

Notat 1:2017



Roar Eilertsen

# Private, kommersielle sykehus i Norge

## Innhold

|     |   |    |
|-----|---|----|
| 1   | Mot en todelt og prodittdrevet spesialisthelsetjeneste .....              | 4  |
| 2   | Noen hovedtall for spesialist-helsetjenesten og for kjøp fra private..... | 6  |
| 3   | De private sykehusaktørene .....  | 7  |
| 3.1 | Mindre enn en prosent av den totale somatikken.....                       | 7  |
| 4   | Et privat sykehusmarked – med to dominerende aktører.....                 | 10 |
| 4.1 | Private anbudssykehus .....   | 11 |
| 4.2 | De kommersielle sykehusene er lønnsomme.....                              | 13 |
| 4.3 | Størst innenfor ortopedi / dagkirurgi.....                                | 14 |
| 5   | Fritt behandlingsvalg for mer privatisering.....                          | 15 |
| 6   | Vedlegg (fra Helsedirektoratets rapport) .....                            | 17 |

## Forord

Dette notatet inngår i fellesprosjektet Profittfri velferd, som de tre organisasjonene Manifest analyse, For velferdsstaten og De Facto – Kunnskapssenter for fagorganiserte samarbeider om frem mot valget i 2017. Notatet er utarbeidet av undertegnede i april – mai 2017.

Oslo 9. august 2017  
Roar Eilertsen

# 1 Mot en todelt og prodittdrevet spesialisthelsetjeneste

De norske sykehusene inngår i det som kalles spesialisthelsetjenesten. I tillegg til de somatiske sykehusene<sup>1</sup> omfatter denne også det meste av psykisk helsevern, rehabilitering og rusbehandling, samt et vidt spekter av spesialister som har avtale med, og får refusjoner, fra det offentlige.

Den andre hoveddelen i det norske helsesystemet er primærhelsetjenesten, de tjenestene som kommunene har ansvar for. Viktigst her er fastleger (som har hjemler/driftsavtaler med kommunene), legevakt, helsestasjoner, barnevern, sykehjem, m.m.

I dette notatet skal vi se nærmere på utviklingen og fremveksten av somatiske, *kommersielle* sykehus. Den sittende regjeringen har et eksplisitt mål om gi private en større plass innenfor helsesektoren<sup>2</sup>. Det har ført til en vekst i private, profittmaksimerende selskaper som etablerer seg innenfor alle deler av helsevesenet, og som får hoveddelen av sine inntekter fra det offentlige.

Som vi skal se, utgjør de kommersielle sykehusene fortsatt bare en liten del av det totale sykehusstilbudet i Norge. Men sterke kapitalinteresser har etablert seg, de vokser raskt, og de har store ambisjoner om fortsatt vekst. I et intervju med bladet Kapital<sup>3</sup> sier administrerende direktør Grethe Aasved i Aleris Helse AS at selskapet forventer en omsetning på ca 1,5 milliarder kr i 2017. I 2011 var omsetningen 430 mill kr.

Også sjefslegen i den andre store, kommersielle aktøren, Volvat Medisinske Senter AS, Christian Loenneken, mener det ligger til rette for en sterk vekst og mer privatisering av sykehusbehandlingene. Han sier til Kapital at «det offentlige vil etterlate stadig større nisjer til de private».

Veksten er delvis drevet av en økende andel privatbetalende pasienter, med og uten helseforsikringer. Men utviklingen av markedet vil i avgjørende grad påvirkes av det offentliges politikk for kjøp av tjenester fra de kommersielle aktørene. Dagens blåblå regjering har, som nevnt, som uttalt mål å øke omfanget av private sykehus tjenester. Men så langt har verken pålegg til helseforetakene om å kjøpe mer, eller H/Frp-regjeringens nyskaping «Fritt

---

<sup>1</sup> Somatikk er navnet på den delen av medisinen som omhandler fysiske sykdommer

<sup>2</sup> I Regjeringserklæringen fra 2013 heter det under punktet helse og omsorg: «Øke kjøpet av private helsetjenester for å redusere helsekostene, jf samarbeidspartiene»

<sup>3</sup> Kapital 09.02.2017: Flere betaler sykehus selv

behandlingsvalg», resultert i noen eksplosiv vekst. Så selv om de kommersielle sykehusene ønsker og håper på mer oppdrag og penger fra offentlige kasser, er man ifølge Kapital-artikkelen misfornøyd med utviklingen under H/Frp-regjeringen:

*«H og Frp var liksom «våre egne». Vi hadde ventet at det nærmest ble forskjellig over natten med de blåblå. Men skiftet uteble. Den forventede utviklingen i favør av privat helse ble nesten til stagnasjon, sier Loennecken ved Volvat.»*

Både representantene for Aleris og Volvat hevder at det i praksis ikke har vært noen forskjell på bruken av private mellom dagens regjering og den forrige rødgrønne regjeringen.

