som kan reises i forbindelse med privatisering av helsetjenester generelt og private sykehus spesielt, har denne rapporten en ganske beskjeden empirisk ambisjon. Den gir først og fremst noen grunnleggende, men hittil ukjente opplysninger om omfanget og utviklingen av private helsetjenester og privat sykehusaktivitet de seneste åra.

4 Privatisering av helsetjenester de siste åra

I dette kapitlet beskrives noen utvalgte former for privatisering av helsetjenester de siste åra i Norge. Vi skal ta for oss utviklingen av egenbetaling, framveksten av et privat legemarked og virksomheten ved de tre private sykehusene, samt det vi vet om pasientsammensetningen ved private sykehus og klinikker.

4.1 Datakilder

Datakildene i dette kapitlet er offentlig statistikk, det vil si tall fra OECD, Sosial- og helsedepartementet, nasjonalregnskapet og Statistisk sentralbyrå. Vi har også brukt tall fra Norsk Institutt for sykehusforskning (NIS) og statistikk fra de tre private sykehusene. I tillegg bringer vi opplysninger fra skriftlige rapporter og fra intervjuer med talspersoner for de tre sykehusene og ressurspersoner i Sosial- og helsedepartementet, Statistisk Sentralbyrå og Legeföreningen.

Tallene over totalt antall operasjoner i Norge kommer fra Samdata utarbeidet av NIS (1994–1995), og er for åra 1993 og 1994. NIS' tall for dagkirurgiske inngrep er imidlertid ikke fullstendige i disse rapportene, siden ikke alle sykehus innrapporterer disse, blant annet av mangel på datasystemer. Tallene er derfor framkommet ved «vekting». På basis av det totale antallet innleggelser har vi beregnet antall dagkirurgiske inngrep, som så er ganget opp til 100 prosent, det vil si alle sykehus inngår. Tallene for dagkirurgi og innleggelser på grunnlag av tabellene t6.2 (1993), 7.4 (1994) og t7.2 (1994), er så summert. Beregningene er foretatt i samråd med en av forskerne ved NIS som er ansvarlig for Samdata-katalogene. Det er ikke mulig å lage tilsvarende tall for tidligere år, fordi NIS har lagt om statistikkföreningen.

Tall for virksomheten til de tre private sykehusene er levert direkte fra dem. De mest fyllestgjorende og detaljerte dataene har vi fra Volvat Medisinske Senter. Dette skyldes hovedsakelig at Volvat har et fleksibelt statistikk-system som gjør det mulig å levere interessante data.

Våre tall her er ikke sikrere enn det grunnlagsmaterialet vi benytter. Det har vært umulig for oss å sjekke alle primærkildene, og vi må derfor ta for-

behold om feil og mangler som skyldes svakheter ved primærtallene. Det er også en viss fare for at vi ikke alltid sammenlikner like med like, det vil si at det til tross for nominelt like definisjoner likevel ikke er substansielt like. Dette er særlig aktuelt når vi sammenlikner inngrep utført av henholdsvis offentlige og private sykehus. En brokkoperasjon på et offentlig sykehus er ikke nødvendigvis identisk med en brokkoperasjon på en privat klinikk. Det kan for eksempel være systematiske aldersforskjeller mellom pasientene, og dessuten kan de tilfellene som det offentlige tar hånd om, være mer kompliserte og ledsages av andre sykdommer. Dette gjør det for eksempel særlig vanskelig å sammenlikne effektivitet og priser. For nærmere omtale og vurdering av de enkelte tallene, viser vi til primærkildene.

4.2 Et overblikk

Tabell 4.1 viser utgifter til helseformål i Norge og en del andre land i prosent av bruttonasjonalprodukt.

Tabell 4.1 Helseutgifter som prosent av bruttonasjonalprodukt. 1972, 1982 og 1992

Land	1972	1982	1992	Prosentvis endring 1972 -1982	Prosentvis endring 1982 -1992
Australia	5,8	7,7	8,8	31	14
Østerrike	5,4	8,0	8,8	48	10
Belgia	4,3	7,4	8,2	65	11
Canada	7,2	8,4	10,1	17	20
Danmark	6,3	6,8	6,5	8	-3
Finland	6,0	6,8	9,4	13	38
Frankrike	6,2	8,0	9,4	29	17
Tyskland	6,5	8,6	8,7	32	1
Hellas	3,9	4,4	5,4	13	23
Island	5,7	6,9	8,5	-21	23
Irland	6,7	8,4	7,1	25	-15
Italia	5,9	6,9	8,5	17	23
Japan	4,8	6,8	6,9	42	3
Luxembourg	4,6	6,9	7,4	50	7
Nederland	6,7	8,4	8,6	25	2
New Zealand	5,3	6,9	7,7	30	12
Norge	5,9	6,8	8,3	15	18
Portugal	4,1	6,3	6,0	24	-5
Spania	4,4	6,0	7,0	36	23
Sverige	7,5	9,6	7,9	28	-18
Sveits	5,5	7,5	9,3	36	Ikke tilgjengelig
Tyrkia	Ikke tilgjengelig	3,6	4,1	Ikke tilgjengelig	14
Storbritannia	4,7	5,9	7,0	26	20
USA	7,6	10,3	14,0	36	36

Kilde: OECD 1994/ Sæther og Olsen 1996.

Tabell 4.1 viser et kjent fenomen: Sammenliknet med andre industriland bruker Norge moderat med penger til helseformål, sett i forhold til bruttonasjonalproduktet. Heller ikke veksten i de norske helsebudsjettene det siste tiåret har vært like kraftig som i mange andre vestlige industriland. Likevel har andelen som går til helseformål, vokst jevnt fra 1970 til 1990.

Slike internasjonale sammenlikninger kan brukes som argument for at det offentlige må bruke mer penger på helsetjenesten. Men ideelt sett burde tilbudet av helsetjenester avstemmes etter befolkningens behov, og vi vet lite om hvor store behovene er i den norske befolkningen sammenliknet med andre land. Det påliteligste helsemålet i komparativ sammenheng er dødelighet. Men dødelighetsutviklingen er en tvetydig indikator på behovet for helsetjenester. Høy levealder *kan* selvsagt oppfattes som en indikator på en sunn befolkning. Men, som blant annet Barsky (1988) framhever, høy og økende levealder synes heller å resultere i flere leveår med sykdom og uførhet. I tillegg er det tegn til at kronisk syke lever lenger enn før, takket være den hjulpen moderne medisin kan gi. Tabell 4.2 viser utviklingen av utgifter til helseformål i Norge i perioden 1980–1993.

Tabell 4.2 Utgifter til helseformål. Millioner kroner. 1980–1993

	1980	1985	1990	1991	1992	1993
Totale helseutgifter*	18 940	32 231	49 622	54 859	58 170	60 191
Offentlige helseutgifter**	18 620	31 130	46 791	51 069	54 309	55 865
– statlige	4 343	6 049	10 643	12 620	13 911	14 815
– kommunale	14 285	25 042	36 262	39 449	40 398	41 050
Totale helseutgifter i prosent av BNP	6,6	6,4	7,5	8,0	8,3	8,2
Offentlige helseutgifter i prosent av BNP	6,5	6,2	7,1	7,6	7,7	7,6
Offentlige helseutgifter i prosent av offentlige utgifter i alt	13,3	13,5	12,8	13,3	13,1	13,0
Totale helseutgifter i faste 1992-priser	39 840	46 718	53 489	56 544	58 170	59 378
Offentlige helseutgifter i faste 1992-priser***	39 678	45 326	50 028	53 186	54 309	55 537

* Totale helseutgifter inkluderer nasjonalregnskapets offentlige konsum, private konsum og offentlige bruttoinvesteringer.

** Offentlige helseutgifter omfatter summen av offentlig konsum, løpende overføringer og bruttoinvesteringer. Private helseutgifter er differansen mellom de totale helseutgiftene og de offentlige helseutgiftene.

*** Deflatert med prisindeks (1992=100) for offentlig konsum til helseformål. Definisjonen av helse er her noe mer omfattende enn i kommuneregnskapene. I nasjonalregnskapets helsebegrep er sykehjem, sykehjemsavdelinger i kombinerte alders- og sykehjem samt hjemme-sykepleie inkludert.

Kilde: *Helseboka* 1995

Vi ser at totale helseutgifter i forhold til bruttonasjonalprodukt får en høyere veksttakt utover på 1990-tallet, og målt i faste priser er de offentlige utgiftene til helsetjenester økt på 1990-tallet. En stor del av veksten står imidlertid den såkalte eldremilliarden og HVPU-reformen for. Vi gjør oppmerksom på at også utgifter til sykehjem inngår i tallene.

De siste 10–20 åra er også befolkningens kontakt med helsevesenet kraftig utvidet. For eksempel har antallet legekonsultasjoner økt med om lag 40 prosent (*Helseboka* 1995). Den polikliniske virksomheten ved sykehusene viser en tilsvarende vekst. Dessuten har produksjonen i sykehusene steget til tross for en nedgang i antall senger. Antall behandlede pasienter ved somatiske sykehus var 594 820 i 1980. I 1994 var tallet 654 445 (*Helseboka* 1995). I samme periode har liggetida på sykehus gått ned. Disse tallene antyder således at produktiviteten i helsevesenet har økt de siste åra; det produseres mer med forholdsvis færre ressurser.

