



Private aktører i spesialisthelsetjenesten

Omfang og utvikling 2010-2014

Publikasjonens tittel: Private aktører i spesialisthelsetjenesten. Omfang og utvikling 2010-2014.

Utgitt: 03/2016

Bestillingsnummer: IS-2450

Utgitt av: Helsedirektoratet
Kontakt: Avdeling økonomi og analyse
Postadresse: Pb. 7000 St Olavs plass, 0130 Oslo
Besøksadresse: Universitetsgata 2, Oslo

Tlf.: 810 20 050
Faks: 24 16 30 01
www.helsedirektoratet.no

Forfattere: Marit Pedersen (red)
Birgitte Kalseth
Solfrid Elisabeth Lilleeng
Kari Hårstad Mehus
Per Bernhard Pedersen
Marit Sitter

Illustrasjonsbilde: © Mats Hallgren/Johnér

INNHold

INNHold	2
INNLEDNING	7
SAMMENDRAG	9
Kostnader til private aktører i spesialisthelsetjenesten	9
Tverrfaglig spesialisert rusbehandling	10
Rehabilitering og opptrening	11
Psykisk helsevern for voksne	12
Psykisk helsevern for barn og unge	13
Somatiske sykehustjenester	14
Bruk av private aktører	14
Nærmere om de private aktørene sitt bidrag	15
1. KOSTNADER OG FINANSIERING FOR PRIVATE AKTØRER I SPESIALISTHELSETJENESTEN	17
1.1 Innledning og problemstillinger	17
1.2 Datagrunnlag og definisjoner	17
1.3 Sammendrag	19
Private aktører sin andel av kostnadene i spesialisthelsetjenesten	19
Kostnadsvekst 2010 – 2014 for helseforetak og private aktører	19
Finansiering av private aktører	19

INNHold

1.4 Tabeller og figurer	21
2. TVERRFAGLIG SPESIALISERT RUSBEHANDLING	27
2.1 Innledning og problemstillinger	27
2.2 Datagrunnlag og definisjoner	27
2.3 Sammendrag	28
Omfanget av de private aktørenes bidrag	28
Aktivitetsutvikling for helseforetak og private aktører	28
Geografiske variasjoner - døgnbehandling	29
Geografiske variasjoner – poliklinisk behandling	30
Pasientgrupper hos offentlige og private aktører i 2014	30
2.4 Tabeller og figurer	32
Aktivitetsutvikling og de private sin andel av aktiviteten	32
Geografiske variasjoner i bruk av tjenester fra offentlige og private aktører	35
Pasientsammensetning ved helseforetak og private aktører	38
3 REHABILITERING	41
3.1 Innledning og problemstillinger	41
3.2 Datagrunnlag og definisjoner	41
3.3 Sammendrag	42
Omfanget av de private aktørenes bidrag	42
Aktivitetsutvikling for helseforetak og private aktører	42
Geografiske variasjoner - døgnrehabilitering	43
Geografiske variasjoner – dag- og poliklinisk rehabilitering	44
Pasientgrupper hos offentlige og private aktører	45

INNHold

3.4 Tabeller og figurer	46
Aktivitetsutvikling og de private sin andel av aktiviteten	46
Geografiske variasjoner i forbruk av tjenester fra offentlige og private aktører	49
Pasientsammensetning hos helseforetak og private aktører	52
4 PSYKISK HELSEVERN FOR VOKSNE	55
4.1 Innledning og problemstillinger	55
4.2 Datagrunnlag og definisjoner	55
4.3 Sammendrag	56
Omfanget av de private aktørenes bidrag	56
Aktivitetsutvikling for helseforetak og private aktører	56
Geografiske variasjoner – døgnbehandling	56
Geografiske variasjoner – poliklinisk behandling	57
Pasientgrupper hos offentlige og private aktører	57
4.4 Tabeller og figurer	58
Aktivitetsutvikling og de private sin andel av aktiviteten	58
Geografiske variasjoner i forbruk av tjenester fra offentlige og private aktører	60
Pasientsammensetning ved helseforetak og private aktører	63
5 PSYKISK HELSEVERN FOR BARN OG UNGE	66
5.1 Innledning og problemstillinger	66
5.2 Datagrunnlag og definisjoner	66
5.3 Sammendrag	67
Omfanget av de private aktørenes bidrag	67
Aktivitetsutvikling for helseforetak og private aktører	67

INNHold

Geografiske variasjoner - døgnbehandling	68
Geografiske variasjoner – poliklinisk behandling	68
Pasientgrupper hos offentlige og private aktører	69
Kjønn	69
5.4 Tabeller og figurer	70
Aktivitetsutvikling og de private sin andel av aktiviteten	70
Geografiske variasjoner i forbruk av tjenester fra offentlige og private aktører	72
Pasientsammensetning ved helseforetak og private aktører	74
6 SOMATISK SPESIALISTHELSETJENESTE	78
6.1 Innledning og problemstillinger	78
6.2 Datagrunnlag og definisjoner	79
6.3 Sammendrag	80
Omfanget av de private aktørenes bidrag i 2014	80
Mange pasienter er i kontakt med flere tjenesteutøvere	81
Aktivitetsutvikling for helseforetak og private tjenesteutøvere 2010-2014	81
Geografiske variasjoner i bruk av private	82
Nærmere om innholdet i de private aktørenes bidrag	82
6.4 Tabeller og figurer	87
Aktivitetsutvikling og de private sin andel av aktiviteten	87
Geografisk variasjon i forbruk ved private og offentlige aktører 2014	92
VEDLEGG: OVERSIKT OVER PRIVATE INSTITUSJONER I SPESIALISTHELSETJENESTEN	109
Kapittel 1 Kostnader og finansiering	109
Kapittel 2 Tverrfaglig spesialisert rusbehandling – aktivitet	113

INNHold

Kapittel 3 Rehabilitering – aktivitet	114
Kapittel 4 Psykisk helsevern for voksne - aktivitet	115
Kapittel 5 Psykisk helsevern for barn og unge - aktivitet	116
Kapittel 6 Somatiske sykehustjenester - aktivitet	116

INNLEDNING

De private aktørene i spesialisthelsetjenesten bidrar i stor grad på noen områder. Private aktører har en betydelig rolle i både rusbehandling og rehabilitering. Videre utfører de private en stor andel av planlagt kirurgi innen deler av fagområdet ortopedi. I den polikliniske aktiviteten står de private avtalespesialistene for et relativt stort bidrag både i det psykiske helsevernet for voksne, og i somatikken. På den andre siden utføres den ressurskrevende døgnbehandlingen i de offentlige helseforetakene. I det psykiske helsevernet for barn og unge spiller private avtalespesialister og institusjoner en mindre rolle.

Helsemyndighetene sin bruk av private aktører er et aktuelt politisk tema. Bakteppet er et mål om bedre ressursutnyttelse, og god tilgang til spesialisthelsetjenester for befolkningen. Denne rapporten beskriver kostnader og aktivitet hos private aktører. Spørsmålene som belyses er:

- Hvor mye av kostnadene og aktiviteten representerer de private aktørene sitt bidrag?
- Hvordan har kostnadene og aktiviteten utviklet seg for de private aktørene i løpet av de siste fem årene, relativt til helseforetakene?

I kapitlet som beskriver kostnader diskuteres også finansiering av private aktører. Det blir sett nærmere på omfang av, og utvikling i, private aktørers inntekter fra RHF-ene, Helfo, samt privatbetaling inkludert forsikringsutbetalinger.

Kapitlene som beskriver aktivitetsutvikling viser i tillegg:

- Geografiske variasjoner i bruk av private aktører, herunder diskuteres også om de private aktørene sitt bidrag representerer en utjevnende effekt for det samlede forbruket.
- Pasientsammensetningen hos private aktører sammenlignet med helseforetak. Kapitlet om somatiske sykehusbehandlingen går litt nærmere inn på hvilke pasientgrupper som behandles hos de private.

Rapporten består av seks frittstående kapitler. Det første kapitlet beskriver kostnader til, og finansiering av, private aktører. Omfanget av, og utviklingen i, kostnader og finansiering for private aktører presenteres på nasjonalt nivå. De fem neste kapitlene beskriver de private aktørene sin aktivitet innenfor områdene tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), rehabilitering, psykisk helsevern for voksne, psykisk helsevern for barn og unge, og til slutt somatisk sykehusbehandling. Kapitlene som viser aktivitet for private aktører presenterer også forbruksvariasjoner på helseforetaksnivå.

INNLEDNING

Hvert kapittel gir en kort beskrivelse av de private aktørene sin rolle på området. Hvert kapittel presenterer også en kategorisering av private aktører. Kategoriseringen er omforent gjennom rapporten, men de ulike tjenesteområdene benytter de ulike typene av private aktører i ulik grad.

Rapporten viser ikke kostnad per aktivitetseenhet. Kostnads- og aktivitetsdataene som ligget til grunn for denne rapporten er ikke tilrettelagt for å sammenholde kostnader og aktivitet. En slik tilrettelegging krever en særskilt gjennomgang av hver enkelt enhet sitt kostnadsgrunnlag. I tillegg vil det være krevende å sammenligne kostnadsnivå mellom private og offentlige aktører. De offentlige helseforetakene har ansvar for akuttberedskap, og har også en mer sammensatt pasientmasse.

SAMMENDRAG

Sammendraget består av utvidede ingresser basert på hvert av de seks frittstående kapitlene i rapporten. Det vises til kapitlene for tabeller, figurer og utdypende beskrivelser. Som nevnt innledningsvis er datagrunnlaget ikke tilrettelagt for å koble aktivitet og kostnader.

Kostnader til private aktører i spesialisthelsetjenesten

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. Med anbudsutsatte institusjoner forstås eksempelvis sykehusene under Teres- og Alerisgruppen, LHL-sykehusene, samt private rehabiliterings- og rusbehandlingsinstitusjoner.

Fra 2010 til 2014 økte kostnadene mer for de private aktørene enn for helseforetakene. For de private (ekskluderte avtaleinstitusjonene) økte kostnadene med 8 prosent mot 5 prosent for helseforetakene. Kostnadsveksten for de private tilsvarte en realøkning på 750 mill. kr. Realveksten var finansiert av: i) økte refusjoner fra Helfo på 500 mill. kr, ii) økning i andre inntekter på 210 mill. kr og iii) økte kjøp fra RHF-ene på 40 mill. kr. Det til si at RHF-enes kjøp fra private var relativt stabilt i perioden. Veksten i refusjoner fra Helfo gikk til avtalespesialister og private laboratorie- og røntgeninstitutter.

RHF-enes kjøp og tilskudd til private rusbehandlingsinstitusjoner, rehabiliteringsinstitusjoner og avtalespesialister var stabile i femårsperioden. Kjøpene hos private sykehus i somatikken økte med 16 prosent, men dette ble motsvart av en omtrent tilsvarende nedgang i kjøpene fra private laboratorie- og røntgeninstitutter.

Private anbudsutsatte sykehus hadde en sterkere kostnadsvekst på 28 prosent i perioden, som tilsvarte en realvekst på 270 mill. kr. Veksten ble finansiert av økning i andre inntekter på 130 mill. kr, økte kjøp fra RHF-ene på 60 mill. kr, samt vekst i Helforefusjoner på ca 30 mill. kr. Overskuddene gikk ned tilsvarende 40 mill. kr. Vekst i utbetalinger fra forsikringsinntekter er en faktor bak veksten i andre inntekter. RHF-ene finansierte 31 prosent av kostnadene for anbudsutsatte sykehus i 2014, og denne andelen var stabil gjennom perioden.

SAMMENDRAG

Se kapittel 1 for nærmere beskrivelser, tabeller og figurer, samt datagrunnlag og definisjoner.

Tverrfaglig spesialisert rusbehandling

I døgnbehandlingen for TSB bidro private institusjoner med 38 prosent av innleggelsene og 60 prosent av liggedøgnene i 2014. Den øvrige døgnaktiviteten foregikk i regi av helseforetakene. De offentlig eide helseforetakene bidro i større grad med akutt- og korttidsbehandling, mens de private institusjonene i større grad bidro med langtidsbehandling.

Fra 2010 til 2014 gikk antallet liggedøgn ned med tre prosent for de private institusjonene, men økte derimot med ti prosent for helseforetakene. For helseforetak og private institusjoner samlet gikk antallet liggedøgn opp med to prosent.

Den polikliniske pasientbehandlingen foregikk i størst grad hos de offentlige helseforetakene, hvor 77 prosent av konsultasjonene fant sted i 2014. Fra 2010 til 2014 økte antallet polikliniske konsultasjoner ved helseforetakene med 50 prosent, mot 14 prosent hos de private.

Aktivitetsveksten i perioden var sterkere for helseforetakene enn for de private institusjonene. For helseforetak og private institusjoner samlet gikk kostnadene til TSB opp med 12 prosent fra 2010 til 2014. RHF-enes kjøp fra private institusjoner var relativt stabil, med en vekst på tre prosent.

I 2014 var det regionale variasjoner i nivået på bruk av private institusjoner i døgnbehandlingen. Helse Vest og Helse Midt-Norge hadde et nivå på innleggelser hos private som var over landsgjennomsnittet. Motsvaret var et lavere nivå av innleggelser i helseforetak. Det omvendte var tilfellet for Helse Sør-Øst og Helse Nord. Dette indikerer at de private aktørene utfyller helseforetakenes tilbud.

Når det gjelder pasientsammensetning var det i 2014 små forskjeller mellom helseforetakene og de private institusjonene. Det var imidlertid slik at de private institusjonene hadde en noe høyere andel av sine døgnpasienter i hoveddiagnosegruppen *Psykiske lidelser som skyldes bruk av alkohol*. Helseforetakene hadde en høyere andel av døgnpasientene innenfor hoveddiagnosegruppe *Psykiske lidelser som skyldes bruk av opiater*. Det samme bildet gjaldt for poliklinisk rusbehandling.

SAMMENDRAG

Se kapittel 2 for nærmere beskrivelser, tabeller og figurer, samt datagrunnlag og definisjoner.

Rehabilitering og opptrening

I 2014 kom 63 prosent av utskrivingene i døgnrehabilitering fra private institusjoner og 37 prosent fra de statlige helseforetakene. Størstedelen av rehabiliteringen i privat regi skjer ved private rehabiliterings- og opptreningsinstitusjoner, og en mindre andel foregår ved de private LHL-sykehusene og avtalesykehusene.

Døgnaktiviteten gikk ned i perioden fra 2010 til 2014. Antallet døgnopphold gikk ned med 14 prosent for helseforetakene, 23 prosent for avtaleinstitusjonene, og med 20 prosent for de private rehabiliteringsinstitusjonene. Samtidig var det en klar dreining mot poliklinisk rehabilitering. For helseforetakene økte dette med 21 500 kontakter i perioden, tilsvarende 25 prosent.

Rehabiliteringsinstitusjonene med avtaler med RHF-ene drev også i økende grad med poliklinikk og dagbehandling. Dagbehandling og poliklinikk foregikk allikevel i hovedsak ved helseforetakene, som hadde 77 prosent av denne typen kontakter i 2014.

RHF-enes kjøp fra de private rehabiliteringsinstitusjonene var stabile gjennom perioden.

I 2014 var det geografiske variasjoner i nivået på døgnrehabilitering. De private aktørene sitt bidrag i aktiviteten utjevnet ikke regionale variasjoner i aktivitetsnivået.

Når pasientsammensetningen for døgnrehabilitering i helseforetak og private institusjoner sammenlignes, var det noen ulikheter. Helseforetakene hadde en større andel av sine pasienter innenfor de to diagnosegruppene *Sykdommer i nervesystemet* og *Sykdommer i sirkulasjonssystemet*. De private rehabiliteringsinstitusjonene hadde en større andel av pasientene i gruppen *Sykdommer i muskel- og skjelettsystemet*. Dette kan indikere en faglig arbeidsdeling mellom helseforetak og private institusjoner på rehabiliteringsfeltet.

Se kapittel 3 for nærmere beskrivelser av geografiske forskjeller i forbruk, tabeller og figurer, samt datagrunnlag og definisjoner.

SAMMENDRAG

Psykisk helsevern for voksne

I 2014 var det ingen anbudsutsatte private institusjoner i det psykiske helsevernet for voksne. De private avtaleinstitusjonene stod for 12 prosent av utskrivingene fra døgnbehandlingen, og for 15 prosent av oppholdsdøgnene i 2014. Den resterende døgnbehandlingen foregikk i helseforetakene. De private avtalespesialistene bidro betydelig i den polikliniske aktiviteten, og hadde 31 prosent av konsultasjonene i 2014. Ni prosent av konsultasjonene foregikk ved avtaleinstitusjonene og 60 prosent i helseforetakene.

Fra 2010 til 2014 gikk døgnaktiviteten ned, både for de private avtaleinstitusjonene og for helseforetakene. Antallet oppholdsdøgn gikk ned med 22 prosent i avtaleinstitusjonene og med 15 prosent i helseforetakene.

Den polikliniske aktiviteten økte gjennom fireårsperioden, både for avtaleinstitusjonene og for helseforetakene, med en vekst i antallet konsultasjoner på henholdsvis 25 og 19 prosent. For avtalespesialistene gikk derimot antallet polikliniske konsultasjoner ned med fire prosent.

Avtalespesialistene representerte en stor andel av den polikliniske aktiviteten. For Helse Vest og for Helse Midt-Norge bidro avtalespesialistene til å utjevne regionale variasjoner i den polikliniske aktiviteten. For Helse Sør-Øst og Helse Nord hadde ikke avtalespesialistene noen utjevnerende effekt. Avtalespesialistene bidro til en høyere konsultasjonsrate i Sør-Øst.

Pasientsammensetningen hos avtalespesialistene var forskjellig fra helseforetakene og avtaleinstitusjonene. Hos avtalespesialistene var 85 prosent av konsultasjonene innenfor to grupper; *Nevrotiske lidelser*, og *Affektive lidelser*. Til sammenligning hadde helseforetakene og avtaleinstitusjonene 50 prosent av pasientene i disse to gruppene. Helseforetak og avtaleinstitusjoner behandlet flere pasientgrupper poliklinisk, f. eks. også pasienter med *Schizofreni*.

Se kapittel 4 for nærmere beskrivelser, geografiske variasjoner, tabeller og figurer, samt datagrunnlag og definisjoner.

SAMMENDRAG

Psykisk helsevern for barn og unge

De private avtalespesialistene bidro med nær fire prosent av de polikliniske konsultasjonene i det psykiske helsevernet for barn og unge (PHV-BU) i 2014, og private avtaleinstitusjoner bidro med nær fem prosent. 92 prosent av konsultasjonene ble utført av helseforetakene.

I døgnbehandlingen bidro en privat anbudsutsatt institusjon, Capio Anoreksi Senter, med 7 prosent av oppholdsdøgnene i 2014, og de private avtaleinstitusjonene bidro med 14 prosent. Helseforetakene hadde dermed 79 prosent av oppholdsdøgnene. De private aktørene tilbød langtidsbehandling for relativt få pasienter. Når døgnaktiviteten måles som utskrivinger, kom til sammen to prosent fra de private aktørene og 98 prosent fra helseforetakene.

Fra 2010 til 2014 økte antallet polikliniske konsultasjoner med 10 prosent for helseforetakene, og med 29 prosent for de private avtaleinstitusjonene. For de private avtalespesialistene indikerer dataene et stabilt aktivitetsnivå. Det vil si at de private avtalespesialistene ikke har tatt del i aktivitetsveksten ved poliklinikkene.

I døgnbehandlingen gikk antallet oppholdsdøgn ned med 2,3 prosent i perioden, når de private og de offentlige aktørene sees samlet. Aktivitetsnedgangen kom ved helseforetakene, som hadde en reduksjon på 11 prosent. De private avtaleinstitusjonene økte antallet oppholdsdøgn med 7 prosent.

For den polikliniske behandlingen var fordelingen av pasienter mellom diagnosegrupper relativt lik for private avtalespesialister, private avtaleinstitusjoner og helseforetak. Noen forskjeller kan kommenteres. De private avtalespesialistene hadde relativt flere konsultasjoner innenfor *Atferdsforstyrrelser*. Private avtaleinstitusjoner hadde relativt flere konsultasjoner innenfor gruppen *Affektive lidelser*. Helseforetakene hadde relativt flere pasienter innenfor gruppen *Hyperkinetiske forstyrrelser*. Men den dominerende pasientgruppen for alle de tre typene av aktører hadde hoveddiagnose *Nevrotiske lidelser*.

Se kapittel 5 for nærmere beskrivelser, diskusjon av geografiske variasjoner, definisjoner samt tabeller og figurer.

SAMMENDRAG

Somatiske sykehustjenester

Bruk av private aktører

Når omsorgsnivåene døgntilrettelagt, dagbehandling og poliklinisk behandling sees samlet, bidro de private aktørene med 12 prosent av aktiviteten, målt som DRG-poeng i 2014. Helseforetakene stod for 88 prosent. Av de 12 prosentene bidro avtaleinstitusjonene med nær 5 prosentpoeng, de private avtalespesialistene med nær 6 prosentpoeng, og de private sykehusene med rundt 1,5 prosentpoeng. Private sykehus eid av LHL inngikk i sistnevnte 1,5 prosentpoeng.

Dagbehandling¹ utgjorde nær 7 prosent av aktiviteten målt som DRG-poeng i somatisk spesialisthelsetjeneste i 2014, og polikliniske konsultasjoner utgjorde 23 prosent. Innen dagbehandling og poliklinikk bidro de private aktørene betydelig. Når dagbehandling betraktes isolert, var bidraget fra de private anbudssykehusene, ekskludert LHL-sykehus, på 11 prosent. Denne gruppen av private sykehus bidro i hovedsak på feltet elektiv kirurgi. I den polikliniske virksomheten bidro de private avtalespesialistene med 26 prosent av aktiviteten målt som DRG-poeng.

I døgntilrettelagningen foregikk 94 prosent av aktiviteten ved helseforetak. Avtaleinstitusjonene stod for fem prosent av DRG-poengene, mens de private LHL-sykehusene bidro med en prosent. Fra 2010 til 2014 økte den samlede aktiviteten fra døgntilrettelagt, dagbehandling og poliklinikk mer ved de private sykehusene enn ved helseforetakene. Målt som DRG-poeng økte aktiviteten med sju prosent ved helseforetakene, 13 prosent ved de private avtalesykehusene og LHL-sykehusene², og med 15 prosent ved de private anbudssykehusene. En sterkere aktivitetsvekst for private anbudssykehus enn helseforetak gjenfinnes også som sterkere kostnadsvekst. RHF-ene økte kjøpene hos private anbudssykehus med 16 prosent i perioden, mens kostnadsveksten ved helseforetakene var på fem prosent.

For de private avtalespesialistene økte aktiviteten målt som antall konsultasjoner med 13 prosent fra 2010 til 2014. Veksten var i tråd med utviklingen i antall konsultasjoner ved helseforetakene.

I 2014 var det geografiske variasjoner i bruk av private anbudssykehus (ekskludert LHL-sykehus). Befolkningen bosatt i Helse Midt-Norge sine opptaksområder brukte private anbudssykehus i størst grad,

¹ Se kapittel 6 for avgrensning av dagbehandling i denne rapporten.

² Ved LHL-sykehusene anslås en vekst i takt med avtalesykehusene. Se kapittel 6 for nærmere beskrivelser.

SAMMENDRAG

og befolkningen i Sør-Øst brukte disse i minst grad. Et interessant spørsmål er om ulik bruk av private anbudssykehus bidro til utjevning av forbruksvariasjoner. Analysene viste at forbruksvariasjonen mellom helseforetaksområdene ble noe mindre når bidraget fra disse private sykehusene ble inkludert. Bruken av øvrige private sykehus har dermed en viss utjevnende effekt. Det samme gjaldt de private avtalespesialistene sitt bidrag i den polikliniske virksomheten, og her var den utjevnende effekten tydeligere.

Nærmere om de private aktørene sitt bidrag

De aller fleste av DRG-poengene generert av private anbudssykehus i 2014, på bestilling fra RHF-ene, var knyttet til elektiv kirurgi. Behandlingen foregikk i hovedsak som dagkirurgi. Den største aktiviteten var operasjoner på skjelett- og muskelsystemet (hoveddiagnosegruppe 8 i DRG-systemet), hvor private anbudssykehus utførte 12 prosent av all kirurgi. Av operasjoner på kne og legg, ekskl. proteser, stod de for 27 prosent, av operasjoner på overarm, albue og underarm utførte de 21 prosent, og av operasjoner på ankel og fot 12 prosent. Dette viser at øvrige private sykehus bidrar betydelig innen deler av ortopedien, men at det i hovedsak begrenses til dagkirurgiske prosedyrer.

Sammenlignes bruken av private anbudssykehus for operasjoner på skjelett- og muskelsystem mellom helseforetaksområdene, ser vi at befolkningen i Helse Midt-Norge sine områder brukte dem i størst grad og befolkningen i Sør-Øst i minst grad. Spørsmålet som kan stilles er om ulik bruk av private har en utjevnende effekt på geografiske variasjoner i forbruksnivået. Vår analyse indikerer at bruken av private anbudssykehus ikke har en klar utjevnende effekt på variasjoner i omfanget av slike operasjoner.

Tidligere ble det vist at bruken av private anbudssykehus hadde en viss utjevnende effekt på geografiske variasjoner i det samlede sykehusforbruket. Vi ser med andre ord at: i) bidraget fra private anbudssykehus er i hovedsak operasjoner på skjelett- og muskelsystemet, ii) bidraget representerer en viss utjevnende effekt på totalt sykehusforbruk, iii) men den utjevnende effekten gjelder ikke variasjoner i forbruket av gjeldende type operasjoner. Dette kan indikere at foretaksområder med høyere bruk av private anbudssykehus, har noe høyere forbruk av operasjoner på muskel- og skjelettsystem på bekostning av annen type sykehusaktivitet.

De private avtalespesialistene utførte 25 prosent av de polikliniske konsultasjonene i 2014. For enkelte områder, *øyelidelser*, *øre-nese-hals* og *hudlidelser*, stod avtalespesialistene for 50-60 prosent av konsultasjonene. En del av aktiviteten hos avtalespesialistene innenfor området *øyelidelser* var prosedyren innsetting av kunstig linse ved grå stær. Når disse prosedyrene studeres isolert, så framkom

SAMMENDRAG

det at private avtalespesialister utførte 40 prosent av aktiviteten. Aktiviteten hos avtalespesialistene reduserte i stor grad geografiske variasjoner i antall prosedyrer per innbygger.

Se kapittel 6 for nærmere beskrivelser og definisjoner, samt tabeller og figurer.

1.KOSTNADER OG FINANSIERING FOR PRIVATE AKTØRER I SPESIALISTHELSETJENESTEN

1.1 Innledning og problemstillinger

Kostnader til private aktører i spesialisthelsetjenesten består av ulike typer av virksomheter. De driver i stor grad på oppdrag fra de regionale helseforetakene (RHF-ene), og etter henvisning fra den offentlige primærhelsetjenesten. En liten andel av virksomheten hos de private aktørene initieres via forsikringsselskaper og private henvendelser. De private aktørene består av sykehus med langsiktige avtaler med RHF-ene, sykehus med mer kortsiktige avtaler, rehabiliterings- og opptreningsinstitusjoner, institusjoner som tilbyr rusbehandling, avtalespesialister og private laboratorie- og røntgeninstitutter.

Kostnadene for de private aktørene finansieres i hovedsak av tilskudd og kjøp fra RHF-ene og refusjoner fra Helfo. En gruppe av de private sykehusene har relativt mye inntekter fra eksempelvis forsikringsutbetalinger og egenandeler.

Problemstillingene som belyses i dette kapitlet er:

- Hvor stor andel av kostnadene i spesialisthelsetjenesten gjelder private aktører?
- Hvordan har kostnadene til ulike typer av private aktører i spesialisthelsetjenesten utviklet seg, sammenlignet med kostnadsutviklingen for helseforetakene?
- Hvordan finansieres aktiviteten hos de private aktørene?

1.2 Datagrunnlag og definisjoner

De private aktørene grupperes og defineres inn i fire grupper (A – D) på følgende måte:

- A) *Avtaleinstitusjoner*. Dette er private sykehus som kjennetegnes av at de ikke har vært anbudsutsatte etter foretaksreformen i 2002. Videre har de inngått i de regionale helseplanene fra tiden før foretaksreformen. En del av avtaleinstitusjonene har lokalsykehusansvar, og mottar oppdragsdokumenter fra de regionale helseforetakene. Avtaleinstitusjonene kan drive innenfor flere tjenestoområder. Eksempler på avtaleinstitusjoner er Lovisenberg Diakonale sykehus, Betanien Hospital og Haralds plass Diakonale sykehus. Kostnads- og inntektsdata kommer fra regnskap som rapporteres til SSB.
- B) *Anbudsinstitusjoner*. I dette arbeidet defineres flere undergrupper. Felles for alle er at de har avtaler med RHF-ene som er gjenstand for anbud og-/eller reforhandlinger. Avtalenes form

og varighet kan variere. Kostnads- og inntektsdataene kommer fra regnskap som rapporteres inn til SSB. Punktene (i) til (v) nedenfor redegjør for ulike undergrupper av anbudsinstitusjoner.

- i) *Private sykehus.* Dette er aksjeselskaper som i hovedsak driver innenfor somatisk spesialisthelsetjeneste. En stor andel av virksomheten er elektiv kirurgi. Eksempler på private sykehus er Aleris, Teres-gruppen og Bergen kirurgiske sykehus.
 - ii) *Private sykehus – LHL.* Dette er aksjeselskaper eid av landsforeningen for hjerte- og lungesyke (LHL). I motsetning til de øvrige private sykehusene definert under gruppe B i) over, har ikke aksjeeierne anledning til å ta ut utbytte. Dette gjelder to sykehus, Feiringklinikken og Glittreklinikken.
 - iii) *Rehabiliterings- og opptreningsinstitusjoner.* Dette er en rekke virksomheter som har tidsbegrensede avtaler med RHF-ene. Eksempler på denne type institusjoner er Vikersund kurbad og Åstveit helsesenter. For denne gruppen skiller vi ikke mellom institusjoner som tar ut utbytte og de som ikke gjør det.
 - iv) *Anbudsinstitusjoner innenfor psykisk helsevern.* Dette er kun en institusjon, Capio Anoreksi Senter.
 - v) *Rusbehandlingsinstitusjoner.* Dette er en rekke virksomheter som har avtaler med RHF-ene. Eksempler på private rusbehandlingsinstitusjoner er Bergensklinikkene, Tyrilistiftelsen og Sigma Nord AS. For denne gruppen skiller vi ikke mellom institusjoner som tar ut utbytte og de som ikke gjør det.
- C) *Private laboratorie- og røntgeninstitutter.* Dette er private virksomheter som har avtaler med RHF-ene. Virksomhetene finansieres av tilskudd fra RHF-et, Helforefusjoner og egenandeler fra pasientene. Kostnadsbegrepet består kun av tilskudd fra RHF-ene og Helforefusjoner. Årsaken til det forenklede kostnadsbegrepet er at det ikke blir rapportert regnskaper som viser egenandelene til disse aktørene. Kostnadsdataene som benyttes hentes fra RHF-enes regnskaper og fra KUHR-databasen.
- D) *Avtalespesialister.* Dette er private spesialister som har avtaler med RHF-ene. Aktiviteten finansieres av tilskudd fra RHF-et, Helforefusjoner og egenandeler fra pasientene. Kostnadsbegrepet består kun av tilskudd fra RHF-ene og helforefusjoner. Årsaken til det forenklede kostnadsbegrepet er at det ikke blir rapportert regnskaper som viser egenandelene til disse aktørene. Kostnadsdataene som benyttes hentes fra RHF-enes regnskaper og fra KUHR-databasen.

Alle monetære størrelser er deflaterte i henhold til SSB sin vektete prisindeks for arbeids- og produktinnsats i statlige helsetjenester. Akkumulert prisvekst fra 2010 til 2014 var 17,9 prosent. Prisveksten siste år fra 2013 til 2014 var 3,5 prosent.

1.3 Sammendrag

Private aktører sin andel av kostnadene i spesialisthelsetjenesten

Kostnadene til private aktører utgjorde 15,7 mrd. kr i 2014. Dette tilsvarte 12,3 prosent av totale kostnader på 127,6 mrd. kr i spesialisthelsetjenesten. Av de 15,7 mrd. kr til private 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. Med anbudsutsatte institusjoner forstås eksempelvis sykehusene under Teres- og Alerisgruppen, LHL-sykehusene, samt private rehabiliterings- og rusbehandlingsinstitusjoner. Se tabell 1.1.

Kostnadene til private kan også grupperes etter finansieringskilder. Av de 12,3 prosentene gikk 4,5 prosentpoeng til avtaleinstitusjoner finansiert av RHF-ene. Videre var 4,4 prosentpoeng summen av RHF-enes kjøp hos anbudsinstitusjoner, avtalespesialister og private laboratorie- og røntgeninstitutter. Til slutt var 3,3 prosentpoeng summen av refusjoner fra Helfo samt øvrige inntekter. Øvrige inntekter kan f.eks. være «Raskere tilbake», egenandeler, forsikringsinntekter og privatbetalende ved private sykehus. Se tabell 1.2 og figur 1.3.

Kostnadsvekst 2010 – 2014 for helseforetak og private aktører

I perioden fra 2010 til 2014 var kostnadsveksten sterkere for de private aktørene sammenlignet med helseforetakene. Kostnadsveksten for helseforetakene var på fem prosent. De private avtaleinstitusjonene hadde en kostnadsvekst på sju prosent, avtalespesialistene sju prosent, laboratorie- og røntgeninstituttene ni prosent, og til slutt anbudsinstitusjonene ni prosent. Se figur 1.1 og tabell 1.1.

De private aktørene, ekskludert avtaleinstitusjonene, hadde samlet en kostnadsvekst på 8 prosent. Men de ulike typene av private aktører hadde ulik kostnadsvekst gjennom perioden. Den sterkeste veksten hadde øvrige private sykehus (ekskludert LHL-sykehusene) med en kostnadsøkning på 28 prosent. Dette tilsvarte en realvekst på om lag 270 mill. kr. De private institusjonene innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) hadde en annerledes utvikling, med en kostnadsnedgang på nær to prosent. For de øvrige private aktørene; LHL-sykehusene, rehabiliterings- og opptreningsinstitusjonene, avtalespesialistene, og private laboratorie- og røntgeninstitutter, var kostnadsveksten i perioden rundt gjennomsnittet på 8 prosent. Se tabell 1.3.

Finansiering av private aktører

Her kommenteres finansiering av de private aktørene *eksklusive* avtaleinstitusjonene (A). Med andre ord kommenteres finansiering av kostnader for anbudsinstitusjoner (B), private laboratorie- og røntgeninstitutter (C), samt avtalespesialister (D).

I 2014 var kostnadene til private aktører *eksklusive* avtaleinstitusjoner 9,9 mrd. kr, og inntektene var på 10,2 mrd.kr. RHF-ene bidro med 55 prosent av inntektene, Helfo 30 prosent – og 15 prosent kom fra

øvrige inntekter. Øvrige inntekter kan bestå av forsikringer, privatbetaling, egenandeler og kommunale tilskudd. Se tabellene 1.5 og 1.6.

Fra 2010 til 2014 økte kostnadene for denne gruppen av private aktører samlet med 8 prosent, som tilsvarte om lag 750 mill. kr. Kostnadsveksten var finansiert av en vekst i refusjoner fra Helfo på om lag 500 mill. kr, vekst i øvrige inntekter på ca. 210 mill. kr, og en vekst på 40 mill. kr i kjøp fra RHF-ene. Veksten på 500 mill. kr i refusjoner fra Helfo gikk til avtalespesialistene og til de private laboratorie- og røntgeninstituttene. Kjøp og tilskudd fra helseforetakene økte i mindre grad gjennom perioden. Det innebærer at helseforetakene finansierte en mindre andel av kostnadene til de private aktørene i 2014 sammenlignet med 2010, mens Helfo finansierte en større andel. Andelen finansiert av øvrige inntekter var relativt stabil gjennom perioden. Se tabell 1.5.

Samlet sett var RHF-enes tilskudd og kjøp hos de private aktørene uendret i perioden. Bak dette var det en vekst i kjøp ved private sykehus, inkludert LHL-sykehusene på om lag 16 prosent, eller om lag 140 mill.kr. Det var en tilsvarende nedgang i RHF-enes kjøp hos de private laboratorie- og røntgeninstituttene. Tilskudd og kjøp hos private rehabiliterings- og opptreningsinstitusjoner, rusbehandlingsinstitusjoner og avtalespesialister var omtrent uendret fra 2010 til 2014. Se tabell 1.4.

For de private sykehusene (ekskludert LHL-sykehusene) isolert, utgjorde kostnadene 1,2 mrd. kr i 2014. Kjøp fra RHF-ene finansierte 31 prosent, eller 430 mill. kr av kostnadene. En liten andel av inntektene angis som refusjoner fra Helfo. Om lag 920 mill. kr av inntektene angis som salgsinntekter, selvbetalende pasienter og annet. Inntekter fra forsikringsselskaper vil være en andel av dette, men dette er ikke spesifisert særskilt i regnskapene. Se tabellene 1.7 og 1.8.

De øvrige private sykehusene, ekskluderte LHL-sykehusene, hadde en realvekst i kostnadene på om lag 270 mill. kr fra 2010 til 2014. Veksten ble finansiert av økte salgsinntekter og selvbetalende pasienter på om lag 140 mill. kr, økte kjøp fra RHF-ene på om lag 60 mill. kr, samt økte i Helfo-refusjoner på ca 30 mill. kr. Overskuddene gikk ned med om lag 30-40 mill. kr i perioden.