*«Jeg kan ikke se at vår vekst kommer an på hvem som styrer landet», sier Grethe Aasved til Kapital.»*

I det følgende skal vi se grundigere på hva som har skjedd på disse områdene.

## 2 Noen hovedtall for spesialisthelsetjenesten og for kjøp fra private

Statistisk sentralbyrå (SSB) offentliggjør løpende statistikk for spesialisthelsetjenesten. I SSBs oppdateringer fra juni 2016 finner vi følgende:

Tabell 1: Spesialisthelsetjenesten<sup>4</sup>. Kostnader inkl. RHF, HF, Private institusjoner etter region, kostnadstype, funksjon, tid og statistikkvariabel

|   | 2016                      | 2015                      |
|---|---------------------------|---------------------------|
|   | Løpende priser (mill. kr) | Løpende priser (mill. kr) |
| Hele landet                                   |                           |                           |
| Sum driftskostnader (inkl. avskrivninger)     |                           |                           |
| Sum alle funksjoner                           | 140 934                   | 139 338                   |
| Administrasjon i RHFene                       | 1 724                     | 1 504                     |
| Ambulanse og luftambulanse                    | 6 039                     | 6 003                     |
| Syke transport og transport av helsepersonell | 3 308                     | 3 279                     |
| Somatiske tjenester                           | 87 014                    | 85 561                    |
| Psykisk helsevern for voksne                  | 18 909                    | 19 265                    |
| Psykisk helsevern for barn og ungdom          | 4 353                     | 4 428                     |
| Rusbehandling (TSB)                           | 5 391                     | 5 219                     |
| Lab/røntgen                                   | 13 901                    | 13 777                    |

Vi ser at det i 2015 ble brukt ca 141 milliarder kroner på spesialisthelsetjenesten totalt, og av dette ble 87 milliarder kr brukt på somatiske tjenester, ca 29 milliarder kr på psykisk helsevern og rusbehandling, ca 14 milliarder kr. på lab/røntgen og ca 10 milliarder kr på ambulanse / syke transport.

<sup>4</sup> SSB. Statistikkbanken, spesialisthelsetjenesten, tabell 09447 for året 2014 og tabell 06464 for året 2015. Det er korrigert for omlegginger av pensjonssystemet i 2014-tallene, slik at de to årene skal være sammenlignbare.

### 3 De private sykehusaktørene

Foreløpig utgjør de private, kommersielle sykehusene en liten del av den somatiske helsetjenesten i Norge. I 2017 er dette markedet kjennetegnet av tre karakteristika

- lite, men økende innenfor den samlede somatiske helsetjenesten
- totalt dominert av to stor aktører (Aleris og Volvat), og
- store innenfor enkelte ortopediområder for planlagte operasjoner.

#### 3.1 Mindre enn en prosent av den totale somatikken

I tabell 2 nedenfor ser vi at det offentlige i 2015 brukte drøyt 14 milliarder kroner på kjøp av helsetjenester fra private<sup>5</sup>. Dette omfatter alle typer spesialisthelsetjenester, hvor somatiske tjenester stod for ca 8,6 mrd kr, psykisk helsevern for ca 2,9 mrd kr og rusbehandling ca 1,9 mrd kr.

Tabell 2<sup>6</sup>: Spesialisthelsetjenesten. Kostnader inkl. RHF, HF, Private institusjoner etter kostnadstype, funksjon, tid og statistikkvariabel

|                                      | 2016                      | 2015                      |
|--------------------------------------|---------------------------|---------------------------|
|                                      | Løpende priser (mill. kr) | Løpende priser (mill. kr) |
| Kjøp av private helsetjenester       |                           |                           |
| Sum alle funksjoner                  | 14 999                    | 14 325                    |
| Ambulanse og luftambulanse           | 245                       | 247                       |
| Somatiske tjenester                  | 8 969                     | 8 530                     |
| Psykisk helsevern for voksne         | 2 793                     | 2 617                     |
| Psykisk helsevern for barn og ungdom | 289                       | 276                       |
| Rusbehandling (TSB)                  | 1 975                     | 1 863                     |
| Lab/røntgen                          | 726                       | 779                       |

En foreløpig konklusjon er at private leverandører stod for drøyt 10 prosent av kostnadene i den somatiske spesialisthelsetjenesten, ca 12 prosent innenfor psykisk helsevern, og ca 37 prosent innenfor rusbehandling i 2016.