4.3 Brukerbetaling i den offentlige helsesektoren

I Norge er egenandelene for legebehandling, både allmennlegetjeneste og spesialistlegetjeneste omtrent lik med de øvrige nordiske land, Danmark unntatt. Danmark er det landet i Skandinavia som i minst omfang benytter brukerbetaling for helsetjenester. Norge har lavt egenbetalingstak sammenliknet med de øvrige landene (Helsemeldingen 1993–94). I Norge er det egenandel på polikliniske tjenester, men ikke på sykehusinnleggelse med unntak av avkorting av trygdeytelser ved lange sykehusopphold.

Bruken av egenandeler i det offentlige helsestellet er et tilbakevendende tema i norsk helsepolitikk. Et argument for egenandeler er at de vil kunne dempe etterspørselen etter helsetjenester, særlig de tjenestene som gir liten helsenytte (NOU 1988:7). Et annet argument for er at egenandeler kan bidra til å vri pasientsammensetningen slik at «personer med større behov lettere kan få sine behov dekket» framfor «personer med mindre behov»/«unødvendig etterspørsel». Dette synet er imidlertid omstridt. Med henvisning blant annet til forskning fra USA, hevder Abel Olsen (1991) at en øking av egenandelene bidrar lite til redusert etterspørsel. Priselasiteteten er liten: Ti prosent økning i egenbetalingen gir en–to prosent reduksjon i etterspørsel. Dessuten tyder undersøkelser på at høyere egenbetaling også fjerner forbruk som gir høy helsenytte. Helsetjenester er nødvendighetsgoder og forbrukes fordi man har *behov* for dem: Å gå til legen er ikke like morsomt som å gå på kino. Videre er etterspørselsvirkningen skjev. Forbruket reduseres

mer blant barn, fattige og fattiges barn, enn blant de bedrestilte. Som en kunne vente, er de fattiges etterspørsel mer følsom for prisendringer enn de rikes. Endelig er en eventuell etterspørselsreduksjon begrenset til det første legebesøket. Etter det første legebesøket er det legen som i høy grad avgjør den videre ressursbruken. Nivået på pasientbetalingen vil derfor ikke påvirke bruken av sekundære helsetjenester, med mindre pasienten unnlater å oppsøke primærlege fordi hun er redd for de sekundære lege- eller helseutgiftene.

Nettopp fordi brukerbetaling kan begrense bruken av viktige helsetjenester for personer som har behov for dem, men ikke råd til dem, er det innført en skjermingsordning med frikort i Norge. Frikortordningen sikrer at de som betaler mer enn en fastsatt øvre grense for nærmere spesifiserte tjenester, herunder legetjenester med videre, skjermes for ytterligere utgifter til disse tjenestene.

Stortinget fastsetter egenandelssatsene hvert år. Mens det var en klar økning av egenbetalingen på 1980-tallet, har satsene de siste åra fulgt prisutviklingen. Betalingssatsene ved poliklinisk behandling (for røntgen/ultralyd, bandasje og bedøvelse, henholdsvis 90 kroner, 25 kroner og 75 kroner i 1995). For besøk hos spesialist tas det 118 kroner i 1995 mot 110 kroner i 1992. For besøk hos ikke-spesialist var satsene 83 kroner i 1995 og 78 kroner i 1992. Dette betyr at forholdet mellom privat og offentlig finansiering av offentlige helsetjenester neppe har endret seg vesentlig på 1990-tallet.

Det heter seg at mer enn 95prosent av helsetjenestene i Norge er offentlig finansiert (Sæther og Olsen 1996). Den nøyaktige prosentandelen med privat finansiering er imidlertid vanskelig å anslå. Det føres ikke rutinestatistikk over egenbetaling utenfor institusjon i den offentlige helsesektoren. Sosial- og helsedepartementet utarbeider år om annet oversikter over omfanget fordelt på utvalgte tjenester. De mest pålitelige og komplette anslagene finnes for 1988 og 1992. De helsetjenestene som er vanlige å ta med i beregningen, er legetjenester, fysikalsk behandling, kiropraktisk behandling, psykologhjelp, tannbehandling, legemidler på blå resept, legemidler på hvit resept, og reiseutgifter.

I 1988 beløp egenbetalingen for disse tjenestene seg til *4,2 milliarder kroner* (St.meld. nr. 44 1989–90). I 1993 var beløpet *6,3 milliarder kroner* (St.meld. nr. 50 1993–94). Økningen var altså på 50 prosent i nominell verdi. Begge år utgjorde betaling for tannlegetjenester en betydelig andel av de samlede beløpene for egenbetaling. Andelen var 44 prosent i 1988 og 37 prosent i 1992.

I 1988 utgjorde egenbetalingen til helse- og sosialtjenester anslagsvis tolv prosent av de samlede, det vil si offentlige og private utgiftene til helse- og sosialformål. Tar vi kun for oss helseutgiftene, blir egenbetalingsandelen 15 prosent. Hvorvidt det har funnet sted en endring i blandingen av privat og offentlig velferd fra 1988 til 1992, er imidlertid usikkert, fordi det er vanskelig å finne sammenliknbare tall for 1992. Men det er lite trolig, siden egenandelssatsene på offentlige helsetjenester nærmest har stått stille på 1990-tallet. Det er neppe riktig å kalle en volumøkning av egenbetalingen alene for privatisering (av finansieringen), siden blandingsforholdet mellom det offentlige og det private bidraget ikke forrykkes.

4.4 Framveksten av et privat legemarked

Det er antatt at antallet legespesialister uten offentlig driftsavtale, men med rett til trygderefusjon fra Rikstrygdeverket, er i kraftig vekst (se for eksempel Loenneken i *Dagens Næringsliv* 31.7.1995). Dette markedet er et stykke på vei unndratt offentlig styring, og ingen vet nøyaktig hvor stort det er. Pasientbetalingen i dette markedet er også ukjent, men den er antakelig høy, fordi pasientene må betale den delen av legenes inntekter som kommunen eller fylkeskommunen vanligvis dekker.

Legeforeningen (1992) har forsøkt å beregne veksten i antall spesialister uten driftsavtale med det offentlige de siste åra. Ifølge legeforeningen ble det utført om lag 350 årsverk av avtaleløse spesialister i 1991, mens det i 1995 trolig ble utført rundt 500–600 årsverk. Disse tallene er beregnet på grunnlag av refusjonsstatistikken fra Rikstrygdeverket og legeforeningens medlemsregister.

Ifølge Statistisk sentralbyrå har det ikke vært noen økning i tallet på driftsavtaler mellom privatpraktiserende legespesialister og fylkeskommunene i perioden 1990–94. Antall avtaler var omtrent det samme i 1990 som 1994, det vil si om lag 380 driftsavtaler. Avtalte spesialistårsverk har også ligget omtrent stille på drøyt 340 årsverk i samme periode (*Ukens statistikk* 9, 1996)

Legeforeningen har beregnet at det har vært en svakere vekst i det private avtaleløse allmennlegemarkedet. Ifølge legeforeningens anslag var det i 1992 om lag 350 avtaleløse allmennlegeårsverk. I 1995 var tallet steget til i overkant av 400 avtaleløse allmennlegeårsverk.

Alt i alt ble det i Norge i 1995 antakelig utført mellom 900 og 1000 årsverk av leger uten driftsavtale.

Legeforeningen antar at en del offentlig sykehusspesialister med rett til refusjon fra folketrygden, har gått over i privat praksis, særlig i sentrale strøk.

En indikasjon på dette er veksten i ubesatte stillinger ved sentrale sykehus. En grunn til denne utviklingen er antakelig den begrensning av retten til trygderefusjon som Stortinget vedtok i 1992. Denne innebærer at leger som etablerer seg etter 10. oktober 1992, og som ikke har avtale med kommunen eller fylkeskommunen om driftstilskudd, ikke får godtgjort utgifter til legehjelp fra folketrygden. Ifølge Legeforeningen har mange offentlig ansatte leger vært usikre på hva myndighetene vil gjøre med retten til trygderefusjon i framtida. I tillegg peker legeforeningen på at dårlige arbeidsforhold i offentlig virksomhet, særlig i sykehusene, også er en drivkraft i denne privatiseringsprosessen. Dessuten later det til å være et kjøpesterkt marked for spesialisttjenester, særlig i sentrale områder.

4.5 Virksomheten ved private sykehus

Det finnes som nevnt tre helt privateide, kommersielle sykehus i Norge: Volvat Medisinske Senter, Røde Kors Klinikk og Klinikk 8. Tabell 4.3 gir en oversikt over virksomheten ved disse tre sykehusene.

Vurdert ut fra de fleste aktivitetsindikatorerne, er Volvat Medisinske Senter det desidert største private sykehuset i Norge. Røde Kors Klinikk kommer i en mellomstilling, mens Klinikk 8 er «lillebroren» i familien. De siste to åra har de tre sykehusene samlet opplevd en kraftig vekst i omsetningen. Den største prosentvise veksten er det Klinikk 8 og Røde Kors som kan vise til.