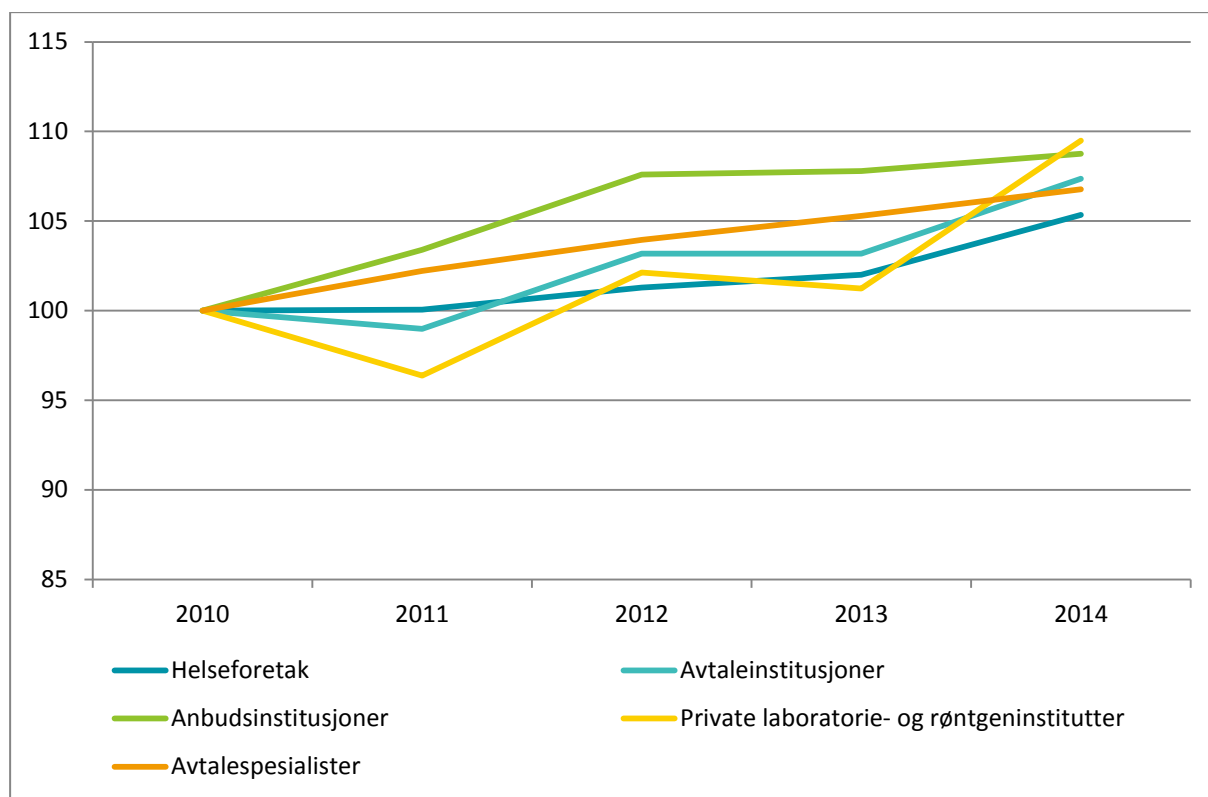
1.4 Tabeller og figurer

Tabell 1.1 Kostnader for private aktører 2010 - 2014 i mill. kr, justert for prisvekst og målt i faste 2014 kr.

Private aktører	2010	2013	2014	Pst.endr. 2010-2014
A: Avtaleinstitusjoner	5 373	5 544	5 768	7,4
- herav somatikk	3 119	3 370	3 596	15,3
- herav psykisk helsevern for voksne	2 035	1 946	1 904	-5,1 ¹
- herav psykisk helsevern for barn og unge	202	207	219	8,5
- herav TSB	18	21	49	32,9 ¹
B: Anbudsinstitusjoner	4 851	5 230	5 276	8,7
- herav somatikk	3 249	3 753	3 684	13,4
- herav psykisk helsevern for voksne	0	0	0	0,0
- herav psykisk helsevern for barn og unge	0	17	17	0,0
- herav TSB	1 602	1 460	1 575	-1,7
Sum A+B	10 224	10 774	11 044	8,0
- herav somatikk	6 368	7 123	7 280	14,3
- herav psykisk helsevern for voksne	2 035	1 946	1 904	-6,4
- herav psykisk helsevern for barn og unge	202	224	236	17,0
- herav TSB	1 620	1 481	1 624	0,3
C: Laboratorie og røntgeninstitutter	1 232	1 247	1 349	9,5
- herav kjøp fra helseforetak	741	572	588	-20,6
- herav refusjoner fra Helfo	492	676	761	54,9
D: Avtalespesialister	3 068	3 230	3 275	6,8
- herav kjøp fra helseforetak	1 055	1 042	1 041	-1,2
- herav refusjoner fra Helfo	2 013	2 188	2 234	11,0
Sum private aktører (A+B+C+D)	14 524	15 251	15 669	7,9
Sum private aktører, eksklusive avtaleinstitusjoner (B+C+D)	9 151	9 707	9 901	8,2

1 Endringstallene er korrigert for overføring av ruspoliklinikk ved Diakonhjemmets sykehus fra psykisk helsevern til TSB i 2014.

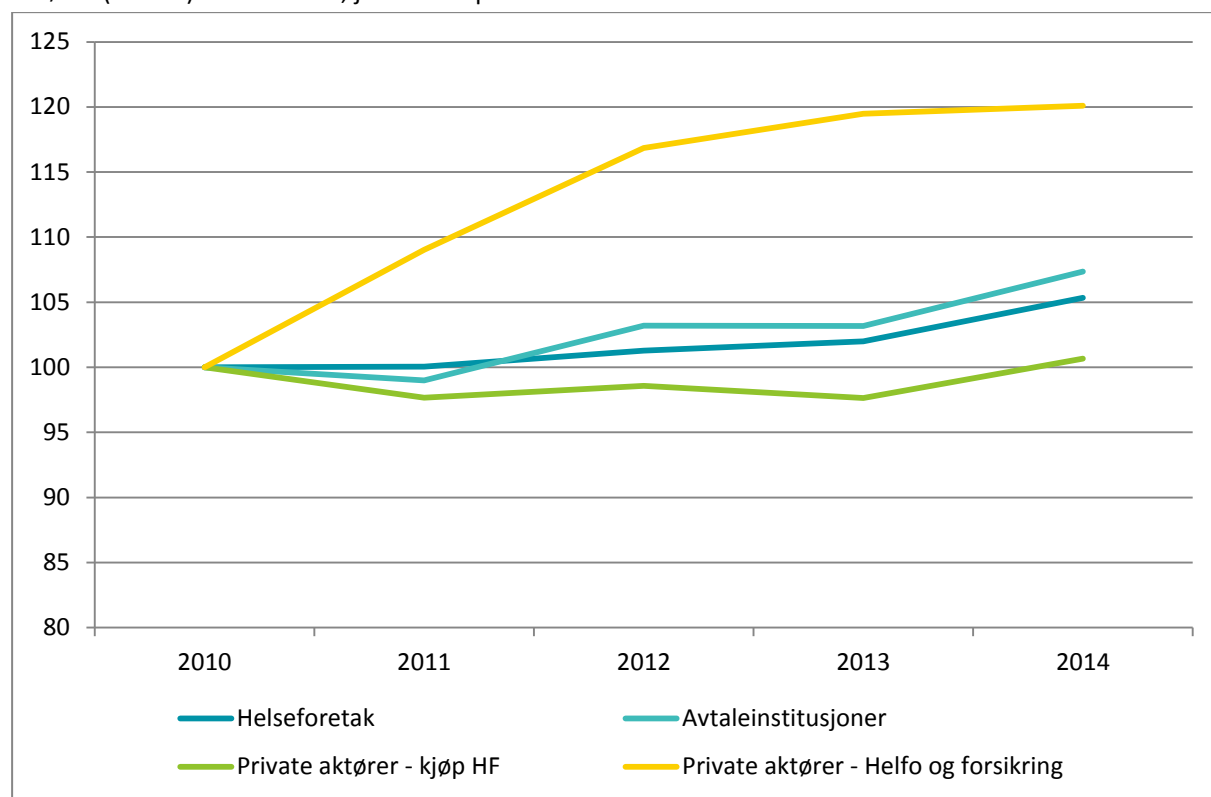
Fig 1.1 Utvikling i kostnader for helseforetak og private aktører 2010 – 2014, justert for prisvekst.
Indeksert 2010 = 100.



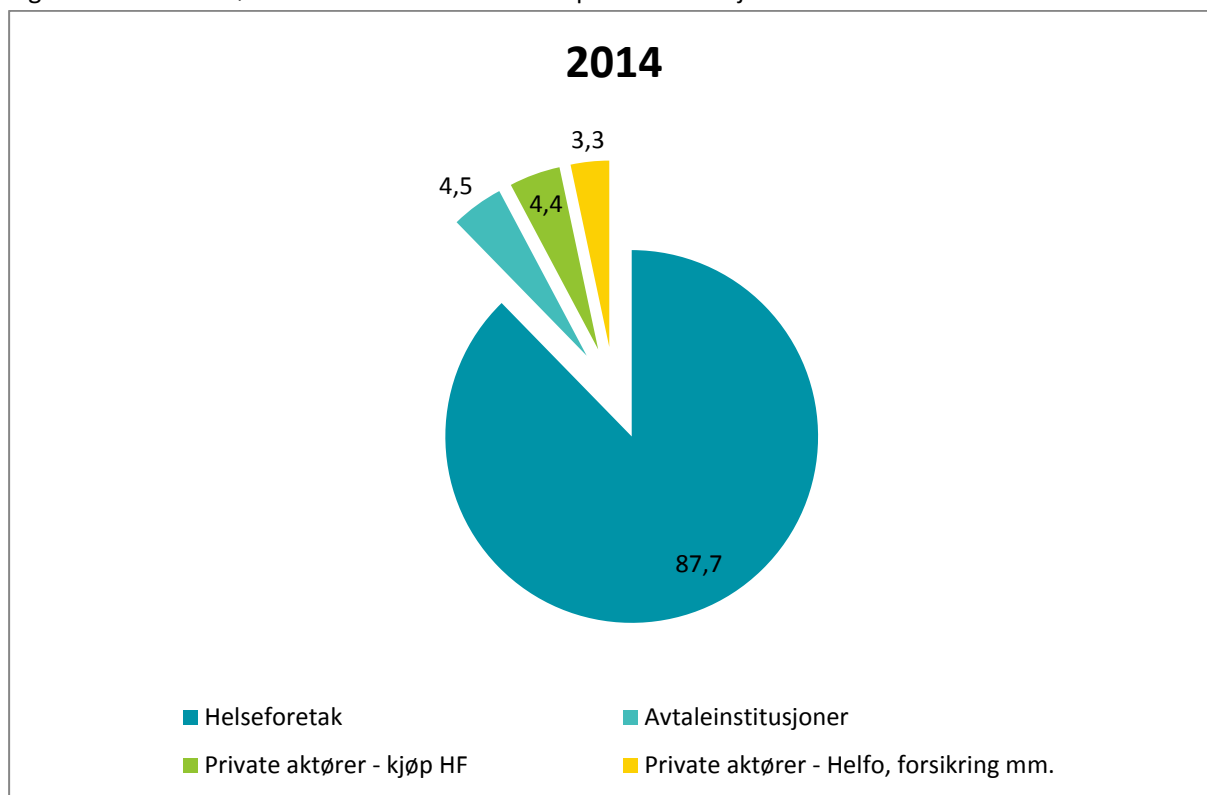
Tabell 1.2 Kostnader for helseforetak, avtaleinstitusjoner (A), samt kostnader og finansiering for øvrige private aktører (B+C+D) 2010 – 2014 mill. kr, justert for prisvekst og målt i faste 2014 kr.

	2010	2013	2014	Pst.endr. 2010- 2014
Helseforetak	106 068	108 185	111 735	5,3
Avtaleinstitusjoner (A)	5 373	5 544	5 768	7,4
Sum private aktører (B+C+D), finansiert av:	9 151	9 707	9 901	8,2
- kjøp HF	5 613	5 480	5 651	0,7
- Helfo og forsikring mm.	3 538	4 227	4 249	20,1

Figur 1.2 Utvikling i kostnader for helseforetak, avtaleinstitusjoner (A), samt finansiering av private aktører (B+C+D) 2010 – 2014, justert for prisvekst. Indeksert 2010 = 100.



Figur 1.3 Private aktører sin andel av kostnader i spesialisthelsetjenesten 2014.



Tabell 1.3 Driftskostnader for private aktører, eksklusive avtaleinstitusjoner, mill. kr, justert for prisvekst og målt i faste 2014 kr.

	2010	2013	2014	Pst endr. 2010-14
1. Private sykehus	973	1 194	1 245	27,9
2. Private sykehus – LHL	477	543	529	10,9
3. Rehabiliterings- og opptren.inst.	1 799	2 016	1 910	6,2
4. Psykisk helsevern	0	17	17	-
5. Rusbehandling	1 602	1 460	1 575	-1,7
6. Laboratorie- og røntgeninstitutter	1 232	1 247	1 349	9,5
7. Avtalespesialister	3 068	3 230	3 275	6,8
SUM	9 151	9 707	9 901	8,2

Tabell 1.4 Helseforetakenes kjøp hos (finansiering av) private aktører eksklusive avtaleinstitusjoner, mill. kr, justert for prisvekst og målt i faste 2014 kr.

	2010	2013	2014	Pst endr. 2010-14
1. Private sykehus	372	433	433	16,3
2. Private sykehus – LHL	461	533	538	16,7
3. Rehabiliterings- og opptren.inst.	1 568	1 607	1 574	0,3
4. Psykisk helsevern	0	18	19	-
5. Rusbehandling	1 417	1 275	1 458	2,9
6. Laboratorie- og røntgeninstitutter	741	572	588	-20,6
7. Avtalespesialister	1 055	1 042	1 041	-1,2
SUM	5 613	5 480	5 651	0,7

Tabell 1.5 Finansieringskilder for private aktører (eksklusive avtaleinstitusjoner) mill. kr, justert for prisvekst og målt i faste 2014 kr.

	2010	2013	2014	Pst endr. 2010-2014	Pst endr. 2013-2014
Driftskostnader	9 151	9 707	9 901	8,2	3,4
Driftsinntekter, fordelt på:	9 555	9 920	10 240	7,2	5,0
1. Kjøp fra RHF	5 613	5 480	5 651	0,7	3,1
2. Refusjoner fra Helfo	2 548	2 904	3 052	19,8	11,0
3. Salgsinntekter	432	451	434	0,5	-3,7
4. Selvbetalende pasienter og egenandeler	440	555	575	30,7	3,4
5. Annet	522	529	528	1,2	-0,2

Tabell 1.6 Finansieringskilder for private aktører (eksklusive avtaleinstitusjoner), relative andeler og prosentpoeng endring.

	2010	2013	2014	Pst. poeng endr. 2010- 2014
Driftsinntekter, fordelt på:	100	100	100	
1. Kjøp fra RHF	58,7	55,2	55,2	-3,6
2. Refusjoner fra Helfo	26,7	29,3	29,8	3,1
3. Salgsinntekter	4,5	4,5	4,2	-0,3
4. Selvbetalende pasienter og egenandeler	4,6	5,6	5,6	1,0
5. Annet	5,5	5,3	5,2	-0,3

Tabell 1.7 Finansieringskilder for øvrige private sykehus målt i mill. kr, justert for prisvekst og målt i faste 2014 kr.

	2010	2013	2014	Pst endr. 2010-2014
Driftskostnader	973	1 194	1 245	27,9
Driftsinntekter, fordelt på:	1 160	1 301	1 380	19,0
1. Kjøp fra RHF	372	433	433	16,3
2. Refusjoner fra Helfo	0	0	28	
3. Salgsinntekter	286	343	346	21,1
4. Selvbetalende pasienter og egenandeler	344	448	490	42,3
5. Annet	158	77	83	-47,5

Tabell 1.8 Finansieringskilder for øvrige private sykehus, relative andeler og prosentpoeng endring.

	2010	2013	2014	Pst. poeng endr. 2010-2014
Driftsinntekter, fordelt på:				
1. Kjøp fra RHF	32,1	33,3	31,4	-0,7
2. Refusjoner fra Helfo	0,0	0,0	2,1	2,0
3. Salgsinntekter	24,6	26,3	25,1	0,4
4. Selvbetalende pasienter og egenandeler	29,7	34,4	35,5	5,8
5. Annet	13,6	5,9	6,0	-7,6

2. TVERRFAGLIG SPESIALISERT RUSBEHANDLING

2.1 Innledning og problemstillinger

De private aktørene i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) består av private rusinstitusjoner som siden rusreformen i 2004 har bidratt betydelig i denne sektoren. RHF-ene har i løpet av disse ti årene etablert et anbudssystem hvor private rusinstitusjoner inviteres til å gi tilbud på behandlingstjenester i henhold til regionenes ønsker og behov. Dette har skjedd parallelt med at helseforetakene har bygget opp egne tilbud i TSB. Behandlingstilbudets omfang varierer imidlertid betydelig mellom helseforetakene.

Blant de private institusjonene finner vi flere behandlingsinstitusjoner som tilbyr et helhetlig behandlingstilbud innen TSB, men hovedvekten av de private institusjonene tilbyr lengre døgnbehandlinger. Det private tilbudet i TSB er nærmere beskrevet i rapporten «Ressursbruk, aktivitet og pasientsammensetning i TSB i 2012», IS-2130, (Helsedirektoratet, 2013).

Spørsmålene som belyses i dette kapitlet er:

- Hvordan har aktiviteten for de private aktørene i TSB utviklet seg, sammenlignet med aktiviteten i helseforetak?
- Hvor stor andel av aktiviteten utgjør de private sitt bidrag?
- Er det geografiske variasjoner i de private aktørene sitt bidrag? Herunder; er det indikasjoner på at det private tilbudet kompletterer helseforetakene, eller derimot representerer et tillegg til helseforetakene?
- Hvordan er pasientsammensetningen hos de private aktørene, sammenlignet med helseforetakene?

2.2 Datagrunnlag og definisjoner

Antallet utskrivinger, oppholdsdøgn og polikliniske konsultasjoner er basert på pasientdata som rapporteres inn til Norsk Pasientregister (NPR) og institusjonsstatistikk innrapportert på skjema 38 til SSB. Volumet av tjenestene i TSB i perioden er basert på pasientdata og supplert med institusjonsstatistikk fra

SSB i de tilfellene hvor innrapporteringen av pasientdata har vært mangelfull. I de polikliniske konsultasjonene i TSB inngår både virksomhet som har generert et refusjonskrav til Helfo og øvrig poliklinisk virksomhet.

Helseforetak er grupper av institusjoner som er eid av de regionale helseforetakene.

Avtaleinstitusjoner er i denne sammenhengen private institusjoner som kjennetegnes ved at de ikke har vært anbudsutsatte etter foretaksreformen i 2002. Videre har de inngått i regionale helseplanene fra tiden før foretaksreformen. En del av avtaleinstitusjonene har opptaksområder (befolkningsansvar), og mottar oppdragsdokumenter fra de regionale helseforetakene. I denne sammenhengen omfatter dette ruspoliklinikken ved Lovisenberg Diakonale sykehus og ruspoliklinikken ved Diakonhjemmets sykehus.

Private institusjoner alle private tilbydere i TSB, som har inngått en anbudsavtale med ett eller flere regionale helseforetak i løpet av perioden. De regionale helseforetak inviterer til anbudskonkurranse hvor behandlingstilbudet det søkes om tilbud på er spesifisert i grunnlagsdokumentene. Det er forskjeller mellom regionene med hensyn til type avtale som inngås med de private.

2.3 Sammendrag

Omfanget av de private aktørenes bidrag

De private institusjonene bidro med 38 prosent av innleggelsene til døgnbehandlingen, og med 60 prosent av oppholdsdøgnene i 2014. Den øvrige døgnbehandlingen ble utført i helseforetakene. Se figur 2.2 og tabell 2.1. Disse forholdstallene avdekker en arbeidsdeling mellom offentlige og private når det gjelder hovedtendensen i døgnbehandlingstilbudet i TSB. Ved helseforetakene er det ofte bygget opp en korttidsbehandling, ofte akuttbehandling eller avrusningstilbud, hvor eventuell videre behandling skal fortsette, eller gjenopptas, ved en annen institusjon. Ved de private institusjonene er døgnbehandlingen i stor grad av lengre varighet. Unntaket er de private institusjonene som tilbyr et helhetlig tilbud innen TSB. De private institusjonene stod for 17 prosent av de polikliniske konsultasjonene, avtaleinstitusjonene for 4 prosent, og 77 prosent av konsultasjonene ble utført ved helseforetakene. I den polikliniske virksomheten i TSB utgjør dermed bidraget fra de private enhetene 23 prosent.

Aktivitetsutvikling for helseforetak og private aktører

Fra 2010 til 2014 økte antallet innleggelser ved helseforetak med fem prosent, mens den tilsvarende økningen ved de private institusjonene var på 12 prosent. Økningen ved de private institusjonene fant sted tidlig i perioden. I samme periode økte antall oppholdsdøgn med ti prosent for helseforetakene, og gikk ned med tre prosent for de private institusjonene. Se figur 2.1 og tabell 2.1.

I løpet av perioden 2010 til 2014 ble mange psykiatriske ungdomsteam og rusrelatert virksomhet i psykisk helsevern overført til russektoren, og disse har bidratt til en større poliklinisk virksomhet i TSB. Dersom vi korrigerer for disse organisatoriske endringene innad i helseforetakene, har antall polikliniske konsultasjoner i helseforetak økt med 50 prosent fra 2010 til 2014. Ved de private institusjonene utgjorde den samlede økningen i antall konsultasjoner 14 prosent i denne perioden.

Veksten innen poliklinisk virksomhet var knyttet til prioriteringen av poliklinisk behandling, som støtte og supplement til døgnbehandlingstilbudet. Både vurderingsinstanser for TSB og den desentraliserte LAR-tjenesten har medvirket til vekst ved helseforetakene. Nyetablering av rusplasser ved helseforetakene har medvirket til et økt døgntilbud, mens enkelte omorganiseringer har bidratt til å redusere antall døgnplasser i perioden 2010-2014.

Økningen i antall innleggelser ved private institusjoner i første del av perioden var delvis knyttet til den øvre begrensningen på varigheten av langtidsbehandlingen, og delvis til bedret datagrunnlag ved bruk av pasientdata i stedet for institusjonsstatistikk fra SSB. Endringene i løpet av det siste året berodde i stor grad på det betydelige antallet nye avtaleplasser som ble opprettet. Analyser av varigheten av døgnbehandling i TSB i perioden 2011 til 2014³ viste imidlertid ingen signifikant endring.

Volumet av poliklinisk virksomhet og døgnbehandling ved de private institusjonene er styrt gjennom avtalene med de regionale helseforetakene.

Geografiske variasjoner - døgnbehandling

Kommentarene nedenfor baseres på figurene 2.3 og 2.4.

I *Helse Sør-Øst* var innleggelser ved helseforetak, målt per innbygger, over landsgjennomsnittet i 2014, mens innleggelser ved de private institusjonene lå under landsgjennomsnittet. Aktivetsbidraget fra de private institusjonene i *Helse Sør-Øst* utfylte helseforetakene sin aktivitet. Det samlede nivået på innleggelser per innbygger lå på landsgjennomsnittet. Hvis aktiviteten måles som oppholdsdøgn per innbygger, var aktiviteten i helseforetakene under landsgjennomsnittet. Nivået på oppholdsdøgn ved de private institusjonene var derimot over landsgjennomsnittet. Når helseforetakene og avtaleinstitusjonene sees samlet, var nivået på oppholdsdøgn per innbygger litt over landsgjennomsnittet.

Helse Vest hadde i 2014 et nivå på innleggelser per innbygger ved helseforetakene som var under landsgjennomsnittet. Omfanget av innleggelser ved de private institusjonene var over landsgjennomsnittet. Når helseforetakene og private institusjoner sees samlet, ble innleggelser per innbygger lavere enn landsgjennomsnittet i *Helse Vest*. Når døgnaktiviteten måles som oppholdsdøgn per innbygger, lå både helseforetak og private institusjoners bidrag på landsgjennomsnittet.

Nivået på antallet innleggelser ved helseforetak per innbygger var litt under landsgjennomsnittet i *Midt-Norge* i 2014, mens innleggelser fra private institusjoner lå over. Når helseforetakene og de private institusjonene betraktes samlet, hadde *Midt-Norge* en innleggesrate på landsgjennomsnittet. Når aktiviteten måles som oppholdsdøgn per innbygger, hadde *Midt-Norge* et aktivitetsnivå under landsgjennomsnittet. Oppholdsdøgn per innbygger ved private institusjoner lå under landsgjennomsnittet, mens helseforetakenes bidrag lå på landsgjennomsnittet.

I *Helse Nord* var nivået på innleggelser per innbygger ved helseforetakene over landsgjennomsnittet. Innleggelser per innbygger ved private institusjoner var under landsgjennomsnittet. Samlet var innleggesraten under landsgjennomsnittet. Det samme bildet framstod også når aktivitetsnivået måles som oppholdsdøgn.

³ Tabell 10.6 i Helsedirektoratet (2015): Samdata Spesialisthelsetjenesten. IS-2348

Geografiske variasjoner – poliklinisk behandling

Kommentarene nedenfor baseres på figur 2.5.

Når aktiviteten ved helseforetakene, avtaleinstitusjoner og private institusjoner betraktes samlet, hadde *Helse Sør-Øst* et nivå på polikliniske konsultasjoner per innbygger som var over landsgjennomsnittet i 2014. Aktivitetsnivået ved helseforetakene lå over gjennomsnittet for landet samlet, mens aktivitetsnivå ved de private samlet sett lå på landsgjennomsnittet.

Helse Vest hadde i 2014 et nivå på polikliniske konsultasjoner per innbygger som lå over gjennomsnittet for landet, når helseforetak og private institusjoner betraktes samlet. Aktiviteten utført ved helseforetakene lå under landsgjennomsnittet, mens bidraget fra private institusjoner lå over landsgjennomsnittet.

Dekningsraten for polikliniske konsultasjoner per innbygger i *Helse Midt-Norge* var lavere enn gjennomsnittet for landet i 2014, når helseforetak og private institusjoner sees samlet. Lavere aktivitetsnivå skyldtes mindre omfang av konsultasjoner ved helseforetakene. Omfanget av polikliniske konsultasjoner ved private institusjoner lå på landsgjennomsnittet.

Helse Nord hadde i 2014 det laveste nivået på polikliniske konsultasjoner per innbygger, når helseforetak og private institusjoner betraktes samlet. Lavere aktivitetsnivå skyldtes fravær av aktivitet ved private, og at helseforetakenes dekningsrate lå 50 prosent under landsgjennomsnittet. For *Helse Nord* utgjorde bidraget fra psykisk helsevern omlag 20 prosents økning av dekningsraten, men dette endrer ikke vesentlig på regionens relativt sett lave ratenivå.

Pasientgrupper hos offentlige og private aktører i 2014

Når aktiviteten innenfor døgnbehandling sammenlignes med hensyn på behandling i helseforetakene og ved private institusjoner, var det små forskjeller i pasientsammensetning. Helseforetakene hadde en noe større andel av sin aktivitet knyttet til helsehjelp kodet med ICD-10 F11 *Psykiske lidelser som skyldes bruk av opiater*, sammenlignet med de private institusjonene. De private institusjonene hadde på sin side en noe større andel av sin behandlingsaktivitet kodet med ICD-10 F10 *Psykiske lidelser som skyldes bruk av alkohol*. Dette bildet er gjenfunnet både når aktiviteten måles som innleggelser og som oppholdsdøgn. Se figurene 2.6 og 2.7.

Ser vi på den polikliniske aktiviteten var forskjellene i pasientsammensetning mer tydelige. En tredjedel av den polikliniske behandlingen ved helseforetakene var relatert til helsehjelp som ble utført for pasienter med ruslidelse, primært forårsaket av bruk av opiater, mens de private institusjonene hadde åtte prosent av konsultasjonene relatert til helsehjelp for denne lidelsen. For de private institusjonene utgjorde om lag halvparten av virksomheten konsultasjoner rettet mot ruslidelser som primært skyldtes bruk av alkohol. Poliklinisk helsehjelp rettet mot denne gruppen utgjorde i underkant av en sjettedel av de polikliniske konsultasjonene ved helseforetakene. Se figur 2.8.

De to avtaleinstitusjonene i TSB er to ruspoliklinikker som er samlokalisert med psykisk helsevern som har områdeansvar for bydeler i Oslo. For disse poliklinikkene var pasientsammensetningen kjennetegnet ved at helsehjelpen i større grad var rettet mot ICD-10 F12 *Psykiske lidelser som skyldes bruk av cannabinoider*

og ICD-10 F19 *Psykiske lidelser som skyldes bruk av multiple stoffer* sammenlignet med både de øvrige private institusjonene og helseforetakene. Se figur 2.8.

2.4 Tabeller og figurer

Aktivitetsutvikling og de private sin andel av aktiviteten

Tabell 2.1 Aktivitetsutvikling for offentlige og private aktører 2010-2014.

	2010	2011	2012	2013	2014
<i>Opphold</i>					
Sum opphold, herav:	12 718	13 063	12 934	12 989	13 655
- Helseforetak	8 123	7 767	7 871	8 025	8 506
- Private institusjoner	4 595	5 296	5 063	4 964	5 149
<i>Oppholdsdøgn</i>					
Sum oppholdsdøgn, herav:	574 167	590 252	580 098	570 138	585 735
Helseforetak	211 043	225 382	226 640	221 893	232 083
Private institusjoner	363 124	364 870	353 458	348 245	353 652
<i>Polikliniske konsultasjoner</i>					
Sum konsultasjoner, herav:	262 157	306 771	348 607	364 847	390 190
- Helseforetak	191 605	233 945	262 942	278 062	300 860
- Avtaleinstitusjoner	6 633	7 219	16 331	16 242	16 175
- Private institusjoner	63 919	65 607	69 334	70 543	73 155
<i>Polikliniske konsultasjoner, korrigert¹</i>					
Sum konsultasjoner, herav:	262 157	305 271	333 413	343 841	368 638
- Helseforetak	191 605	232 445 ⁱ	256 494 ⁱⁱ	265 545 ^{iv}	287 477
- Avtaleinstitusjoner	6 633	7 219	7 585 ⁱⁱⁱ	7 753	8 006
- Private institusjoner	63 919	65 607	69 334	70 543	73 155

1 Korrigert for enheter overført fra psykisk helsevern:

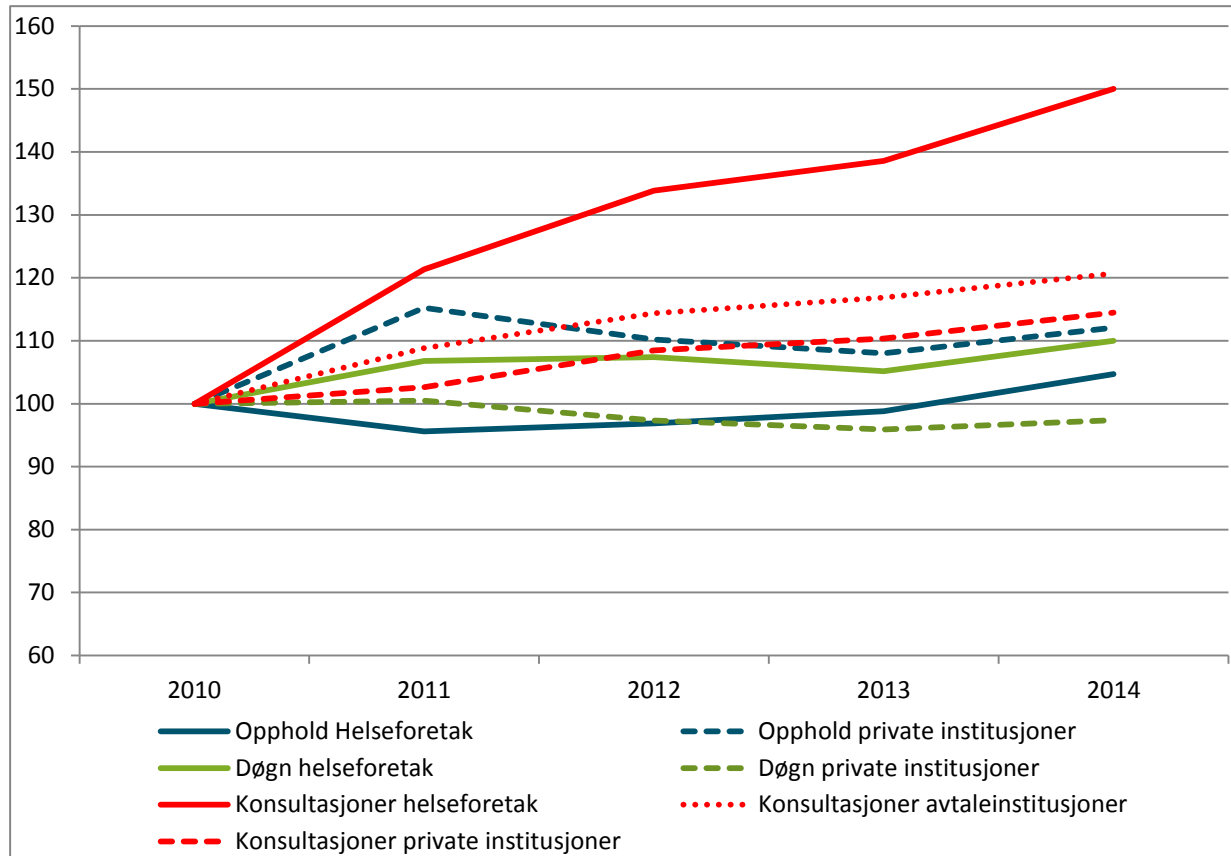
i PUT ved Haugesund sykehus er inkludert i TSB f.o.m. 2011.

ii Ruspoliklinikkene ved Kongsberg DPS og Ringerike DPS ble inkludert i TSB i 2012.

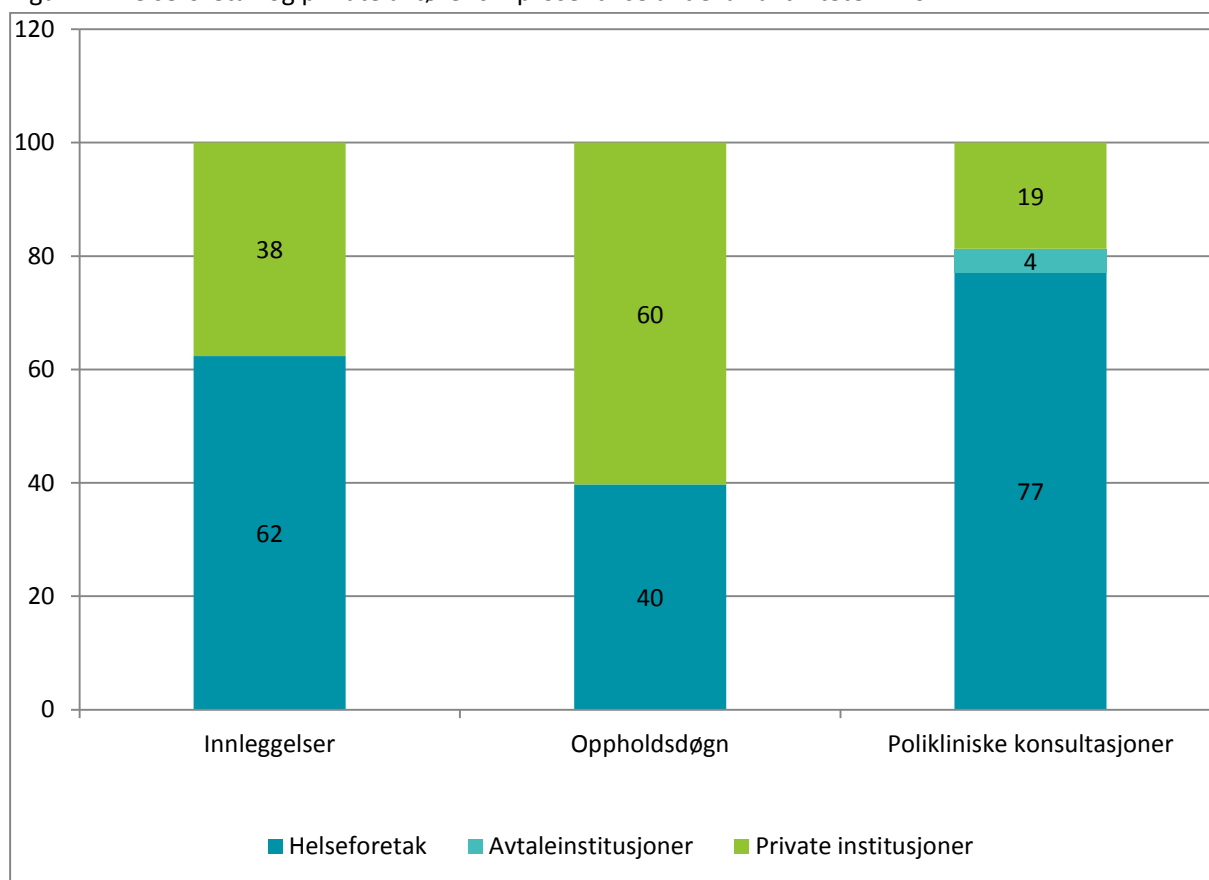
iii Ruspoliklinikken ved Vinderen, Diakonhjemmet sykehus, ble inkludert i TSB i 2012.

iv Rusbehandling poliklinikk ved Odda og Stord samt PUT ved Nidaros DPS er inkludert i TSB f.o.m. 2013.

Figur 2.1 Aktivitetsutvikling for helseforetak og private aktører 2010 – 2014, indeksert 2010 = 100.
Veksten i poliklinisk virksomhet er eksklusive enheter overført fra psykisk helsevern i perioden.

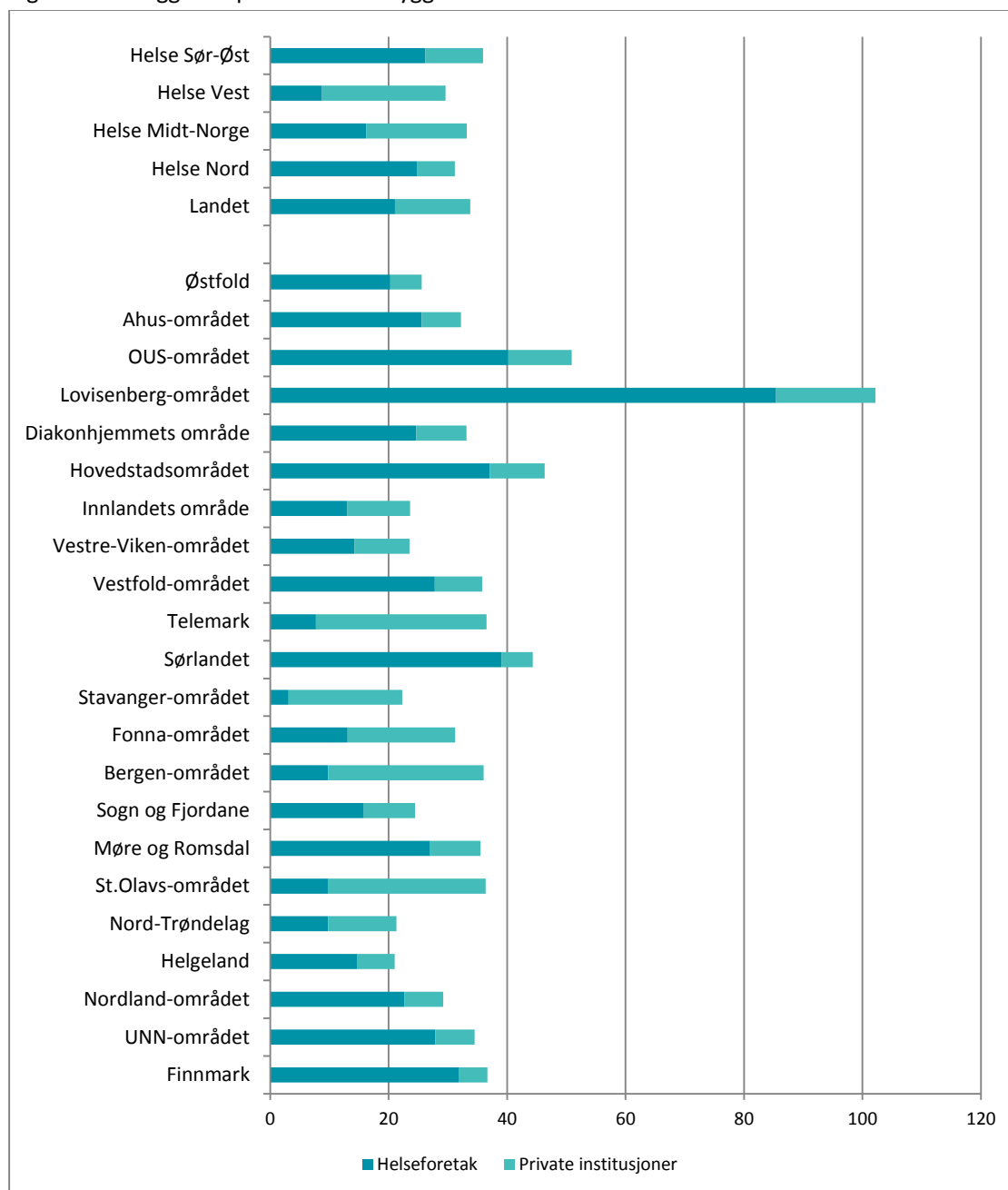


Figur 2.2 Helseforetak og private aktører sin prosentvise andel av aktiviteten i 2014.