<sup>5</sup> Kostnader inkl. RHF, HF, Private institusjoner

<sup>6</sup> SSB. Statistikkbanken, spesialisthelsetjenesten, tabell 06464

Men, som allerede antydnet, er private leverandører i spesialisthelsetjenesten mange forskjellige ting. I rapporten «*Private aktører i spesialisthelsetjenesten. Omfang og utvikling 2010-2014*», utgitt av Helsedirektoratet i mars 2016 (heretter omtalt som Helsedirektoratets rapport), presenteres en annen oppdeling av kostnadene. Der oppsummeres kostnadsbilde for private aktører slik (s. 9):

«I 2014 utgjorde kostnadene til private aktører 15,7 mrd. kr, som tilsvarte 12,3 prosent av kostnadene i spesialisthelsetjenesten. Kostnadsbegrepet inkluderer refusjoner fra Helfo, og privatfinansiert virksomhet ved private sykehus. En stor andel av kostnadene til private gjaldt aktører som hadde langsiktige avtaler med regionale helseforetak. Av de 15,7 mrd. gikk 5,8 mrd. kr til avtaleinstitusjoner og 3,4 mrd. kr til avtalespesialister. Med avtaleinstitusjoner forstås eksempelvis Lovisenberg Diakonale sykehus og Haraldsplass Diakonale sykehus. Av de resterende 6,5 mrd. kr gikk 5,3 mrd. til anbudsutsatte institusjoner og 1,2 mrd. til private laboratorie- og røntgeninstitutter.»

Vi ser at det er en forskjell mellom SSBs tall for spesialisthelsetjenestens kjøp av private helsetjenester (13,4 mrd kr i 2014) og Helsedirektoratets tall for totale kostnader hos de private aktørene (15,7 mrd kr i 2014). Forskjellen skyldes at de private aktørene også har inntekter fra andre (kommuner, forsikringsselskaper, egenandeler, mm.).

Fra sitatet ovenfor ser vi at man i Helsedirektoratets rapport har delt inn de private leverandørene i flere undergrupper. Vår oppmerksomhet skal rettes mot den kategorien som kalles *Anbudssykehus, øvrige private sykehus*. I rapporten heter det at

«dette er aksjeselskaper som i hovedsak driver innenfor somatisk spesialisthelsetjeneste. En stor andel av virksomheten er elektiv kirurgi. Eksempler på øvrige private sykehus er Aleris, Stokkanklinikken og Bergen kirurgiske sykehus.»

Det betyr at private, ideelle sykehus ikke vies oppmerksomhet her. Det gjelder både de som er såkalte «avtaleinstitusjoner», som Lovisenberg m.fl., og ideelle «anbudsinstitusjoner» som LHL-sykehusene.

I rapporten fra Helsedirektoratet presenteres en oversikt<sup>7</sup> over den samlede aktiviteten i hele spesialisthelsetjenesten i årene 2010-2014. Aktiviteten er der målt i antall produserte DRG-poeng<sup>8</sup> av ulike aktører innenfor de tre kategoriene *døgnopphold, dagopphold og polikliniske konsultasjoner*. Den viser at de private, kommersielle sykehusene (anbudssykehusene) stod for ca 0,9 av den totale produksjonen i spesialisthelsetjenesten i 2014, og at mer enn 80 prosent av aktiviteten deres var innenfor kategorien *dagopphold*. Samtidig vises det at aktiviteten i de private, kommersielle sykehusene øker langt

<sup>7</sup> Tabell 6.1. s. 87

<sup>8</sup> Produksjon av DRG-poeng brukes som mål på aktivitet. Alle behandlinger i den somatiske (og enkelte andre deler av) spesialisthelsetjenesten er plassert i en **DiagnoseRelatertGruppe**. Kostnader for hver behandling refunderes ved at hver den tilskrives et bestemt antall (eller andel av) DRG-poeng. Ett DRG-poeng er i 2017 verdsatt til kr. 42 753 (Ifølge Helsedirektoratets hjemmeside).



sterkere enn i de offentlige og de ideelle sykehusene (avtalesykehusene). I rapporten heter det videre (s. 81 og 84):

«Gruppen øvrige private sykehus (anbudssykehus) har hatt en større vekst i døgn- og dagaktivitet enn andre sykehus i perioden fra 2010 til 2014, når aktiviteten måles som DRG-poeng. Veksten var på 12 prosent. Det må påpekes at aktiviteten hos anbudssykehusene (ekskl. LHL) i hovedsak bestod av dagbehandlinger. I perioden 2010 til 2014 hadde øvrige private sykehus (anbudssykehus) den største veksten i elektiv kirurgi (kirurgisk DRG) med en økning på 22 prosent. Også avtalesykehusene og LHL-sykehusene hadde en sterkere vekst enn helseforetakene (henholdsvis 17, 13 og sju prosent).»

Vi ser at regjeringens målsetting om å øke de private sykehusenes plass i spesialisthelsetjenesten gradvis realiseres mer og mer.