Tabell 4.3 Nøkkeltall over virksomheten ved tre private sykehus (1995)

	Volvat	Klinikk 8	Røde Kors	Samlet
Omsetning	118 mill.	19 mill.	57,4 mill	194,4 mill
Vekst (1993–95)	12%	47%	62%	27%
Ansatte	250	13	50	313
Herav leger	80	5	-	-
Årsverk	-	20	52,5	-
Godkjente senger	18*	11	30**	59
Operasjoner	2 900	-	447***	-
Spesialistkonsultasjoner	64 000	-	45 000	-
Allmennlegekonsultasjoner	39 000	-	-	-

* Inkluderer åtte overnattingssenger og ti oppvåkningssenger

** 25 senger er i bruk

*** Innbefatter bare større operasjoner som krever innleggelse

Røde Kors Klinikk hadde tidligere økonomiske problemer, men går nå «for fullt», ikke minst takket være oppdrag fra flere fylkeskommuner. Fra 1993 til 1995 steg inntektene av operasjoner finansiert av det offentlige, fra fem millioner til 13 millioner kroner.

Også veksten i omsetningen ved Klinikk 8 de to siste åra skyldes i høy grad flere offentlige oppdrag, det vil si operasjoner av ventelistepasienter fra henholdsvis Vestfold og Oslo.

Volvat og Røde Kors har valgt litt forskjellig strategi i forhold til det å basere driften på fylkeskommunale oppdrag. Volvat er forsiktig med å bli for avhengig av offentlige oppdrag, fordi sykehuset anser dette markedet som svingende og usikkert. Om de får oppdrag og hvor mange oppdrag de får, avhenger i høy grad av hvor lange ventelistene er i fylkene, og av hvor mange (forventete) garantibrudd fylkene har. Men også Røde Kors er kommet til at dette markedet er svært skiftende, og har som mål å markedsføre klinikken også overfor privatpersoner.

Av operasjonene utført ved Volvat i 1995, var 36 prosent øyeoperasjoner, mens nesten 20 prosent var ortopediske operasjoner hvorav idrettskirurgi utgjør en betydelig andel.

Ved Røde Kors Klinikk utgjorde lyskebrokkoperasjoner en forholdsvis stor andel, med 25 prosent. En annen stor kategori var innsetting av hofteprotese med 18 prosent. Klinikk 8 oppgir at de ikke har statistikkprogram som kan gi informasjon om operasjonstyper.

I tillegg til diverse kirurgiske inngrep har Volvat også et betydelig antall konsultasjoner per år, i alt i overkant av 100 000 i 1995. Knappt 40 prosent av disse var allmennlegekonsultasjoner mens resten var spesialistkonsultasjoner, herunder røntgenundersøkelser. En ikke ubetydelig del av spesialistkonsultasjonene er utredninger av pasienter for operasjon, også av pasienter som står i offentlig sykehuskø. Dette betyr at Volvat avlaster de offentlige sykehusene for disse utredningsoppgavene.

En pekepinn på hvor omfattende denne virksomheten er, kan vi få ved å sammenlikne med antallet polikliniske konsultasjoner ved et relativt stort sektorsykehus som Aker sykehus i Oslo. Ved Aker sykehus var det 84 257 polikliniske konsultasjoner i 1995. Et noenlunde sammenliknbart tall for Volvats del er om lag 49 000 spesialistkonsultasjoner.

De tre private sykehusene har til sammen 59 senger. Til sammenlikning har de offentlige sykehusene i Norge om lag 13 600 senger (St.meld. nr. 50 1993–94:28). Totalt har de tre sykehusene drøyt 300 ansatte. Det regnes vanligvis med at det norske helsevesenet sysselsetter om lag 200 000 personer – herav nærmere 40 000 sykepleiere og 11 000 leger (Grund 1991:80). De private sykehusene kan derfor vanskelig sies å representere en alvorlig

trussel mot en adekvat dekning av kvalifisert helsepersonell i de offentlige sykehusene i Norge i dag.

Likevel er det særlig mangel på enkelte typer legespesialister og spesialsykepleiere. Sosial- og helsedepartementet (Tønnesen, personlig meddelelse) framhever spesielt mangel på anestesileger og ortopeder, samt operasjons- sykepleiere. Ofte er småsykehusene i beit for denne typen personell. På Volvat er det ingen fast ansatte ortopeder og anestesileger, men i 1995 ble det utført 2,5 ortopediårsverk og 1,5 anesthesiårsverk ved sykehuset. Heller ikke ved de to andre private sykehusene er det fast ansatte ortopeder og anestesileger. På denne bakgrunnen er det vanskelig å hevde at mangelen på denne typen legespesialister i det offentlige er skapt av de private sykehusene. Antakelig er overgangen av leger fra offentlige sykehus til privat praksis og private klinikker en større trussel for legedekningen i det offentlige.

Fylkeskommunale oppdrag

En stadig viktigere oppdragsgiver og finansieringskilde er fylkeskommunene. Alle de tre private sykehusene utfører i dag en rekke inngrep på oppdrag fra fylkeskommunene. Tabell 4.4 viser tallene for de to siste åra.

I alt har de tre private sykehusene utført 1820 fylkeskommunale oppdrag de to siste åra. Med et tall på godt over 900 har Røde Kors langt flere fylkeskommunale oppdrag enn de to andre sykehusene. Røde Kors' operasjonsvirksomhet er fullt og helt basert på fylkeskommunale oppdrag.

I 1995 var 14 prosent av alle operasjoner ved Volvat fylkeskommunale oppdrag. I alt kjøpte fylkeskommunene tjenester for 2,4 millioner kroner, det vil si to prosent av årsumsetningen ved Volvat. Tall fra Volvat som viser utviklingen lenger bakover i tid, avtegner ujevn kurve, men det er tegn til at antallet fylkeskommunale oppdrag øker. Et annet poeng er at mens det var to fylkeskommuner, for øvrig de samme, som kjøpte tjenester ved Volvat i perioden 1991–93, så er antallet fylkeskommuner økt til fem i 1995.

Tabell 4.4 Antall fylkeskommunale oppdrag ved de private sykehusene de to siste åra⁶

* Tallet er omtrentlig

⁶ Fra Klinikk 8 får vi opplyst at i løpet av perioden 1990–95 har det offentlige betalt 3,6 millioner kroner for om lag 400 pasienter.

Tilsvarende er typer inngrep ved Volvat utvidet fra i første rekke å omfatte ortopedi og øre-nese-hals, til også å inkludere øye, nevrologi og gynekologi. Denne virksomheten er sesongbetont, og ofte konsentrert mot slutten av året. Et nytt trekk er at Volvat for 1996 har inngått kontrakter om oppdrag fra tidlig på året.

Fylkeskommunene kjøper operasjoner ved de private klinikkene både for å redusere køene og for å unngå brudd på ventetidsgarantien. Dette betyr at de private sykehusene også tar oppgaver som det offentlige prioriterer høyt. Den anbudsrunder som Oslo kommune inviterer både offentlige og private sykehus til å delta i, kan føre til at denne tendensen forsterkes i nær framtid.

Som vi har vært inne på, er heller ikke de private sykehusene helt privatiserte i den forstand at pasientene betaler alle utgiftene av egen lomme. Det offentlige kommer inn på to måter. Ikke bare betaler fylkeskommunene for sine pasienter, staten svarer også for en viss andel gjennom trygderefusjonene. For Volvats del utgjorde de offentlige midlene 13–14 prosent av hele omsetningen i 1985. Av operasjonsomsetningen utgjorde den offentlige delen fem prosent.

Virksomheten ved Volvat

Som det største privatdrevne sykehuset er Volvats virksomhet viktig. Volvat har også det beste statistikkgrunnlaget. Vi presenterer en sammenstilling av inngrep som gjøres både hos Volvat og i offentlige sykehus. Disse er de eneste inngrepene som ut fra foreliggende statistikk fra offentlige sykehus (Samdata-katalogen fra NIS) kan legges til grunn for en sammenlikning. Volvat foretar hovedsakelig polikliniske eller dagkirurgiske inngrep, men også noen operasjoner som krever liggedøgn. Vi har sammenliknet tre inngrep: grå stær, lyskebrokk og åreknuter. Disse inngrepene gjøres både dagkirurgisk og ved innleggelser i det offentlige, men hos Volvat skjer de hovedsakelig ved dagkirurgisk inngrep, det vil si med behov for både pre- og postoperativt tilsyn.⁷

Tabell 4.5 viser at Volvats andel av de tre utvalgte inngrepene, i forhold til offentlige sykehus, utgjør mellom en og seks prosent. For både brokk- og åreknuteoperasjoner utgjorde Volvats andel både i 1993 og i 1994 om lag en prosent, mens andelen av grå stær-operasjoner var større: 3,1 prosent i 1993 og 6,3 prosent i 1994, altså en dobling fra det ene året til det neste.