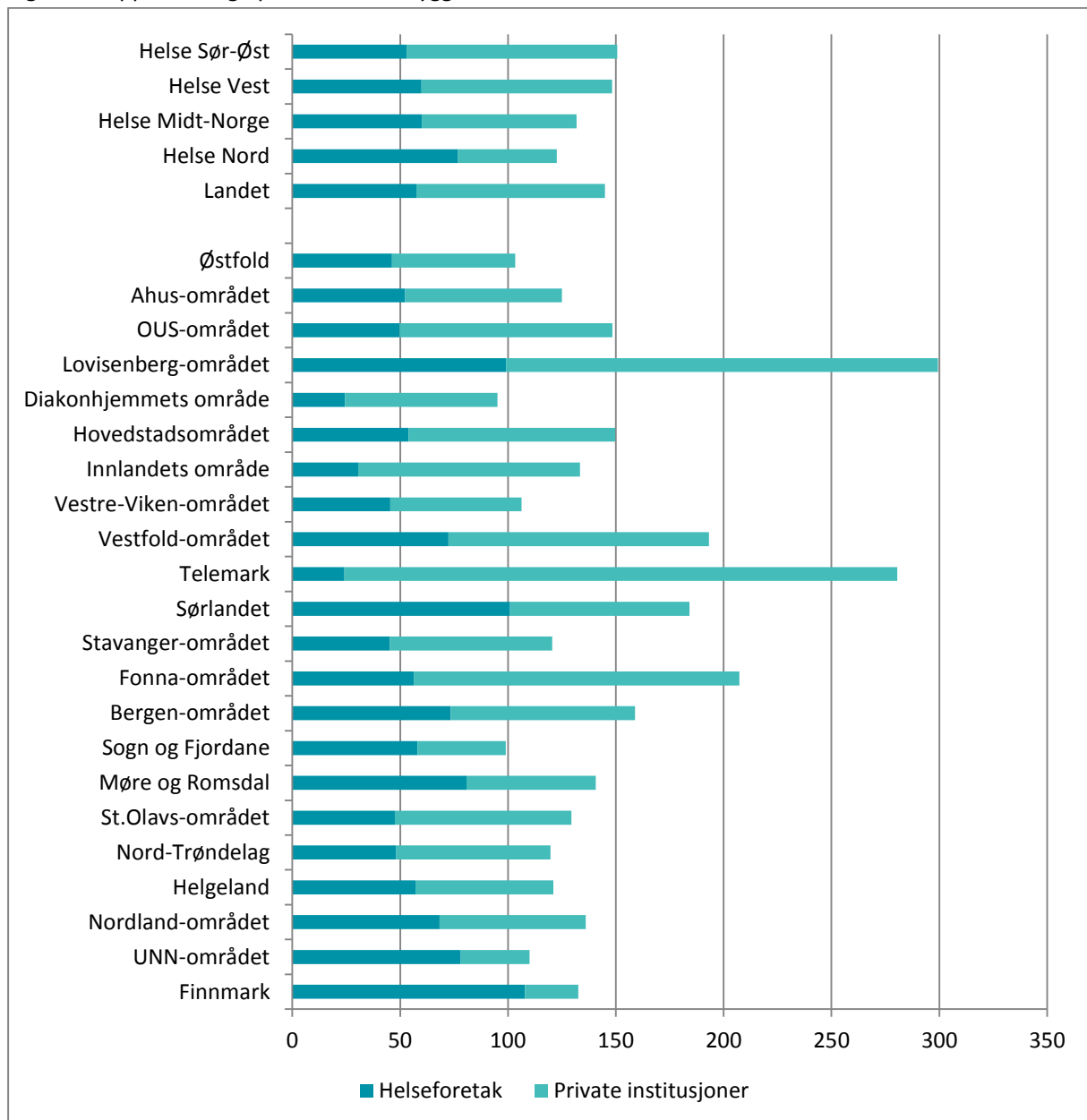


Geografiske variasjoner i bruk av tjenester fra offentlige og private aktører

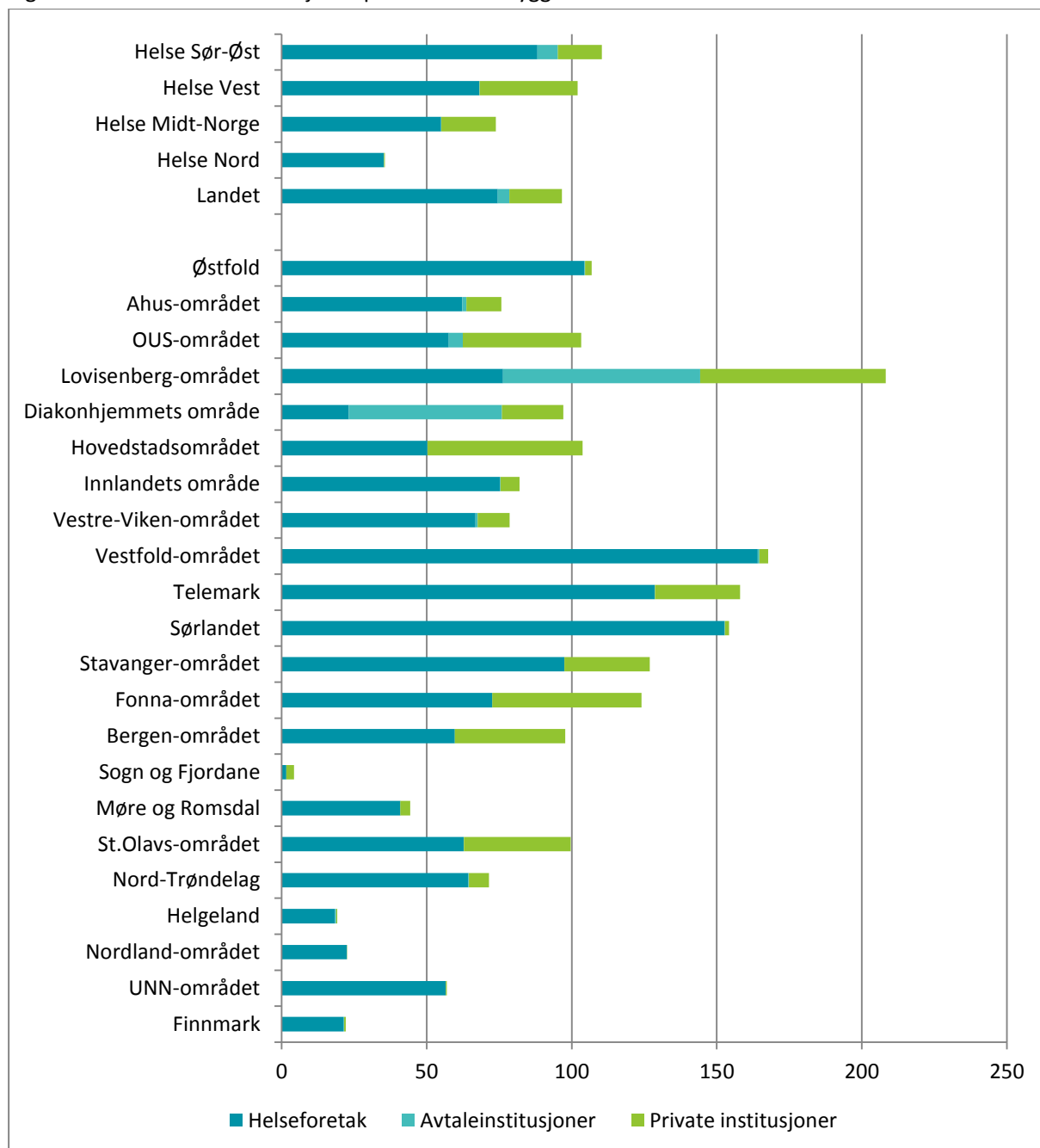
Figur 2.3 Innleggelser per 10 000 innbyggere i 2014.



Figur 2.4 Oppholdsdøgn per 10 000 innbyggere i 2014.



Figur 2.5 Polikliniske konsultasjoner per 10 000 innbyggere i 2014.



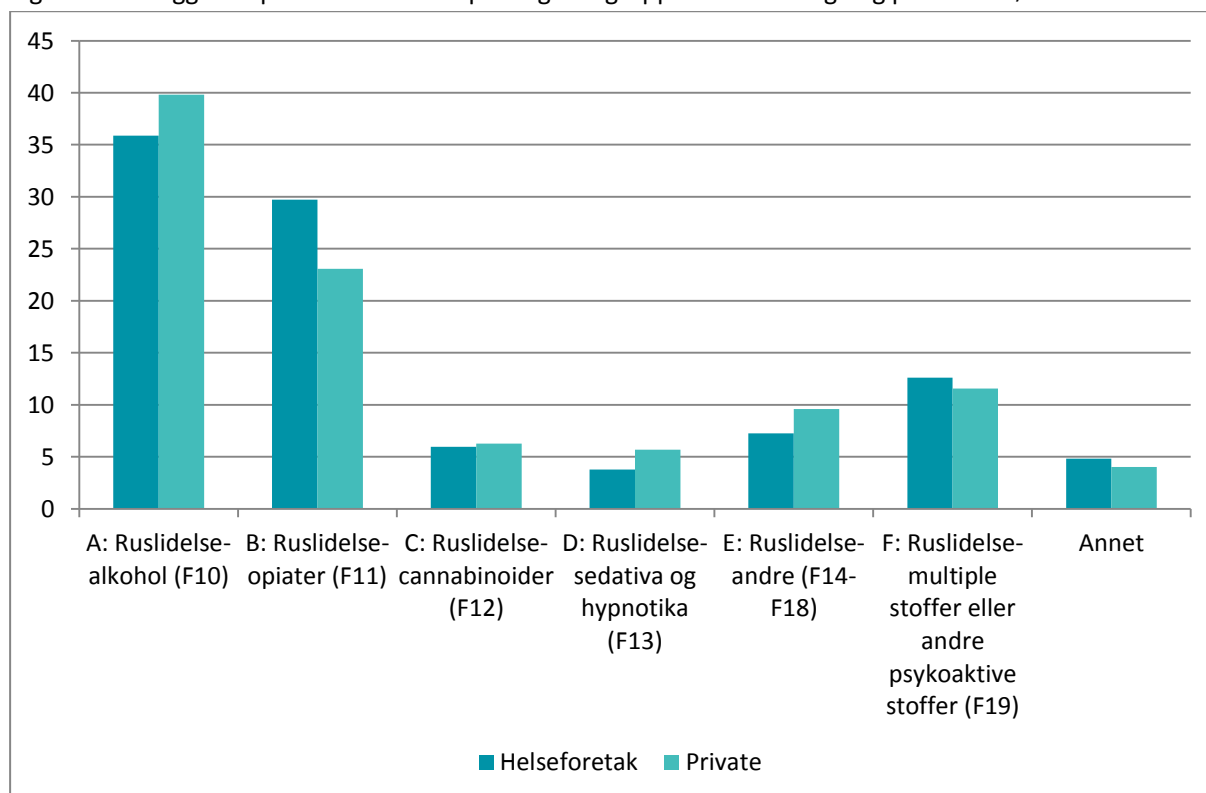
Pasientsammensetning ved helseforetak og private aktører

Tabell 2.2 Oppholdsdøgn, utskrivinger og polikliniske konsultasjoner ved offentlige og private aktører 2014, fordelt på diagnosegrupper.

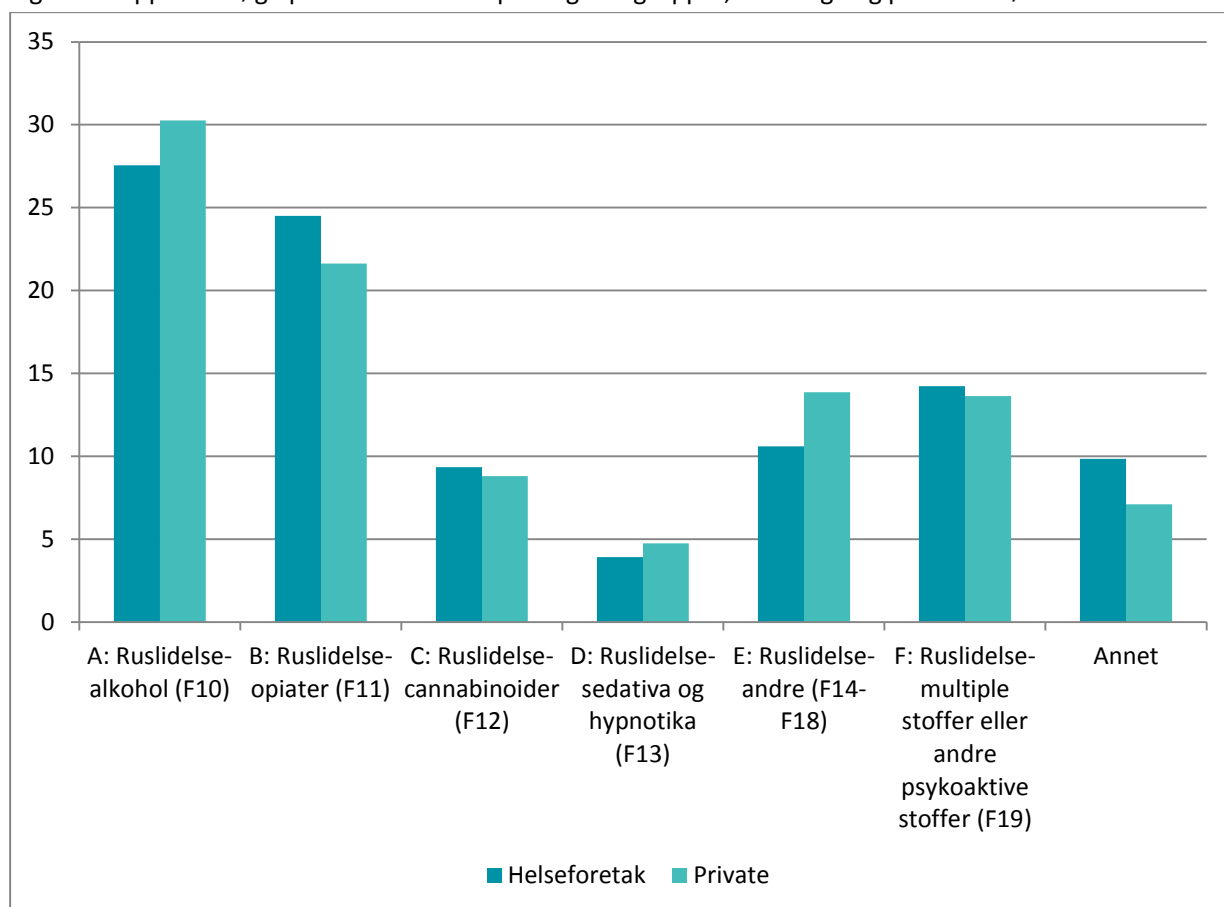
Diagnosegruppe ICD-10	Innleggelser		Døgn		Polikliniske konsultasjoner		
	HF	Privat	HF	Private	HF	Avtale-instit.	Private
F10: Ruslidelse- alkohol	2 742	1 867	52 248	98 034	43 959	3 330	30 584
F11: Ruslidelse- opiater	2 270	1 082	46 460	70 033	97 187	883	4 952
F12 Ruslidelse- cannab.	456	294	17 708	28 482	29 209	2 438	3 983
F13 Ruslid.- sedativa og hypnotika	289	267	7 433	15 338	6 383	332	2 900
F14-F18: Ruslidelse- andre	553	450	20 097	44 913	17 400	991	3 811
F19: Ruslid.- multiple stoffer	963	542	26 982	44 158	18 122	4 552	2 467
F20-F39 Schizofr., affektive lidel.	102	21	4 268	2 556	14 831	1 156	1 209
F60-F69 Personlighetsforstyrrelser	60	24	3 313	3 085	8 230	246	3 570
Andre ICD 10 fra kap F	135	64	8 629	10 907	23 043	867	3 150
Andre ICD 10 fra kap <> F	72	80	2 468	6 421	24 028	1 379	8 097
SUM ¹	7 642	4 691	189 606	323 927	282 392	16 174	64 723

1 Antall innleggelser, oppholdsdøgn og konsultasjoner med registret tilstandskode i pasientdata fra Norsk pasientregister i aktivitetåret 2014.

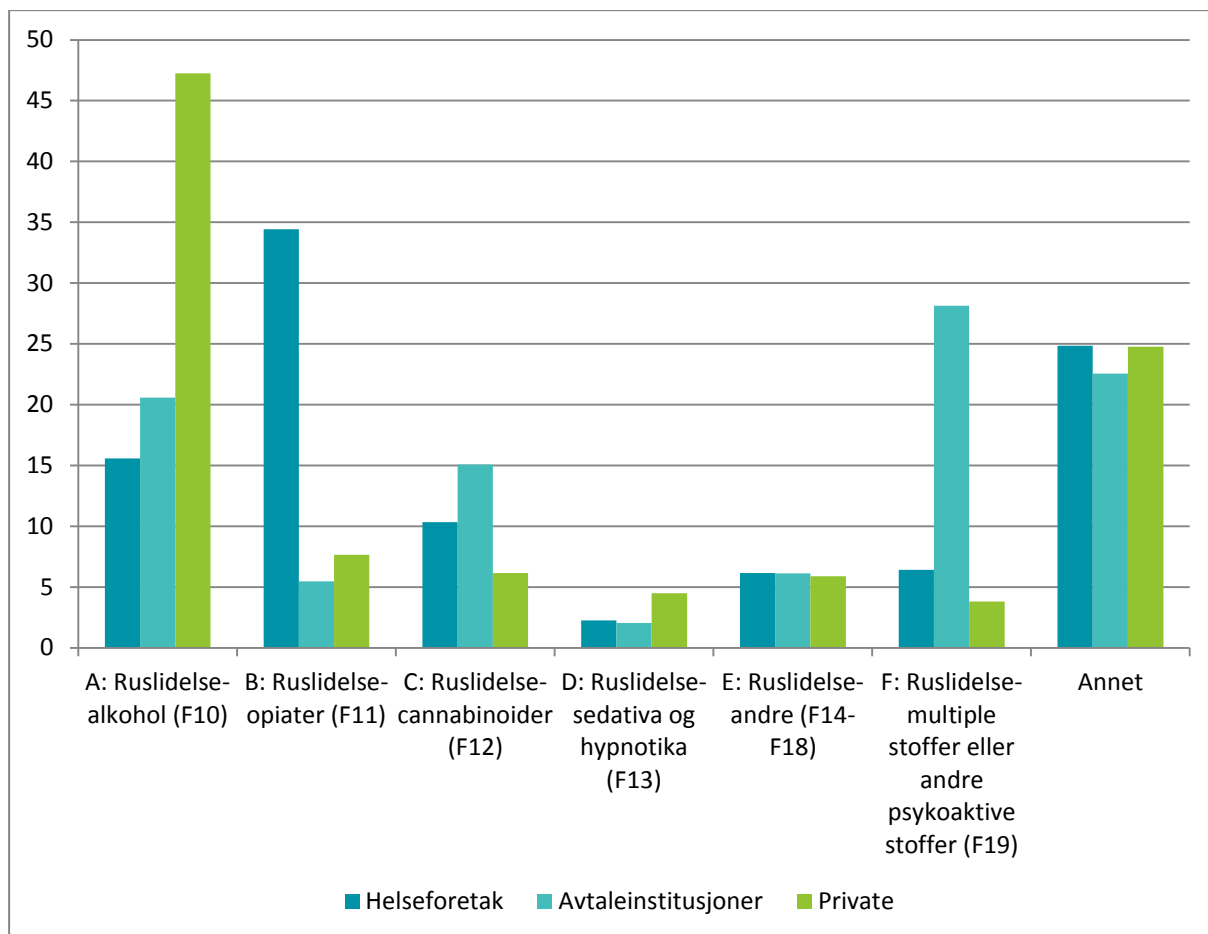
Figur 2.6 Innleggelser prosentvis fordelt på diagnosegrupper for offentlige og private aktører 2014.



Figur 2.7 Oppholdsdøgn prosentvis fordelt på diagnosegrupper, offentlige og private aktører i 2014.



Figur 2.8 Polikliniske konsultasjoner prosentvis fordelt på diagnosegrupper for offentlige og private aktører i 2014.



3 REHABILITERING

3.1 Innledning og problemstillinger

De private aktørene innenfor rehabiliteringsfeltet består av private avtaleinstitusjoner, LHL-klinikker samt private rehabiliterings- og opptreningsinstitusjoner. De private aktørene bidrar i størst grad med døgnrehabilitering, men dag- og poliklinisk rehabilitering har de siste årene blitt en større del av tilbudet fra de private.

Spørsmålene som belyses i dette kapitlet er:

- Hvordan har aktiviteten for de private aktørene i rehabiliteringsfeltet utviklet seg, sammenlignet med aktiviteten i helseforetak?
- Hvor stor andel av aktiviteten utgjør de private sitt bidrag?
- Er det geografiske variasjoner i de private aktørene sitt bidrag? Herunder; er det indikasjoner på at det private tilbudet kompletterer helseforetakene, eller derimot representerer et tillegg til helseforetakene?
- Hvordan er pasientsammensetningen hos de private aktørene sammenlignet med helseforetakene?

3.2 Datagrunnlag og definisjoner

Antallet utskrivinger, oppholdsdøgn og polikliniske konsultasjoner er basert på pasientdata som rapporteres inn til Norsk Pasientregister (NPR).

Rehabilitering i helseforetakene, avtaleinstitusjonene samt LHL-klinikkene er definert som alle opphold og konsultasjoner med ICD-10-kode Z.50 (med unntak av Z.50.1) som hoveddiagnose. I tillegg inkluderes døgnaktivitet i form av innleggelser der en av rehabiliteringskodene er satt som annen tilstand i det pasientadministrative systemet, såkalt sekundær rehabilitering. Det beregnes imidlertid ikke liggedøgn for sekundær rehabilitering, da det er vanskelig å vite hva som er liggetid for rehabilitering og hva som er liggetid for den andre behandlingen.

Diagnoseklassifisering for primær døgnrehabilitering og dag- og poliklinisk rehabilitering i helseforetak og avtaleinstitusjoner er hentet fra første biddiagnose, da disse oppholdene har en Z.50-kode som hoveddiagnose. Innleggelser ved Glittreklinikken og sengeavdelingen ved Granheim lungesykehus (del av Innlandet HF) er definert som primær (kompleks) døgnrehabilitering. Disse sykehusene omfattes ikke av ISF, og koder derfor ikke rehabilitering (Z.50) som hoveddiagnose. Diagnoseklassifisering i disse sykehusene hentes derfor fra hoveddiagnosen. Også for sekundær rehabilitering i helseforetak og

avtaleinstitusjoner baseres diagnoseklassifisering på hoveddiagnosen. Ved de private opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjonene defineres all aktivitet som rehabilitering og diagnoseklassifisering tar utgangspunkt i hoveddiagnosen.

Helseforetak er grupper av institusjoner som er eid av de regionale helseforetakene.

Avtaleinstitusjoner er i denne sammenhengen private institusjoner som kjennetegnes av at de ikke har vært anbudsutsatte etter foretaksreformen i 2002. Videre har de inngått i regionale helseplanene i fra tiden før foretaksreformen. En del av avtaleinstitusjonene har opptaksområder (befolkningsansvar), og mottar oppdragsdokumenter fra de regionale helseforetakene.

Private sykehus – LHL. Dette er Feiringklinikken og Glittreklinikken. Dette er private sykehus som genererer ISF-inntekter til RHF-ene på linje med helseforetak og avtaleinstitusjoner. De har avtaler med RHF-ene som reforhandles.

Private institusjoner er en større gruppe av private rehabiliterings- og opptreningsinstitusjoner. Avtalene med RHF-ene kan ha ulik form og varighet, og de er anbudsutsatte.

3.3 Sammendrag

Omfanget av de private aktørenes bidrag

Figur 3.2 viser at de private avtaleinstitusjonene samt de private sykehusene og rehabiliteringsinstitusjonene stod samlet for 63 prosent av utskrivningene for døgner rehabiliteringen i 2014. Den øvrige døgner rehabiliteringen, 37 prosent, ble utført i helseforetakene. Også når det gjaldt antall oppholdsdøgn stod de private for en stor andel sammenliknet med helseforetakene, men her må tallene tolkes med forsiktighet da oppholdsdøgn for sekundær rehabilitering i helseforetakene ikke er med i tallgrunnlaget.

Innen dag- og poliklinisk rehabilitering stod de private avtaleinstitusjonene samt de private sykehusene og rehabiliteringsinstitusjonene for om lag 43 prosent av aktiviteten i 2014. Det betyr at 57 prosent av all dag- og poliklinisk aktivitet innen rehabiliteringsområdet utføres ved helseforetakene. De private aktørene sitt bidrag innen denne typen rehabilitering har økt tydelig i perioden fra 2010 til 2014, og det er særlig de private opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjonene som har hatt en vekst.

Aktivitetsutvikling for helseforetak og private aktører

Tabell 3.1 og figur 3.1 viser at det fra 2010 til 2014 var en reduksjon i antallet utskrivninger både for de private aktørene og helseforetakene. Unntaket var LHL-klinikkene Feiringklinikken og Glittreklinikken, hvor nivået var stabilt. Antallet utskrivninger fra døgner rehabilitering i helseforetakene gikk ned med 14 prosent, mens den tilsvarende nedgangen ved avtaleinstitusjonene og de private rehabiliteringsinstitusjonene var henholdsvis 23 og 20 prosent. Målt som utskrivninger var aktivitetsutviklingen i helseforetakene og de private aktørene nokså lik, selv om reduksjonen var noe større hos de private. I samme periode gikk antallet oppholdsdøgn ned med 27 prosent for helseforetakene (oppholdsdøgn for sekundær rehabilitering er ikke med her), 50 prosent for avtaleinstitusjonene og 19 prosent for de private rehabiliteringsinstitusjonene. LHL-klinikkene har hatt et

stabilt nivå i antall oppholdsdøgn. Det at antallet oppholdsdøgn har gått ned mer enn antallet utskrivinger både for helseforetakene og avtaleinstitusjonene, betyr at gjennomsnittlig oppholdstid har blitt kortere. For de private rehabiliteringsinstitusjonene har antall utskrivinger og antall oppholdsdøgn gått ned omtrent like mye, som betyr stabil gjennomsnittlig oppholdstid i perioden.

Det har vært en sterk vekst i dag- og poliklinisk rehabilitering både i helseforetakene og hos de private aktørene i perioden 2010 til 2014. I helseforetakene har veksten vært om lag 14 prosent i perioden, men det har vært svingninger fra år til år. Dette skyldes i all hovedsak presiseringer i ISF-regelverket i perioden for hvordan aktiviteten skal kodes, noe som gjør at tallene må tolkes med forsiktighet⁴.

Avtaleinstitusjonene har hatt en vekst på 70 prosent fra 2010 til 2014. Denne store veksten skyldes imidlertid at Friskvernklubben ikke rapporterte data i 2010, noe som gjør at vi får en stor vekst i aktiviteten når de kommer inn i 2011. Fra 2011 til 2014 var det en vekst på 10 prosent. De private rehabiliteringsinstitusjonene har også hatt en markant dreining mot mer dag- og poliklinisk aktivitet, selv om det er vanskelig å anslå hvor stor veksten har vært på grunn av endringer i rapporteringspraksis i perioden. De private LHL-klinikkene driver i svært liten grad med dag- og poliklinisk rehabilitering.

Geografiske variasjoner - døgnrehabilitering

Figur 3.3 viser at i *Helse Sør-Øst* lå antallet utskrivinger per innbygger hos helseforetakene og avtaleinstitusjonene omtrent på landsgjennomsnittet i 2014. Antallet utskrivinger fra de private rehabiliteringsinstitusjonene lå like under landsgjennomsnittet. Det samlede nivået av utskrivinger er derfor veldig nært landsgjennomsnittet og bidraget fra de private rehabiliteringsinstitusjonene er med på å forsterke dette bildet.

Hvis aktiviteten måles som oppholdsdøgn per innbygger, viser figur 3.4 at nivået på aktivitet i både helseforetakene, avtaleinstitusjonene og LHL-klinikkene lå over landsgjennomsnittet. Antall oppholdsdøgn i de private rehabiliteringsinstitusjonene lå imidlertid noe under gjennomsnittet. Samlet sett var antallet oppholdsdøgn i *Helse Sør-Øst* noe over landsgjennomsnittet.

Helse Vest hadde i 2014 det laveste nivået av utskrivinger fra helseforetakene av alle helseregionene. Samtidig lå også regionen lavest når det gjaldt antall utskrivinger fra private rehabiliteringsinstitusjoner. De private institusjonene kan derfor ikke sies å utfylle helseforetakene sin aktivitet. *Helse Vest* har derimot et relativt høyt nivå av utskrivinger fra avtaleinstitusjoner sammenliknet med de andre regionene, og disse bidrar til en viss grad å utfylle helseforetakene sin aktivitet. Samlet sett er likevel *Helse Vest* regionen med færrest antall utskrivinger i landet. Det samme bildet ser man også når døgnaktiviteten måles som oppholdsdøgn per innbygger.

⁴ I 2013 kom det to presiseringer i ISF-regelverket knyttet til hvordan poliklinisk rehabilitering skal kodes. Den første presiseringen gjaldt personer som mottar rehabilitering der deler av opplegget er gruppebasert. I slike tilfeller skal man ikke bruke rehabiliteringskoder når mer enn 50 prosent av behandlingen skjer i gruppe. Denne presiseringen førte til at mange konsultasjoner ble flyttet fra en rehabiliterings-DRG til en annen DRG (Grupperetta pasientopplæring), noe som igjen førte til et markant fall i antall konsultasjoner for rehabilitering fra 2012 til 2013. Den andre presiseringen var knyttet til hvordan poliklinisk fedmebehandling skal kodes. Fram til 2012 var det en tydelig vekst i antall konsultasjoner der denne typen behandling ble kodet med en rehabiliteringskode som hovedtilstand og ikke med fedmekode. Denne praksisen var imidlertid feil, noe Avregningsutvalget i 2012 også slo fast. Poliklinisk fedmebehandling skal kodes med en fedmekode som hovedtilstand. Denne presiseringen var da også med på å bidra til et fall i antall registrerte polikliniske konsultasjoner for rehabilitering fra 2012 til 2013.

I *Helse Midt-Norge* var nivået av utskrivinger per innbygger noe høyere enn landsgjennomsnittet både i helseforetakene og hos de private rehabiliteringsinstitusjonene. Helse Midt-Norge har derimot liten døgnaktivitet i avtaleinstitusjonene og LHL-klinikkene. Det samme bildet ser man også når døgnaktiviteten måles som oppholdsdøgn per innbygger.

Helse Nord hadde det høyeste nivået av utskrivinger per innbygger både for helseforetakene og de private rehabiliteringsinstitusjonene i 2014. Særlig for de private rehabiliteringsinstitusjonene lå regionen mye høyere enn de andre regionene. De private er dermed med på å forsterke det allerede høye nivået av døgnrehabilitering i regionen. Bidraget fra avtaleinstitusjonene og LHL-klinikkene er noe mindre. Også hvis man måler døgnaktiviteten i antall oppholdsdøgn, skiller Helse Nord seg ut med å ha et særlig høyt nivå av oppholdsdøgn hos de private rehabiliteringsinstitusjonene. Antall oppholdsdøgn i helseforetakene ligger noe under landsgjennomsnittet.

Geografiske variasjoner – dag- og poliklinisk rehabilitering

Når aktiviteten fra helseforetak, avtaleinstitusjoner og private rehabiliteringsinstitusjoner ses samlet, viser figur 3.5 at *Helse Sør-Øst* hadde et nivå av dagopphold og polikliniske konsultasjoner noe over landsgjennomsnittet. Aktivitetsnivået ved helseforetakene var på linje med landsgjennomsnittet, men særlig antall dagopphold og polikliniske konsultasjoner ved de private rehabiliteringsinstitusjonene lå høyt sammenliknet med de andre regionene. Helse Sør-Øst, og særlig Vestre Viken-området, hadde relativt stor aktivitet av dagopphold og polikliniske konsultasjoner hos avtaleinstitusjonene, og da særlig Friskvernklubben.

Helse Vest hadde i 2014 et samlet nivå av dag- og poliklinisk rehabilitering under landsgjennomsnittet. Dette gjaldt både for helseforetakene, avtalespesialistene og de private rehabiliteringsinstitusjonene. De private aktørene kan derfor ikke sies å jevne ut et allerede lavt nivå i det offentlige. Tidligere har vi også sett at Helse Vest hadde lav aktivitet innen døgnrehabilitering, og det er altså ikke slik at dette blir vesentlig kompensert for ved at de har et høyt nivå av dag- og poliklinisk rehabilitering.

Helse Midt-Norge var regionen med flest dagopphold og polikliniske konsultasjoner for rehabilitering per innbygger, når vi ser helseforetakene og de private aktørene under ett. Det var særlig innbyggerne i St. Olavs-området som hadde et høyt forbruk av denne typen rehabilitering. Figur 3.5 viser at den store aktiviteten i all hovedsak kommer hos avtaleinstitusjonen FysMed-klinikken. Denne klinikken stod for godt over halvparten av alle konsultasjonene i St. Olavs-området, men regionen har også relativt mange dagopphold og polikliniske konsultasjoner hos de private rehabiliteringsinstitusjonene, selv om nivået er lavere enn i Helse Sør-Øst.

Helse Nord har lav aktivitet av dag- og poliklinisk rehabilitering sammenliknet med de andre regionene. Regionen ligger lavest av regionene både for helseforetakene og de private rehabiliteringsinstitusjonene innen denne typen rehabilitering, samtidig som den ikke har noen dag- og poliklinisk aktivitet hos avtaleinstitusjonene. Dette kan ses i sammenheng med at regionen har høyest aktivitet av regionene innen døgnrehabilitering. Helse Nord kan derfor sies å ha en tydelig døgnprofil på rehabiliteringsaktiviteten sin, og de private aktørene er med på å forsterke profilen ved helseforetakene både innen døgnrehabiliteringen og den dag- og polikliniske rehabiliteringen.

Pasientgrupper hos offentlige og private aktører

Når aktiviteten innenfor døgnerhabilitering sammenliknes mellom helseforetak og private aktører, ser man at pasientsammensetningen fordeler seg noe ulikt mellom diagnosegrupper. Figur 3.6 viser at helseforetakene har størst andel av rehabiliteringsaktiviteten sin innenfor hoveddiagnosegruppen *Sykdommer i sirkulasjonssystemet*, med en andel på drøye 30 prosent. Videre er det *Skader med mer* (24 prosent), *Sykdommer i nervesystemet* (15 prosent) og *Sykdommer i muskel- og skjelettsystemet* (15 prosent) som er de største hoveddiagnosegruppene. For avtaleinstitusjonene utgjør muskel- og skjelettproblematikk nesten 50 prosent av all døgnerhabilitering, mens denne gruppen utgjør 37 prosent av all døgnerhabilitering for de private rehabiliteringsinstitusjonene. Døgnaktiviteten til LHL-klinikkene konsentrerer seg spesielt rundt to diagnosegrupper; Glittreklinikken har svært stor andel av sin aktivitet innen gruppen *Sykdommer i åndedrettssystemet*, mens Feiringklinikken har stor aktivitet i gruppen *Sykdommer i sirkulasjonssystemet*.

Figur 3.7 viser at den største andelen av dag- og poliklinisk aktivitet i helseforetakene kom i gruppen *Sykdommer i muskel- og skjelettsystemet*. Rundt 34 prosent av all dag- og poliklinisk aktivitet skjer innenfor denne gruppen. Videre viser figuren at diagnosegruppen *Skader med mer* (inkl. manglende diagnose) utgjør om lag 18 prosent av all dag- og poliklinisk rehabilitering for helseforetakene, mens *Sykdommer i nervesystemet* står for 16 prosent. Det er også disse to nevnte gruppene som var de største for de private rehabiliteringsinstitusjonene innen dag- og poliklinisk rehabilitering, i tillegg til at diagnoser innenfor gruppen *Endokrine ernæringssykdommer* også utgjorde over 20 prosent. For avtaleinstitusjonene var sykdommer innenfor gruppen *Sykdommer i muskel- og skjelettsystemet* den desidert mest vanlige, med en andel på godt over 50 prosent. For avtaleinstitusjonene er det imidlertid også en ganske stor andel som mangler diagnose ved siden av rehabiliteringsdiagnosen. Denne andelen er inkludert i gruppen *Skader med mer*.