## 4 Et privat sykehusmarked - med to dominerende aktører

I prinsippet er det fritt for alle å etablere sykehus i Norge. Vi har fått et sykehusmarked. Det følger blant annet av at EUs grunnleggende regelverk for et felles europeisk helsemarked er innført i Norge. Regelverket bygger både på det indre markedets grunnprinsipp om fri etableringsrett og at pasienter fritt skal kunne velge mellom offentlige og private sykehus i hele EU/EØS-området. I 2013 ble EUs pasientrettighetsdirektiv innført i Norge. Direktivet pålegger medlemsstatene å likebehandle offentlige og private aktører i helsemarkedet, men setter samtidig grenser for hvor mye de offentlige trygdesystemene har plikt til å dekke av kostnadene til helsehjelp. Mulighetene for politisk styring ligger i nettopp dette regelverket (se nedenfor).

Samtidig som pasientrettighetsdirektivet ble innført vedtok norske myndigheter å avvikle den tidligere godkjenningsordningen for sykehus. I dag finnes det standarder og krav til alle som vil drive sykehus i Norge (offentlige og private), og dersom man kan dokumentere at kravene er imøtekommet kan hvem som helst kalle seg / drive et sykehus<sup>9</sup>.

Det som er avgjørende for hvordan det norske sykehusmarkedet utvikler seg, er i praksis hvor mye penger de private sykehuseierne klarer å få ut av Folketrygden. Markedet for totalt privatfinansierte sykehus (fra forsikrings- og egenbetalinger) er svært lite i Norge. Men det synes heller ikke å være nok at pasientene gis rett til fritt sykehusvalg for at markedet skal bli så stort at investorer finner det lønnsomt å bygge ut private sykehus. For det første omfatter ordningen med fritt sykehusvalg bare sykehus som har avtaler med de regionale helseforetakene (RHF-ene), og dermed finansiering fra det offentlige. Det betyr at den offentlige innkjøpspolitikken er en flaskehals. Men det viser seg også at folk stort sett velger sitt nærmeste sykehus, og gjerne et offentlig sykehus der det er tilgjengelig uten at det er for lang ventetid.

Det private sykehusmarkedet må derfor «hjelpes frem» av politiske pålegg og prioriteringer, jfr regjeringserklæringen fra 2013. Mens den rødgrønne regjeringens politikk var å bruke private når det var mangel på kapasitet i det offentlige, anser de blåblå at det er et mål i seg selv å hjelpe frem og bygge opp et privat sykehusmarked. De regionale helseforetakene (RHF-ene) er derfor pålagt å øke sine kjøp fra private leverandører. I tillegg vedtok man i 2015 en lov om fritt behandlingsvalg, som skal flytte beslutningen om å bruke private leverandører fra helseforetakenes innkjøps-/avtalepraksis til pasientene på individnivå. I avsnitt 4 nedenfor drøftes ordningen med fritt behandlingsvalg nærmere.

Tilhengerne av et privat sykehusmarked i Norge argumenterer (som i alle andre sammenhenger innenfor velferdsområdet) med konkurranse, mangfold og

<sup>9</sup> Se De Facto-rapport 9:2012: EUs pasientrettighetsdirektiv. Mot et europeisk helsemarked

valgfrihet. Det er derfor interessant å se på hva som så langt har skjedd i prosessen med å utvikle dette markedet. I dag domineres det norske, kommersielle sykehusmarkedet totalt av Aleris-sykehusene og Volvat.

Aleris-konsernet eies den svenske Wallenberg-stiftelsen Investor, og har i dag 13 klinikker og sykehus i ni norske byer. Den totale omsetningen i det svenske Aleris-konsernet var i 2015 på 8,5 mrd SEK, og har hatt en økning fra 1,7 mrd SEK i 2005. Ifølge selskapets årsrapport 2016 kommer 52 % av omsetningen fra det medisinske området og 48 % fra omsorgsdelen av konsernet.

I den norske delen, Aleris Helse AS, var omsetningen i 2016 på 1 002 mill NOK, ifølge årsregnskapet. Etter flere år med gode overskudd førte store oppkjøp og ekspansjon til at man i 2016 rapporterte et underskudd på 64 mill kr.

I Helsedirektoratets rapport fra 2016 beskrives dette blant annet slik (s. 83-84):

«Aleris Helse AS hadde sykehusvirksomhet i de fem største byene i Norge, og var den desidert største enkeltaktøren i gruppen øvrige private sykehus i 2014. Teresgruppen (Teres Medical Group) var en annen aktør med lokalisasjoner i ni norske byer. De fleste av disse ble høsten 2015 kjøpt opp av Aleris, som dermed dominerer anbudsmarkedet. Sykehusene som per i dag er en del av Aleris stod for cirka 71 prosent av den samlede aktiviteten, og 77 prosent av DRG-poengene, for denne gruppen av private sykehus i 2014.  
... De store aktørene som Aleris og Volvat medisinske senter tilbyr et bredt spekter av helsetjenester som utføres av mange ulike helseprofesjoner, inklusive allmennlegetjenester. Våre aktivitetsdata inkluderer kun aktivitet innenfor spesialisthelsetjenesten utført via anbudsavtaler med offentlige helseforetak.»