⁷ Det er tre behandlingsnivåer i norske sykehus. Behandlingen kan gis poliklinisk, dagkirurgisk eller med innleggelse. Ved poliklinisk behandling kan pasientene gå rett ut etter behandlingen. Ved dagkirurgisk behandling trenger pasienten pre- og postoperativt tilsyn. Ved innleggelse overnatter pasienten under medisinsk tilsyn.

Tabell 4.5 Volumet av tre utvalgte inngrep i offentlige sykehus og Volvat, og Volvats andel av disse inngrepene i forhold til antallet i offentlige sykehus

	Volvat		Offentlige sykehus		Volvats andel ⁸	
	1993	1994	1993	1994	1993	1994
Grå stær	304*	690*	9 662**	10 889**	3,1%	6,3%
* Utføres dagkirurgisk ** Både dagkirurgi og innleggelser						
Brokkoperasjoner	75*	89*	8 004**	8 784**	0,9%	1%
* Inkl. både lyskebrokk i epidural og lyskebrokk i narkose, barn (hhv. 1 og 2 av de siste) ** Både dagkirurgi og innleggelser ⁹						
Åreknuter	44*	57*	3 946**	4 407**	1,1%	1,3%
* Inkl. både åreknuter, radikal og lokal operasjon (hhv. 8 og 16 av de siste) ** Både dagkirurgi og innleggelser						

En sammenstilling av antall utførte inngrep i kommunale sykehusene i Oslo kan gi et riktigere bilde av Volvats andel i sitt nærområde. Det finnes imidlertid ikke fullstendige tall for Oslo-sykehusene i NIS-statistikken. NIS-statistikken gir heller ikke opplysninger om antall grå stær-operasjoner registrert ved de kommunale Oslo-sykehusene. Tallet over grå stær-operasjoner utført i Oslo, er gitt av professor Henry Aasved ved Haukeland sykehus i Bergen. Tallene gir en grov indikasjon på omfanget av offentlige inngrep i Oslo og Volvats andel av dem. Vi har holdt Rikshospitalet utenfor, siden dette sykehuset betjener et større opland enn Oslo.

Tabell 4.6 Utvalgte inngrep ved tre offentlige sykehus i Oslo (Ullevål, Aker, Lovisenberg) og Volvat, og Volvats andel av disse inngrepene i 1994¹⁰

	Volvat	Tre Oslo-sykehus	Volvats andel
Brokkoperasjoner	89	821	11%
Åreknuter	57	432	13%
Grå stær	690	4 000*	17%

* Tallet er omtrentlig, og innbefatter grå stær-operasjoner utført både offentlig og privat i Oslo

⁸ Volvats andel er framkommet ved å beregne Volvats volum av de aktuelle inngrepene i forhold til de offentlige.

⁹ Vi gjør oppmerksom på at brokkpasienter som ble behandlet ved innleggelse i offentlige sykehus i 1994, hadde en gjennomsnittsalder på 52 år, mens tilsvarende for dagkirurgiske pasienter var 37 år. Brokkpasientene ved Volvat i 1995 var drøyt 50 år i gjennomsnitt, noe som altså ligger nært opp til gjennomsnittsalderen blant innlagte pasienter i det offentlige. Tallene fra NIS omfatter både dagkirurgi og innleggelser. Innleggelser forekommer langt hyppigere ved de offentlige sykehusene enn ved Volvat.

¹⁰ NIS-tallene for Oslo er ikke fullstendige, fordi ikke alle sykehus synes å innrapportere til NIS-registret. Forholdstallet undervurderer dermed Oslos rolle med hensyn til de to inngrepene.

Volvats andel av de tre nevnte inngrepene i Oslo-området representerer en langt større andel enn på landsbasis. Andelen varierer fra drøyt ti prosent for brokkoperasjoner til om lag 17 prosent for grå stær-operasjoner.

Hele 65–70 prosent av de offentlige sykehusenes arbeidsoppgaver er knyttet til akuttmedisinsk behandling/øyeblikkelig hjelp, som er en pålagt oppgave. De private sykehusenes operasjonsvirksomhet er elektiv kirurgi. Private sykehus har blant annet ikke nattmottak og nattberedskap. I så måte er det en klar arbeidsdeling mellom de offentlige og de private sykehusene. De private sykehusene tar mange oppgaver, for eksempel plastisk kirurgi (Klinikk 8) og inngrep som ikke er akutte, og som det offentlige ikke prioriterer så høyt. En slik arbeidsdeling synes å være i samsvar med helsemyndighetenes målsetting. Dette tilsier imidlertid at tallene bør tolkes med varsomhet siden det er en viss fare for at vi ikke sammenlikner like med like.

Denne arbeidsdelingen betyr at det innenfor en og samme diagnosegruppe kan være forskjeller mellom offentlig og privat sektor med hensyn på alvorlighetsgrad, fare for komplikasjoner, og innslaget av multiple lidelser. De private sykehusene behandler antakelig i hovedsak de mest kurante tilfellene. Men her skal vi være forsiktige med å generalisere. Muligens er det også en forskjell mellom de private sykehusene. Direktøren ved Røde Kors Klinikk har for eksempel meddelt at brokkpasientene som de får henvist fra fylkeskommunene, ofte er i en dårlig helsemessig forfatning. Dette spørsmålet trenger en grundigere utredning.

Et av Volvats satsingsområder er såkalt prøverørsbefruktning, eller in vitro-fertilisering (IVF) på fagspråket. Volvat er en av i alt sju klinikker som utfører slik behandling (von Düring m.fl. 1995). Tabell 4.7 viser omfanget av slik behandling i landet og på Volvat.

Tabell 4.7 Fullførte prøverørsforsøk i Norge og ved Volvat i 1993

	Landet	Volvat	Volvats andel
Forsøk	2067	315	15%

Vi ser at antall prøverørsforsøk ved Volvat Medisinske Senter var 315 i 1993, og utgjorde 15 prosent av alle prøverørsforsøk her i landet dette året.

4.6 Hvem benytter private sykehus og klinikker?

Så langt vi har brakt i erfaring finnes det ingen nyere undersøkelser av pasientene ved de private sykehusene og klinikkene i Norge. En undersøkelse

publisert i 1987 (Nord og Rutle), synes å være den siste, og den kom forut for etableringen av private sykehus i Norge. Denne rapporten har blant annet data om pasientsammensetningen ved tre private medisinske sentre, Ring Medisinske Senter, Klinikk 8 og Oslo Akutten. Vi siterer hovedkonklusjonen i denne undersøkelsen:

«En hører ofte fra initiativtakerne til dagens kommersielle medisinske sentre at de dekker behov som gjør seg gjeldende i alle grupper av befolkningen og at de har pasienter fra alle sosiale lag. Materialet som er presentert ovenfor tyder på at de har rett i det. Men samtidig ser det ut til at høystatusgrupper i langt større grad enn lavstatusgrupper benytter seg av de nye kommersielle tilbudene. Dette skjer til tross for at sykkeligheten er større blant de sistnevnte enn blant de førstnevnte.

Mange av pasientene ved de private sentrene kommer for behandling som er lavt prioritert i det offentlige helsevesen (deler av den plastiske kirurgien ved Klinikk 8, rutinemessige helsekontroller ved Ringsenteret). Sosial ulikhet på slike lavt prioriterte områder kan vanskelig oppfattes som like uheldig som ulikhet i forbindelse med behandling av sykdom i mer snever forstand.»

Vi vet ikke om denne konklusjonen fremdeles er gyldig. Det er et stort behov for nyere undersøkelser av dette spørsmålet, som er blant de mest sentrale i privatiseringsdebatten. La oss spekulere litt over hvordan pasientsammensetningen er ved Volvat i dag. Pasientene kan deles i tre grupper. En gruppe omfatter Volvats medlemmer,¹¹ en annen private, leilighetsvis brukere, og en tredje pasienter som fylkeskommunene kjøper operasjoner til. Antakelig er overvekten av personer med høy yrkesstatus og god inntekt størst i den første gruppa, kanskje noe mindre i den andre, og fraværende i den siste. Også talsmenn for de private klinikkene antar at personer som har private helseforsikringer, eller som er medlemmer av bedriftshelsetjenesten, tilhører de høyere sosiale lagene. Derimot hevdes det fra det samme hold at den sosiale skjevheten kanskje ikke er så uttalt når det gjelder en del typer operasjoner, som for eksempel grå stær. Og med mindre fylkeskommunene legger sosiale kriterier til grunn for valget av de pasientene som sendes til private sykehus, skulle vi ikke vente noen overrepresentasjon av høystatuspersoner i denne gruppa. Det er også mulig at den sosiale profilen blant pasientene vil variere mellom de private sykehuse, fordi de er lokalisert i forskjellige områder av Oslo og fordi de orienterer seg mot ulike kundegrupper. Vi understreker at dette er hypoteser som kan og bør prøves.

¹¹ Volvat har tre former for medlemskap: privatmedlemmer, bedriftsmedlemmer og mammo-grafmedlemmer. Medlemsmassen består av i alt 32 130 personer i 1995.

Vi kan bruke postnumrene til Volvats opererte pasienter til å belyse hvor i landet disse pasientene kommer fra, og hvilken sosioøkonomiske bakgrunn i hvert fall Oslo-pasientene har. Tallene er for 1995 og gjelder altså opererte pasienter, både pasienter som fylkeskommunene har sendt til Volvat og privatkunder.