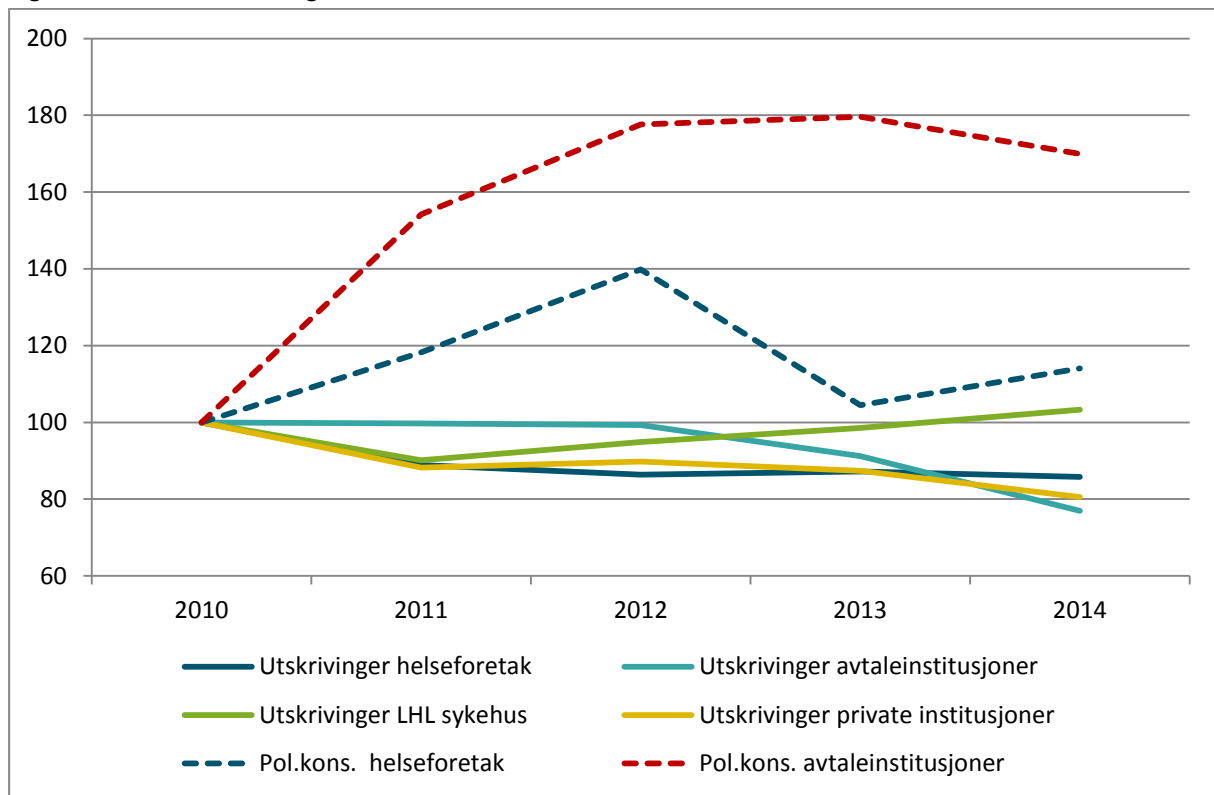
3.4 Tabeller og figurer

Aktivitetsutvikling og de private sin andel av aktiviteten

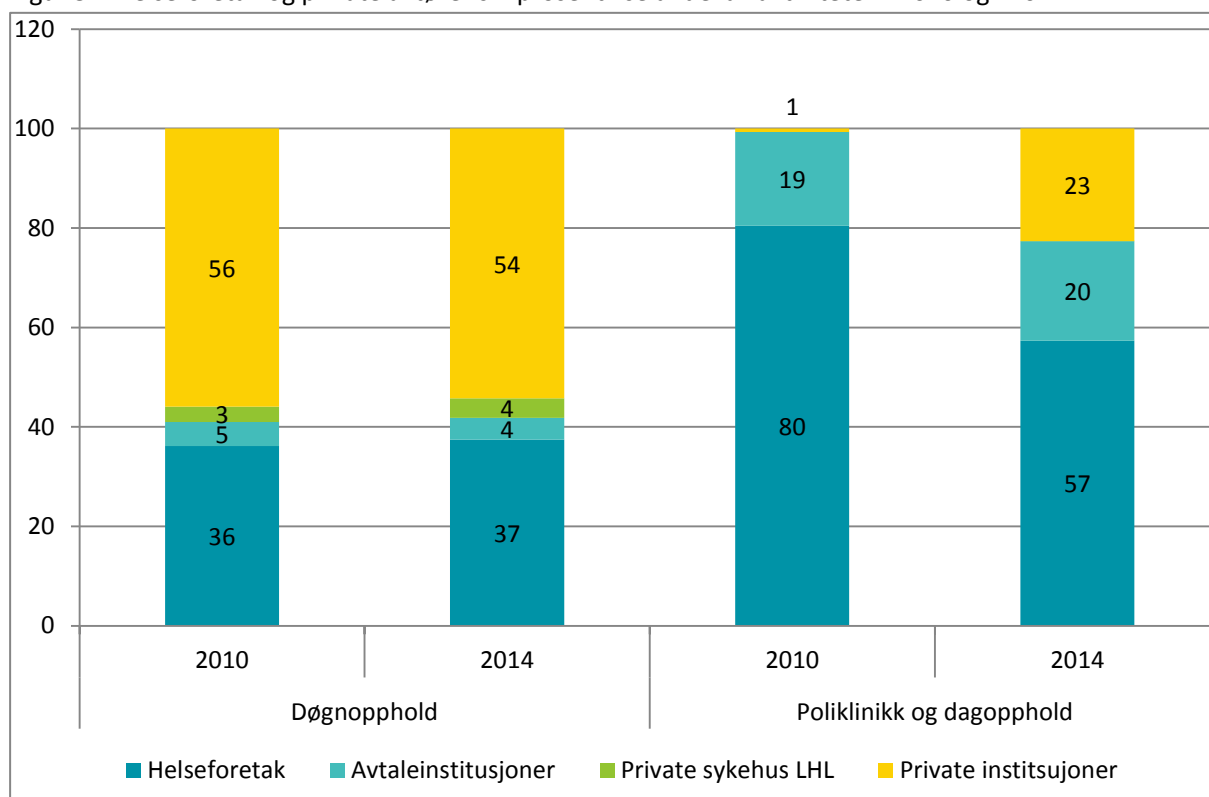
Tabell 3.1 Aktivitetsutvikling for offentlige og private aktører 2010-2014.

Aktivitet	2010	2013	2014	Abs. endr. 2010-2014	Pst. endr 2010-2014
<i>Sum utskrivinger, herav:</i>	<i>54 905</i>	<i>48 234</i>	<i>45 542</i>	<i>-9 363</i>	<i>-17,1</i>
- Helseforetak	19 871	17 336	17 042	-2 829	-14,2
- Avtaleinstitusjoner	2 627	2 396	2 021	-606	-23,1
- Private sykehus LHL	1 707	1 682	1 763	56	3,3
- Private rehabiliterings- og opptreningsinstitusjoner	30 700	26 820	24 716	-5 984	-19,5
<i>Sum oppholdsdøgn, herav:</i>	<i>877 355</i>	<i>760 309</i>	<i>694 718</i>	<i>-182 637</i>	<i>-20,8</i>
- Helseforetak	173 085	135 266	125 788	-47 297	-27,3
- Avtaleinstitusjoner	24 781	15 849	12 374	-12 407	-50,1
- Private sykehus LHL	38 959	37 678	38 658	-301	-0,8
- Private rehabiliterings- og opptreningsinstitusjoner	640 530	571 516	517 898	-122 632	-19,1
<i>Sum polikliniske konsultasjoner og dagopphold, herav:</i>	<i>88 709</i>	<i>129 341</i>	<i>141 983</i>	<i>53 274</i>	<i>60,1</i>
- Helseforetak	71 400	74 567	81 441	10 041	14,1
- Avtaleinstitusjoner	16 732	30 052	28 433	11 701	69,9
- Private sykehus LHL	3	14	6	3	*
- Private rehabiliterings- og opptreningsinstitusjoner	574	24 708	32 103	31 529	*

Figur 3.1 Aktivitetsutvikling 2010 – 2014, indeksert 2010 = 100.

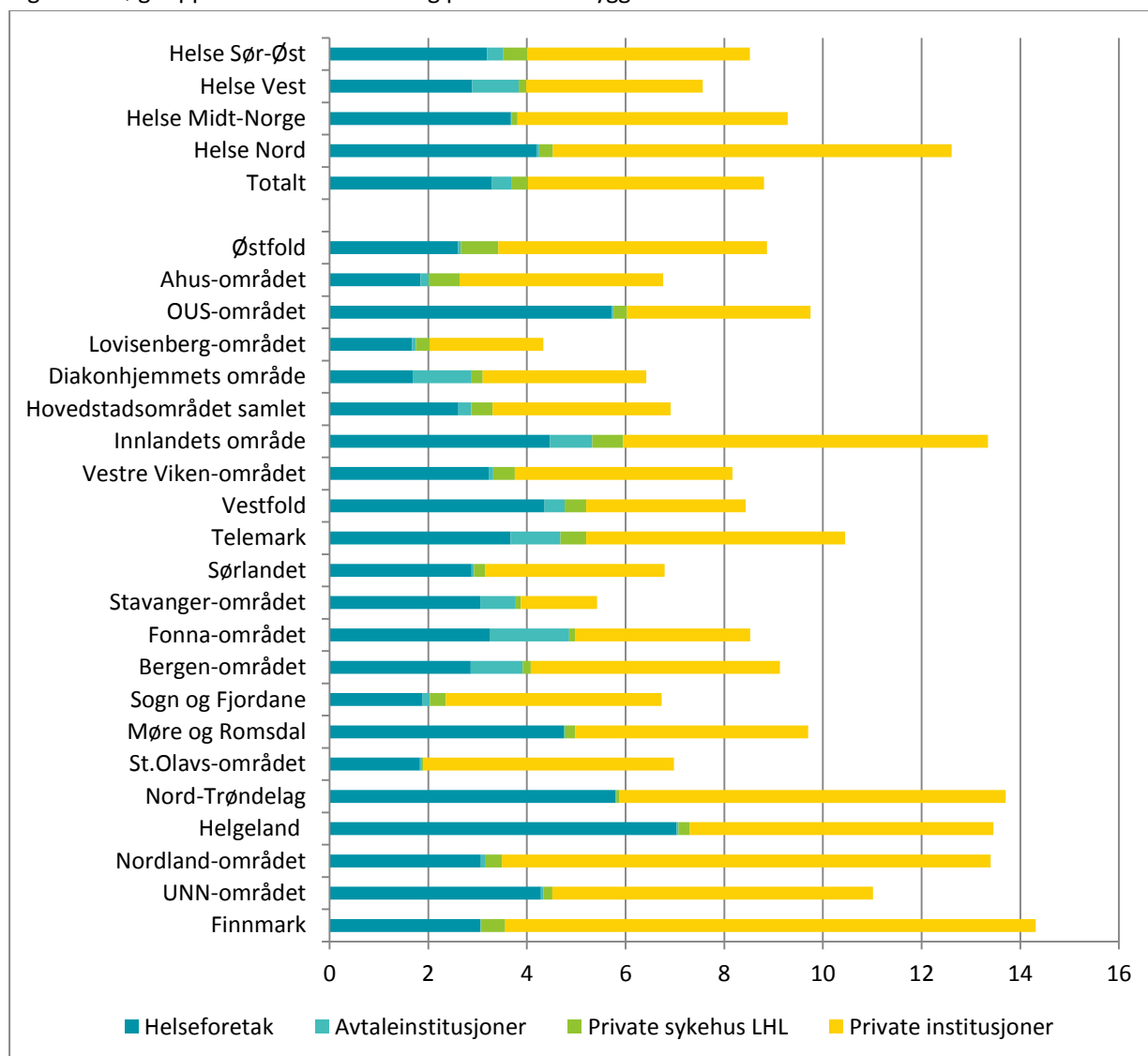


Figur 3.2 Helseforetak og private aktører sin prosentvise andel av aktiviteten i 2010 og i 2014.

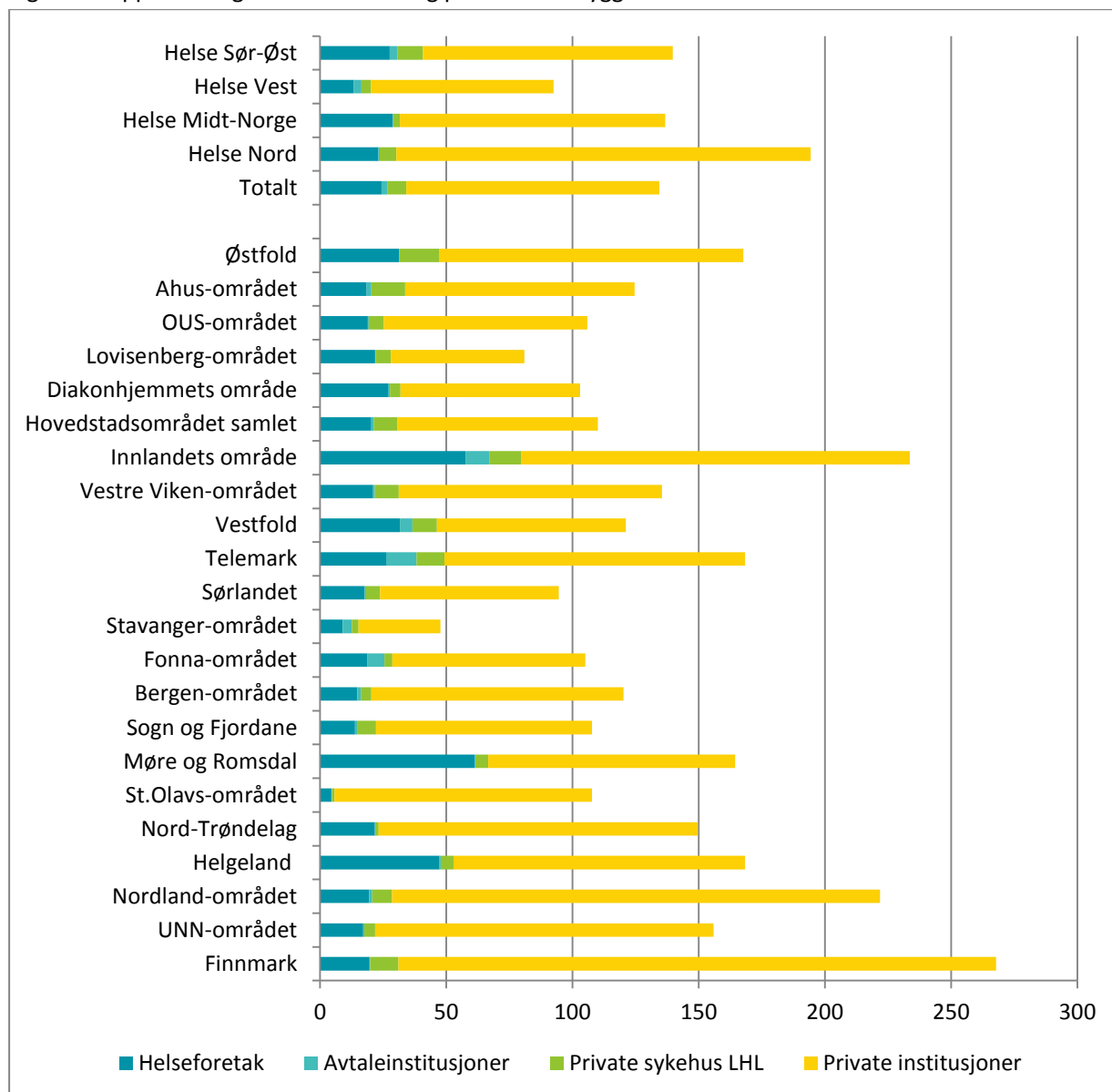


Geografiske variasjoner i forbruk av tjenester fra offentlige og private aktører

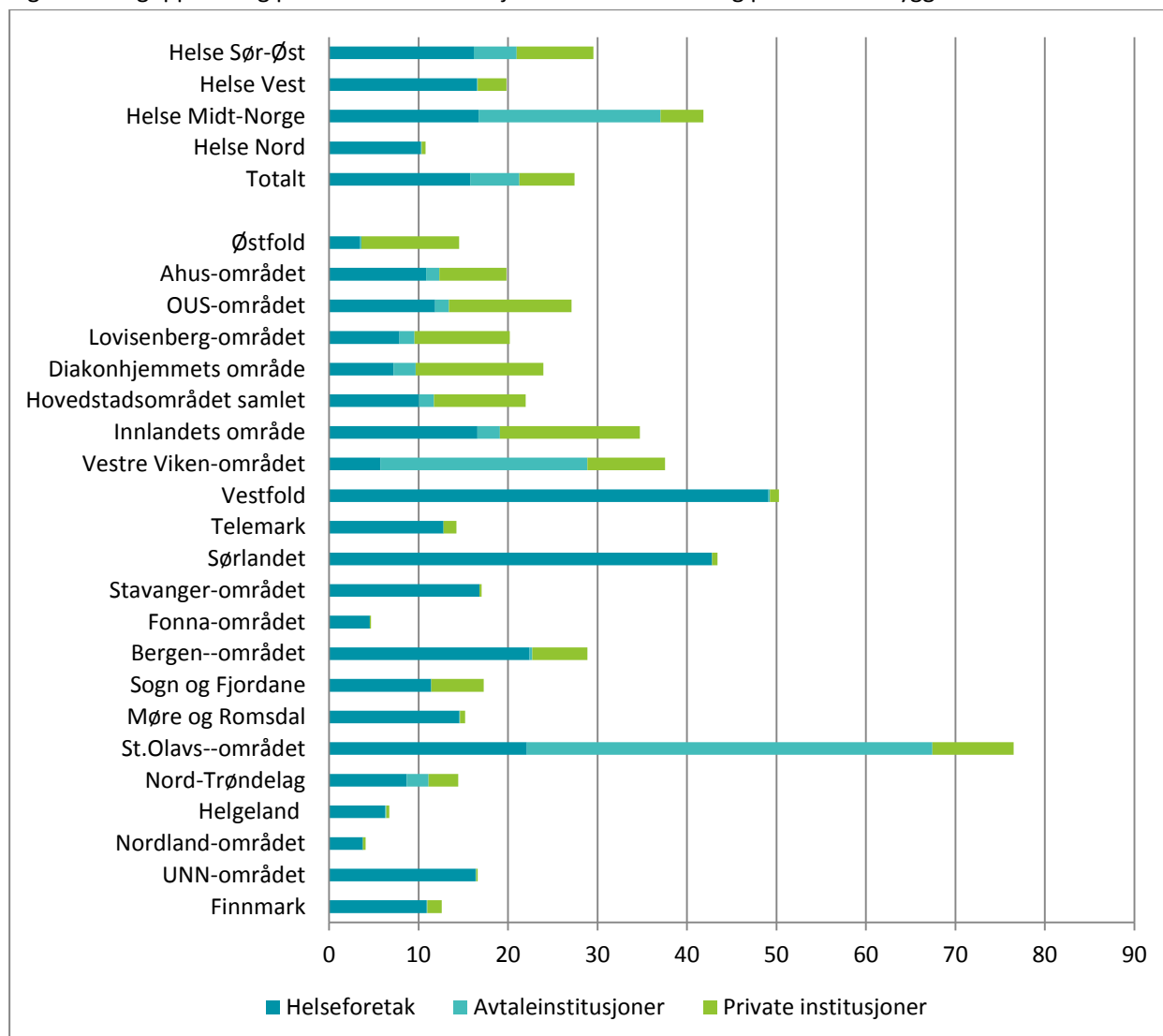
Figur 3.3 Døgnopphold for rehabilitering per 1000 innbyggere i 2014.



Figur 3.4 Oppholdsdøgn for rehabilitering per 1000 innbyggere i 2014.



Figur 3.5 Dagopphold og polikliniske konsultasjoner for rehabilitering per 1000 innbyggere i 2014.

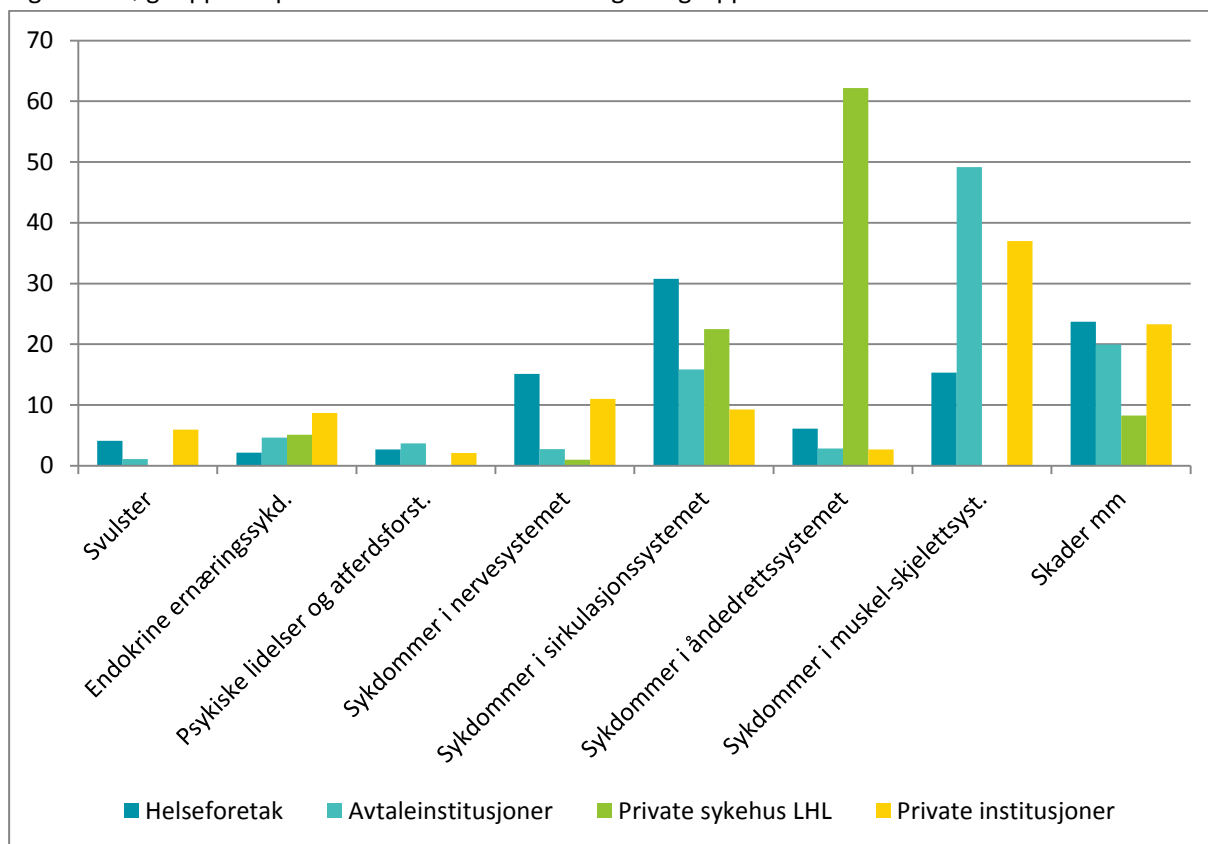


Pasientsammensetning hos helseforetak og private aktører

Tabell 3.2 Utskrivninger, dagopphold og polikliniske konsultasjoner fra offentlige og private aktører. Antall i 2014 fordelt på diagnosegrupper.

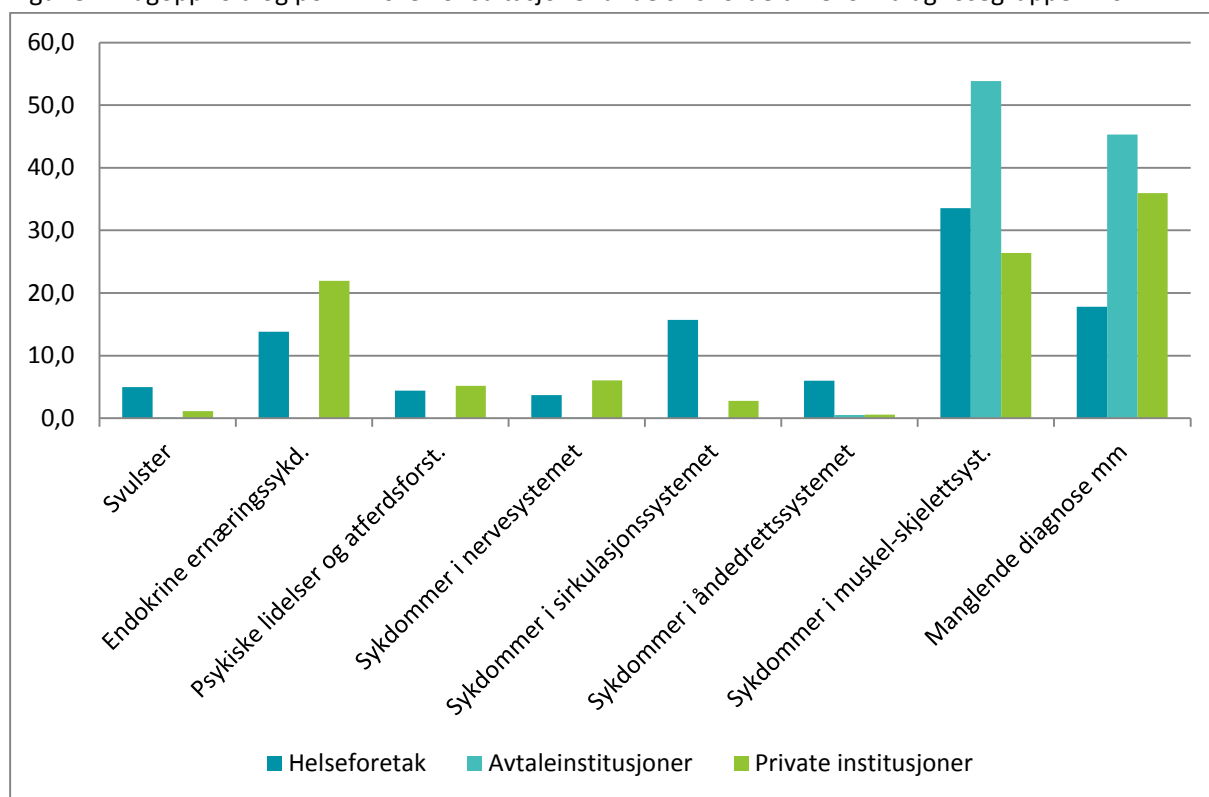
DIAGNOSEGRUPPE	Utskrivninger				Dagopphold og pol.kons.			
	Helse-foretak	Avtale-inst.	Priv. s.hus LHL	Priv. inst.	Helse-foretak	Avtale-inst.	Priv.s.hus LHL	Priv. inst.
Svulster	703	22	6	1 473	4 048	35		374
Endokrine sykd. og metabolske forstyrrelser	370	94	90	2 150	11 256	1		7 044
Psykiske lidelser og adferdsforstyrrelser	459	74	2	524	3 605	3		1 662
Sykd. i nervesystemet	2 574	55	18	2 717	3 024	38		1 940
Sykd. i sirkulasjonssyst.	5 246	321	397	2 295	12 814	10		891
Sykd. i åndedrettssystemet	1 041	57	1 096	662	4 884	145	5	180
Sykd. i muskel-skjelett og bindevev	2 610	994	8	9 140	27 318	15 313		8 471
Symptom, tegn, unormale kliniske funn og lab-funn	528	40	27	400	2 075	19		406
Skader, forgiftninger og konsek. av ytre årsak	1 936	62	1	1 524	971	0		660
Forhold m/betydn for helse og kont. med helsetj	248	17	29	2 314	1 917	2		2 183
Andre	1 178	234	70	1 333	1 704	55	1	3 443
Manglende	149	51	19	184	7 825	12 812		4 849
SUM	17 042	2 021	1 763	24 716	81 441	28 433	6	32 103

Figur 3.6 Døgnopphold prosentvis fordelt mellom diagnosegrupper¹ 2014.



1 For helseforetak, avtaleinstitusjoner og LHL-sykehus er døgnopphold for primær rehabilitering fordelt etter første bidiagnose, for sekundær rehabilitering er oppholdene fordelt etter hoveddiagnose. For de private institusjonene er oppholdene fordelt etter hoveddiagnose.

Figur 3.7 Dagopphold og polikliniske konsultasjoner andelsvis fordelt mellom diagnosegrupper¹ 2014.



¹ For helseforetak og avtaleinstitusjoner er kontaktene fordelt etter første biddiagnose. For de private institusjonene er kontaktene fordelt etter hoveddiagnose.

4 PSYKISK HELSEVERN FOR VOKSNE

4.1 Innledning og problemstillinger

De private aktørene i det psykiske helsevernet for voksne består av private avtaleinstitusjoner, private avtalespesialister og spesialister uten driftsavtale.

Avtalespesialistene består av privatpraktiserende psykologer og psykiatere, som har driftsavtale med de regionale helseforetakene, og som bidrar med poliklinisk pasientbehandling. I tillegg kommer et ukjent antall spesialister uten driftsavtale, der kostnadene dekkes fullt ut gjennom pasientbetaling. Omfanget av virksomheten til denne gruppe er ikke kjent, og blir ikke nærmere omtalt.

Avtaleinstitusjonen består dels av sykehus og DPS-er med områdeansvar for befolkningen på linje med de offentlige institusjonene (eksempelvis Diakonhjemmet og Lovisenberg), og dels av andre behandlingsenheter med mer spesialiserte funksjoner (eksempelvis Modum bad og Viken senter). I tillegg omfatter gruppen et fåtall institusjoner beregnet på lengre tids behandling og omsorg. Avtaleinstitusjonene bidrar med både innlagt og poliklinisk pasientbehandling.

Spørsmålene som belyses i dette kapitlet er:

- Hvordan har aktiviteten for de private aktørene i det psykiske helsevern for voksne utviklet seg, sammenlignet med aktiviteten i helseforetak?
- Hvor stor andel av aktiviteten utgjør de private sitt bidrag?
- Er det geografiske variasjoner i de private aktørene sitt bidrag? Bidrar de i så fall til en utjevning av tilbudet, eller snarere til større forskjeller?
- Hvordan er pasientsammensetningen hos de private aktørene sammenlignet med helseforetakene?

4.2 Datagrunnlag og definisjoner

Antallet utskrivinger, oppholdsdøgn og polikliniske konsultasjoner er basert på pasientdata som rapporteres inn til Norsk Pasientregister (NPR). For de polikliniske konsultasjonene inngår de som har generert et refusjonskrav til Helfo.

Helseforetak er grupper av institusjoner som er eid av de regionale helseforetakene.

Avtaleinstitusjoner er i denne sammenhengen private institusjoner som kjennetegnes av at de ikke har vært anbudsutsatte etter foretaksreformen i 2002. Videre har de inngått i regionale helseplanene fra tiden før foretaksreformen. En del av avtaleinstitusjonene har opptaksområder (befolkningsansvar), og mottar oppdragsdokumenter fra de regionale helseforetakene.

Avtalespesialister er psykologer og psykiatere som har avtale med regionale helseforetakene. De mottar driftstilskudd fra de regionale helseforetakene og aktivitetsbaserte refusjoner fra Helfo.

4.3 Sammendrag

Omfanget av de private aktørenes bidrag

De private avtaleinstitusjonene stod for 12 prosent av utskrivingene fra døgntillegget, og for 15 prosent av oppholdsdøgnene i 2014. Den øvrige døgntillegget ble utført i helseforetakene. Se figur 4.2 og tabell 4.1. Når andelen oppholdsdøgn ved de private avtaleinstitusjonene var høyere enn andelen utskrivinger, betyr det at avtaleinstitusjonene i gjennomsnitt hadde lengre oppholdstider enn helseforetakene.

De private avtalespesialistene stod for 31 prosent av de polikliniske konsultasjonene, avtaleinstitusjonene for 9 prosent, og 60 prosent ble utført ved helseforetakene. For den polikliniske aktiviteten utgjorde dermed avtalespesialistene sitt bidrag en relativt høy andel.

Aktivitetsutvikling for helseforetak og private aktører

Fra 2010 til 2014 økte antallet utskrivinger fra helseforetak med fire prosent, men ved avtaleinstitusjonene gikk det ned med sju prosent. I samme periode gikk antall oppholdsdøgn ned med 15 prosent for helseforetakene og med 22 prosent for avtaleinstitusjonene. Dreiningen mot kortere oppholdstider gjennom perioden gjaldt dermed både helseforetak og avtaleinstitusjoner. Se figur 4.1 og tabell 4.1.

Antallet polikliniske konsultasjoner i helseforetak økte med 19 prosent fra 2010 til 2014, i avtaleinstitusjonene økte antallet med 25 prosent, mens for de private avtalespesialistene var det en nedgang på 4 prosent. De private avtalespesialistene tok dermed ikke del i den polikliniske aktivitetsveksten gjennom perioden.

Geografiske variasjoner – døgntillegget

Kommentarene nedenfor baseres på figurene 4.3 og 4.4.

Helseforetakene i *Helse Sør-Øst* hadde i 2014 en lavere utskrivingsrate (utskrivinger per innbygger 18 år og eldre) enn ellers i landet. For avtaleinstitusjonene lå raten på landsgjennomsnittet. Bidraget fra avtaleinstitusjonene bidro dermed til å utjevne forskjellene mellom *Sør-Øst* og de øvrige regionene. Den samlede utskrivningsraten var likevel under landsgjennomsnittet.

Helseforetakene i *Sør-Øst* hadde også en lavere døgnrate (oppholdsdøgn per innbygger 18 år og eldre) enn ellers i landet. Døgnraten for avtaleinstitusjonene lå imidlertid over landsgjennomsnittet. Bidraget fra

avtaleinstitusjonene bidro altså til å utjevne forskjellen mellom Sør-Øst og øvrige regioner, men den samlede døgnraten var likevel litt under landsgjennomsnittet.

Helseforetakene i *Helse Vest* hadde både høyere utskrivingsrate og høyere døgnrate enn på landsbasis. Det samme var tilfellet for avtaleinstitusjonene. Avtaleinstitusjonene bidro dermed til større forskjeller mellom Helse Vest og nivået på landsbasis.

I *Midt-Norge* hadde helseforetakene høyere utskrivingsrate og høyere døgnrate enn på landsbasis. Regionen hadde imidlertid lav rate ved avtaleinstitusjoner. Samlet hadde Midt-Norge en rate litt over landsgjennomsnittet, men lavere enn i Helse Vest og Helse Nord.

Helseforetakene i *Helse Nord* hadde en utskrivingsrate som var 30 prosent over landsgjennomsnittet. Sammen med Helse Vest har regionen også den høyeste døgnraten ved foretakene. Utskrivningsraten for avtaleinstitusjonene lå om lag på landsgjennomsnittet, og bidro dermed bare i marginal grad til utjevning av forbruksnivået. Det samme var tilfellet for døgnraten.

Avtaleinstitusjonene bidrar på ulik måte i ulike regioner. I Sør-Øst bidrar avtaleinstitusjonene til å utjevne forskjellene mot øvrige regioner, i Helse Vest bidrar de til å øke forskjellene.

Geografiske variasjoner – poliklinisk behandling

Vi vil i dette avsnittet se på avtalespesialistenes bidrag til behandlingen, sett i forhold til kapasiteten ved poliklinikkene (helseforetak og avtaleinstitusjoner samlet). Kommentarene bygger på figur 4.5.

Helse Sør-Øst hadde en konsultasjonsrate nær landsgjennomsnittet for poliklinikkene, mens konsultasjonsraten hos avtalespesialistene lå 23 prosent over landsgjennomsnittet. Aktiviteten hos avtalespesialistene bidro dermed til høyere konsultasjonsrate samlet sett relativt til resten av landet.

Helse Vest har den laveste konsultasjonsraten ved poliklinikkene, 15 prosent under landsgjennomsnittet. Regionen har imidlertid konsultasjonsrate for avtalespesialistene nær landsgjennomsnittet. Dette bidrar til mindre avvik i den samlede konsultasjonsraten, som er 11 prosent under landsgjennomsnittet.

Helse Midt-Norge og *Helse Nord* hadde landets høyeste konsultasjonsrate for poliklinikkene. Konsultasjonsraten for avtalespesialister lå imidlertid langt under nivået på landsbasis, slik at regionene samlet sett hadde en konsultasjonsrate under nivået på landsbasis.

Pasientgrupper hos offentlige og private aktører

Når aktiviteten innenfor døgnbehandling sammenlignes mellom helseforetak og avtaleinstitusjoner, framkom det at pasienten fordelte seg nokså likt mellom diagnosegrupper i 2014. Helseforetakene hadde imidlertid en noe større andel av aktiviteten innenfor *Ruslidelser* sammenlignet med avtaleinstitusjonene. Avtaleinstitusjonene hadde en større andel innenfor *Nevrotiske lidelser*. Dette gjaldt både når aktiviteten ble målt som utskrivinger og som oppholdsdøgn. Se figurene 4.6 og 4.7, samt tabell 4.2.

For den polikliniske aktiviteten var også pasientsammensetningen nokså lik mellom helseforetakene og avtaleinstitusjonene. Det kan påpekes at avtaleinstitusjonene innenfor sin virksomhet hadde en større andel pasienter med *Schizofreni*.

Pasientsammensetningen hos avtalespesialistene var forskjellig fra helseforetakene og avtaleinstitusjonene. Avtalespesialistene behandler bare i ubetydelig grad pasienter med *Ruslidelser* og pasienter diagnostisert med *Schizofreni*. Hos avtalespesialistene var om lag 85 prosent av konsultasjonene innenfor de to gruppene *Nevrotiske lidelser* og *Affektive lidelser*. Til sammenligning har helseforetak og avtaleinstitusjoner om lag 50 til 55 prosent av konsultasjonene innenfor disse to diagnosegruppene. Se figur 4.8 og tabell 4.2.

4.4 Tabeller og figurer

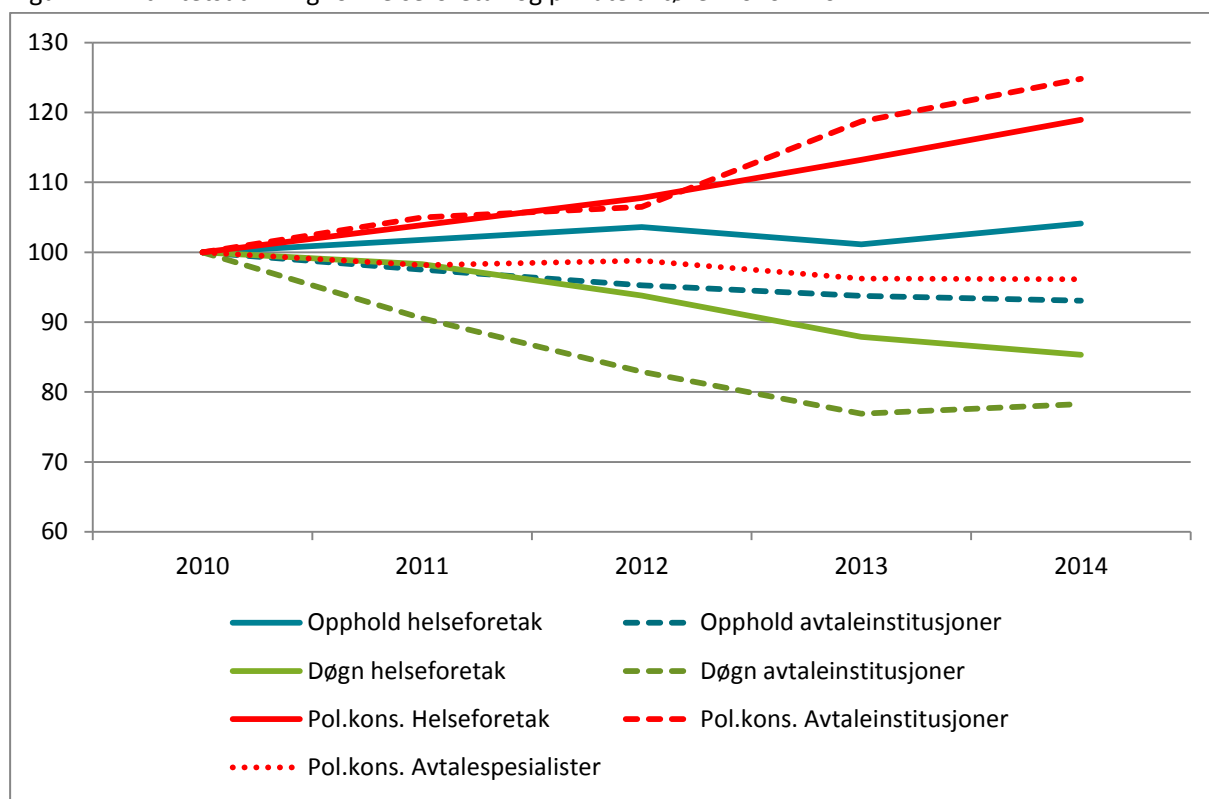
Aktivitetsutvikling og de private sin andel av aktiviteten

Tabell 4.1 Aktivitetsutvikling for offentlige og private aktører 2010-2014.