Dette er et mønster som vi finner igjen innenfor alle områder hvor private, kommersielle selskaper har kommet inn som leverandører av offentlig finansierte velferdstjenester. Det starter med forholdsvis mange små aktører, men etter noen år skjer det en sterk konsentrasjon. De store selskapene kjøper opp konkurrentene og tar over mesteparten av markedet.

Den andre store aktøren, Volvat Medisinske senter, hadde i 2016 en omsetning på 575 mill kr., og hadde ifølge årsregnskapet et overskudd på drøyt 11 mill kr. Volvat er også eid et svensk helsekonsern, Capio AB, som i sin tur er eid av flere oppkjøpsfond (bl.a. Apax Europe og Nordic Capital). Det fremkommer ikke av årsregnskapet hvor store deler av inntektene som kommer fra aktiviteter utenfor spesialisthelsetjenesten.

## 4.1 Private anbudssykehus

I det følgende skal vi gi en oversikt over de viktigste aktørene innenfor det private, kommersielle sykehusmarkedet i Norge. Vi har hentet opplysninger om hvilke aktører som har med avtaler med RHF-ene fra Helsedirektoratets rapport (se rapportens vedlegg 3), mens opplysningene om omsetning og eierskap er hentet fra nettstedet Regnskapstall.no. Det er viktig å minne om at

omsetningstallene for selskapene er større enn det de får inn fra avtalene med RHF-er og i refusjoner fra Helfo<sup>10</sup>. De har også inntekter fra forsikringselskaper og egenbetalinger fra pasienter, mm. I oversikten nedenfor er heller ikke aktiviteten fra spesialisthelsetjenesten skilt ut. Det betyr at omsetningstallene (særlig) for Aleris Helse AS og Volvat Medisinske senter AS også omfatter deres inntekter fra andre helsetjenester (allmennleger, m.m.).

Aleris Helse AS, hadde en samlet omsetning på 1 002 mill kr i 2016. Selskapet er eid av svenske Aleris AB, som i sin tur er hundre prosent eid av Wallenberg-fondet Investor AB.

Volvat medisinske senter AS er den andre store aktør innen det private helsemarkedet. Omsetningen i 2016 var på 575 mill kr. Eies av det svenske helsekonsernet Capio AB

Medi 3 AS, er et Ålesund-basert selskap med en omsetning på 160 mill kr i 2016. Lokalt eierskap.

Nimi AS, har klinikker på Ringerike og i Oslo (Ullevål, inkl Hjelp 24 NIMI) hadde en omsetning på 65 mill kr i 2016. Nimi eies i hovedsak av det norske oppkjøpsfondet Herkules Capital.

Privatsykehuset Haugesund AS, hadde en omsetning på 37 mill kr i 2016. Sykehuset eies av Medvest AS (Sjur Nygaard) med 50 % og Vismed AS med 50 %.

Ringvollklinikken AS, hadde en omsetning i 2016 på 46 mill kr. Eies av lokale selskaper/eiere i Østfold.

Privathospitalet Fana Medisinske senter AS, hadde en omsetning på 34 mill kr i 2016. Eies av ekteparet Nordahl (Heidi og Stein) med 50 % hver.

Ibsensykehuset Porsgrunn AS, hadde en omsetning på 16 mill kr i 2016. Eies av Leif Trygve Næss.

Mjøskirugene AS, hadde en omsetning på 9 mill kr i 2016. Lokalt eierskap.

På Helsedirektoratets liste over selskap med avtaler med RHF-er/HF-er er det oppført ytterligere tre mindre selskap (SVC Norge AS med omsetning på 9 mill kr i 2016, Akademiklinikken Oslo AS med omsetning 28 mill kr i 2016 og Kolibri Medical AS, som står oppført i regnskapsregisteret med 0 i omsetning i 2016).

---

<sup>10</sup> Fra Helfos hjemmeside: «Helfo er en ytre etat under Helsedirektoratet. Vi forvalter oppgjør til behandlere, leverandører og tjenesteytere, samt individuell refusjon av privatpersoners utgifter til blant annet legemidler, tannhelse og helsetjenester i utlandet.»