Som en kunne vente, kommer majoriteten av pasientene fra det sentrale Østlandsområdet, med hovedtyngden i Oslo: *42 prosent* av operasjonspasientene bor i Oslo. Men Volvat opererer faktisk også pasienter fra Nord-Norge. Pasienter med bostedsadresse i de tre nordligste fylkene utgjør *5,5 prosent* av alle opererte.

Mer interessant er det å undersøke operasjonspasientenes sosioøkonomiske bakgrunn. Det spørsmålet vi skal ta opp, er om pasienter fra de velstående bydelene i Oslo er overrepresentert ved Volvat sett i forhold til deres andel av byens befolkning. Vi har sett på den andelen av pasientene som kommer fra de velstående bydelene i Oslo, det vil si de som har postnummer 2,3,7,8 og 11.

Pasienter fra disse bydelene utgjør *65 prosent* av alle Oslo-pasientene ved Volvat. Innbyggerne i disse velstående bydelene utgjør *41 prosent* av Oslos befolkning, ifølge statistisk årbok for Oslo. Med andre ord, operasjonspasienter fra rike bydeler i Oslo er klart overrepresentert ved Volvat.

Dette er et tentativt resultat, som ikke må trekkes for langt. På den ene sida har vi ikke tatt hensyn til at behovene i bydelene er forskjellige, og vi vet at sykkeligheten og behovene for helsetjenester er mindre i de rike bydelene. På den andre sida har vi ikke godtgjort at pasientene fra de rike bydelene selv er velstående, bare at de bor i velstående bydeler. Her er det behov for mer forskning.

5 Private helsetjenester: framtidig utvikling og forskningsbehov

5.1 Oppsummering

Det er i dag tre sykehus i Norge som er i privat eie, og som drives på kommersiell basis. Det desidert største er Volvat Medisinske Senter. De andre to er Klinikk 8 og Røde Kors Klinikk. Til sammen har disse i underkant av 59 senger og i overkant av 300 ansatte. Samlet omsetning i 1995 er knapt 200 millioner kroner. De to siste åra har de tre sykehusene opplevd en samlet vekst i omsetningen på 27 prosent. Den prosentvise veksten var særlig stor ved Klinikk 8 og Røde Kors Klinikk, og skyldes i stor utstrekning et økende antall fylkeskommunale oppdrag.

Privatisering har tre viktige dimensjoner: produksjon, styring/kontroll og finansiering. Strengt tatt er det bare på den første dimensjonen de tre sykehusene er fullt ut private. Gjennom godkjenningsordningen har staten kontroll over antall senger og den tekniske og faglige standarden ved de private sykehusene. Selv om brorparten av inntektene kommer fra private lommer, er ingen av sykehusene fullt ut privat finansiert. Alle tre sykehuse- ne har også inntekter av refusjon fra folketrygden og, i økende grad, fra fylkeskommunale oppdrag.

De private sykehusenes aktivitet utgjør en forholdsvis liten del av det som foregår på landsbasis. Dersom vi tar utgangspunkt i de inngrepene som utføres i de offentlige Oslo sykehusene, øker imidlertid andelen betraktelig. Volvats andel av utvalgte inngrep går opp mot rundt 17 prosent av tilsvarende inngrep som foretas i de offentlige Oslo-sykehusene. Hele 15 prosent av alle prøverørsgraviditeter i landet i 1993 ble igangsatt ved Volvat. Prøverørsbehandling er nedprioritert i det offentlige systemet og plassert i prioriteringskategori 3.

Mye av virksomheten ved de private sykehusene omfatter oppgaver som de offentlige sykehusene overhodet ikke prioriterer, for eksempel deler av kosmetisk kirurgi, eller som er lavt prioritert, for eksempel prøverørsbefrukning. Veksten i fylkeskommunale oppdrag endrer imidlertid noe på dette.

De pasientene fylkeskommunene kjøper operasjoner til, tilhører både prioriteringskategori 2, det vil si garantipasienter, og kategori 3. Vi kjenner ikke tallene i de to kategoriene. I praksis er det også ofte vanskelig å trekke et klart skille mellom de to prioriteringsnivåene. Helsemeldingen peker også på at klassifiseringspraksis varierer mellom sykehus og mellom sykdomskategorier. Det betyr antakelig at en del av de pasientene fylkeskommunene sender til de private sykehusene, er i gråsonen mellom prioriteringsnivå 2 og 3.

Det kan derfor se ut til at de private sykehusene har en slags avlastningsfunksjon, og at de fungerer som en buffer for det offentlige. Fylkeskommunene kjøper operasjoner ved de private sykehusene dels for å unngå brudd på ventelistegarantien, og dels for å redusere ventelistene. Hvorfor fylkeskommunene ikke selv bygger opp tilstrekkelig kapasitet, er ikke godt å si. Det kan for eksempel skyldes at de finner det for dyrt, og/eller at det er knapphet på helsepersonell. Dette betyr at de private sykehusene til en viss grad gjør det samme som det offentlige helsevesenet.

Likevel er det klart at de offentlige og de private sykehusene også har foretatt en arbeidsdeling. For det første utfører ikke de private sykehusene akutt kirurgi overhodet. De utfører bare såkalt elektiv kirurgi, det vil si inngrep som er planlagt på forhånd. De akutte tilfellene utgjør som nevnt 65–70 prosent av virksomheten ved de offentlige sykehusene. For det andre ser det ut til at de private sykehusene ofte, men ikke alltid, tar enklere tilfeller med lav risiko for komplikasjoner, og som ikke involverer flere sykdommer.

Når det gjelder blandingen av private og offentlige finansieringskilder, er datagrunnlaget ufullstendig og usikkert. Det er imidlertid lite som tyder på at innslaget av privat betaling for grunnleggende helsetjenester, sett i forhold til offentlige utgifter, har vokst vesentlig fra 1988 til 1992. Heller ikke på 1980-tallet, da privatiseringsdebatten nådde store høyder, var det «objektive» tegn til at privatiseringen hadde vokst vesentlig, uansett hvilket aspekt ved privatisering vi legger til grunn (Hofoss 1987). Vi må imidlertid ta et viktig forbehold. Ingen har god oversikt over veksten i det «skjulte» private legemarkedet, der leger driver uten driftsavtale med kommuner eller fylkeskommuner. Ifølge legeföreningen utføres det mellom 900 og 1000 årsverk av avtaleløse leger. Det er tegn til at dette markedet vokser raskt, i hver fall for spesialister. Med dette følger også et større innslag av pasientbetaling, siden pasientene må dekke bortfallet av driftstilskuddet. Som vi straks skal komme tilbake til, er det dessuten mye som tyder på at vi står foran en vekst også i det åpne private helsetjenestemarkedet.

5.2 Diskusjon

Et avgjørende argument mot etablering av private sykehus var i sin tid at de ville tappe det offentlige for spesialister. Med det omfanget private sykehus har i dag, er det liten fare for dette. De legespesialistene det er stor mangel på i det offentlige, for eksempel anestesileger og ortopeder, er ikke fast ansatt i de private sykehusene og utfører få årsverk her. Også talsmenn for offentlige sykehus bekrefter en slik oppfatning. I et intervju med Aftenposten (13.5.1995) uttaler direktøren ved Ullevål sykehus: «De rent private sykehusene har ikke tappet oss for folk. Verre er det med private laboratorier og røntgenklinikker.» Knapphet på visse typer helsepersonell er antakelig dels et utdanningsproblem og dels et problem knyttet til forholdene i det offentlige helsevesenet, snarere enn et problem skapt av de private sykehusene. En større trusel mot personelldekningen i de offentlige sykehusene er antakelig legers og annet helsepersonells søkning til privat praksis og private klinikker.

Dagens offisielle politikk på privatiseringsområdet er at innslaget av kommersielle sykehus skal være *begrenset*, det skal være et *supplement*, og det skal ivareta *lavt prioriterte* oppgaver. Som vi har vist, må omfanget av privat sykehusdrift karakteriseres som «begrenset». De private sykehusene er også et supplement til det offentlige i den forstand at de tilbyr spesielle tjenester og service, for eksempel stor tilgjengelighet, som det offentlige ikke gjør. Men de private sykehusene har også delvis fått en avlastningsfunksjon overfor det offentlige. Denne funksjonen fylles dels ved at fylkeskommunene kjøper operasjoner til sine ventelistepasienter, og dels ved at de private sykehusene utreder pasienter som står i offentlig sykehushø. Dette betyr at de private sykehusene ikke bare tar lavt prioriterte oppgaver, for eksempel pasienter i de to laveste prioriteringskategoriene (0 og 4), men også garanti-pasienter og pasienter i kategori 3. Det er verdt å merke seg at veksten de siste par åra i vesentlig grad skyldes økningen i fylkeskommunale oppdrag. At fylkeskommunene kjøper behandling ved de private sykehusene, er særlig interessant i lys av likhetsargumentet. Et sentralt ankepunkt mot private sykehus er at de ikke er tilgjengelige for lavinntektsgrupper. Når fylkeskommunene betaler, er den enkeltes betalingsevne ikke lenger avgjørende. Dette betyr at private sykehus ikke skaper – eller vedlikeholder – mer sosial ulikhet enn de offentlige sykehusene, med mindre fylkeskommunene foretar en seleksjon etter sosiale kriterier. Denne virksomheten fra fylkeskommunene bidrar også til en geografisk spredning av pasientene, selv om det store flertallet av pasientene ved de private sykehusene fortsatt vil være bostatt i det sentrale Østlandsområdet.