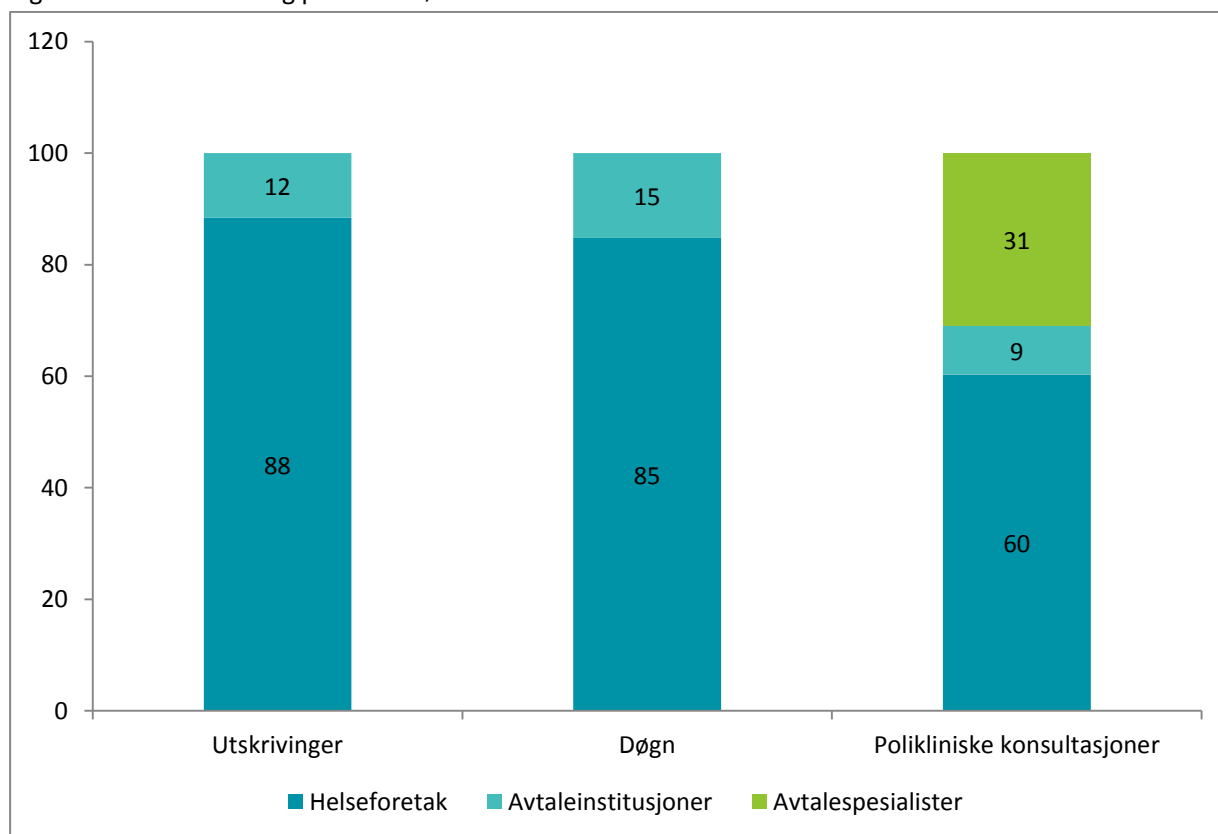
Aktivitet	2010	2011	2012	2013	2014
<i>Utskrivninger</i>					
Sum opphold, herav:	52 201	52 835	53 517	52 292	53 613
- Helseforetak	45 522	46 324	47 155	46 031	47 397
- Private avtaleinstitusjoner	6 679	6 511	6 362	6 261	6 216
<i>Oppholdsøgn</i>					
Sum oppholdsøgn, herav:	1 328 042	1 288 550	1 221 998	1 143 279	1 118 007
- Helseforetak	1 110 662	1 091 708	1 041 814	976 155	947 890
- Private avtaleinstitusjoner	217 380	196 842	180 184	167 124	170 117
<i>Polikliniske konsultasjoner</i>					
Sum konsultasjoner, herav:	1 191 848	1 239 625	1 282 529	1 357 317	1 425 917
- Helseforetak	1 047 005	1 087 557	1 128 317	1 185 356	1 245 139
- Private avtaleinstitusjoner	144 843	152 068	154 212	171 961	180 778
- Private avtalespesialister ¹	665 272	652 911	657 237	640 236	639 637

1 Gjelder pasienter 18 år og eldre.

Figur 4.1 Aktivitetsutvikling for helseforetak og private aktører 2010 – 2014.

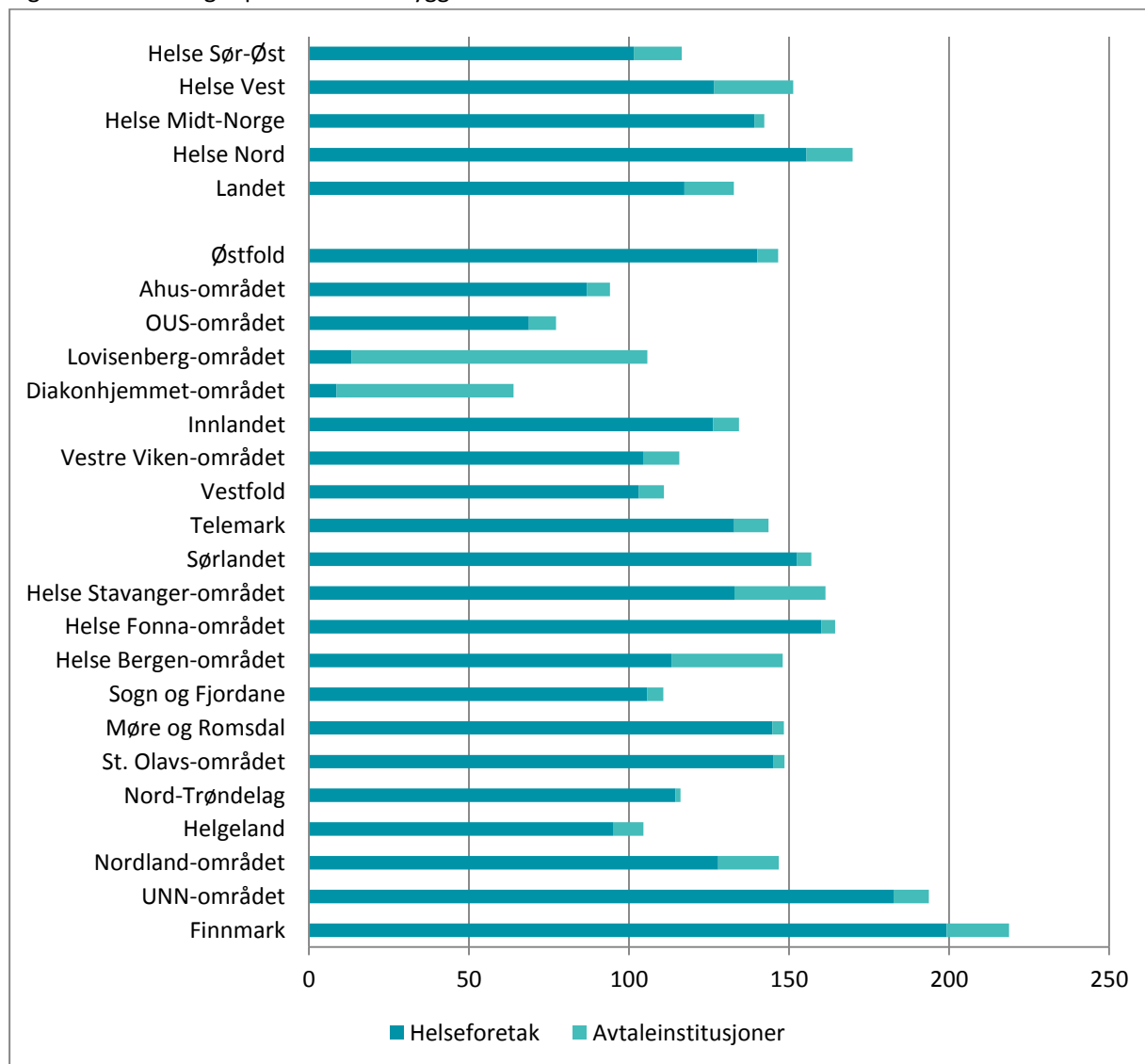


Figur 4.2 Helseforetak og private aktører sin andel av aktiviteten i 2014.

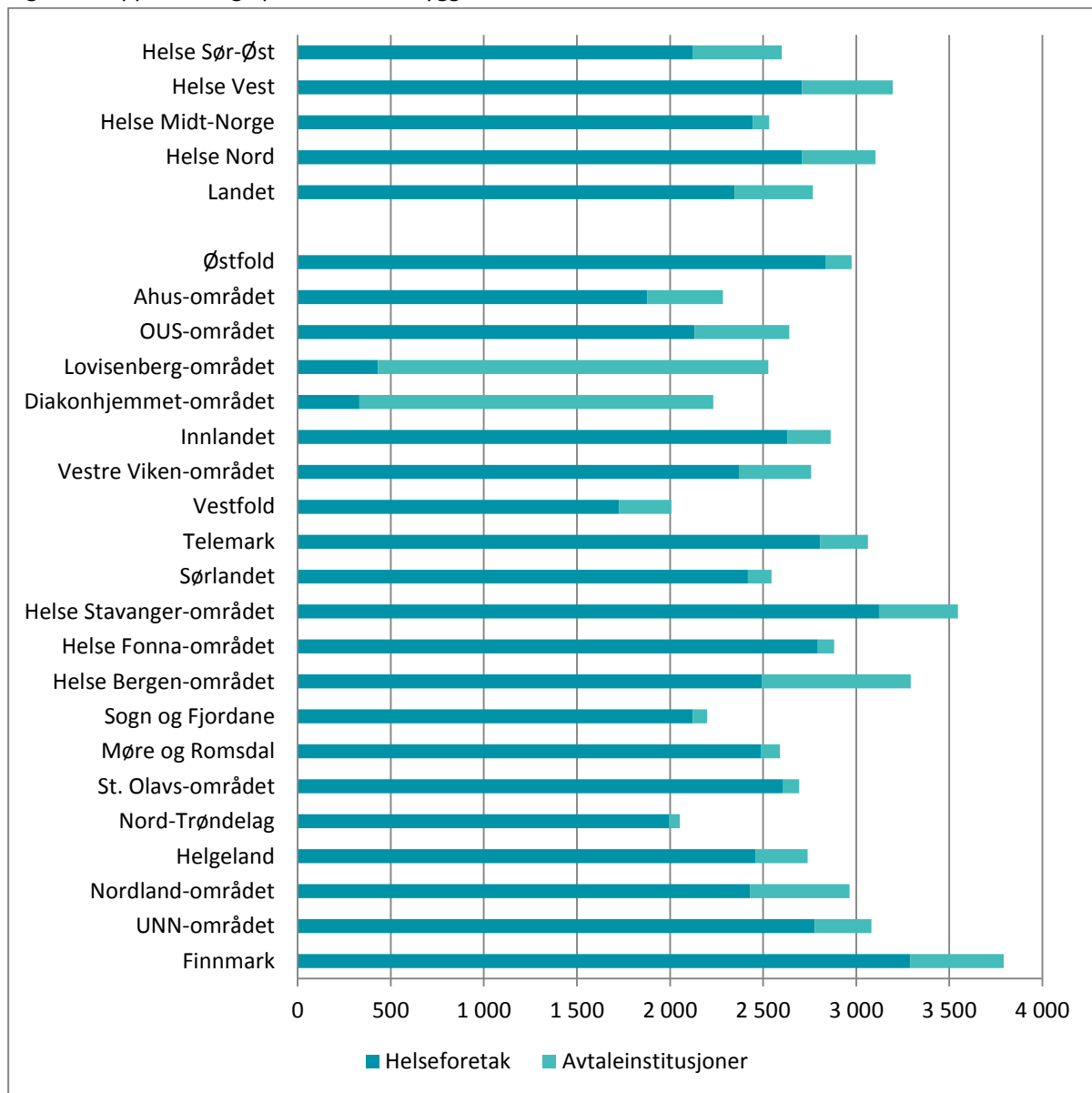


Geografiske variasjoner i forbruk av tjenester fra offentlige og private aktører

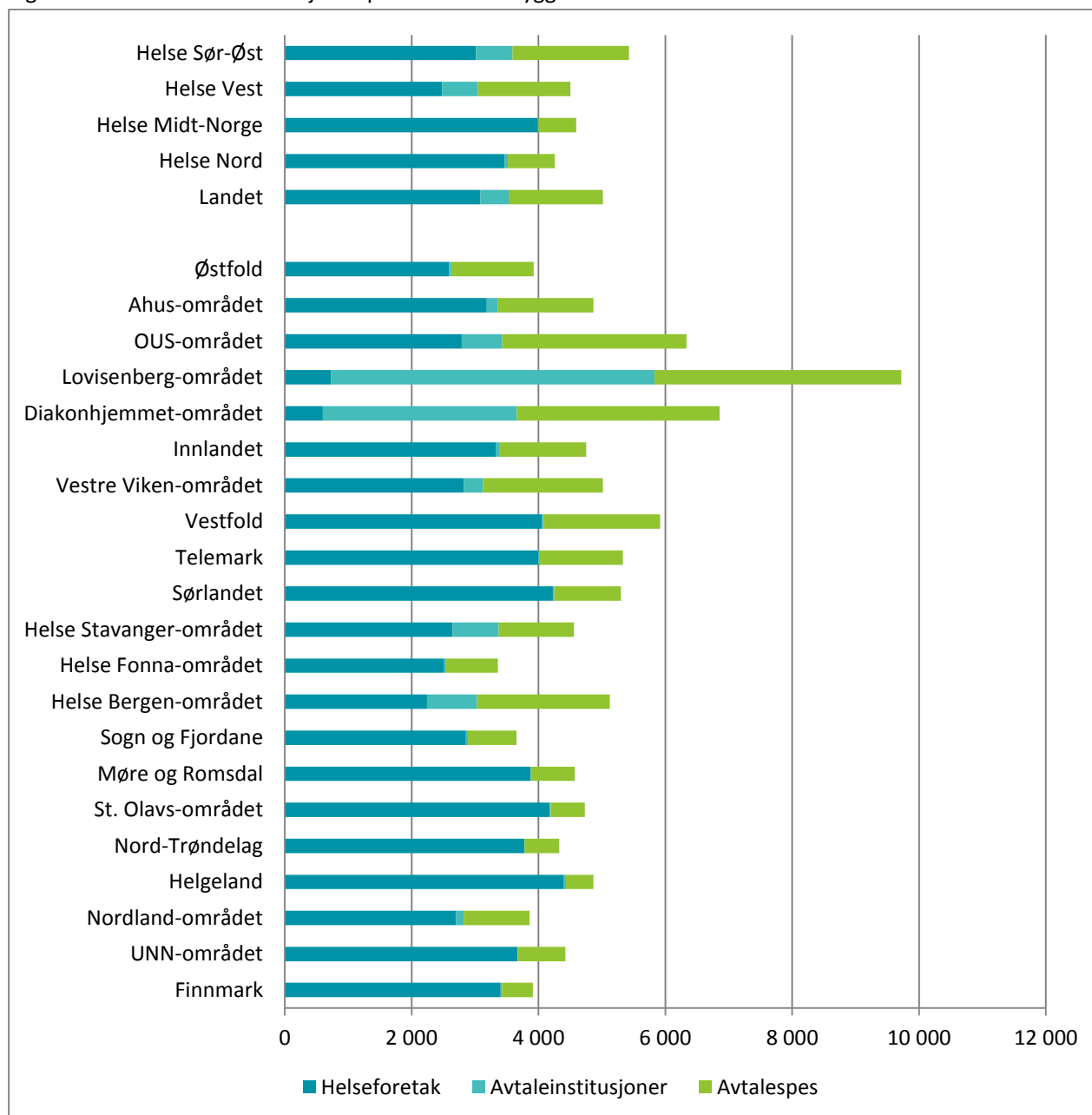
Figur 4.3 Utskrivninger per 10 000 innbyggere i 2014.



Figur 4.4 Oppholdsdøgn per 10 000 innbyggere i 2014.



Figur 4.5 Polikliniske konsultasjoner per 10 000 innbyggere i 2014.

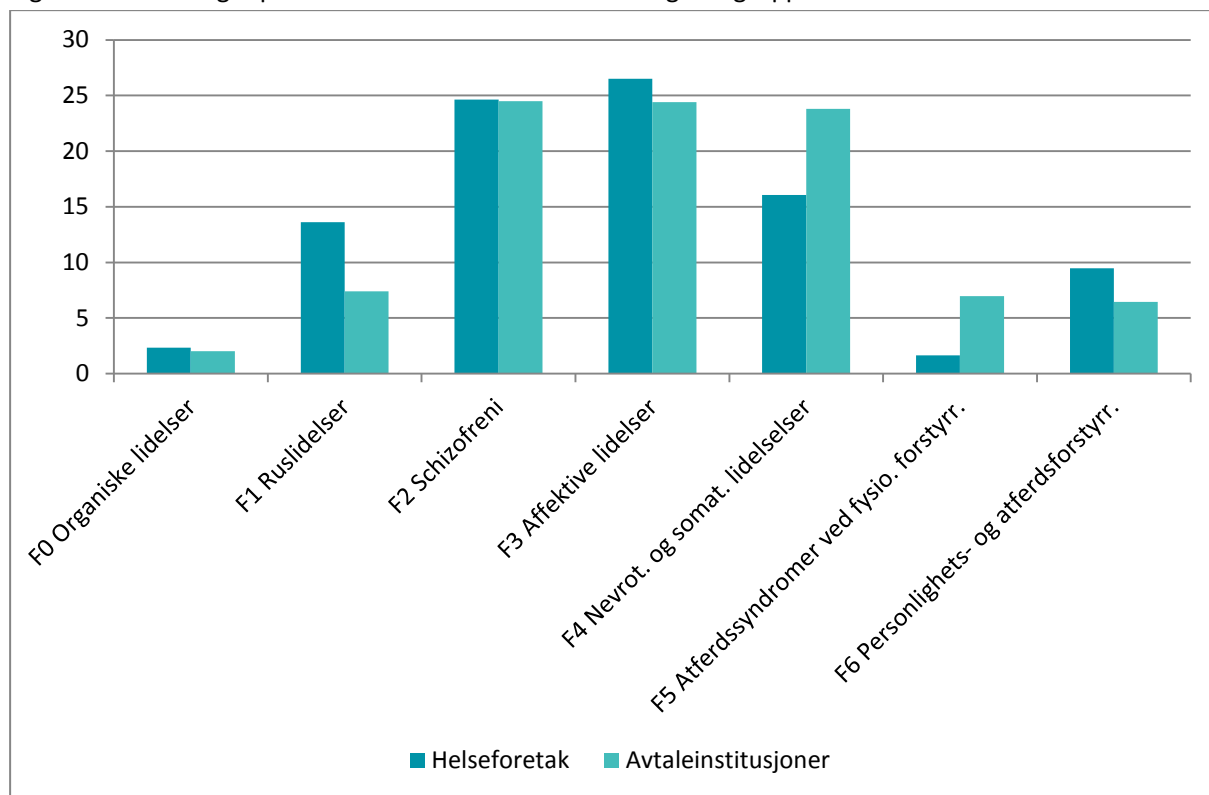


Pasientsammensetning ved helseforetak og private aktører

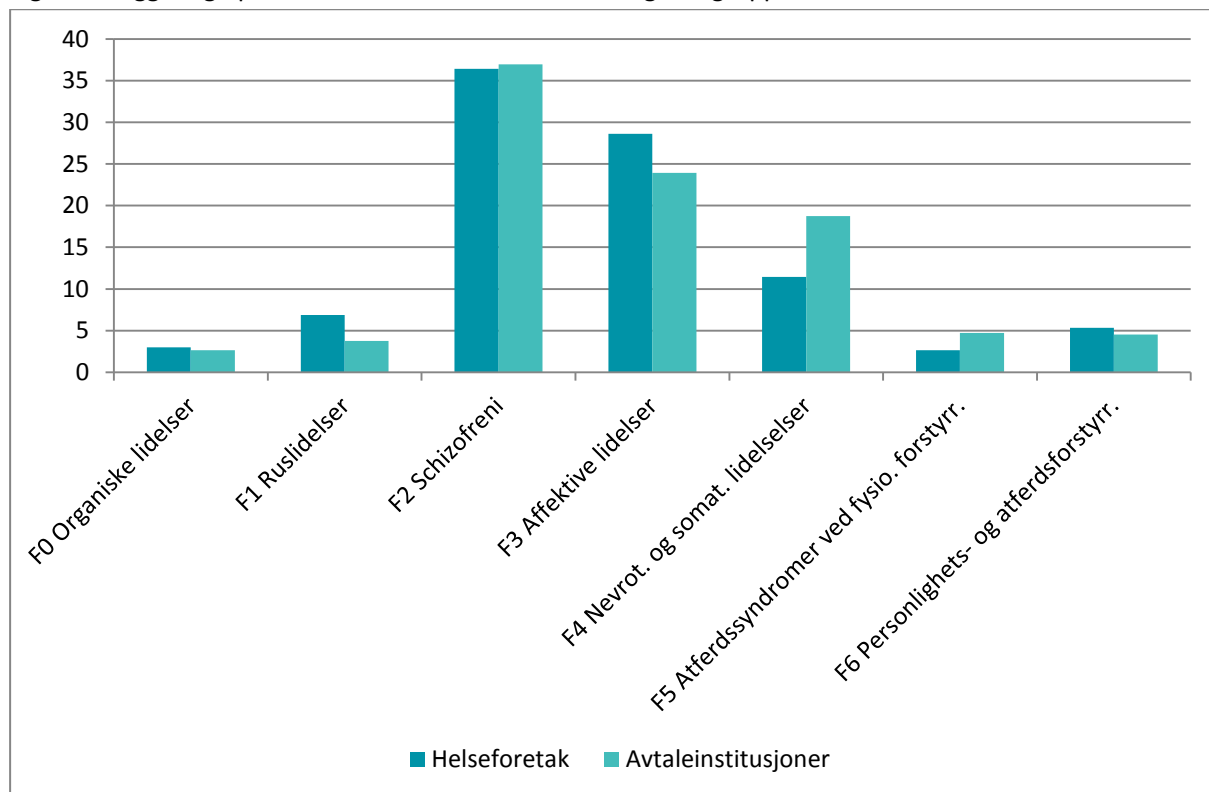
Tabell 4.2 Utskrivninger, døgn og polikliniske konsultasjoner hos offentlige og private aktører 2014, fordelt på diagnosegrupper i ICD10.

Hoveddiagnosegruppe	Utskrivninger		Døgn		Polikliniske konsultasjoner		
	HF	Avtale- inst	HF	Avtaleinst	HF	Avtale- inst	Avtale- spes
F0 Organiske, inkl. sympt. psyk. lidelser	1 038	100	24 344	3 577	12 072	1 644	2 255
F1 Psyk. lid. og atferdsforstyr. pga. psykoakt. stoffer	6 034	368	55 834	5 103	26 782	4 578	4 994
F2 Schizofreni, schizotyp lidelser og paranoide lid.	10 909	1 218	295 625	50 006	168 760	41 670	8 190
F3 Affektive lidelser	11 744	1 214	232 489	32 394	295 265	39 247	205 885
F4 Nevrotiske, belastningsrel.og somatoforme lidelser	7 117	1 183	92 829	25 358	253 750	30 436	266 202
F5 Atferdssyndromer ved fysio. forstyr. og fysiske faktorer	734	346	21 612	6 397	41 742	3 025	12 181
F6 Personlighets- og atferdsforstyrrelser hos voksne	4 197	321	43 446	6 150	80 283	8 879	32 299
F7 Psykisk utviklingshemming	466	33	6 740	480	6 064	271	486
F8 Utviklingsforstyrrelser	459	32	9 900	537	14 992	925	3 102
F90 Hyperkinetiske forstyrrelser	534	24	8 571	547	39 024	2 842	13 756
Atferdsforstyrrelser og følelsesmessige forstyrrelser som vanligvis oppstår i barne- og ungdomsalder (F91-98)	78	10	1 121	258	2 363	326	2 212
Uspesifisert psykisk lidelse (F99)	539	106	11 609	4 353	34 721	1 478	9 464
Andre diagnoser ekskl. Z-diagnoser	447	17	8 075	244	2 959	197	9 671
Total	47 397	6 111	947 890	163 997	1 245 139	179 720	601 002
Z-diagnose	1 605	744	15 420	9 921	249 802	43 831	19 777
ICD10 mangler	1 496	395	120 275	18 672	16 560	371	10 528

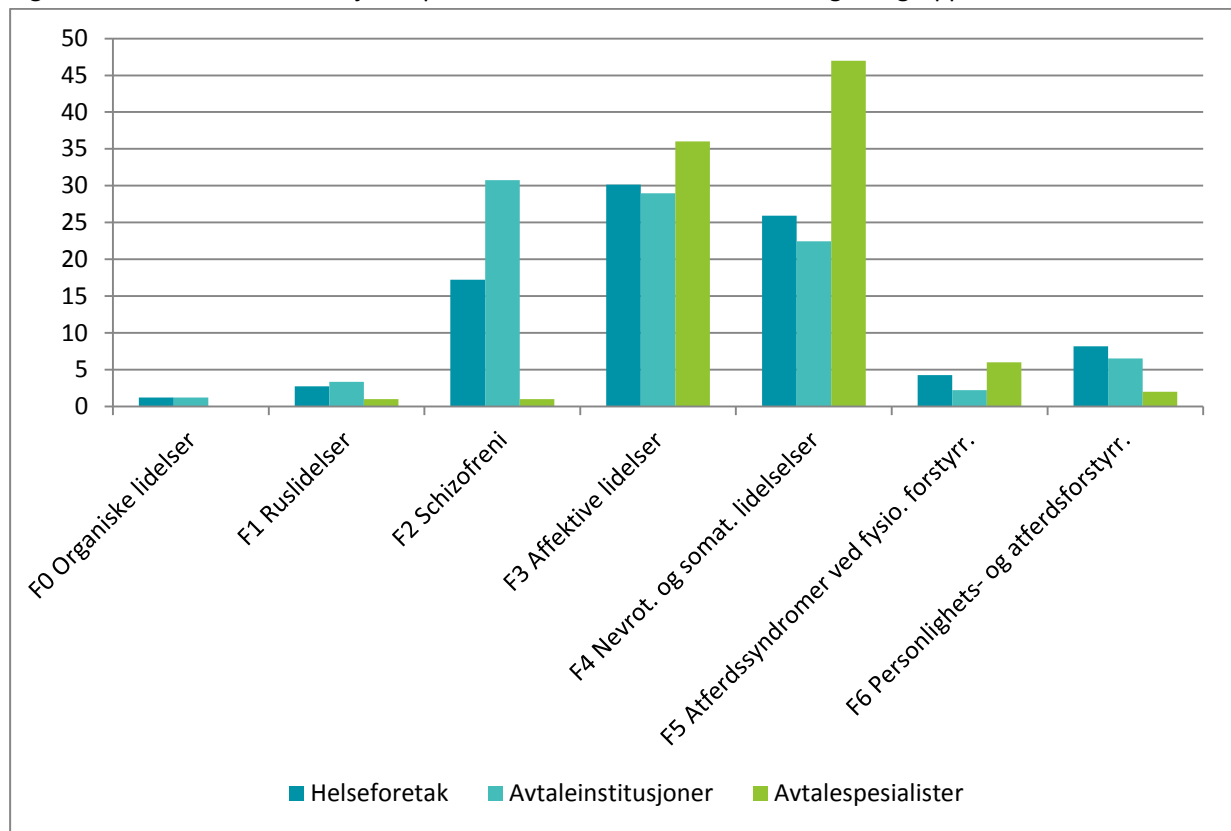
Figur 4.6 Utskrivninger prosentvis fordelt mellom hoveddiagnosegrupper 2014.



Figur 4.7 Liggedøgn prosentvis fordelt mellom hoveddiagnosegrupper 2014.



Figur 4.8 Polikliniske konsultasjoner prosentvis fordelt mellom hoveddiagnosegrupper 2014.



5 PSYKISK HELSEVERN FOR BARN OG UNGE

5.1 Innledning og problemstillinger

De private aktørene i det psykiske helsevernet for barn og unge (PHV-BU) består av private avtaleinstitusjoner, private avtalespesialister og en privat anbudsutsatt institusjon. Avtaleinstitusjonene består av behandlingshjem (Larkollen ungdomspsykiatriske behandlingshjem og Østbytunet behandlingssenter), som bidrar med døgn- og dagbehandling, og poliklinikker med områdeansvar (BUP Vest ved Diakonhjemmet sykehus, Nic Waals institutt ved Lovisenberg Diakonale sykehus og Betanien BUP ved Betanien sykehus). Avtalespesialistene består av privatpraktiserende psykologer og psykiatere som bidrar med poliklinisk pasientbehandling. I PHV-BU finnes en privat anbudsutsatt institusjon, som har en mer spesialisert funksjon enn de øvrige døgninstitusjonene ved kun å tilby behandling til pasienter med spiseforstyrrelser (Capio Anoreksi Senter).

Avsnittet «datagrunnlag og definisjoner» nedenfor redegjør også for kategorisering av ulike typer private aktører.

Spørsmålene som belyses i dette kapitlet er:

- Hvordan har aktiviteten for de private aktørene i det psykiske helsevernet for barn og unge utviklet seg, sammenlignet med aktiviteten i helseforetak?
- Hvor stor andel av aktiviteten utgjør de private sitt bidrag?
- Er det geografiske variasjoner i de private aktørene sitt bidrag? Herunder; er det indikasjoner på at det private tilbudet kompletterer helseforetakene, eller derimot representerer et tillegg til helseforetakene?
- Hvordan er pasientsammensetningen hos de private aktørene sammenlignet med helseforetakene?

5.2 Datagrunnlag og definisjoner

Antallet utskrivinger, oppholdsdøgn og polikliniske konsultasjoner er basert på pasientdata som rapporteres inn til Norsk Pasientregister (NPR). For de polikliniske konsultasjonene inngår de som har generert et refusjonskrav til Helfo.

Helseforetak er grupper av institusjoner som er eid av de regionale helseforetakene.

Avtaleinstitusjoner er i denne sammenhengen private institusjoner som kjennetegnes av at de ikke har vært anbudsutsatte etter foretaksreformen i 2002. Videre har de inngått i regionale helseplanene fra tiden før foretaksreformen. En del av avtaleinstitusjonene har opptaksområder (befolkningsansvar), og mottar oppdragsdokumenter fra de regionale helseforetakene.

Private institusjoner har anbudsutsatte avtaler med RHF-ene. I det psykiske helsevernet for barn og unge gjelder dette kun en institusjon, Capio Anoreksi Senter.

Avtalespesialister er psykologer og psykiatere som har avtale med regionale helseforetakene. De mottar driftstilskudd fra de regionale helseforetakene og aktivitetsbaserte refusjoner fra Helfo.

5.3 Sammendrag

Omfanget av de private aktørenes bidrag

I det psykiske helsevernet for barn og unge utgjorde døgnaktiviteten ved to avtaleinstitusjoner en ikke-ubetydelig andel av den totale døgnaktiviteten, målt ved oppholdsdøgn (14 prosent). Se figur 5.2. Disse institusjonene stod imidlertid for en klart lavere andel av utskrivingene med kun en prosent. Dette indikerer at avtaleinstitusjonene i gjennomsnitt hadde betydelig lengre oppholdstid enn hva tilfellet var for helseforetakene. I helseforetakene utgjorde andel døgn utgjør 79 prosent og utskrivninger 98 prosent. Capio Anoreksi Senter, som er en privat anbudsinstitusjon, stod for om lag sju prosent av oppholdsdøgnene og nær en prosent av utskrivningene, det vil si en institusjon med relativt lange gjennomsnittlige behandlingsopphold.

Når det gjelder det polikliniske tilbudet til barn og unge, bidro de private avtaleinstitusjonene med nær fem prosent og avtalespesialistene med nær fire prosent av de refunderbare konsultasjonene. De øvrige 92 prosent av konsultasjonene stod helseforetakene for.

Aktivitetsutvikling for helseforetak og private aktører

I perioden 2010 til 2014 økte den polikliniske aktiviteten i PHV-BU, både i helseforetakene (ti prosent) og i avtaleinstitusjonene (29 prosent). Se tabell 5.1 og figur 5.1. Det var en svakere økning hos avtalespesialistene i perioden 2012 til 2014 (to prosent).

I døgnbehandlingen var det en reduksjon i oppholdsdøgn i helseforetakene på 11 og en økning på sju prosent blant avtaleinstitusjonene.

Innenfor tjenestene til barn og unge, som volummessig er dominert av poliklinisk behandling, så vi en ytterligere styrking av den polikliniske aktiviteten i perioden 2010-2014, både i helseforetakene og blant private aktører. Døgnaktiviteten samlet (målt i oppholdsdøgn) hadde en svak nedgang i perioden, og oppholdene ble i gjennomsnitt kortere både i helseforetak og i avtaleinstitusjoner.

Geografiske variasjoner - døgntilleggsbetaling

Kommentarene nedenfor baseres på figur 5.3.

Samtlige helseforetaksområder i Sør-Øst hadde et aktivitetsbidrag fra enten avtaleinstitusjoner eller andre private aktører når aktiviteten ble målt i oppholdsdøgn. Fem av ti HF-områder lå over landsgjennomsnittet for antall oppholdsdøgn per innbygger samlet sett, og for fire av disse var det private bidraget betydelig både fra avtaleinstitusjoner og private (Østfold, A-hus-området, OUS-området og Diakonhjemmet-området). Innlandet som hadde den nest høyeste døgnraten i Sør-Øst, var det eneste området hvor det private bidraget var marginalt. De øvrige helseforetaksområdene med døgnrater på eller under landsgjennomsnittet, hadde et klart lavere bidrag fra avtaleinstitusjonene.

Døgnratene i Vest lå under landsgjennomsnittet i alle HF-områder. Det var kun i Sogn og Fjordane at det var et bidrag til døgnraten fra privat aktør, ellers var det ingen med døgn fra avtaleinstitusjonene.

Heller ikke i Midt-Norge bidro private aktører med døgnbetaling, og her var det kun Nord-Trøndelag som hadde rater over snittet for helseforetakene.

I Nord lå UNN omtrent på landsgjennomsnittet for helseforetakenes aktivitetsbidrag, mens de tre øvrige foretaksområdene lå betydelig over landsgjennomsnittet, både for helseforetakene og samlet. Heller ikke i denne regionen bidro private aktører til døgnaktiviteten.

Geografiske variasjoner – poliklinisk behandling

Kommentarene baseres på figur 5.4.

I Sør-Øst hadde tre av 10 foretaksområder rater under landsgjennomsnittet for polikliniske konsultasjoner. De øvrige lå over snittet. Det var spesielt områdene Lovisenberg og Diakonhjemmet som hadde betydelig bidrag fra avtaleinstitusjoner i Sør-Øst, noe som ikke er uventet da Nic Waals institutt og BUP Vest har områdeansvar i disse opptaksområdene. Samtlige områder i Sør-Øst hadde i tillegg bidrag til konsultasjonsraten fra avtalespesialister, størst i Telemarks-området og Diakonhjemmet-området.

Også samtlige områder i Vest hadde konsultasjoner hos avtalespesialister, men foruten Bergen-området, som også hadde betydelig bidrag fra avtaleinstitusjonen Betanien BUP, var de privates bidrag av liten betydning i forhold til landsgjennomsnittet. To områder lå under og ett over, uavhengig av avtalespesialistenes bidrag.

I Midt-Norge var avtalespesialistenes bidrag til konsultasjonsraten marginal. I samtlige tre foretaksområder var aktiviteten over landsgjennomsnittet. Områdene St. Olavs Hospital og Møre og Romsdal hadde et aktivitetsnivå klart over landsgjennomsnittet for foretak og private aktører samlet.

Det samme var situasjonen i Nord for tre av fire foretaksområder. Kun UNN hadde en konsultasjonsrate under snittet for landet. I denne landsdelen var det private bidraget fra avtalespesialistene svært lavt.

Pasientgrupper hos offentlige og private aktører

I døgnbehandling i det psykiske helsevernet for barn og unge, var det noe ulik pasientsammensetning for helseforetak og avtaleinstitusjoner. Mens en relativt større andel av oppholdsdøgnene i helseforetak var knyttet til pasienter med *Schizofrenier (F2)*, *Affektive lidelser (F3)* og *Atferdssyndromer (F5)* enn i avtaleinstitusjonene, var det andelsmessig flere oppholdsdøgn for pasienter med *Nevrotiske lidelser (F4)*, *Hyperkinetiske forstyrrelser (F90)* og *Atferdsforstyrrelser (F91-98)* i avtaleinstitusjonene. Døgn knyttet til pasienter behandlet hos Capio Anoreksi Senter, har i sin helhet hoveddiagnose i ICD-10-blokken F50-59 *Atferdssyndromer forbundet med fysiologiske forstyrrelser og fysiske faktorer*. Se figur 5.5.

I poliklinisk behandling var det også ulik pasientsammensetning for helseforetak, avtaleinstitusjoner og private avtalespesialister. Dette til tross for at det er flest konsultasjoner knyttet til pasienter med *Nevrotiske lidelser (F4)* innenfor alle de tre typene aktører. Mens det var relativt flere konsultasjoner knyttet til *Nevrotiske lidelser (F4)* og *Atferdsforstyrrelser (F91-98)* blant pasienter hos private avtalespesialister, var det relativt flere konsultasjoner knyttet til pasienter med *Affektive lidelser (F3)* og *Atferdssyndromer (F5)* i de polikliniske avtaleinstitusjonene (BUP Vest, Nic Waals institutt Betanien BUP). Konsultasjoner knyttet til pasienter med *Hyperkinetiske forstyrrelser (F90)* utgjorde en større andel i helseforetakene enn blant avtalespesialister og avtaleinstitusjoner. Se figur 5.6.

Kjønn

I poliklinisk virksomhet var det relativt lik fordeling mellom kjønn blant pasientene både i helseforetak, avtaleinstitusjoner og blant avtalespesialister, målt i antall konsultasjoner. I døgnbehandling så man imidlertid at andel oppholdsdøgn i helseforetak knyttet til jenter (69 prosent) var klart større enn for gutter (31 prosent). I den private institusjonen var de meste av døgnene knyttet til jenter (98 prosent), mens situasjonen er motsatt i avtaleinstitusjonene, hvor 64 prosent av døgnene var generert av gutter.