## 4.2 De kommersielle sykehusene er lønnsomme

Det er i en lang rekke artikler, rapporter og bøker<sup>11</sup> dokumentert hvordan velferdsprofitørene henter ut hundrevis av millioner kroner i profitt fra offentlig finansierte velferdstjenester. I De Facto-notatet «Barnevern som profittarena» (nr. 7:2016) ble det påvist at avkastningen på investert kapital var på skyhøye 23-24 prosent innenfor kommersielt barnevern. Det plasserer bransjen som den mest lønnsomme i norsk økonomi. Lønnsomheten er ikke like høy i de kommersielle sykehusene, men også her ligger den klart over gjennomsnittet for norsk økonomi.

Det mest sentral nøkkeltallet, som brukes for å måle lønnsomheten i et selskap, kalles totalrentabilitet. Det angir hvor stor avkastning det er på den kapitalen som et selskap har til disposisjon i et år<sup>12</sup>. For norsk økonomi som helhet var totalrentabiliteten i 2015 var på 4,7 %.

For de kommersielle sykehusene i Norge så det slikt ut, rangert fra høyest til lavest:

|  |        |
|--|--------|
| Mjøskirurgene AS                           | 19,1 % |
| Privathospitalet Fana medisinske senter AS | 14,8 % |
| Medi 3 AS                                  | 14,3 % |
| Aleris Helse AS                            | 10,1 % |
| Volvat Medisinske senter AS                | 7,1 %  |
| Ringvollklinikken AS                       | 4,0 %  |

Aleris Helse AS, Privatsykehuset Haugesund AS, Nimi AS og Ibsensykehuset Porsgrunn AS rapporterte i 2016 underskudd i sine regnskaper (hhv minus 11 mill kr. i Aleris, minus 4 mill kr. i Privatsykehuset Haugesund AS, minus 15 mill kr i Nimi AS og minus 0,5 mill kr. i Ibsensykehuset AS).

Det er viktig å minne om at tallene både for Aleris Helse og Volvat er regnet ut fra selskapenes samlede omsetning i 2016, og at denne (særlig for Volvat) omfatter mer enn aktiviteten innenfor spesialisthelsetjenesten. Det betyr at lønnsomheten i sykehusdriften isolert kan ligge høyere enn det her beregnede gjennomsnittstallet. Selv om det dominerende Aleris Helse AS ikke er det mest lønnsomme sykehusselskapet i Norge, bidrar det likevel til å trekke opp lønnsomheten i det svenske morselskapet Aleris AB. I deres årsrapport er fokus på EBITDA<sup>13</sup> som et annet viktig lønnsomhetsmål. For det svenske konsernet var EBITDA 4,5 %, mens det i norske Aleris Helse AS var 7,8 prosent i 2015. Wallenberg-sfæren tjener gode penger på norsk helsepolitikk.

<sup>11</sup> Se f.eks. Linn Hernings bok Velferdsprofitørene, Manifest Forlag 2016

<sup>12</sup> Definisjonen er knyttet til følgende tall i årsregnskapet: Ordinært resultat før skatt pluss rentekostnader som andel av selskapets totalkapital (sum eiendeler). Angis i prosent.

<sup>13</sup> EBITDA defineres som driftsresultat pluss avskrivninger som andel av totale driftsinntekter. Angis i prosent.

### 4.3 Størst innenfor ortopedi / dagkirurgi

Vi har sett at de kommersielle sykehusene er konsentrert rundt de store byene. Det offentlige kjøp av tjenester varierer fra region til region, men felles er at det i all hovedsak dreier seg om planlagt (elektiv) ortopedisk dagkirurgi<sup>14</sup>. Vi tar her med noen avsnitt fra Helsedirektoratets rapport, som gir en beskrivelse av dette (s. 85):

«Basert på innrapporterte data for 2014 var omtrent 65 prosent av episodene og 97 prosent av DRG-poeng hos øvrige private sykehus (anbudssykehus) knyttet til elektiv kirurgi. Behandlingen foregikk i hovedsak som dagkirurgi.

Øvrige private sykehus (anbudssykehus) sto for cirka seks prosent av all kirurgi (kirurgiske DRG-er) og sju prosent av all elektiv (planlagt) kirurgi 15 i 2014. Den største aktiviteten var operasjoner på muskel- og skjelettsystemet (Hoveddiagnosegruppe 8 i DRG-systemet), hvor øvrige private sykehus utførte 12 prosent av all kirurgi. Av operasjoner på kne og legg (ekskl. proteser) sto de private anbudssykehusene for 27 prosent, operasjoner på overarm, albue og underarm 21 prosent, og av operasjoner på ankel og fot 12 prosent. Dette viser at disse sykehusene står for en betydelig andel innen deler av ortopedien, men at det i hovedsak begrenser seg til prosedyrer som kan gjøres dagkirurgisk.»