Enkelte hevder at den viktigste eksistensberettigelsen for de private sykehusene er at de gjør noe *nytt* eller noe *annerledes* enn det offentlige helsevesenet. Det er dette som sikrer en stor andel av pasientgrunnet. I tillegg kan nytenkning og nyskapning i det private føre til at også det offentlige lærer noe nytt og skjerper seg. Selv enkelte skeptikere til private helsetjenester vedgår at private sykehus kan ha slike gunstige konsekvenser. Av økonomiske grunner vil det antakelig være fristende for de private sykehusene i økende grad å basere seg på fylkeskommunale oppdrag. En slik virksomhet vil kanskje også fremme et bilde av det private helsevesenet som seriøst og som nyttig for allmennheten. På den annen side kan en satsing på fylkeskommunale oppdrag føre til at de taper sin egenart og annerledeshet, og dermed sine «konkurransefortrinn». På sikt kan det derfor være en fare for at privatkundene mister interessen og faller fra. Dessuten kan det fylkeskommunale markedet være usikkert og ustabil, noe som gjør det vanskelig å planlegge virksomheten fra ett år til det neste.

Fire sterke, samvirkende krefter trekker alle i retning av mer privatisering av avansert medisinsk behandling: kapitalinteressene, interessene til helsepersonellet, befolkningsinteressene og politiske interesser. Kapitalsterke aktører viser stor interesse for helse som satsingsområde. Flere private helseforsikringer er lansert på det norske markedet, og flere er antakelig underveis. UNI Storebrand har kjøpt seg inn i Røde Kors Klinikk, og Statens Nærings- og Distriktsutviklingsfond (SND) har utpekt helsetjenester som et satsingsområde. Tidligere har SND gitt støtte til medisinsk teknologi og utstyr. Det nye er at SND kan tenke seg å gå inn på eiersida i ulike typer helse- og legesentra (*Dagens Næringsliv* 6.3.1996). Videre er det tegn til at helsepersonellet, i øyeblikket særlig yngre leger, vil finne det mer attraktivt å jobbe i det private enn i det offentlige, kanskje ikke først og fremst på grunn av høyere lønn, men på grunn av bedre arbeidsvilkår. Et annet og kanskje uforutsett forhold er at i dag er halvparten av de de nyuteksaminerte legerne kvinner. Kanskje femininiseringen av legestanden også bidrar til å nøre opp under den misnøye med arbeidsvilkår og arbeidstidsordninger vi i øyeblikket kan observere blant yngre sykehusleger? Yngre kvinnelige leger vet kanskje å sette større pris på fritida enn det deres mannlige kolleger tradisjonelt har gjort? Den tredje drivkraften er veksten i behov og ønsker i befolkningen. Vi må vente større behov og høyere etterspørsel i og med eldrebølge, mer sammensatte kroniske lidelser, medikalisering, bedre privatøkonomi og større betalingsvilje, det siste særlig blant eldre. Antakelig vil sekstiåttegenerasjonen stille langt større krav til omfanget av og kvaliteten på medisinske tjenester samt pleie- og omsorgstjenester enn tidligere generasjoner, og forlange å kunne kjøpe dem på det private markedet

dersom de offentlige tjenestene oppleves som utilstrekkelige eller vanskelig tilgjengelige. Selv om det offentlige kan tilfredsstillende befolkningens behov for grunnleggende helsetjenester, er det ikke usannsynlig at det private må tre støttende til for å tilfredsstillende etterspørselen etter mindre grunnleggende tjenester. Som Rohde (1986:71) skriver: Det kan være fristende å si at økt etterspørsel etter private helsetjenester er et uttrykk for et «behov» for å bringe helsetjenesteforbruket opp på et nivå som er «naturlig» for et rikt land. Endelig er privatiseringskreftene i politikken, særlig representert ved Fremskrittspartiet og Høyre, på offensiven, ikke minst i Oslo. Som nevnt står de to partiene bak et vedtak om å sette et større antall operasjoner ut på anbud blant både offentlige og private sykehus (*Aftenposten* 5.3.1996). Denne typen utspill vil vi sannsynligvis se mer til i tida som kommer. Dessuten har Stortinget vedtatt at ventetidsgarantien skal settes ned fra seks til tre måneder. I hvert fall på kort sikt vil det antakelig være vanskelig å innfri en slik garanti uten at de private sykehusene trer støttende til.

På denne bakgrunnen kan det være grunn til å etterlyse en mer bevisst helsepolitikk på privatiseringsområdet. Som nevnt har privatisering i helsesektoren nærmest vært et ikke-tema de siste åra inntil høsten 1995. Høyst sannsynlig vil de sentrale helsemyndighetene bli stilt overfor et økende press i retning av flere private, avanserte helsetjenestetilbud i tida framover. Hva vil regjeringen gjøre hvis (når?) den får en søknad om ytterligere et antall private sykehussenger inn på bordet? Formelt er Regjeringen i sin fulle rett til å avslå slike søknader, men i realiteten er det antakelig vanskeligere. I Helsedirektoratets godkjenning av sykehusdrift ved Volvat i 1990, ble det utelukkende lagt vekt på bygningstekniske og faglige argumenter. Det ble for eksempel ikke stilt noen prinsipielle vilkår til godkjenningen. Det kan bety at dersom de tekniske og faglige kravene er oppfylt, skulle det ikke være noe i veien for å få godkjent flere private sykehussenger, annet enn politiske eller ideologiske grunner. Men et avslag av slike grunner kan bli en politisk belastning sett i lys av de rådende politiske, kulturelle og økonomiske konjunktorene.

Privatiseringsdebatten kan med fordel sees i sammenheng med prioriteringsdebatten som har blusset opp i den senere tida. Leger ved flere store offentlige sykehus har fremmet sine synspunkter om hvilke helsetjenester det offentlige helsevesenet kan ta seg av, og hvilke som kan overlates til private produsenter. En av debattantene er medisinerprofessor Evensen ved Rikshospitalet. I et innlegg i *Dagbladet* (17.1.1996) formulerer Evensen prioriteringsproblemet slik: «Hva bør et offentlig finansiert og solidarisk helsevesen stille med i et samfunn der for mye er teknisk mulig å gjøre hvis pengene kan legges på bordet?» Han gir selv et forsøksvis svar ved å antyde

at tjenester som enten har marginal nytte, eller som ikke kan beskrives som et offentlig ansvar, bør nedprioriteres. De eksemplene han nevner er fysioterapi ved slitasjesykdommer, hjelp til barnløse og trygdemessig dekning av kostbare medikamenter som ikke har vist seg mer effektive enn standardbehandling. Evensen er blitt imøtegått av andre medisinere som hevder at den beste løsningen på prioriteringsproblemene er å sørge for mer ressurser til den offentlige helsetjenesten. Spørsmålet er likevel om det offentlige kan bevilge seg ut av prioriteringsproblemene, gitt publikums forventninger, folks økte kjøpekraft og de voksende tekniske mulighetene for behandling. Derfor er det foreslått at det offentlige helsevesenet bør avgrense seg til å yte visse grunnleggende helsetjenester som skal være tilgjengelige for alle, og heller overlate dekningen av den øvrige etterspørselen etter helsetjenester til markedet og den enkeltes lommebok. Representanter for private sykehus mener for eksempel at tjenester som sterilisering, fertilisering og deler av idrettsmedisinen egner seg godt for privatisering. Denne prioriteringsdebatten har vi antakelig bare har sett begynnelsen på.

5.3 Forskningsbehov

* *Hvordan er blandingen av privat og offentlig finansiering av helsetjenester, og hvordan har den utviklet seg på 1990-tallet?*

Vi mangler de mest elementære dataene for å beskrive utviklingen av privat og offentlig blanding av betaling i det norske helsevesenet. Gode oversikter over brukerbetaling finnes bare for 1988 og 1992. Tidsseriedata mangler.

* *Hvordan utvikles det «skjulte» private legemarkedet?*

De private sykehusene er en del av et stort privat helsetjenestemarked som ligger nesten fullstendig i mørke. Dette markedet befolkes av allmennleger og legespesialister som driver praksis uten driftsavtale med kommunen eller fylkeskommunen. Så vidt vi har bragt i erfaring, har ingen noen fullgod oversikt over utviklingen av dette markedet. Antakelig vokser det raskt. Det finnes heller ingen oversikt over de private legesentrene og klinikkene som driver med avansert medisinsk behandling. Når stadig flere behandlinger kan utføres uten innleggelse, det vil si som dagkirurgi og som poliklinisk behandling, etter som teknologien utvikles, blir kartleggingen av virksomheten ved slike sentra desto viktigere.