5.4 Tabeller og figurer

Aktivitetsutvikling og de private sin andel av aktiviteten

Tabell 5.1 Aktivitetsutvikling for offentlige og private aktører 2010-2014¹ PHV-BU.

	2010	2011	2012	2013	2014
<i>Liggedøgn, herav:</i>	82 536	76 809	(69 864)	78 466	80 570
- Helseforetak	71 921	65 333	(57 941)	66 809	63 789
-Avtaleinstitusjoner	10 615	11 476	11 923	11 657	11 396
-Private institusjoner					5 385
<i>Utskrivninger, herav:</i>	2 359	2 409	(2 421)	2 792	2 828
- Helseforetak	2 335	2 376	(2 400)	2 758	2 767
-Avtaleinstitusjoner	24	33	21	34	35
-Private institusjoner					26
<i>Polikliniske konsultasjoner, herav:</i>	70 7118	(668 297)	756 478	788 979	809 471
- Helseforetak	677 910	(633 679)	693 985	724 718	742 672
-Avtaleinstitusjoner	29 208	34 618	33 993	34 869	37 703
-Avtalespesialister ²			28 500	29 392	29 096

1 Parentes rundt tall i tabellen indikerer mangelfulle data. I døgn tall for 2012 mangler tall for to helseforetak. Overgang til DIPS har påvirket tall for polikliniske konsultasjoner ulikt fra år til år etter hvilke HF som har skiftet system det aktuelle året, for 2011 er dette spesielt merkbart for Vestre Viken.

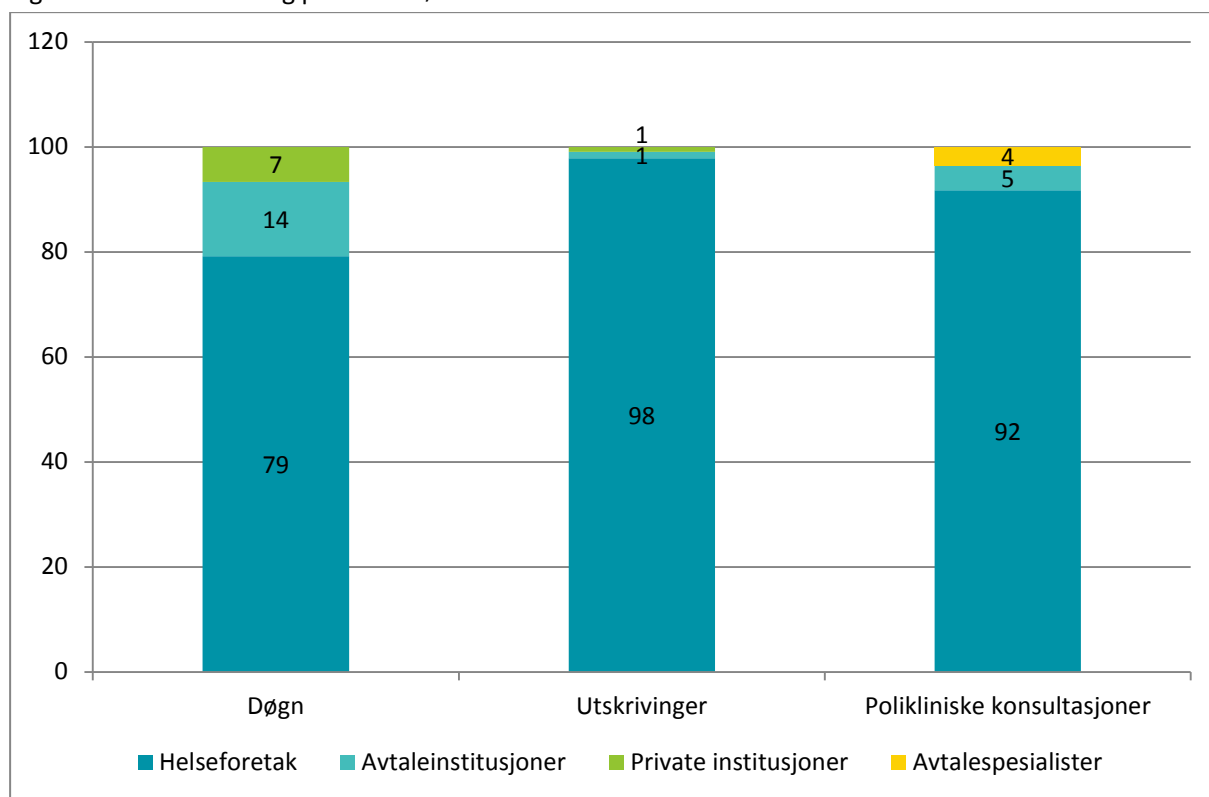
2 Estimerte tall. Mangler data for 2010 og 2011.

Figur 5.1 Aktivitetsutvikling for helseforetak og private aktører 2010 – 2014 PHV-BU.

The graph illustrates the development of various healthcare activities over a five-year period. The Y-axis represents the activity level, ranging from 60 to 140. The X-axis shows the years from 2010 to 2014. Five data series are plotted:

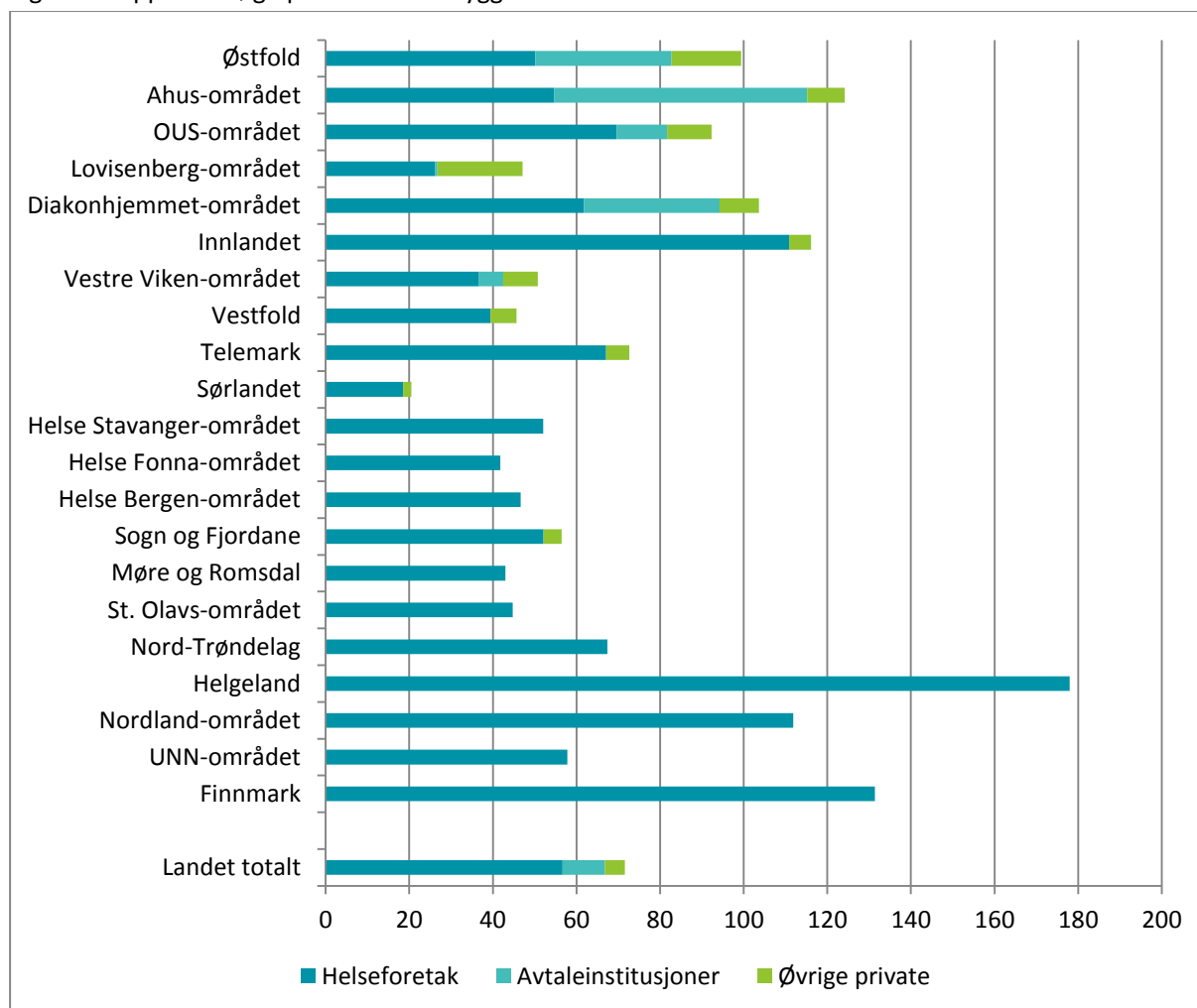
- Døgn helseforetak** (solid blue line): Starts at 100 in 2010, drops to approximately 91 in 2011, rises slightly to 93 in 2013, and ends at 89 in 2014.
- Døgn avtaleinstitusjoner** (solid red line): Starts at 100 in 2010, rises to 108 in 2011, peaks at 110 in 2013, and ends at 108 in 2014.
- Utskrivninger helseforetak** (dashed blue line): Starts at 100 in 2010, rises to 102 in 2011, 110 in 2012, 118 in 2013, and ends at 118 in 2014.
- Pol.kons. Helseforetak** (dotted blue line): Starts at 100 in 2010, rises to 102 in 2011, 105 in 2012, 108 in 2013, and ends at 110 in 2014.
- Pol.kons. avtaleinstitusjoner** (dotted red line): Starts at 100 in 2010, rises to 118 in 2011, 118 in 2012, 120 in 2013, and ends at 130 in 2014.

Figur 5.2 Helseforetak og private aktører sin andel av aktiviteten i 2014 PHV-BU.

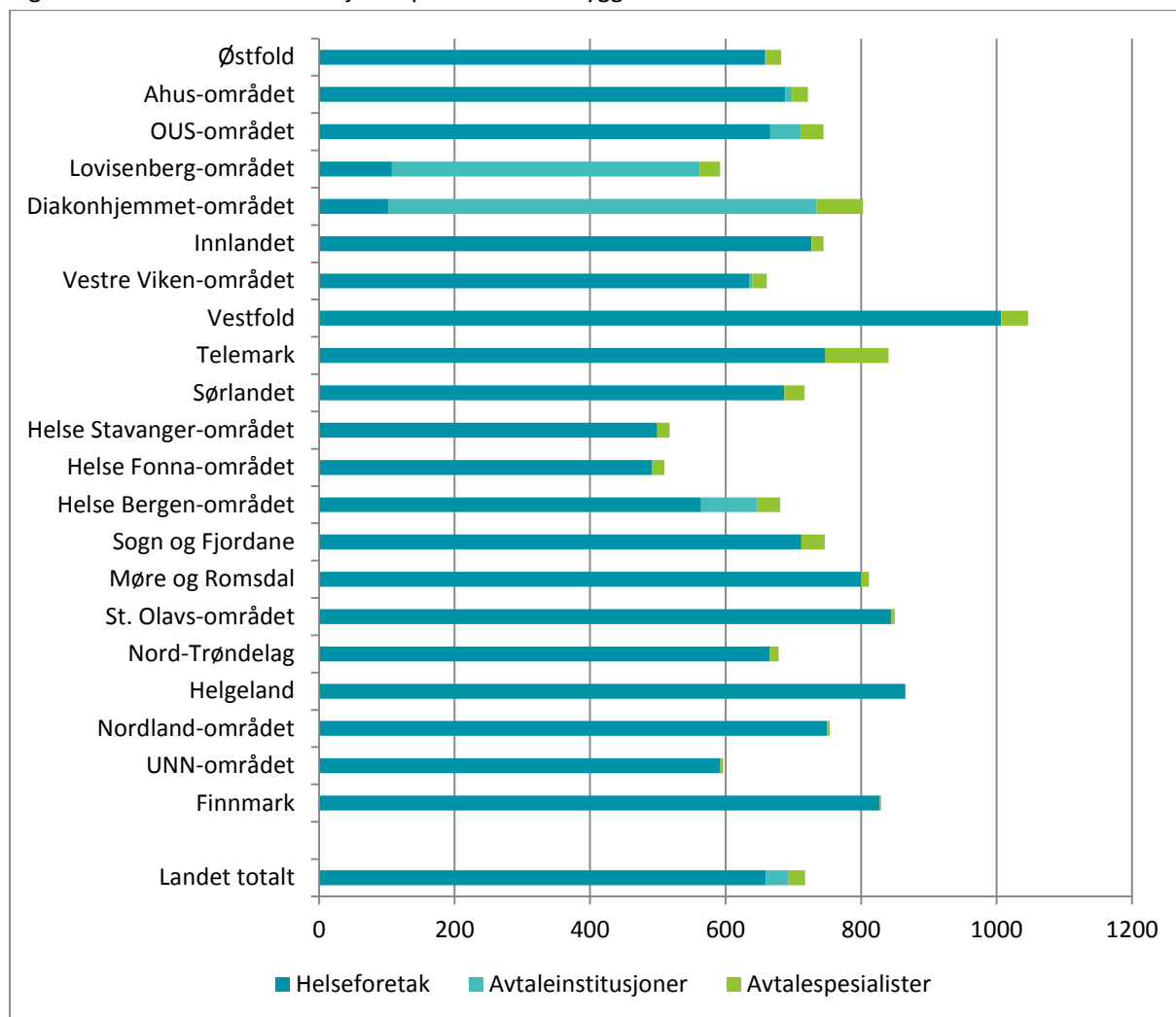


Geografiske variasjoner i forbruk av tjenester fra offentlige og private aktører

Figur 5.3 Oppholdsdøgn per 10 000 innbyggere i 2014 PHV-BU.



Figur 5.4 Polikliniske konsultasjoner per 10 000 innbyggere i 2014 PHV-BU.



Pasientsammensetning ved helseforetak og private aktører

Tabell 5.2 Oppholdsdøgn og utskrivinger fra offentlige og private aktører 2014 PHV-BU, fordelt på diagnosegrupper.

Diagnosegrupper	Oppholdsdøgn			Utskrivinger ¹		
	Helseforetak	Avtale- inst.	Private inst.	Helseforetak	Avtale- inst.	Private inst.
F0 Organiske lidelser	16			*		
F1 Stofflidelser	412			41		
F2 Schizofrenier	7 317	125		164	*	
F3 Affektive lidelser	12 115	872		724	*	
F4 Nevrotiske lidelser	14 579	3 019		633	*	
F5 Atferdssyndromer	8 535	217	5 196	199	*	25
F6 Personlighetsforstyrrelser	1 109			69		
F8 Utviklingsforstyrrelser	4 454	781		110	*	
F9 Hyperkinetiske forstyrrelser	4 810	2 539		245	11	
F91-98 Atferdsforstyrrelser	5 964	1 917		279	7	
Andre kontakter, uspesifisert	480			77		
SUM	59 791	9 470	5 196	2 542	29	25
Andre faktorer og kontakter (Z)	2 067			141		
ICD10 mangler, ingen påvist tilstand akse 1, mangelfull informasjon for å kode på akse 1	1 931	1 926	189	84	6	*
Totalt	63 789	9 470	5 196	2 767	35	26

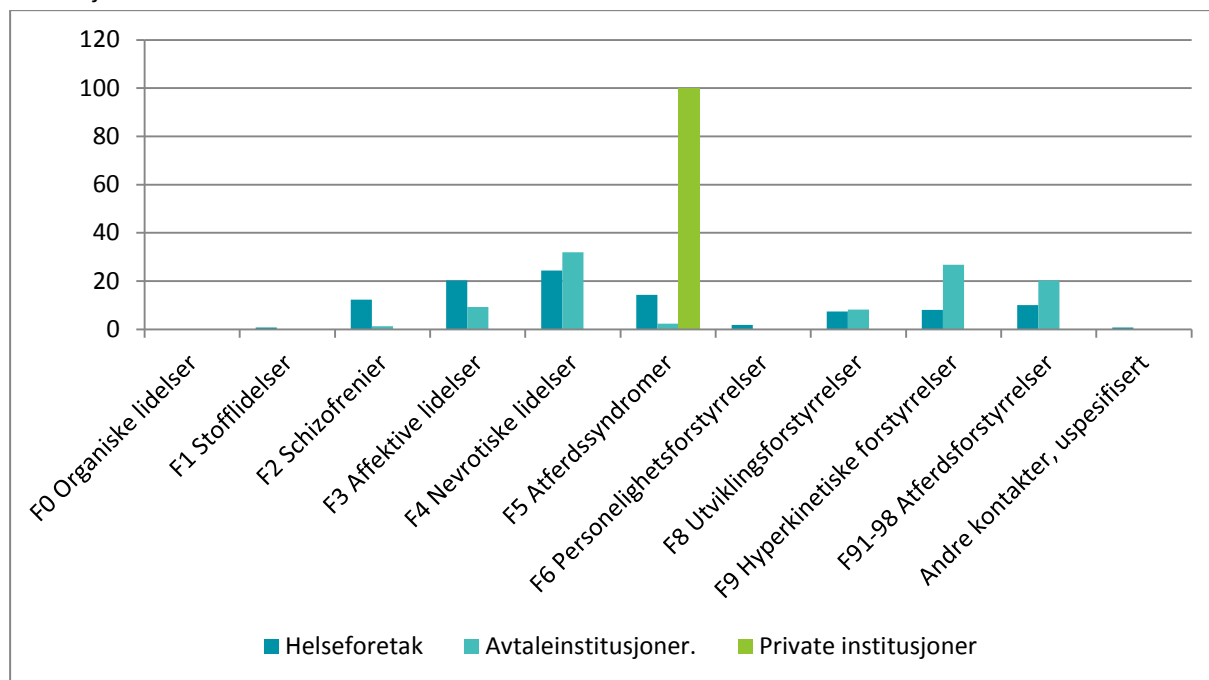
1 N mindre enn 5 angis med stjerne.

Tabell 5.3 Polikliniske konsultasjoner fra offentlige og private aktører 2014 PHV-BU, fordelt på diagnosegrupper.

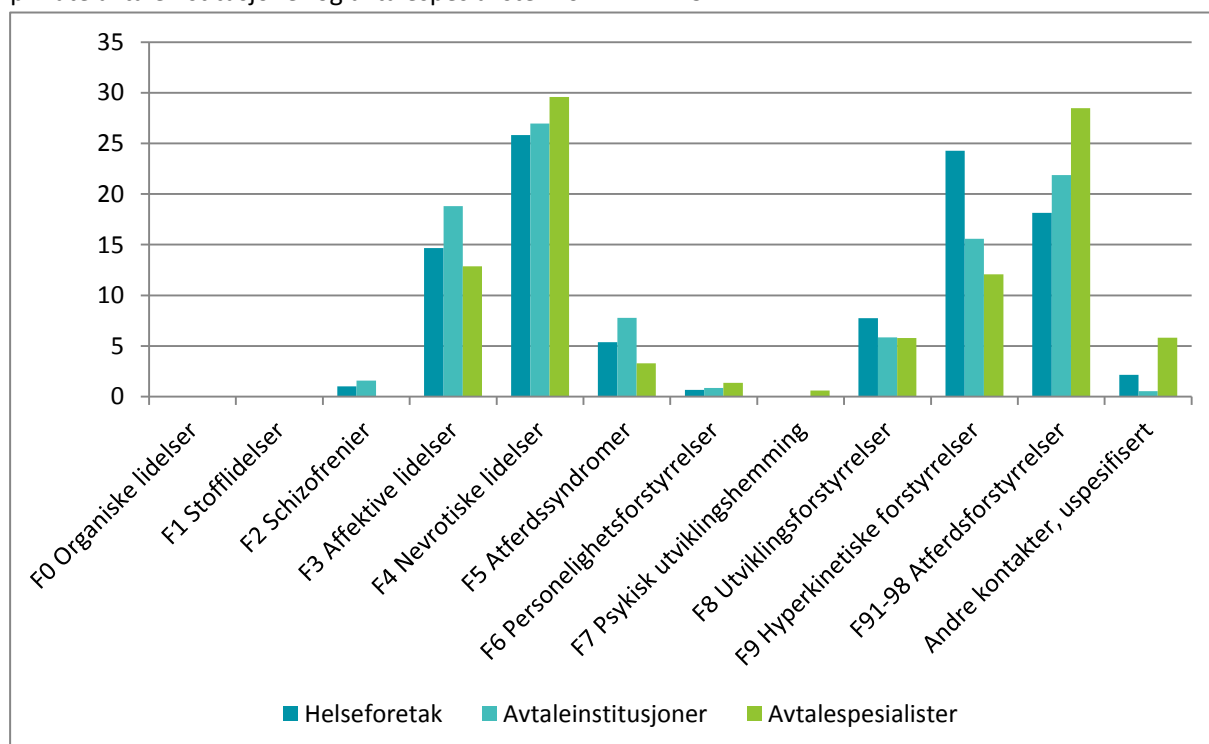
Diagnosegrupper	Konsultasjoner ¹		
	Helseforetak	Avtaleinst.	Private inst.
F0 Organiske lidelser	180	5	23
F1 Stofflidelser	643	42	9
F2 Schizofrenier	4 512	312	*
F3 Affektive lidelser	65 183	3 734	2 889
F4 Nevrotiske lidelser	114 824	5 355	6 646
F5 Atferdssyndromer	23 916	1 545	737
F6 Personelighetsforstyrrelser	2 896	169	306
7,00 Psykisk utviklingshemming (F7)			137
F8 Utviklingsforstyrrelser	34 438	1 161	1 299
F9 Hyperkinetiske forstyrrelser	108 015	3 093	2 709
F91-98 Atferdsforstyrrelser	80 737	4 344	6 397
Andre kontakter, uspesifisert	9 541	107	1 306
Sum	444 885	19 867	22 460
Andre faktorer og kontakter (Z)	172 148	7 655	3 045
ICD10 mangler, ingen påvist tilstand akse 1, mangelfull informasjon for å kode på akse 1	125 639	10 181	1 834
Totalt	742 672	37 703	27 339

1 N mindre enn 5 angis med stjerne.

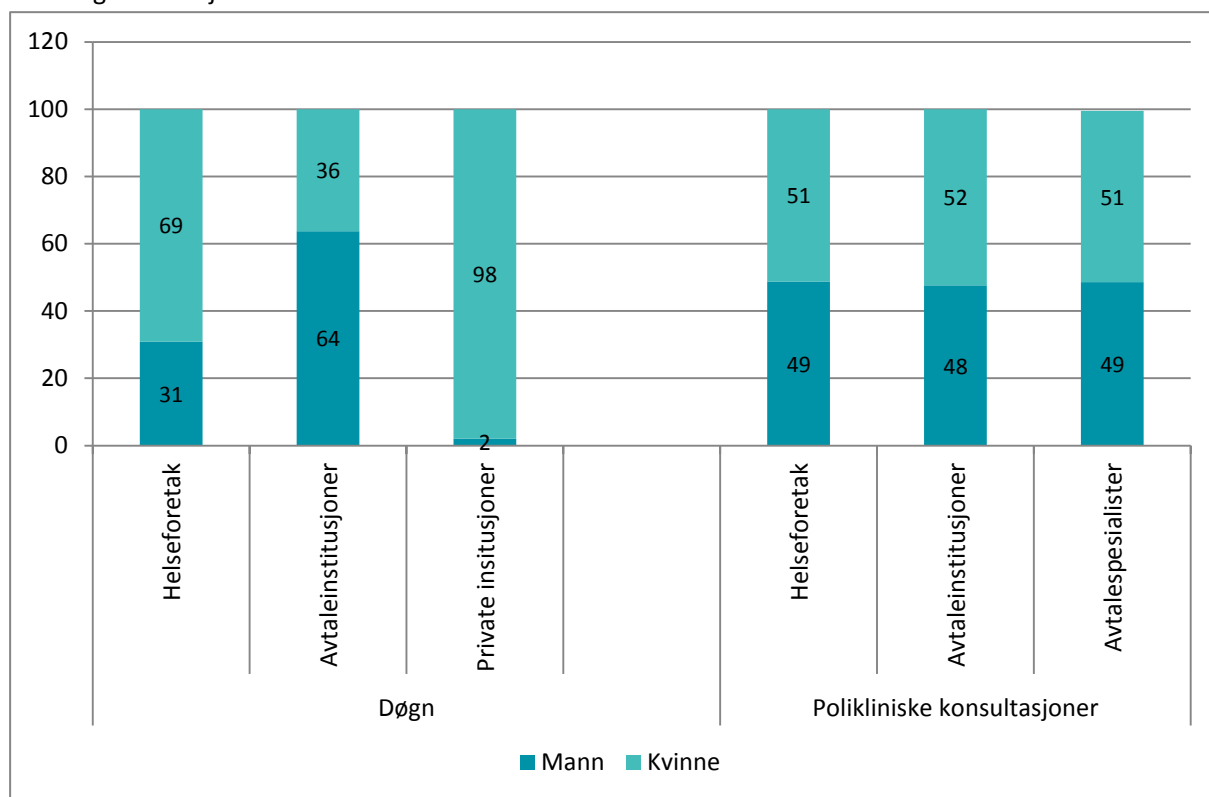
Figur 5.5 Oppholdsdøgn prosentvis fordelt mellom hoveddiagnosegrupper for helseforetak og private institusjoner 2014 PHV-BU.



Figur 5.6 Polikliniske konsultasjoner prosentvis fordelt mellom hoveddiagnosegrupper for helseforetak, private avtaleinstitusjoner og avtalespesialister 2014 PHV-BU.



Figur 5.7 Oppholdsdøgn og polikliniske konsultasjoner prosentvis fordelt på kjønn, for private og offentlige institusjoner 2014 PHV-BU.



6 SOMATISK SPESIALISTHELSETJENESTE

6.1 Innledning og problemstillinger

At private aktører bidrar med offentlig finansiert helsetjeneste innen somatiske fagområder er ikke noe nytt. Private organisasjoner, i hovedsak eid av private stiftelser, har historisk tradisjon for somatisk sykehusdrift. Før helseforetaksreformen inngikk mange av disse som en ordinær del av de offentlige sykehusplanene. De var tillagt et ansvar for å betjene befolkningen i et gitt opptaksområde med bestemte tjenester. Dette ble i stor grad videreført etter foretaksreformen gjennom at man har etablert langsiktige avtaler om drift. I denne rapporten omtales denne gruppen av private sykehus som «avtaleinstitusjoner», se også avsnittet nedenfor om datagrunnlag og definisjoner. Gruppen omfatter to lokalsykehus i Oslo, ett i Bergen, samt flere spesialsykehus.

Det er i tillegg en rekke andre private aktører som driver sykehusvirksomhet, og svært mange har kjøpsavtaler, gjennom anbud, med regionale helseforetak. Disse aktørene fikk en større plass i spesialisthelsetjenesten gjennom sykehusreformen i 2002. I de første årene etter reformen kom mange nye aktører på banen, i hovedsak i eller rundt de større byene. Siden den gang har antall enheter vokst noe, samtidig som det har skjedd en konsentrasjon på eiersiden ved at Aleris har fått mange av de mindre sykehusene under sin kappe. En stor del av oppdragene for offentlig spesialisthelsetjeneste for disse sykehusene er elektiv dagkirurgi.

I tillegg til de private sykehusene har private avtalespesialister helt siden 1984 hatt avtaler med det offentlige (Midttun (2007) i SAMDATA sektorrapport 2006 3/07). Avtalespesialistene har en viktig rolle som et tillegg til polikliniske konsultasjoner utført ved sykehusene. I 2014 var det 728 private avtalespesialister innen somatikk. *Øye, Øre-nese-hals, Hud og veneriske sykdommer, og Fødselshjelp og kvinnesykdommer* er store fagområder innen privat spesialistpraksis med offentlig avtale⁵.

De private sykehusene og de private avtalespesialistene inngår som en del av det helhetlige tilbudet innen offentlig helsetjeneste.

Spørsmålene som belyses er:

- Hvordan har aktiviteten for de private aktørene i den somatiske spesialisthelsetjenesten utviklet seg, sammenlignet med aktiviteten i helseforetak?

⁵ Norsk pasientregister publiserer hvert år en oversikt over utviklingen i aktivitet utført av private avtalespesialister (Helsedirektoratet). Se <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/aktivitetsdata-for-avtalespesialister>

- Hvor stor andel av aktiviteten utgjør de private sitt bidrag?
- Er det geografiske variasjoner i de private aktørene sitt bidrag? Herunder; er det indikasjoner på at det private tilbudet kompletterer helseforetakene, eller derimot representerer et tillegg til helseforetakene?
- Hvilke pasientgrupper behandles hos de private aktørene?

6.2 Datagrunnlag og definisjoner

Antallet døgnopphold, dagopphold og polikliniske konsultasjoner med tilhørende DRG-poeng, er basert på pasientdata som rapporteres inn til Norsk Pasientregister (NPR).

Helseforetak er grupper av institusjoner som er eid av de regionale helseforetakene.

Avtalesykehuser i denne sammenhengen private institusjoner som kjennetegnes av at de ikke har vært anbudsutsatte etter foretaksreformen i 2002. Videre har de inngått i regionale helseplanene fra tiden før foretaksreformen. En del av avtaleinstitusjonene har opptaksområder (befolkningsansvar), og mottar oppdragsdokumenter fra de regionale helseforetakene.

Avtalespesialister er private spesialister som har avtale med de regionale helseforetakene. De mottar driftstilskudd fra de regionale helseforetakene og aktivitetsbaserte refusjoner fra Helfo. Avtalespesialistene skal innrapportere denne aktiviteten til NPR, men rapporteringen er ikke helt komplett per 2014.

Anbudssykehus. For den somatiske sykehusvirksomheten defineres to undergrupper. Felles for de to gruppene er at de har avtaler med RHF-ene som er gjenstand for anbud og-/eller reforhandlinger. Avtalenes form og varighet kan variere.

- i) *Anbudssykehus, LHL - sykehus*. Dette er aksjeselskaper eid av Landsforeningen for hjerte- og lungesyke (LHL). I motsetning til de øvrige private sykehusene nedenfor, har ikke aksjeeierne anledning til å ta ut utbytte. Dette gjelder to sykehus, Feiringklinikken og Glittreklinikken.
- ii) *Anbudssykehus, øvrige private sykehus*. 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.

Døgnopphold: Innleggelser hvor pasienten har minst en overnatting.

Dagopphold: Dagkirurgiske opphold (kirurgisk DRG) og innlagte pasienter, uten overnatting.

Polikliniske konsultasjoner: Konsultasjoner ved offentlige poliklinikker (inklusive dialyse, stråleterapi og rehabilitering uten overnatting), avtalesykehus og avtalespesialister.

Om data fra private anbudssykehus: Innrapportert poliklinisk aktiviteten fra private anbudssykehus er mangelfull tilbake i tid, og det er usikkerhet knyttet til hvor stor andel som mangler i 2014. Konsultasjonene er i stor grad forundersøkelser før operasjon og kontroller i etterkant. Som andel av polikliniske konsultasjoner totalt sett i spesialisthelsetjenesten vil det utgjøre en svært liten andel.

Om data fra private avtalespesialister: Innrapportert aktivitet hos avtalespesialistene er noe mangelfull. I 2014 manglet innrapportering fra seks prosent av de rapporteringspliktige. NPR har estimert nasjonale tall for aktiviteten som brukes i dette kapitlet. Når vi ser på diagnosefordeling er det imidlertid kun basert på de innrapporterte data. Avtalespesialistene utfører også noe aktivitet som regnes som kirurgi. Det er usikkerhet med hensyn til komplettheten i registrering av prosedyrekoder. Når vi teller konsultasjoner hos avtalespesialister er kun konsultasjoner registrert som spesialistkontakter inkludert.

Aktivitet som utføres av private, men ikke inngår i dette kapitlet: Aktivitet utført av private røntgeninstitutter eller private rehabiliteringsinstitusjoner utenfor sykehusene inngår ikke.

Om aktivitetsmålene: For å belyse de private rolle i den somatiske spesialisthelsetjenesten anvendes flere typer aktivitetsmål. Vi ser for det første på omfanget av pasientkontakter med tjenestene, kalt episoder. Da brukes mål som «andel av døgnopphold», «andel av dagopphold» eller «andel av polikliniske konsultasjoner». For å få et vektet mål for all aktivitet samlet brukes «andel av DRG-poeng» utført av private, hvor alle episodene er vektet og summert. Gjennom bruk av DRG-systemet⁶ tar man hensyn til at pasientsammensetningen og ressurskravet til behandling varierer. Helseforetakene har den største spredningen i hvor ressurskrevende episodene er. De har mange ressurskrevende pasienter som ligger lenge på sykehus, samtidig som en stor andel av pasientene følges opp poliklinisk.

6.3 Sammendrag

Omfanget av de private aktørenes bidrag i 2014

Kommentarene nedenfor baseres på figur 6.1 og tabellene 6.1 og 6.2.

Alle omsorgsnivå: Målt som DRG-poeng stod private aktører for omtrent 12 prosent av aktiviteten i den somatiske spesialisthelsetjenesten i 2014. De private avtalespesialistene stod for cirka seks prosent⁷, avtalesykehusene i underkant av fem prosent, mens LHL-sykehusene og de øvrige private sykehusene bidro med under en prosent hver.

Poliklinisk virksomhet: Det største innslaget fra private tjenesteutøvere gjaldt poliklinisk virksomhet, hvor avtalesykehus, anbudssykehus og avtalespesialister utførte cirka 30 prosent av konsultasjonene. Private

⁶DRG-systemet består av diagnoserelaterte grupper (drg-er) som er gitt en verdi (vekt) som uttrykker hvor ressurskrevende aktiviteten knyttet til utredning, behandling eller annen kontakt for den enkelte gruppe antas å være sammenlignet med andre grupper i systemet. Til grunn ligger registrering av diagnoser og prosedyrer, samt noe tilleggsinformasjon om blant annet om omsorgsnivå (døgnbehandling, dagbehandling, poliklinisk konsultasjon).

⁷ For private avtalespesialister er nasjonale tall estimert da datamaterialet ikke er helt komplett.

avtalespesialister stod alene for over en fjerdedel av denne aktiviteten. Avtalesykehusene bidro med omtrent tre prosent uavhengig om aktiviteten måles som DRG-poeng eller konsultasjoner.

Døgnbehandling: Når det gjaldt døgnopphold, den mer ressurskrevende aktiviteten, var det først og fremst avtalesykehusene som stod for det private bidraget i 2014, med cirka fem prosent. LHL-sykehusenes aktivitet var også i stor grad døgnbasert⁸, men utgjorde en liten andel totalt sett. De private LHL-sykehusene bidro med 0,6 prosentpoeng av de samlede DRG-poengene i 2014.

Dagbehandling: De øvrige private (anbudssykehus) har sitt primære bidrag innen dagbehandling. Disse sykehusene stod for 7 prosent av dagoppholdene (slik det er definert her), og 11 prosent av DRG-poengene i 2014. Det var registrerte 23 811 dagopphold dette året. Oppdrag fra det offentlige besto i hovedsak av dagkirurgisk virksomhet.

Mange pasienter er i kontakt med flere tjenesteutøvere

Mange pasienter hadde kontakt både med private og offentlige aktører, ofte som del av samme behandlingsforløp. Av alle personer som mottok somatiske spesialisthelsetjenester dette året hadde omtrent 77 prosent minst en kontakt med et offentlig helseforetak, 38 prosent hadde minst en kontakt med private avtalespesialister⁹, fem prosent minst en kontakt med en avtaleinstitusjon og 1,4 prosent av alle pasientene hadde minst en kontakt med et privat sykehus (ekskl. avtalesykehusene). Se figur 6.2.

Av alle pasientene som var i kontakt med en privat avtalespesialist i 2014 var 50 prosent også i kontakt med et offentlig helseforetak¹⁰.

Aktivitetsutvikling for helseforetak og private tjenesteutøvere 2010-2014

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. LHL-sykehusene framstod med en enda sterkere vekst, men mye skyldtes endringer i DRG-vekten for sentrale pasientgrupper. Antall faktiske opphold for LHL-sykehusene økte omtrent på nivå med DRG-poengene hos avtaleinstitusjonene (seks til sju prosent), litt over helseforetakene som hadde en vekst på cirka tre prosent. Se figur 6.4. Det er viktig å ta i betraktning at en prosent vekst hos helseforetakene representerer et langt større antall episoder og DRG-poeng enn en prosent vekst hos tjenesteutøvere med relativt få episoder eller DRG-poeng i utgangspunktet.

Når det gjaldt poliklinisk aktivitet var det registrert større vekst i DRG-poeng hos avtalesykehusene (70 prosent) enn hos offentlige helseforetak (30 prosent), og noe mindre vekst hos avtalespesialistene (13 prosent). Veksten i faktisk antall konsultasjoner var imidlertid relativ lik for helseforetakene og de private avtalespesialistene. Se figur 6.5.

Det var registrert en svært stor prosentvis vekst i antall polikliniske konsultasjoner hos gruppen øvrige private sykehus (anbudssykehus), men dette skyldtes, som angitt tidligere, registreringstekniske forhold.

⁸ Den største andelen pasienter med døgnopphold ved LHL-sykehusene har kun en overnatting.

⁹ Tallet for avtalespesialistene er noe underestimert fordi vi ikke har helt komplett innrapportering fra denne gruppen tjenesteutøvere

¹⁰ Ikke vist i figur.

Det har vært og var fremdeles i 2014 mangelfull rapportering av polikliniske konsultasjoner som ble utført i forkant og/eller etterkant av behandling. Det gir derfor ikke mening å inkludere den registrerte aktiviteten i figur 6.5, som viser prosent utvikling fra 2010.

Andelen av DRG-poeng totalt fordelt på de ulike gruppene aktører viser en stor grad av stabilitet i hele femårsperioden til tross for en større prosentvis vekst hos private, se figur 6.6.

Geografiske variasjoner i bruk av private

I 2014 var det store forskjeller mellom helseforetaksområdene i Norge i hvor stor andel av tjenestebruken totalt som skjedde hos private tjenesteutøvere. Hovedforklaringen på dette er ulik bruk av avtaleinstitusjoner og private avtalespesialister. Totalt sett var bruken av avtaleinstitusjoner størst i Bergen (11 prosent av DRG-poeng samlet) og hovedstadsområdet (13,5 prosent), på grunn av at avtaleinstitusjonene driver lokalsykehus. I Telemark har Betanien sykehus en stor andel av ansvaret for å gi befolkningen behandling innen *øye, revmatologi og ortopedi*, og stod for cirka 11 prosent av DRG-poengene samlet for befolkningen¹¹. Alle de nevnte sykehusene hadde langsiktige driftsavtaler også før sykehusreformen i 2002. Se figur 6.7.

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). Se figur 6.9.

Bruken av avtalespesialister var generelt høyere i helseforetaksområdene tilhørende Helse Sør-Øst og Helse Vest enn områdene i Midt-Norge og Nord-Norge. Høyest andel aktivitet hos avtalespesialister fant vi for befolkningen bosatt i Hovedstadsområdet, i Østfold og på Sørlandet. Minst bruk av avtalespesialister fant vi i Finnmark og Troms når vi ser på andel av polikliniske konsultasjoner fordelt på offentlige og private aktører. Se figur 6.10.