I Helsedirektoratets rapport gis det også en del tall som viser hvordan bruken av de kommersielle sykehusene varierer mellom regioner og helseforetaksområder. Det heter (s. 83):

«De øvrige private anbudssykehusene (ekskludert LHL-sykehus) var viktige bidragsytere når det gjaldt dagbehandling, men bruken av disse varierte mellom regioner og helseforetaksområder i 2014. St.Olavsområdet (Sør-Trøndelag) skilte seg ut med en andel på 21 prosent dagopphold i regi av private anbudssykehus. Deretter fulgte de andre områdene i Helse Midt-Norge med henholdsvis andeler på 15 prosent (Møre og Romsdal) og 14 prosent (Helse Nord-Trøndelag). De to nordligste områdene (UNN og Finnmark) lå på omkring ni til ti prosent, og det samme gjaldt Helse Bergen. Områdene i Helse Sør-Øst framstod med en relativt sett lavere bruk av private anbudssykehus. Østfold hadde en noe høyere andel enn de andre i denne regionen (7 prosent).»

Vi ser at omfanget hittil har vært størst i Midt-Norge. I tabell 3 ( neste side) viser vi tall fra Statistisk sentralbyrå<sup>15</sup> som dokumenterer at veksten i helseforetakenes kjøp av tjenester hos de kommersielle er størst innenfor området til Helse Sør-Øst RHF.

Bildet ser slik ut:

<sup>14</sup> Ortopedene behandler plager i skjelett, sener, muskler og ledd.

<sup>15</sup> En spesialkjøring for oss som viser RHF-er og HF-ers kjøp av private helsetjenester fra private helseinstitusjoner uten driftsavtale

Tabell 3:

| Foretaksområde <sup>16</sup> | 2010 – Kjøp i mill kr | 2015 – Kjøp i mill kr | Økning i prosent |
|------------------------------|-----------------------|-----------------------|------------------|
| Helse Sør-Øst                | 395                   | 545                   | 38               |
| Helse Vest                   | 93                    | 142                   | 15               |
| Helse Midt-Norge             | 116                   | 149                   | 13               |
| Helse Nord                   | 65                    | 72                    | 11               |

De statlige helseforetakene kjøper stadig mer fra de private, kommersielle sykehusene.

## 5 Fritt behandlingsvalg for mer privatisering

Den blåblå regjeringen fikk i 2015 flertall for å innføre såkalt «fritt behandlingsvalg». Det innebærer at den enkelte selv kan velge leverandør av spesialisthelsetjenester, først og fremst somatiske. Etter hvert er ordningen også utvidet til deler av psykisk helsehjelp og rusbehandling. Som ellers krever tilgang til spesialisthelsetjeneste at man har en henvisning fra fastlegen. For at en institusjon skal komme på listen som den enkelte kan velge fra, må de ha fått godkjenning fra Helfo. En rekke kriterier må tilfredsstilles, og ordningen omfatter foreløpig bare nærmere spesifiserte behandlinger.

Fritt behandlingsvalg er åpenbart et tiltak for øke etterspørselen etter private, kommersielle sykehustjenester. I den politiske retorikken er det pasientenes valgfrihet som løftes frem. Ordningen har fungert i forholdsvis kort tid, og foreløpig er det (forbausende?) få som har benyttet seg av den. Fra innføringen i november 2015 til januar 2017 var det litt over 1 700 personer som hadde benyttet seg av ordningen<sup>17</sup>.

Det er helt sikkert flere årsaker til at flere ikke har benyttet ordningen så langt. Usikkerhet, kunnskap og holdninger hos den enkelte kan spille inn, men det er også slik at flere av de private sykehusene ennå ikke har søkt om godkjenning for å bli tatt inn i ordningen. Det skyldes at de er misfornøyde med den finansieringsmodellen som myndighetene så langt har bestemt.

I regelverket slås det fast at en privat leverandør ikke kan ta mer betalt for en behandling enn det som er prisen i inngåtte anbudskontrakter for tilsvarende behandlinger. Vi har altså i dag et tosporet system som skal hjelpe de private, kommersielle sykehusene frem. Først kan sykehusene levere inn anbud og få avtale med helseforetakene om å få utføre bestemte behandlinger til en avtalt pris. I tillegg kan de være på en liste over institusjoner som pasienter velger på

<sup>16</sup> Innenfor foretaksområdene er kjøp fra RHF-et og underliggende HF-er summert til ett tall

<sup>17</sup> VG 16.02.2017: «Treg start for Høies prestisjereform»

eget initiativ. Men for disse behandlingene kan de ikke ta mer betalt enn det som ligger i anbudsavtalene. Dette er en modell som flere av de private sykehusene er så misfornøyd med, at de ikke en gang har søkt om godkjenning for å komme på «fritt behandlingsvalg-listen».