Enda viktigere er det at vi har ytterst mangelfullt oppdatert kunnskap om to helt sentrale temaer i privatiseringsdebatten: spørsmålet om likhet og spørsmålet om effektivitet.

* *I hvilken grad ivaretar offentlige og private tjenesteytere likhetsverdiene i helsevesenet?*

Det er ikke gjort undersøkelser av pasientsammensetningen ved private sykehus/klinikker siden midten av 80-tallet. I dag er det ikke like opplagt at de private sykehusene fremmer ulikhet, mens de offentlige fremmer likhet. På den ene sida hevdes det at private tilbydere kan fremme likhet, på den annen at effektiviseringstiltakene i offentlige sykehus truer likhetsverdiene der. Spesielt er de forsøkene som bygger på DRG, en mulig trussel. Meningen er at DRG kun skal influere på *hvordan* oppgavene utføres, og ikke på *hvilke* oppgaver som utføres. Lian (1994, 1995) har pekt på at økonomiske incentivsystemer av denne typen *kan* ha utilsiktede og uønskete konsekvenser. Gjennom evalueringer av stykkprisforsøkene er det kommet fram at sentrale beslutningstakere frykter at sykehusene kan komme til å prioritere sykdommer og behandlingsformer som kan effektiviseres, uavhengig av de helsepolitiske prioriteringene og faktiske behov (Lian 1994:25). I en analyse av sju effektiviseringstiltak i norske sykehus mener Lian (1995) å påvise at bare ett har likeverdig fordeling som mål. Hun skriver: «Reformtiltakene vil kanskje gi oss et effektivt helsevesen, men vil det bli rettferdig når fordelingsspørsmål underordnes nyttemaksimeringen?» (Lian 1995:20). Det er derfor behov for å undersøke hvordan innføring av et aktivitetsbasert finansieringssystem i norske sykehus påvirker idealet om tilbudslighet. Er det slik at private sykehus ikke bidrar til større ulikhet – i hvert fall ikke alle former for ulikhet – mens offentlige sykehus kan bidra til det? En annen skjevhet som kan forsterkes av privat sykehusvesen, er den geografiske. Riktignok ligger alle de tre private sykehusene i Oslo, og det er storbybefolkningen som først og fremst betjenes. Likevel behandles i økende grad pasienter fra hele Norge. Hvor mange som kommer fra de ulike delene av landet, er avhengig av fylkeskommunenes atferd. Hovedpoenget er at vi vet lite om hvordan likhetsverdiene i dag blir ivarettatt i de offentlige og i de private sykehusene.

* *Er private helsetjenesteprodusenter mer effektive enn de offentlige?*

For å sammenlikne like med like i offentlige og private sykehus, er det en fordel – eller til og med en nødvendighet – å sammenlikne effektiviteten på diagnosnivå, med hensyn til operasjon av åreknuter, brokk, grå stær, ortopedi og gynekologi med videre. I Norge er det ikke gjort noen effektivitetsundersøkelser på diagnosnivå i offentlige og private sykehus og kli-

nikker. Også i utlandet er slike studier mangelvare. Her er sykehuset som regel undersøkelsenheten (Magnussen ved NIS, personlig meddelelse). Det er verdt å merke seg at for dette helt sentrale argumentet i privatiseringsdebatten er den forskningsbaserte kunnskapen svært mangelfull.

* *Hvordan foregår prissettingen i offentlige og private sykehus?*

Vi vet lite om hvordan prisene varierer mellom private og offentlige sykehus, og enda mindre om hvordan prisene dannes. Talsmenn for de offentlige sykehusene hevder at de stiller med handicap fordi offentlige sykehusene må holde dyr døgnkontinuerlig akuttberedskap; de har de tyngste pasientene med de mest kompliserte sykdommene; de er pålagt å drive forskning, undervisning og opplæring, og de må overta pasienter fra private sykehus og klinikker hvis de får komplikasjoner som krever mer avansert behandling (Petter Faye Lund ved Rikshospitalet i *Dagbladet* 6.4.1996). Direktøren ved Ullevål sykehus er således betenkt over anbudsvedtaket i Oslo kommune. Han framholder at Ullevål kan risikere å tape anbudskonkurransen med de private sykehusene, og advarer: «Ullevål må redusere staben hvis sykehuset ikke får oppdrag nok» (*Aftenposten* 5.3.1995). Talsmenn for private sykehus på sin side mener de stiller med handicap fordi de ikke har offentlig «grunnbevilgning», og fordi de de må innkalkulere kapitalkostnadene, det vil for eksempel si utgifter til husleie og til investeringer i utstyr i sine anbudspriser, noe de offentlige sykehusene ikke må. Direktøren ved Klinikkk 8 uttaler således i et intervju med *Aftenposten* 14.3.1995): «Vi er klare til å konkurrere. Men vi er skeptiske til om vi får gjøre det på like vilkår [. . .] De offentlige sykehusene har rammetilskudd som basis for virksomheten.» Hvordan varierer prisene for sammenliknbare behandlinger i private og offentlige sykehus, og hvordan framkommer prisene?¹²

Dette er også et spørsmål som har høy politisk relevans, dersom anbudsmodellen blir mer utbredt. Oslos nye anbudspraksis har noen uoversiktlige sider. Anbudskonkurransen gir de offentlige sykehusene mulighet til å konkurrere om egne ventelistepasienter. Anbudskonkurransen kan derfor gi de offentlige sykehusene «perverterte incentiver»: De kan oppmuntres til ikke å avvikle egne køer, fordi de vil kunne bedre økonomien ved å øke tallet på

¹²I det rapporten går i trykken melder avisene at Ullevål sykehus har priset sitt anbud langt lavere enn de private sykehusene. Kapitalkostnadene inngår imidlertid ikke i Ullevåls pristilbud, forteller økonomisjefen til *Aftenposten* 9.5.1996. Både Oslo-politikere fra Høyre og Fremskrittspartiet og representanter for de private sykehusene reagerer på at anbudskonkurransen ikke er ført på like vilkår (*Aftenposten* 9.5.1996).

«anbudspasienter». Det bør være en viktig oppgave å følge utviklingen av denne typen privatiseringsframstøt systematisk og på nært hold.

* *Får vi en oppblomstring av private helseforsikringer?*

En utvikling mot større interesse for private helseforsikringer er ikke utenkelig. Helseøkonomen Abel Olsen (1991:149) hevder for eksempel at: «I et system der det legges opp til stor grad av brukerbetaling vil det sannsynligvis dannes et marked for private forsikringsordninger. Folk vil ønske å sikre seg mot store utlegg dersom de skulle trenge behandling.» Vi kan øyne konturene av slik utvikling. For det første er antallet leger uten drifts-avtale med det offentlige, økende. Det fører til at pasientene må betale mer for legebesøket. For det andre vil vedvarende dårlig tilgjengelighet i det offentlige helsevesenet kunne føre til større søkning mot kommersielle, og dermed dyrere, helsetjenester. Talsmenn for private sykehus opplyser at de informerer sine pasienter om muligheten for å tegne private forsikringer nettopp av slike grunner.

Et annet spørsmål er i hvilken grad private helseforsikringer er aktuelle for folk flest, og særlig for personer med lavere inntekter og med kroniske helseplager. Her synes erfaringene kanskje noe forskjellige fra land til land. I Danmark har 1,4 millioner mennesker tegnet privat helseforsikring. En britisk undersøkelse antyder at når inntektsgrupper med svakere helse ble inkludert i en ordning, steg kostnadene, og premiene måtte økes (Glennest-ter 1985:139). Det er mulig at dersom brede samfunnsgrupper – også kronisk syke – inkluderes i private ordninger, blir premiene så høye at folk vil kvie seg.

* *Er det forskjeller i behandlingskvalitet, det vil si i pasientenes tilfredshet, ved offentlige og private sykehus?*

Talsmenn for Sosial- og helsedepartementet setter ikke spørsmålsteget ved den medisinske/faglige kvaliteten ved virksomheten i de private sykehuse- ne. Statens helsetilsyn har også et overordnet ansvar for at denne sida av kvaliteten holder mål. Derimot blir det hevdet at pasientbehandlingen og tilgjengeligheten ved private sykehus og klinikker er bedre enn ved de offentlige, og at det er en grunn til at en foretrekker de private alternativene. Behandlingskvalitet målt som pasientenes tilfredshet, er et uutforsket område. I hvilken grad søker pasienter til de private tilbyderne fordi de er utilfredse med hvordan de er blitt behandlet i det offentlige? Dersom folk kommer i knipe og ikke slipper til i det offentlige, hva skal til for at de kjøper private tjenester?

I tilknytning til pasientenes tilfredshet er også legenes tilfredshet et viktig tema. Ofte framheves at arbeidsvilkårene i de private sykehusene er mer

tilfredsstillende enn i de offentlige sykehusene. Dette kan være en grunn til at helsepersonell foretrekker å jobbe i private sykehus og klinikker. Imidlertid kan en konsekvens av fornøyde leger være fornøyde pasienter. Hvorvidt dette faktisk er tilfelle, vet vi lite om.