Vi finner at variasjonen i rate per 1000 innbygger mellom helseforetaksområdene reduseres noe når vi sammenligner ratene med eller uten inklusjon av øvrige private sykehus (anbudssykehusene). Se tabell 6.3. Vi så da på: i) variasjonen i raten for DRG-poeng totalt og raten for polikliniske konsultasjoner med og uten private avtalespesialister, og ii) raten for dag og døgnopphold og bare dagopphold med og uten øvrige private sykehus.

Nærmere om innholdet i de private aktørenes bidrag

Avtalesykehusene

Denne gruppen består av åtte sykehus. Tre av disse drives som lokalsykehus med akuttfunksjoner for befolkningen i henholdsvis Oslo (Diakonhjemmet sykehus og Lovisenberg Diakonale sykehus) og Bergen (Haraldsplass Diakonale sykehus). I Telemark har Betanien sykehus et betydelig ansvar for tilbudet innen

¹¹ Da inngår estimerte DRG-poeng også for avtalespesialistene, men basert på en ikke helt komplett aktivitetsfil.

øye, revmatologi og ortopedi. To revmatismesykehus (Haugesund og Lillehammer) inngår i denne gruppen, sammen med Martina Hansens hospital, som både har revmatologi og ortopedi i sin virksomhet. Det siste avtalesykehuset er Betanien spesialistpoliklinikk i Bergen som har virksomhet innen fagområdene kirurgi og gynekologi.

Når vi ser på avtalesykehusenes virksomhet samlet har de en profil som i mange henseende ligner på de offentlige helseforetakene. Andelen døgnopphold (14 pst), dagopphold (7 pst) og polikliniske konsultasjoner (80 pst) er ganske lik helseforetakene, og det samme gjelder andel kirurgisk virksomhet. I tillegg er fordelingen av liggetid for døgnpasientene relativt lik.

Avtalesykehusene behandler et bredt spekter av døgn- og dagpasienter. Dette gjenspeiler aktiviteten ved de tre lokalsykehusene. Samlet sett bidrar avtalesykehusene med størst andel av DRG-poeng (18 prosent) og døgn og dagopphold (15 prosent) for pasienter med sykdom i muskel- og skjelettsystem og bindevev (ICD-10). Se figur 6.11. Årsaken er at spesialsykehusene i gruppen med avtalesykehus har en hovedvekt av sin aktivitet innen revmatologi og ortopedi.

I 2014 ble seks prosent av kirurgiske opphold (kirurgisk DRG) utført ved avtalesykehusene. Målt i DRG-poeng utgjorde de cirka 5 prosent. Kirurgisk behandling ved avtalesykehusene samlet var dominert av pasienter med diagnosene *Artrose* (19 prosent, M15-M19 i ICD-10), *Andre leddlidelser*¹² (13 prosent, M20-M25 i ICD-10), *Sykdommer i øvre luftveier* (9 prosent, J30-39 i ICD10) og *Bløtvevssykdommer*¹³ (7 prosent, M60-M79 i ICD10). Disse pasientgruppene utgjorde halvparten av pasienter operert ved avtalesykehusene (kirurgisk DRG).

Avtalesykehusene sto samlet for omtrent 11 prosent av all kirurgien innen hoveddiagnosegruppen *Sykdommer i muskel- og skjelettsystemet og bindevev* (HDG 8 i DRG-systemet). Det største polikliniske bidraget fra avtalesykehusene samlet er naturlig nok også innen muskel- og skjelettsykdommer, med 20 prosent av totalen.

Øvrige private sykehus (anbudssykehus)

Anbudssykehusene utfører aktivitet innenfor rammene av den offentlige spesialisthelsetjenesten gjennom anbudsprosesser og hvor avtalenes form kan variere. Vi har i denne sammenheng skilt mellom LHL-sykehusene og andre anbudsinstitusjoner (øvrige private sykehus).

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. Andre eksempler på private sykehus er Medi 3 AS i Ålesund, Ibsensykehuset i Porsgrunn, Ringvollklinikken AS i Hobøl og Privatsykehuset Haugesund AS. Denne gruppen av sykehus vil også ofte drive pasientbehandling betalt i sin helhet av pasienten selv, eller via privat helseforsikring. De store aktørene som Aleris og Volvat medisinske senter tilbyr et bredt spekter av helsetjenester som utføres av

¹² Andre leddlidelser (M20-25) innbefatter bl.a. deformiteter i ekstremiteter (inkl. fingre og tær), kneskål og kneleddslidelser mm.

¹³ Bløtvevssykdommer (M60-M79) omfatter her ulike typer muskelsykdommer, forstyrrelser i synovialhinne og sene og belastningsslidelser.

mange ulike helseprofesjoner, inklusive allmennlegetjenester. Våre aktivitetsdata inkluderer kun aktivitet innenfor spesialisthelsetjenesten utført via anbudsavtaler med offentlige helseforetak.

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. Innrapporteringen av polikliniske konsultasjoner fra anbudssykehusene har vært mangelfull i perioden. Det kom en kraftig vekst i 2014, men det er fortsatt mange enheter som ikke rapporterer¹⁴. De fleste pasienter med polikliniske konsultasjoner har disse i forbindelse med kirurgisk behandling (forundersøkelser eller kontroll). Fra og med rapporteringsåret 2015 inngår også denne aktiviteten som en del av Innsatsstyrt finansiering (ISF), noe som antakelig vil bedre innrapporteringen.

Øvrige private sykehus (anbudssykehus) sto for cirka seks prosent av all kirurgi (kirurgiske DRG-er) og sju prosent av all elektiv (planlagt) kirurgi¹⁵ 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. Se figur 6.14.

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). Se figur 6.13.

Målt som andel av alle dag- og døgnopphold kan det nevnes at de øvrige private sykehusene også står for seks prosent av episodene i hovedkapitlet «endokrine sykdommer, ernæringssykdommer og metabolske forstyrrelser» (ICD-10). Dette er i hovedsak pasienter som får behandling for overvekt, og består blant annet av plastikk-kirurgisk etterbehandling. Se tabell 6.4 og figur 6.11.

Sykehus eid av Landsforeningen for hjerte og lungesyke (LHL), anbudssykehus

LHL-sykehusene består av to sykehus. LHL-klinikken Feiring er et spesialsykehus for utredning, behandling og rehabilitering av voksne hjertesyrke. Feiringklinikken utfører blant annet angiografi, hjertescreening, utblokkering, bypass og ablasjonsbehandling. LHL-klinikken Glitre er et spesialsykehus for pasienter med lungesykdommer, og driver lungeutredning, behandling og rehabilitering. Pasientene som behandles ved LHL-sykehus via avtaler med de regionale helseforetakene blir i hovedsak innlagt for døgnbehandling, men ved Feiringklinikken er det også innrapportert en del poliklinisk aktivitet.

De to LHL-sykehusene sto i 2014 for 0,7 prosent av døgnoppholdene, og omtrent en prosent av DRG-poengene knyttet til døgnopphold, i spesialisthelsetjenesten. For pasienter med en hoveddiagnose som angir sirkulasjonssykdom (ICD-10) utgjorde aktiviteten ved Feiringklinikken tre prosent av alle opphold (dag og døgn), og fem prosent av DRG-poengene i 2014. Sykehuset utførte 16 prosent av alle utblokkinger

¹⁴ Noe av forklaringen er at RHF-ene ikke alltid har satt krav til rapportering av poliklinikk-aktiviteten tidligere og at mange enheter ikke har hatt gode systemer for å kunne rapportere.

¹⁵ De største gruppene av operasjoner er operasjon på kneets menisker (omtrent 20 prosent), operasjoner på bein i skulder /overarm (omtrent 10 prosent), operasjoner på synovialhinne og leddflater i kne, operasjoner for funksjonsforstyrrelse i perifere nerver, operasjoner på bein i ankel/fot, reseksjon av vener (åreknuter), plastiske operasjoner på mamma, kataraktoperasjon, kosmetiske hudoperasjoner på trunkus (fjerning hud), operasjoner på fascie, ganglion, seneskjede og bursa i håndledd og hånd, dekompresjon av ryggmarg og nerverøtter. Disse prosedyrene utgjør omtrent 2/3 av kirurgien utført av gruppen øvrige private (anbudssykehus).

på hjertekransårene, 25 prosent av koronar bypassoperasjonene og 15 prosent av perkutan ablasjonsbehandling for hjertearytmi¹⁶. Se figurene 6.1, 6.11 og 6.14. De fleste pasientene med lungesykdom som følges opp ved Glittrelinikken legges inn til fire ukers rehabiliteringsopphold.

Private avtalespesialister

Avtalespesialistene innen somatisk sektor står for over en fjerdedel av de polikliniske konsultasjonene i spesialisthelsetjenesten totalt. De spiller derfor en viktig rolle i den offentlige spesialisthelsetjenesten. Fordeles alle konsultasjoner etter hoveddiagnosekapitler (ICD-10) og type tjenesteutøver finner vi at omtrent 60 prosent av konsultasjonene for pasienter med øyelidelser som hoveddiagnose foregår hos en privat avtalespesialist. Også innen øre-nese-hals og hudlidelser er avtalespesialistene store, og utfører omtrent halvparten av konsultasjonene. Vi kan også nevne kategorien *Sykdommer i urin og kjønnsorganer* og *Visse infeksjons og parasittsykdommer* hvor avtalespesialistene har omtrent 30 prosent av konsultasjonene. Se figur 6.12. Innrapporterte data til NPR er fortsatt ikke komplett for avtalespesialistene. Som vist til tidligere er det estimert nasjonale tall totalt, men når aktiviteten fordeles etter hoveddiagnosekapitler er dette basert på innrapporterte data til NPR. Andelen som besørger av avtalespesialistene er i realiteten derfor noe høyere for en del av gruppene. Det er også innrapportert noen spesialistkonsultasjoner som mangler hoveddiagnose (ca fire prosent).

Mesteparten av aktivitet som klassifiseres som kirurgi i henhold til DRG-systemet foregår i sykehusene (private sykehus, avtalesykehus og i helseforetak). Denne aktiviteten inngår i finansieringsordningen «Innsatsstyrt finansiering» (ISF). Avtalespesialistene inngår ikke i ISF, med unntak av fire spesialister, som i 2014 rapporterte 809 operasjoner (øre-nese-hals og urinveier). Det er i tillegg til disse noe aktivitet hos avtalespesialister som finansieres gjennom refusjoner fra Helfo, og som i ISF-ordningen ville vært klassifisert i en kirurgisk DRG. Dette gjelder i hovedsak innsetting av kunstig linse ved grå stær (kataraktoperasjoner). Inkluderes pasienter registrert med prosedyrekode CJE20 (innsetting av linse i bakre kammer) hos private avtalespesialister (cirka 15 000 operasjoner) sammen med aktiviteten i sykehusene, finner vi at omtrent 40 prosent av pasientene behandles hos en avtalespesialist (basert på ikke helt komplette data). Se figur 6.14. Det er registrert ytterligere kirurgisk aktivitet hos avtalespesialistene, blant annet innen øre-nese-hals, men dette synes å være av langt mindre omfang, og er ikke nærmere kartlagt i denne analysen.

Som tidligere nevnt utgjorde avtalespesialistenes bidrag mer for befolkningen bosatt i Helse Sør-Øst og Helse Vest enn i Helse Midt-Norge og Helse Nord når bidraget måles som andel av samlet antall konsultasjoner.

Geografiske variasjoner for utvalgt kirurgisk aktivitet

Helseforetakene utførte over 80 prosent av all kirurgi i spesialisthelsetjenesten og genererte 90 prosent av DRG-poengene i 2014. Mesteparten av variasjonen i forbruksrater for befolkningen i helseforetaksområdene vil derfor gjenspeile ulikheter i helseforetakenes tilbud. Vi så tidligere at de øvrige private sykehusene (anbudssykehusene) hadde størst andel aktivitet knyttet til tilstander i skjelett- og muskelsystemet. Vi har sett på geografisk variasjon i omfanget av kirurgi utført av private innen denne kategorien i 2014, samt for kataraktoperasjoner (grå stær).

¹⁶ Beregnet ut fra DRG-er som angir disse typene behandling.

Det var store forskjeller i andel av kirurgi på skjelett- og muskelsystemet som ble utført av private aktører. Avtalesykehusene betyr en god del i blant annet hovedstadsområdet, Bergen, Vestre Viken og Telemark. Øvrige private sykehus har størst andel av operasjonene for befolkningen i St. Olavsområdet med 26 prosent. I seks av helseforetaksområdene var andelen 15 til 19 prosent, blant annet i områdene tilhørende Stavanger, Østfold, UNN (Troms), Nord-Trøndelag og Møre og Romsdal. De laveste andelenene fant vi for befolkningen fra Telemark, Vestfold, innlandet, Sogn og Fjordane og Sørlandet (fra to til sju prosent hos øvrige private sykehus). Se figur 6.15.

Ser vi på litt mer spesifikke grupper av kirurgi på skjelett- og muskelsystemet var andelen hos øvrige private sykehus spesielt høy for operasjoner på kne/legg/fot (DRG 218-222). 49 prosent av pasientene bosatt i St. Olavsområdet fikk disse operasjonene utført ved anbudssykehus (øvrige private sykehus). I Østfold og Stavangerområdet var andelen også høy, henholdsvis 39 og 38 prosent, mens hovedstadsområdet lå på 27 prosent og Helse Bergens-området på 24 prosent. Se figur 6.16. Innenfor disse DRG-ene utgjorde meniskoperasjoner 37 prosent totalt for alle sykehus, men hele 68 prosent hos anbudssykehusene.

Også når det gjaldt operasjoner i albue og underarm (DRG 223 og 224), hadde alle områdene i Midt-Norge en høy andel (ca 30 prosent) utført av øvrige private sykehus. Det samme gjaldt for Bergensområdet (33 prosent) og Troms (31 prosent). Telemark, Vestfold og Sørlandet har lavest andel hos øvrige private sykehus. Se figur 6.17. Noe av det samme mønsteret finner vi også for operasjoner på ankel/fot (DRG 225 og 2250). St. Olavsområdet hadde høyest andel med 37 prosent, fulgt av Østfold med 29 prosent og Bergensområdet med 25 prosent. Sogn og Fjordane, Sørlandet, Innlandet hadde lavest andel bidrag fra øvrige private sykehus. Se figur 6.18.

Som tidligere vist bidrar private avtalespesialister i stor grad når det gjelder operasjoner hvor linsen i øyet skiftes ut med en kunstig linse, vanligvis på grunn av grå stær. I alle helseforetaksområder, unntatt Telemark, Møre og Romsdal, og Finnmark, utførte private avtalespesialister en betydelig andel av disse operasjonene i 2014. Høyest andel fant vi for pasienter bosatt i Nordland og hovedstadsområdet, med over 60 prosent registrert hos avtalespesialister. I Helse Vest var det også en del operasjoner som ble utført av øvrige private sykehus, spesielt i Fonna-området (22 prosent). Se figur 6.19. Det tas forbehold om at prosedyrekoder kan være noe underrapportert fra noen områder og at datagrunnlaget ikke er helt komplett for avtalespesialistene.

6.4 Tabeller og figurer

Aktivitetsutvikling og de private sin andel av aktiviteten

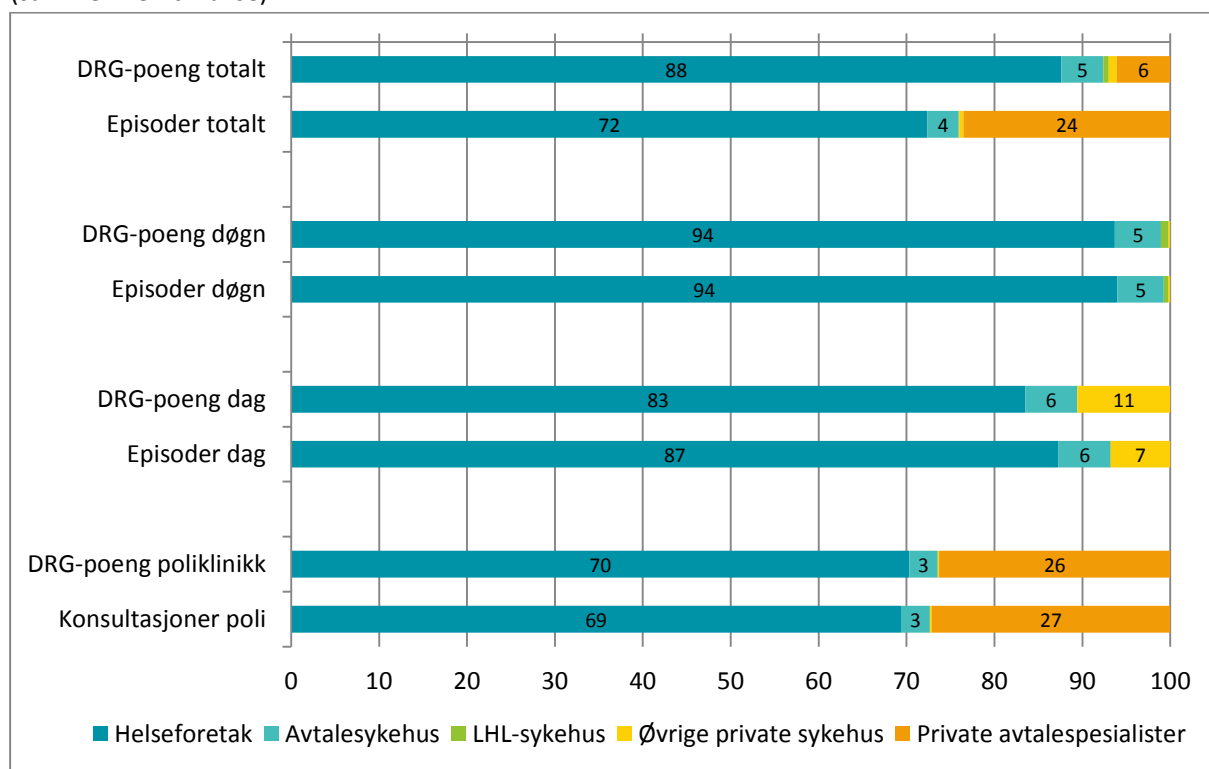
Tabell 6.1 Utvikling i DRG-poeng 2010-2014.

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

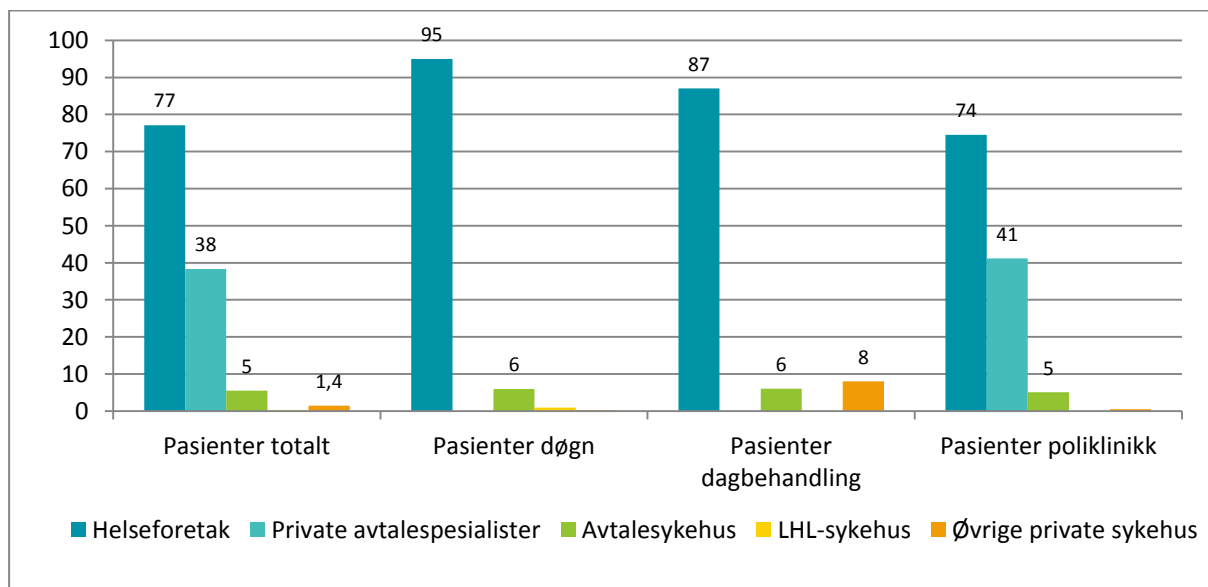
Tabell 6.2 Utvikling i opphold og konsultasjoner 2010-2014.

Døgnopphold	2010	2011	2012	2013	2014
Sum døgnopphold, herav:	788 232	795 316	806 930	806 578	810 030
- Helseforetak	744 742	750 642	759 896	758 326	760 251
- Avtalesykehus	36 168	37 293	38 710	39 945	42 496
- Private sykehus LHL	5 603	5 410	5 678	5 770	5 910
- Øvrige private sykehus	1 719	1 971	2 646	2 537	1 373
Dagopphold					
Sum dagopphold, herav:	367 695	358 624	355 349	348 576	351 772
- Helseforetak	323 209	317 435	312 043	303 813	307 039
- Avtalesykehus	24 469	22 161	20 749	21 302	20 890
- Private sykehus LHL	26	13	23	18	32
- Øvrige private sykehus	19 991	19 015	22 534	23 443	23 811
Polikliniske konsultasjoner					
Sum polikliniske konsultasjoner, herav:	6 716 009	6 954 737	7 132 629	7 343 321	7 573 278
- Helseforetak	4 708 049	4 851 957	4 994 161	5 080 452	5 253 341
- Avtalesykehus	191 228	209 989	228 099	234 540	248 800
- Private sykehus LHL	1 171	1 365	1 420	1 582	1 440
- Øvrige private sykehus	1 748	1 945	3 513	8 098	13 628
- Avtalespesialister (estimat)	1 813 813	1 889 481	1 905 436	2 018 649	2 056 069

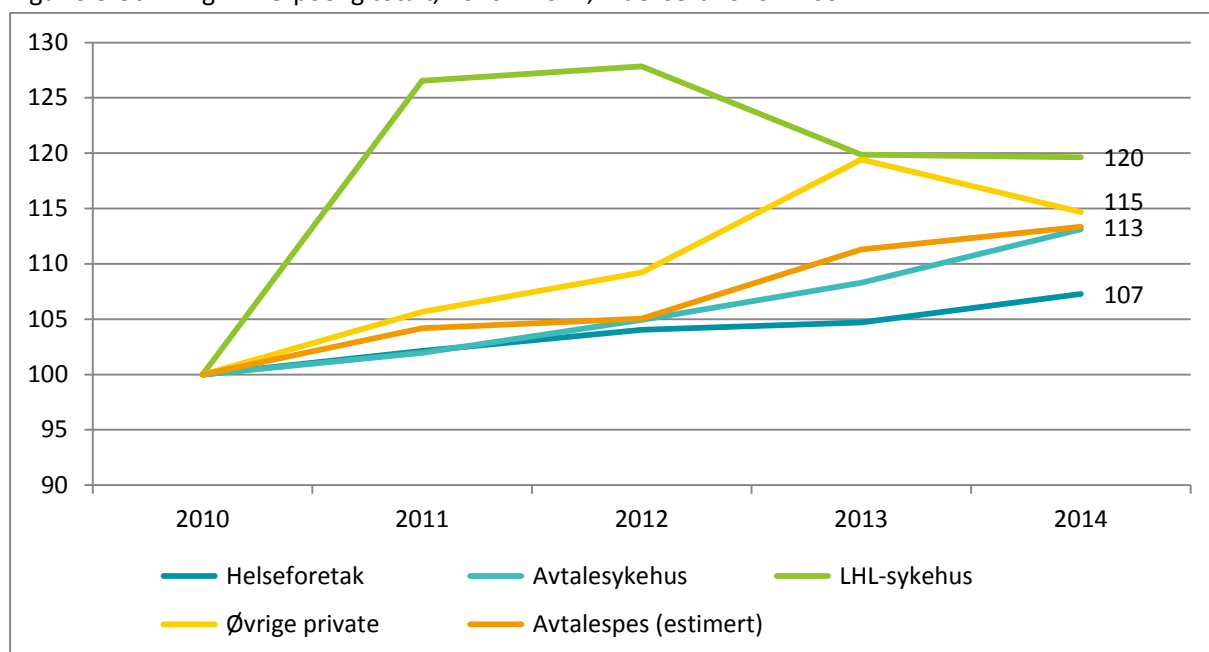
Figur 6.1 Prosentandel DRG-poeng og andel episoder etter type tjenesteutøver og omsorgsnivå 2014 (sammenklemt x-akse).



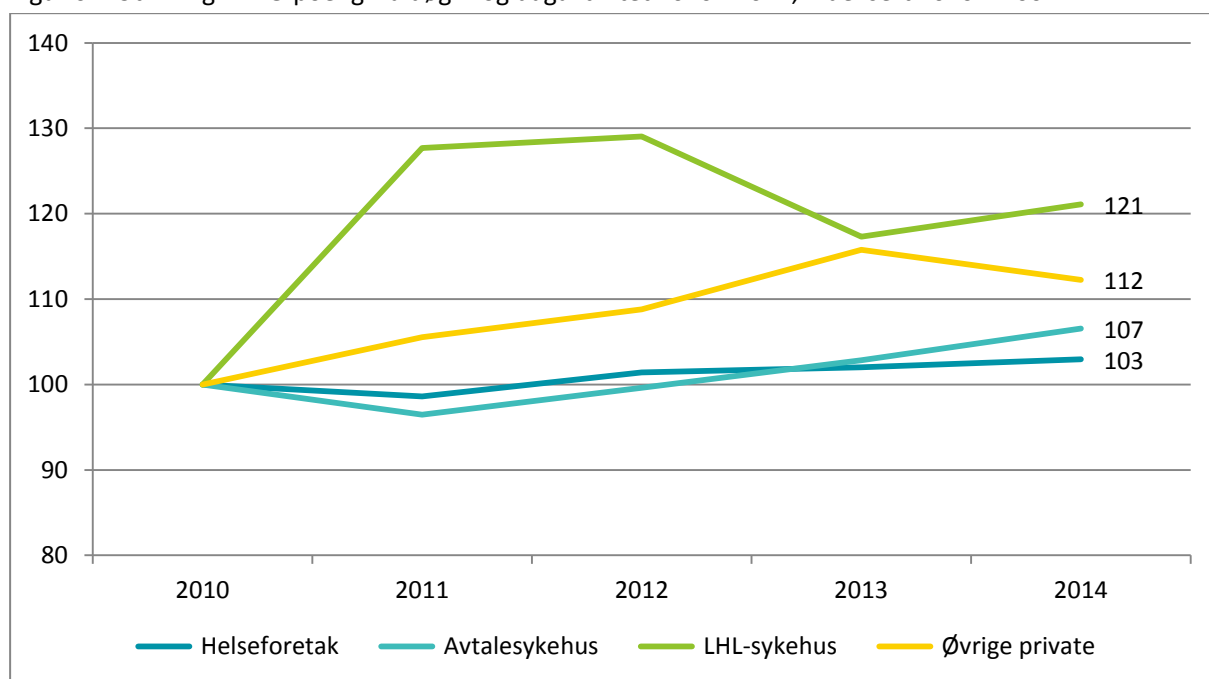
Figur 6.2 Prosentandel pasienter (personer) med minst en episode hos den enkelte tjenesteutøver 2014.



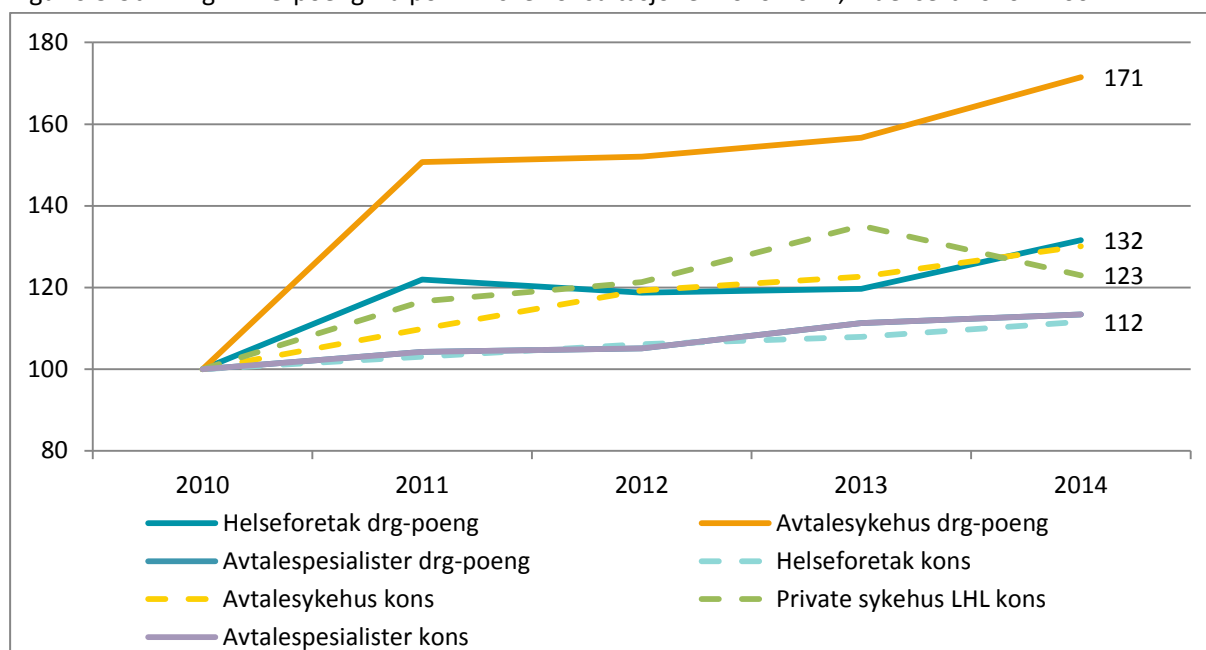
Figur 6.3 Utvikling i DRG-poeng totalt, 2010 – 2014, indeksert 2010 = 100.



Figur 6.4 Utvikling i DRG-poeng fra døgn- og dagaktivitet 2010 - 2014, indeksert 2010 = 100.

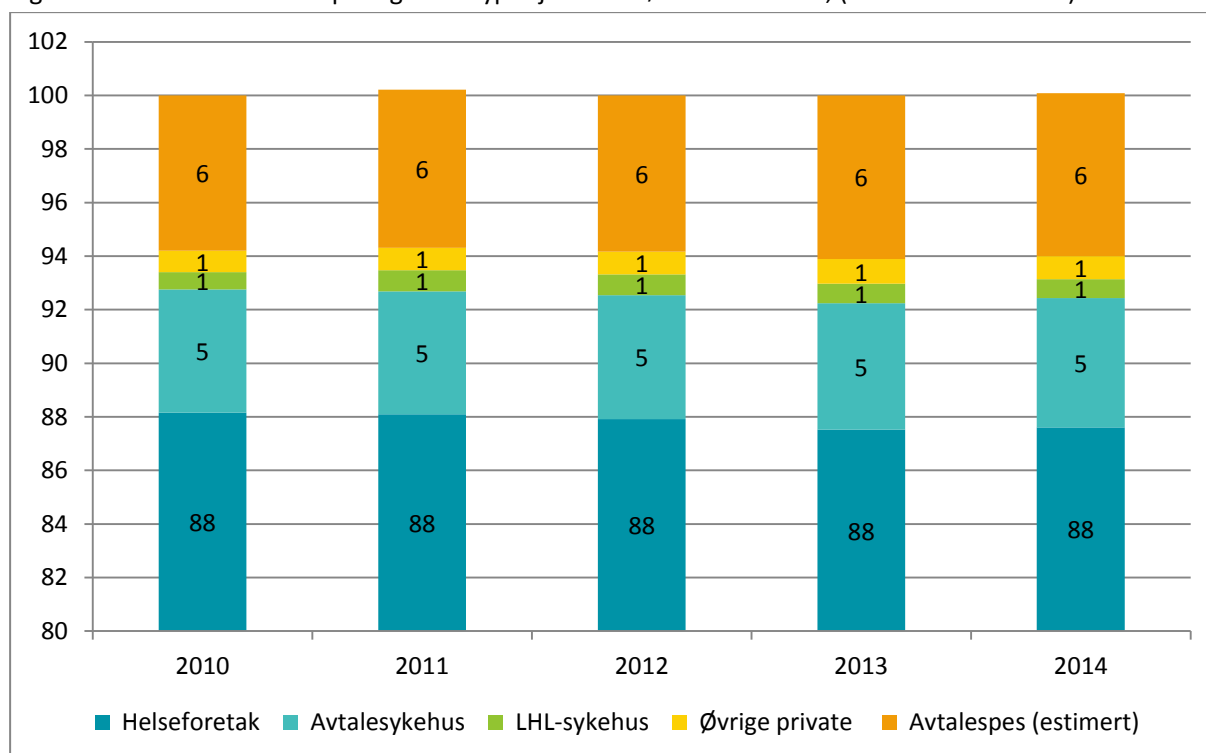


Figur 6.5 Utvikling i DRG-poeng fra polikliniske konsultasjoner 2010-2014, indeksert 2010 = 100¹.



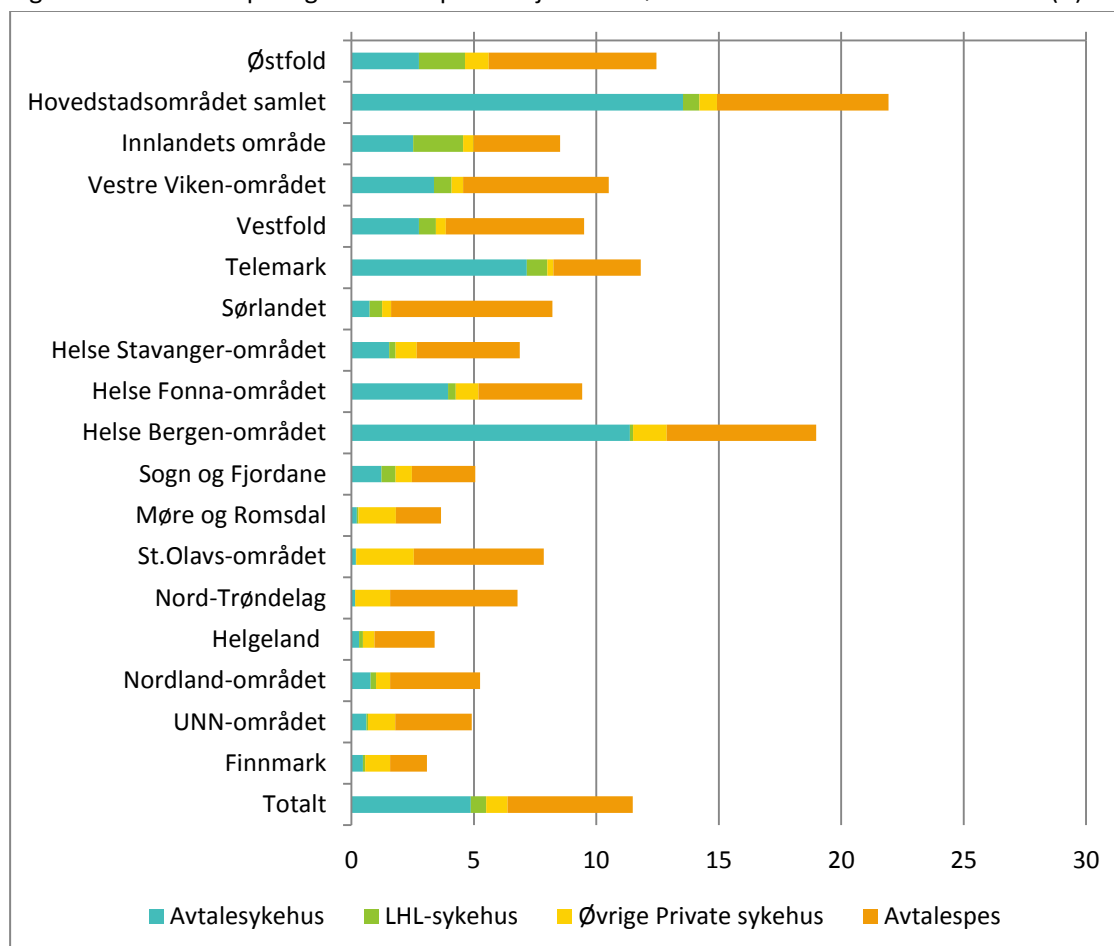
1 Øvrige private sykehus er ikke inkludert på grunn av mangelfulle data gjennom hele perioden. De innrapporterte tallene viser en vekst på 320 prosent i drg-poeng og 780 prosent i antall registrerte konsultasjoner. Veksten er i stor grad knyttet til aktivitet hos Aleris sykehus i Oslo og Trondheim og gjelder blant annet en økning i antall koloskopier, endoskopier, diagnostisk intervensjon ved søvnapne (for det siste delvis også ny registreringsrutine fra døgn til poliklinikk).

Figur 6.6 Prosentandel DRG-poeng etter type tjenesteutøver 2010-2014, (sammenklemt akse).