Den politiske motstanden mot ordningen med fritt behandlingsvalg handler i stor grad om skepsis til fremveksten av det private helsemarkedet, om hvor mye politikerne skal «hjelpet frem», og om de konsekvensene dette har for det offentlige helsetilbudet. Som et eksempel kan nevnes et oppslag i bladet Sykepleien, hvor Sykepleierforbundets leder Eli Gunnhild Bye begrunnet NSF's motstand mot ordningen med følgende fire punkter<sup>18</sup>. Den vil føre til:

1. «En dreining av ressursbruk og tilbud over mot behandling av lettere lidelser, på bekostning av pasienter med langvarige og sammensatte behov.
2. Overbehandling og en mer fragmentert helsetjeneste.
3. Dyrere og mindre effektiv drift av de offentlige sykehusene ved at deler av den elektive virksomheten overføres til private, mens ansvaret for akuttjenester og kompliserte oppgaver blir igjen.
4. De offentlige sykehusene tappes for nødvendig kompetanse ved at viktige personellgrupper som det er knapphet på, søker seg over til det private. Undersøkelser gjort blant operasjonssykepleiere viser at dette er en reell problemstilling.»

I Arbeiderpartiets program fra april 2017 heter det at Arbeiderpartiet vil

«Avvikle regjeringens privatiseringseksperiment, det såkalte «Fritt behandlingsvalg» og bruke ressursene på tiltak vi vet reduserer ventetid og bidrar til behandling av flere pasienter».

All den tid ordningen nesten ikke er i bruk, burde kostnadene (både politisk og økonomisk) med å avvikle den være tilnærmet lik null. Det viktige spørsmålet er om man ønsker en generell politikk mot at private selskap skal hente profitt fra offentlig finansiert sykehusdrift? Som vi har dokumentert i dette notatet, er omfanget av kommersiell sykehusdrift i Norge ennå lite. Dermed skulle de økonomiske, organisatoriske og politiske kostnadene med å stenge kranene helt også være overkommelige.

---

<sup>18</sup> Sykepleien 24.02.2015: Nei til fritt behandlingsvalg



## 6 Vedlegg (fra Helsedirektoratets rapport)

| Tabell 6.1                                 | 2011      | 2012    | 2013      | 2014      |           |
|--|-----------|---------|-----------|-----------|-----------|
| Utvikling i DRG-poeng 2010-2014.           |           |         |           |           |           |
| 2010                                       |           |         |           |           |           |
| <i>Sum</i>                                 | 1 002 370 | 997 220 | 1 029 525 | 1 035 609 | 1 045 831 |
| <i>døgnopphold, herav:</i>                 |           |         |           |           |           |
| -  | 942 297   | 935 539 | 965 280   | 970 608   | 978 790   |
| Helseforetak                               |           |         |           |           |           |
| -  | 50 098    | 49 208  | 51 095    | 52 691    | 54 865    |
| Avtalesykehus                              |           |         |           |           |           |
| - Private                                  | 8 434     | 10 779  | 10 869    | 9 896     | 10 205    |
| sykehus LHL                                |           |         |           |           |           |
| - Øvrige                                   | 1 541     | 1 694   | 2 281     | 2 414     | 1 970     |
| private sykehus                            |           |         |           |           |           |
| <i>Sum</i>                                 | 104 692   | 96 384  | 95 520    | 97 129    | 98 426    |
| <i>dagopphold, herav:</i>                  |           |         |           |           |           |
| -  | 88 333    | 80 698  | 80 114    | 80 883    | 82 175    |
| Helseforetak                               |           |         |           |           |           |
| -  | 6 863     | 5 738   | 5 659     | 5 886     | 5 825     |
| Avtalesykehus                              |           |         |           |           |           |
| - Private                                  | 18        | 12      | 39        | 19        | 29        |
| sykehus LHL                                |           |         |           |           |           |
| - Øvrige                                   | 9 478     | 9 936   | 9 708     | 10 341    | 10 397    |
| private sykehus                            |           |         |           |           |           |
| <i>Sum</i>                                 | 270 605   | 317 541 | 312 445   | 320 135   | 344 102   |
| <i>polikliniske konsultasjoner, herav:</i> |           |         |           |           |           |
| -  | 183 937   | 224 287 | 218 370   | 220 115   | 241 968   |
| Helseforetak                               |           |         |           |           |           |
| -  | 6 405     | 9 652   | 9 738     | 10 037    | 10 984    |
| Avtalesykehus                              |           |         |           |           |           |
| - Private                                  | 323       | 314     | 311       | 602       | 263       |
| sykehus LHL                                |           |         |           |           |           |
| - Øvrige private                           | 131       | 150     | 188       | 561       | 420       |
| sykehus                                    |           |         |           |           |           |
| - Private                                  | 79 808    | 83 137  | 83 839    | 88 821    | 90 467    |
| avtalespesialist                           |           |         |           |           |           |
| er   |           |         |           |           |           |