* *Er enkelte helsetjenester bedre egnet for privatisering enn andre?*

Arbeidsdelingen mellom offentlige og private tilbydere av avanserte helsetjenester griper også rett inn i prioriteringsdebatten og grenseoppgangen mellom offentlig og privat ansvar. Hvilke helsetjenester er grunnleggende og bør være et offentlig ansvar? Hvilke kan overlates til private? Hvilke behandlinger bør foregå på sykehus med innlegging, og hvilke kan foretas poliklinisk eller som dagkirurgi?

Avansert medisinsk behandling er et velferdsområde som antakelig står foran et kraftig privatiseringspress. Vi trenger derfor en mer bevisst og strategisk helsepolitikk på privatiseringsområdet. Samtidig står spørsmålene og paradoksene i kø: Det skorter på helt elementær kunnskap om hvordan privatiseringen utvikler seg i Norge, om hva som er drivkreftene, og ikke minst om hva konsekvensene er.

Litteratur

- Abel Olsen, J. (1991), «Egenbetaling. Finansiering eller rasjonering av helsetjenester?» I: Piene, H., red., *Helsevesen i knipe*. Oslo: Ad Notam
- Barsky, A.J. (1988), «The paradox of health.» *The New England Journal of Medicine*, 318:414–418
- Beck, U. (1986), *Die Risikogesellschaft*. Frankfurt Am Main: Suhrkamp
- Bogen, H. og O. Langeland, red. (1988), *Offentlig eller privat? Om privatisering og grensen for offentlig ansvar*. Fafo-rapport 78. Oslo: Fafo
- Bogen, H. og O. Langeland (1989), *Privatisering eller fornyelse? Holdninger til velferd, byråkrati og private løsninger*. Fafo-rapport 87. Oslo: Fafo
- Calnan, M., S. Cant og J. Gabe (1993), *Going Privat*. Buckingham/Philadelphia: Open University Press
- Culyer, A.J. (1988), «Inequality of health services is, in general, desirable». I: Green D.G., red., *Acceptable inequalities? Essays on the pursuit of equality in health care*. IEA Health Unit Paper No. 3. London: The IEA Health Unit
- ECON (1994), *Struktur og reformer i helsevesene*. Prosjekt for Norsk Pasientforening. ECON-rapport nr. 108/1994. Oslo: ECON
- Fugelli, P. (1982), *Det medisinske klassesamfunn*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Fugelli, P. (1984), «Privat helsevesen?» *Tidsskrift for den Norske Lægeforening* 104:607–609.
- Glennerster, H. (1985), *Paying for Welfare*. Oxford: Basil Blackwell
- Grund, J. (1985), *Velferdsstat i motvind*. Oslo: Universitetsforlaget
- Grund, J. (1991), *Helsepolitikk i 90-årene*. Oslo: Tano
- Hagen, K. (1988), «Finansieringsproblemer som privatiseringsargument». I: Bogen, H. og O. Langeland, red., *Offentlig eller privat? Om privatisering og grensen for offentlig ansvar*. Fafo-rapport. 78. Oslo: Fafo
- Helseboka* (1995). Oslo: Statistisk sentralbyrå
- Hjort, P.F. (1987), «Samlet vurdering». I: Nord, E., red., *Privatisering av helsevesenet*. GHF-rapport nr. 1/87. Oslo: Folkehelse

- Hofoss, D. (1987), «Det private innslaget i den norske helsetjenesten». I: Nord, E., red., *Privatisering av helsevesenet*. Oslo: GHF Folkehelse
- Høyre (1996), *Åpent parti. Et diskusjonsopplegg foran stortingsvalget 1997*. Studieskriftserie 1, 2, 3. Oslo: Høyres programkomite
- Illich, I. (1975), *Medisinsk nemesis*. Oslo: Gyldendal
- Innst.S. nr.165 (1994–1995), *Innstilling fra sosialkomiteen om samarbeid og styring – mål og virkemidler for en bedre helsetjeneste*
- Iversen, T. (1985), *Privatisering. Markedets muligheter i helsetjenesten*. GHF-skriftserie nr. S 1/85. Oslo: Folkehelse
- Jensen, T.Ø. og P. Bomann-Larsen (1991), «Pasienterfaringer med helsevesenet». I: Piene, H., red., *Helsevesen i knipe*. Oslo: Ad Notam
- Kielland, E. (1986), «Privatisering – troll med mange hoder.» *Tidsskrift for samfunnsforskning*, 3:195–216
- Knutsen, O. (1989), *Sosiale tjenester og velferdsstatens yrker: Særtrekk, modeller, og hypoteser for komparativ forskning*. INAS-rapport 1/89. Oslo: INAS
- Kuhnle, S. (1994), «Velferdsstatens politiske grunnlag». I: Hatland, A.S., S. Kuhnle, T.I. Romøren, red., *Den norske velferdsstaten*. Oslo: Ad Notam
- Kühn, H. (1984), *Das Finanzierungssystem der deutschen Krankenhäuser*. Berlin: Wissenschaftszentrum
- Lian, O. (1994), *DRG-finansiering og fordelingsrasjonalitet, eller hvorfor sykehus ikke kan styres som bedrifter*. LOS-senter Notat 9412. Bergen: LOS
- Lian, O. (1995), *Hvilke verdier styrer og legitimerer det «reformerte» norske helsevesenet?* LOS-senter Notat 9514. Bergen: LOS
- Lorentzen, H. (1987), «'Privatisering': Begrepetts innhold og implikasjoner.» *Tidsskrift for samfunnsforskning*, 3, 28 259–280
- Nord, E. og O. Rutle (1987), «Hvem bruker private medisinske sentre?» I: Nord, E., red., *Privatisering i helsevesenet*. GHF-rapport nr 1/87. Oslo: Folkehelse
- Nord, E. og L. Forsén (1987), «Kampen om helsepersonellet». I: Nord, E., red., *Privatisering i helsevesenet*. GHF-rapport nr 1/87. Oslo: Folkehelse.

- Norsk institutt for sykehusforskning (1994), *Samdata sykehus. Sammenligningsdata for somatisk fylkeshelsetjeneste 1993*. NIS-rapport 3.94. Trondheim: NIS
- Norsk institutt for sykehusforskning (1995), *Samdata sykehus. Sammenligningsdata for somatisk fylkeshelsetjeneste 1994*. NIS-rapport 3.95. Trondheim: NIS
- NOU 1988:7, *Egenbetaling i helse- og sosialsektoren*
- Okun, A. (1975), *Welfare and efficiency: The big trade-off*. Washington: Brookings
- Rohde, T., red. (1986), *Privat og offentlig innsats i Nordens helsevesen*. GHF-rapport 3/86. Oslo: Folkehelsa
- Statistisk sentralbyrå (1996), *Ukens statistikk* nr. 11
- St.meld. nr. 41 (1987–88), *Helsepolitikken mot år 2000. Nasjonal helseplan*
- St.meld. nr. 44 (1989–90), *Egenbetaling i helse- og sosialtjenesten*
- St.meld. nr. 50 (1993–94), *Samarbeid og styring. Mål og virkemidler for en bedre helsetjeneste* (Helsemeldingen).
- Støkken, A.M. og B. Nylehn (1991), *Monopol eller konkurranse i velferdskommunene?* Oslo: Kommuneforlaget
- Sæther, E.M. og I.T. Olsen (1996), *95.6% public? Private and public mix in the Norwegian health sector*. Oslo: Diakonhjemmet International Centre
- Tudor Hart, J. (1975), «The inverse care law». I: Cox, C. og A. Mead., red., *A sociology of medical practice*. London: Collier-Macmillan
- Ukens Statistikk* nr. 9 1996. Oslo: Statistisk sentralbyrå
- Ukens Statistikk* nr. 11 1996. Oslo: Statistisk sentralbyrå
- von Düring m.fl. (1995), «Svangerskap, fødsel og barn etter in vitro-fertilisering i Norge, 1988–91.» *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, 115:2054–60
- Yngre legers forening (utdatert), *Legene flykter fra sykehusene*. Oslo: Ylf
- Walker, A. (1984), «The political economy of privatisation». I: Le Grand, J. og R. Robinson, red., *Privatisation and the welfare state*. London: George Allen & Unwin
- Wildawsky, A. (1980), «Can health be planned?» I: Mechanic, D., red., *Readings in medical sociology*. New York: Free Press

Privatisering av helsetjenester

I løpet av de siste åra har det funnet sted en vekst i private, markedsbaserte helsetilbud i Norge, både i form av private sykehus og i form av andre helsetilbud. Denne rapporten avdekker omfanget av slike private helsetilbud og drøfter den rollen de kan spille i helsebildet – særlig de private sykehusene. Rapporten viser at mange utviklingstrekk til sammen kan bidra til framveksten av private, markedsbaserte helsetilbud, og at det helsepolitiske resultatet av denne utviklingen ikke er entydig.



Forskningsstiftelsen Fafo

Borggata 2B
Postboks 2947 Tøyen
N-0608 Oslo
<http://www.fafo.no>

Telefon 22 67 60 00
Faks 22 67 60 22

Fafo-rapport 196
ISBN 82-7422-156-7