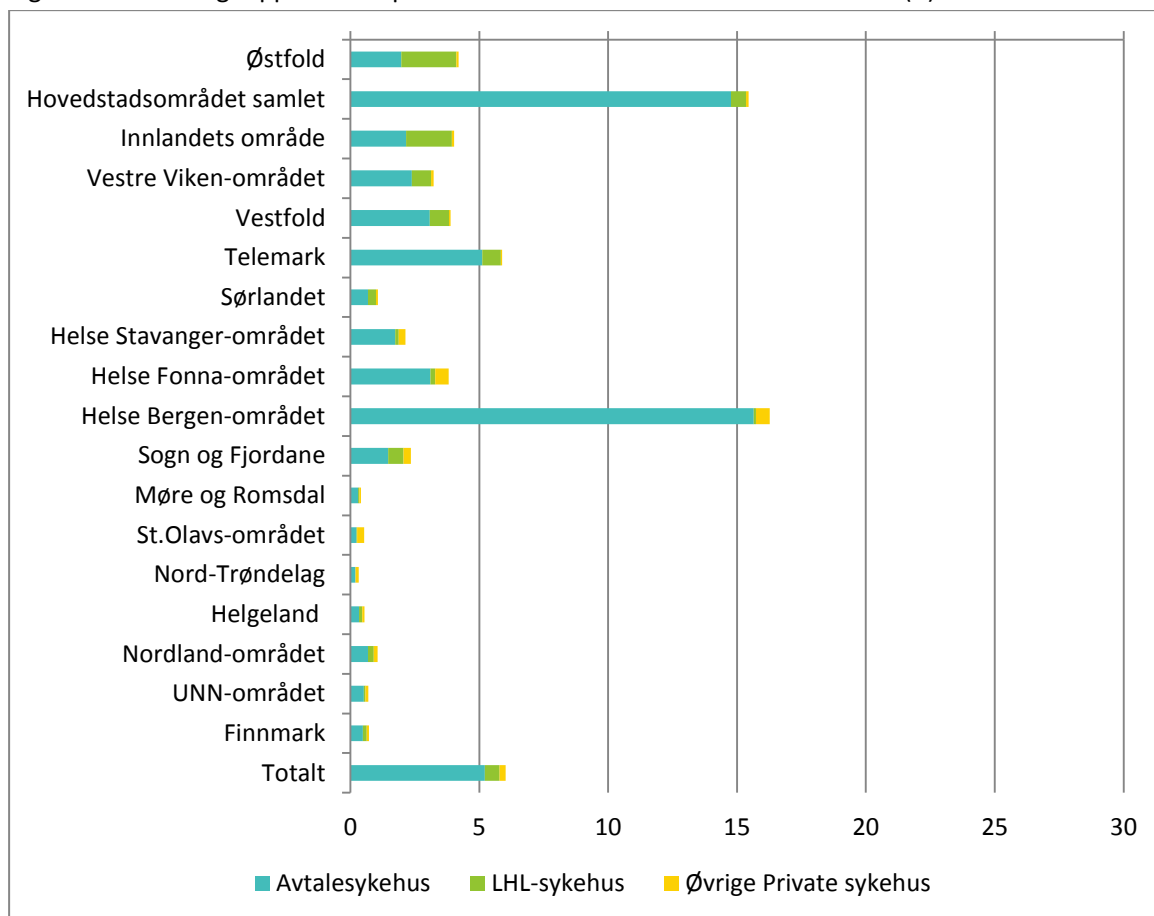


Geografisk variasjon i forbruk ved private og offentlige aktører 2014

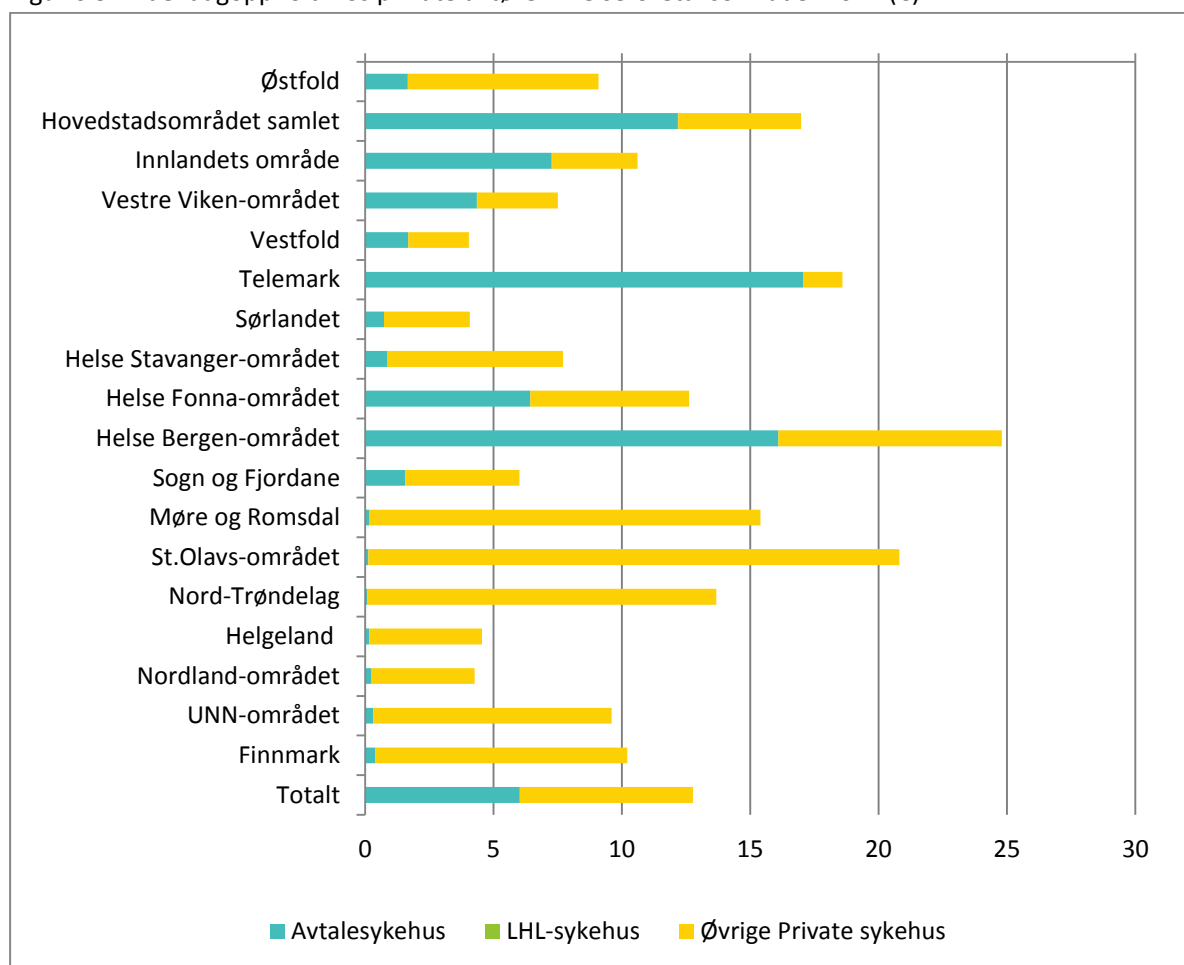
Figur 6.7 Andel DRG-poeng totalt hos private tjenesteutøvere i helseforetaksområder 2014 (A).



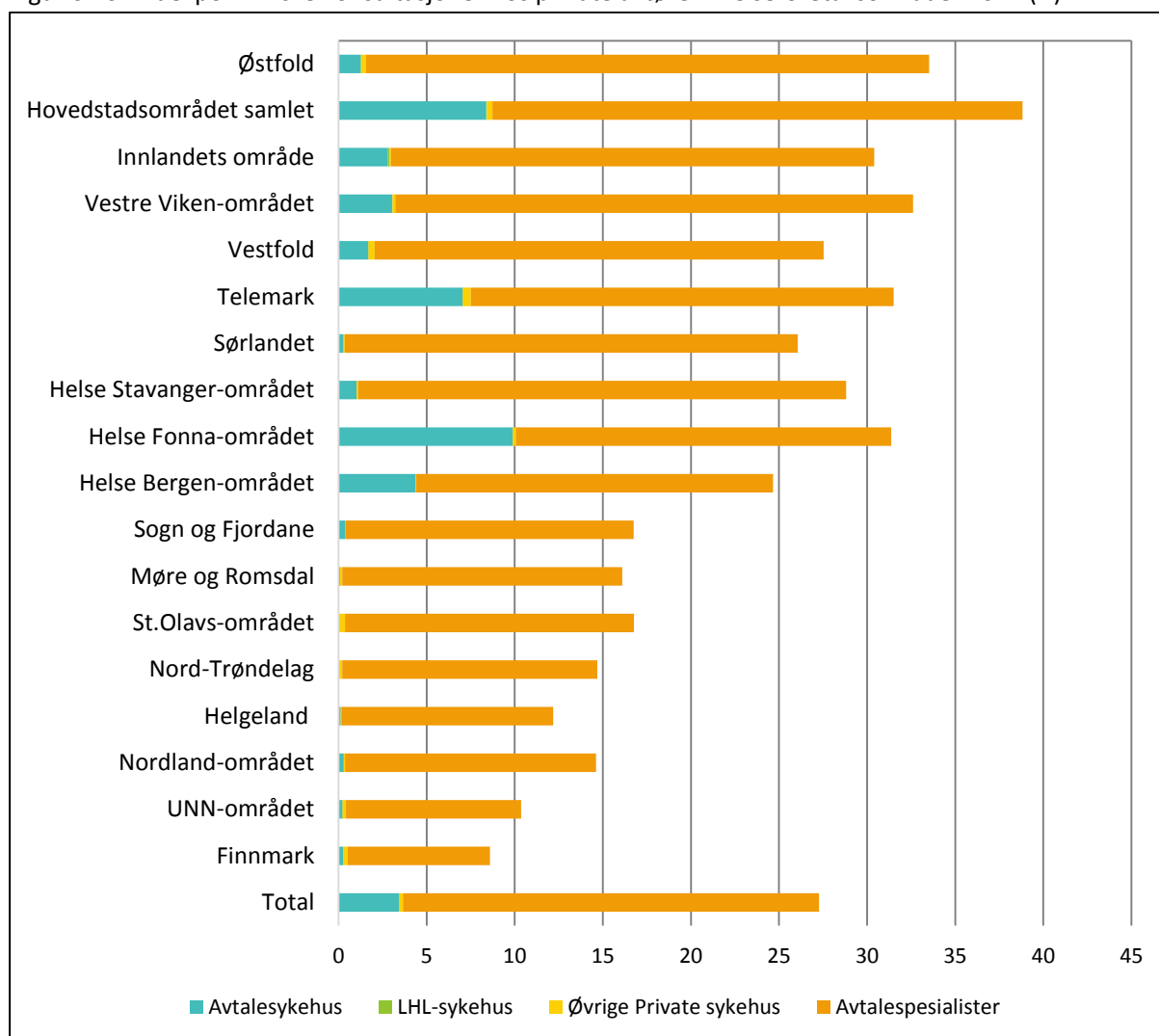
Figur 6.8 Andel døgnopphold hos private aktører i helseforetaksområder 2014 (B).



Figur 6.9 Andel dagopphold hos private aktører i helseforetaksområder 2014 (C).



Figur 6.10 Andel polikliniske konsultasjoner hos private aktører i helseforetaksområder 2014 (D).



Tabell 6.3 Rater (per 1000 innbygger) i helseforetaksområdene for DRG-poeng totalt og episoder etter omsorgsnivå¹. Rater med og uten utvalgte private tjenesteutøvere i 2014.

	DRG-poeng totalt (A)		Dag- og døgn-opphold (B)		Kun dagopphold (C)		Polikliniske konsultasjoner (D)	
	Totalt	Ekskl. avtale-spes.	Totalt	Ekskl. øvr.priv. s.hus.	Totalt	Eks øvrig priv	Totalt	Ekskl. øvr.priv. s.hus.
Østfold	288	269	225	219	74	69	1 403	954
Hovedstads-området samlet	257	239	203	200	64	61	1 434	1 003
Innlandets område	320	308	247	245	68	65	1 489	1 080
Vestre Viken-området	280	263	214	211	68	66	1 378	973
Vestfold	316	298	253	251	90	88	1 517	1 131
Telemark	321	309	267	265	87	85	1 589	1 208
Sørlandet	288	269	216	214	66	64	1 470	1 092
Helse Stavanger-området	241	231	194	190	55	51	1 222	883
Helse Fonna-området	301	288	244	239	63	59	1 361	1 071
Helse Bergen-området	279	262	229	222	68	62	1 285	1 024
Sogn og Fjordane	307	299	247	244	65	62	1 568	1 312
Møre og Romsdal	299	294	231	221	68	58	1 544	1 298
St.Olavs-området	280	266	213	198	71	57	1 401	1 171
Nord-Trøndelag	322	305	242	232	70	60	1 314	1 124
Helgeland	331	323	260	257	65	62	1 539	1 354
Nordland-området	294	283	241	238	67	64	1 268	1 088
UNN-området	268	260	210	204	64	58	1 261	1 135
Finnmark	294	289	259	252	67	60	1 239	1 139
Total	284	269	224	219	67	62	1 396	1 066
Variasjonskoeff. ²	0,08	0,09	0,09	0,10	0,12	0,14	0,08	0,11

1 Ratene er ikke justert for kjønns- og alderssammensetning. Nivået på ratene kan dermed ikke sammenlignes direkte. Formålet her er å illustrere om graden av variasjon mellom områdene endres ved å inkludere private.

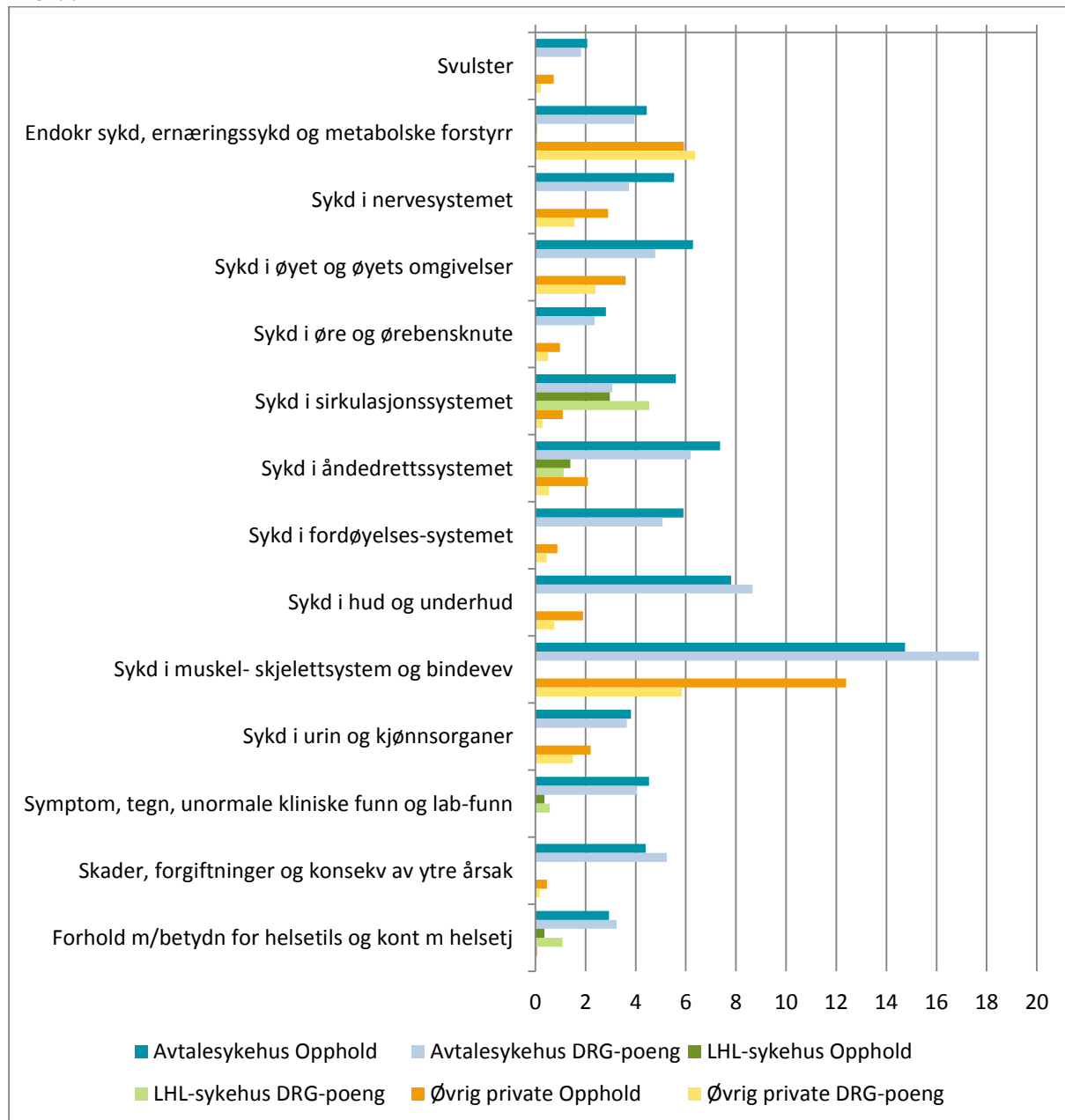
2 Variasjonskoeffisienten er gjennomsnitt delt på standardavvik. Multiplisert med 100 gir det uttrykk for prosent variasjon.

Tabell 6.4 Episoder og DRG-poeng fordelt etter hovedkapitler i ICD-10 og type tjenesteutøver 2014.

	<i>Episoder: Dag og døgnopphold</i>				<i>Drg-poeng dag og døgnopphold</i>			
	Helse-foretak	Avtale-sykeh.	LHL-sykehus	Øvrig priv. s.hus.	Helse-foretak	Avtale-sykeh.	LHL-sykehus	Øvrig priv. s.hus.
Infeksj.- og parasittsyk.	22 200	1 541	3	2	25 707	1 774	3	2
Svulster	101 928	2 165	5	765	143 904	2 676	5	314
Sykd. i blo og imm.forsv.	9 592	645	35		6 686	393	33	
Endokrin sykd. ernær.sykd. og metabolske forstyrrelser	19 087	946	13	1 263	16 245	715	12	1 154
Psyk. lid. og adferd.forst. ¹⁾	15 022	1 317	2		6 983	587	2	
Sykd. i nervesystemet	42 658	2 578	15	1 354	33 553	1 323	14	554
Sykd. i øyet og omgivelser	34 126	2 382		1 362	18 680	962	0	482
Sykd. i øre og ørebenskn.	10 651	311	1	108	4 471	109	1	23
Sykd. i sirk.systemet	117 859	7 300	3 869	1 423	157 764	5 263	7 788	484
Sykd. i åndedrettssyst.	71 798	5 838	1 105	1 656	85 558	5 684	1 035	492
Sykd. i fordøy.systemet	79 215	5 019	4	744	79 370	4 261	5	379
Sykd. i hud og underhud	12 314	1 065		260	11 468	1 097	0	96
Sykd. i muskel- skjelettsys. og bindevev	82 238	16 640	8	13 995	94 603	21 886	7	7 224
Sykd. i urin og kj.org.	69 930	2 837		1 644	56 941	2 187		899
Svangerskap, fødsel og barselstid	35 570	20			22 968	7		
Tilstander i perinatalperio.	9 854				26 975			
Medfødte misdannelser, defor., kromosomavvik	11 157	101	5	12	13 613	83	4	6
Symptom, tegn, unormale kliniske funn og lab-funn	74 739	3 560	287	9	35 538	1 514	214	3
Skader, forgiftninger og konsek. av ytre årsak	100 745	4 658	12	487	126 562	7 010	35	223
Ytre årsaker til sykd, skader og dødsfall	42	3						
Forhold m/betydn for helsetils. og kont.m h.tjen.	146 475	4 450	553	100	93 375	3 160	1 059	30

1 Kun aktivitet registrert ved somatiske enheter

Figur 6.11 Andel episoder og DRG-poeng fordelt på ICD-10 hovedkapitler og type aktør. Døgn og dagopphold samlet 2014.

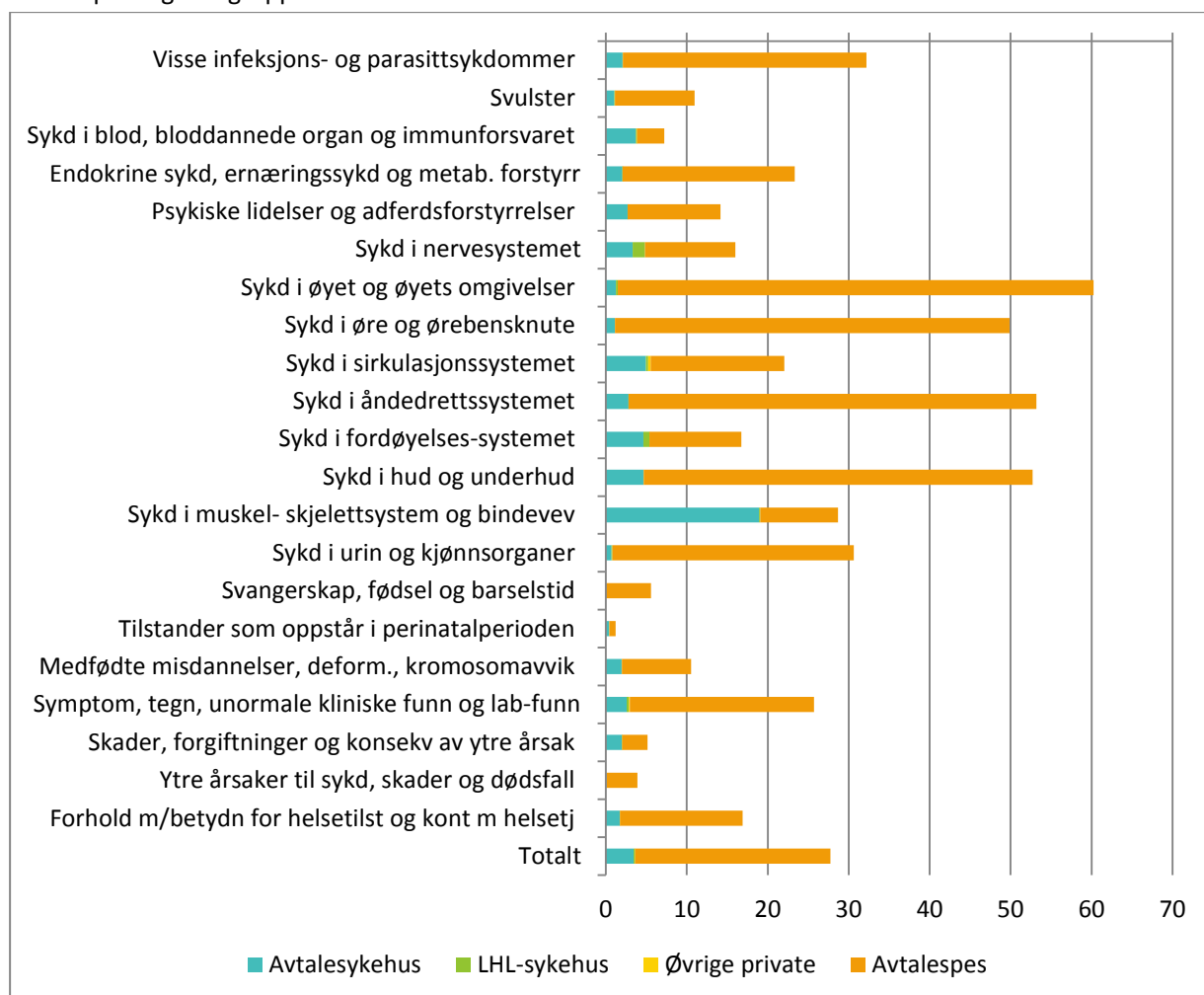


Tabell 6.5 Antall polikliniske konsultasjoner utført av ulike typer tjenesteutøvere (inklusive avtalespesialister) i 2014, fordelt på diagnosegrupper.

	Helse-foretak	Avtale-sykeh.	Øvr. Priv. s.hus.	LHL-s.hus	Avtale-spes.	Totalt
Ikke angitt diagnose	506	107	1 915		68 682	70 704
Visse infeksjons- og parasittsykdommer	49 436	1 515	6		21 959	72 916
Svulster	763 243	8 878	625	1	84 505	857 252
Sykd. i blod, bloddann. organ og immun.f.	30 032	1 197	50	1	1 084	32 364
Endokr. sykd., ernæringssykd. og metab.forst.	233 467	6 246	87	4	64 749	304 553
Psykiske lidelser og adferdsforstyrrelser ¹⁾	44 858	1 411	3		5 984	52 256
Sykd. i nervesystemet	206 216	8 104	3 805		27 398	245 523
Sykd. i øyet og øyets omgivelser	244 728	7 706	1 304		377 009	630 747
Sykd. i øre og ørebensknute	176 629	3 914			171 846	352 389
Sykd. i sirkulasjonssystemet	236 534	15 036	850	972	50 062	303 454
Sykd. i åndedrettssystemet	126 992	7 608	30	8	136 534	271 172
Sykd. i fordøyelses-systemet	233 973	13 049	2 064	1	31 908	280 995
Sykd. i hud og underhud	227 136	22 250	288		230 747	480 421
Sykd. i muskel- skjelettsystem og bindevev	399 971	106 151	791		53 888	560 801
Sykd. i urin og kjønnsorganer	237 525	2 406	352		102 182	342 465
Svangerskap, fødsel og barselstid	127 538	14			7 506	135 058
Tilstander som oppstår i perinatalperioden	11 685	50			92	11 827
Medfødte misdann., deform., kromosomavvik	64 291	1 410	30		6 141	71 872
Symptom, tegn, unorm. klini. Funn, lab-funn	260 083	9 018	995	389	79 593	350 078
Skader, forgiftninger og konsek. av ytre årsak	384 961	8 172	35	1	12 712	405 881
Ytre årsaker til sykd, skader og dødsfall	3 267	3			129	3 399
Forhold m/betydn. for helsetilst. og kont. s.tj.	1 190 270	24 555	398	63	216 791	1 432 077

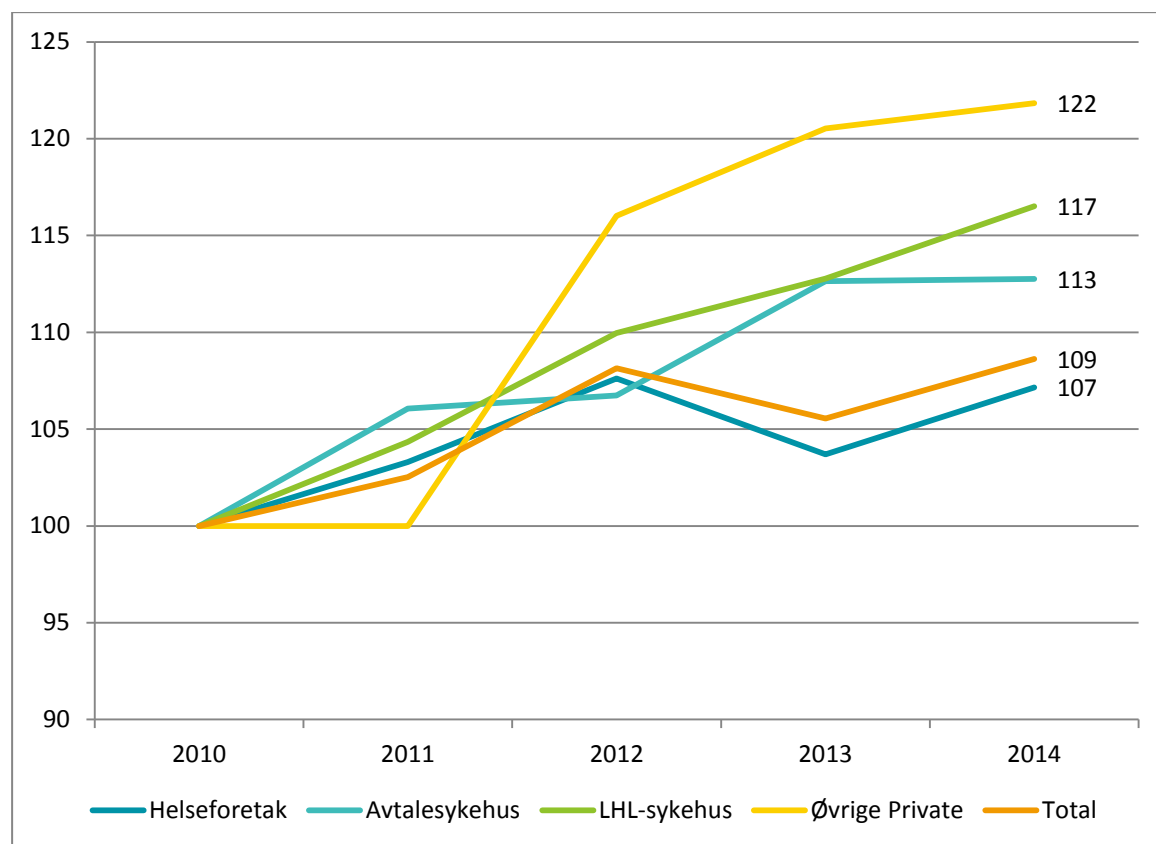
1 Kun aktivitet registrert ved somatiske enheter

Figur 6.12 Andel polikliniske konsultasjoner utført av private aktører (inklusive avtalespesialister¹) i 2014, fordelt på diagnosegrupper.



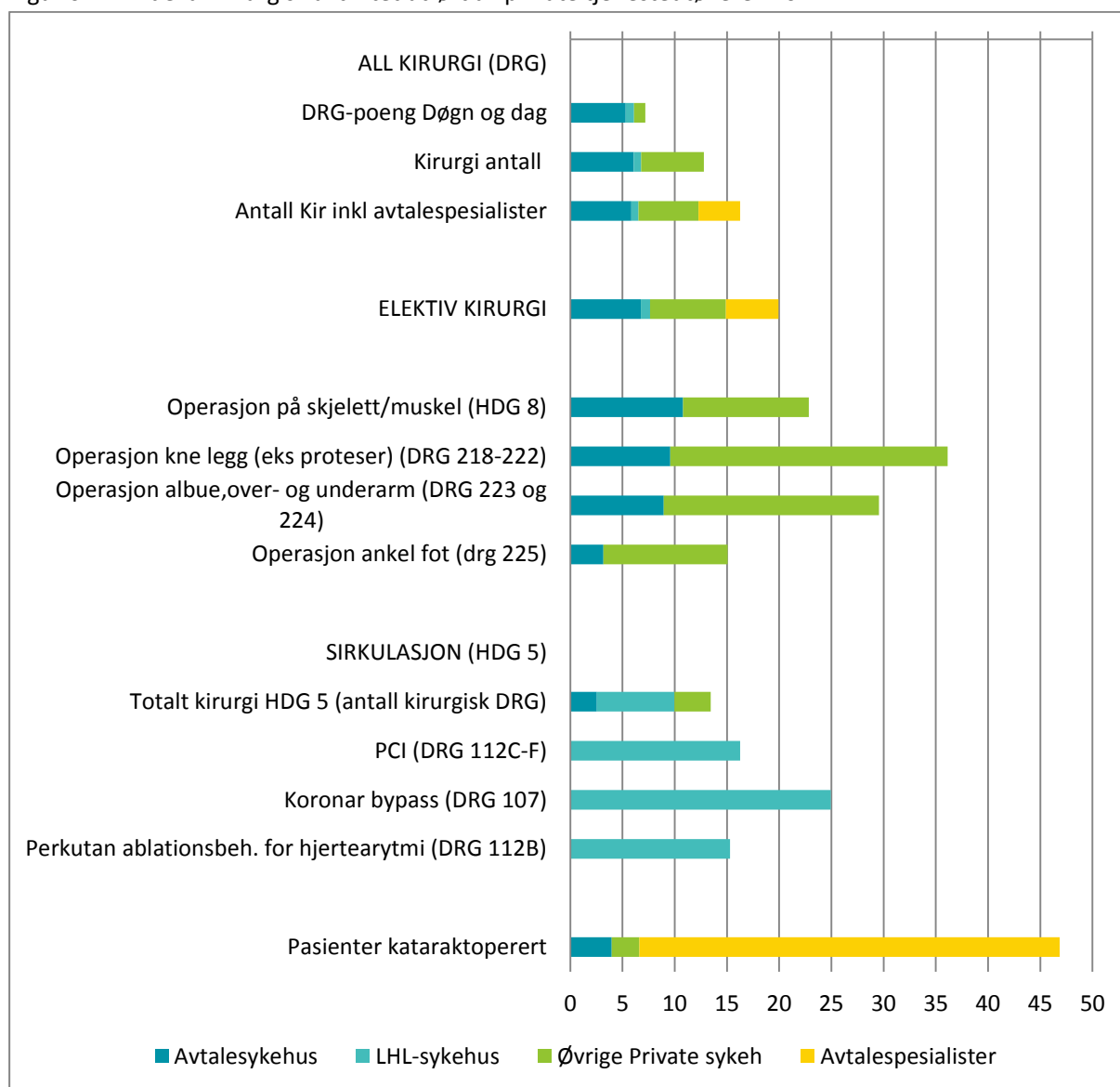
1 Basert på ikke-komplett fil for avtalespesialistene.

Figur 6.13 Utvikling i antall episoder med elektiv kirurgi 2010-2014 fordelt på typer av tjenesteutøvere. Indeksert 2010=100¹.

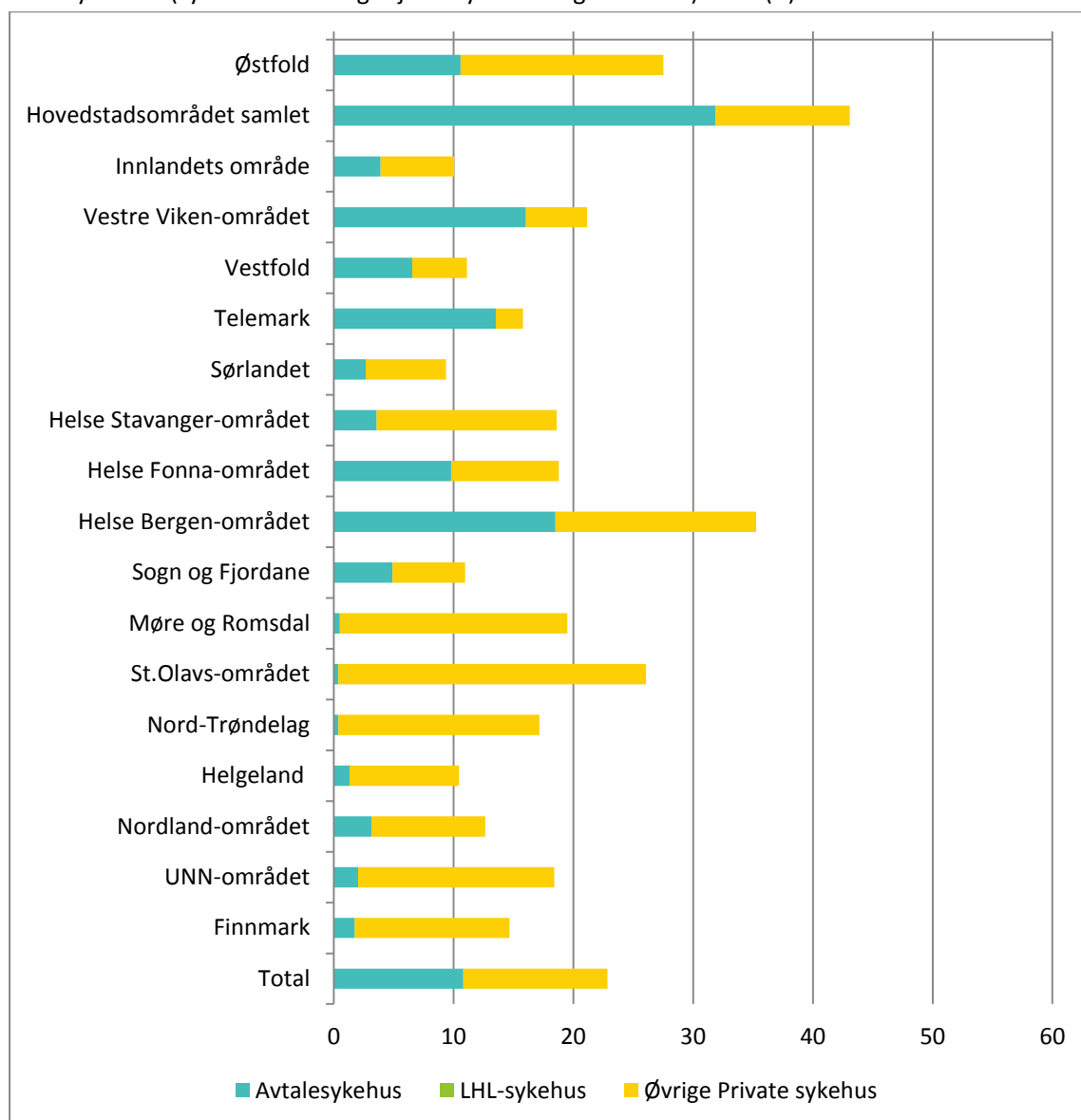


¹ Noe mangelfulle kirurgiske data 2011 for øvrige private sykehus (anbudssykehus)

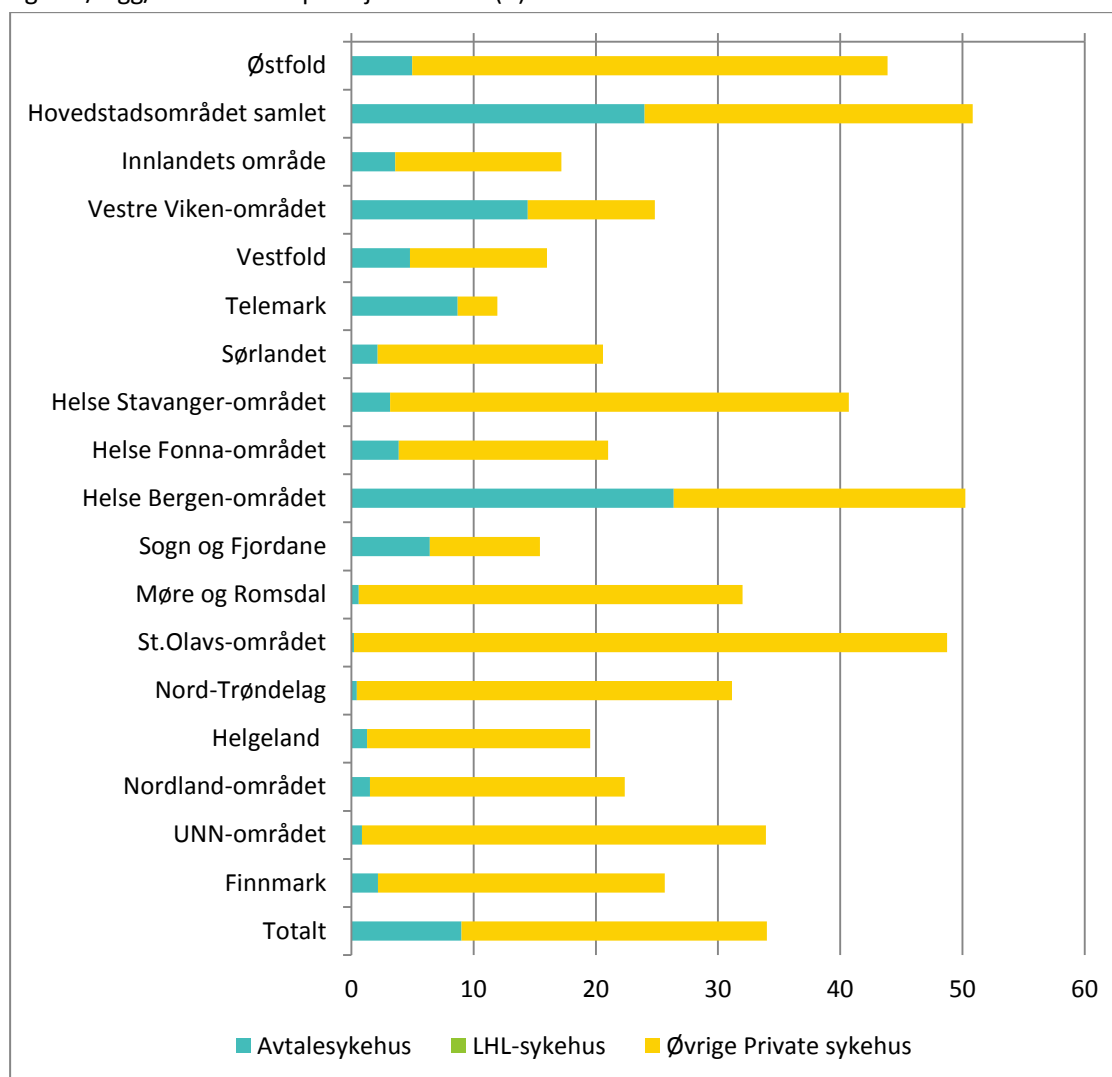
Figur 6.14 Andel av kirurgisk aktivitet utført av private tjenesteutøvere i 2014



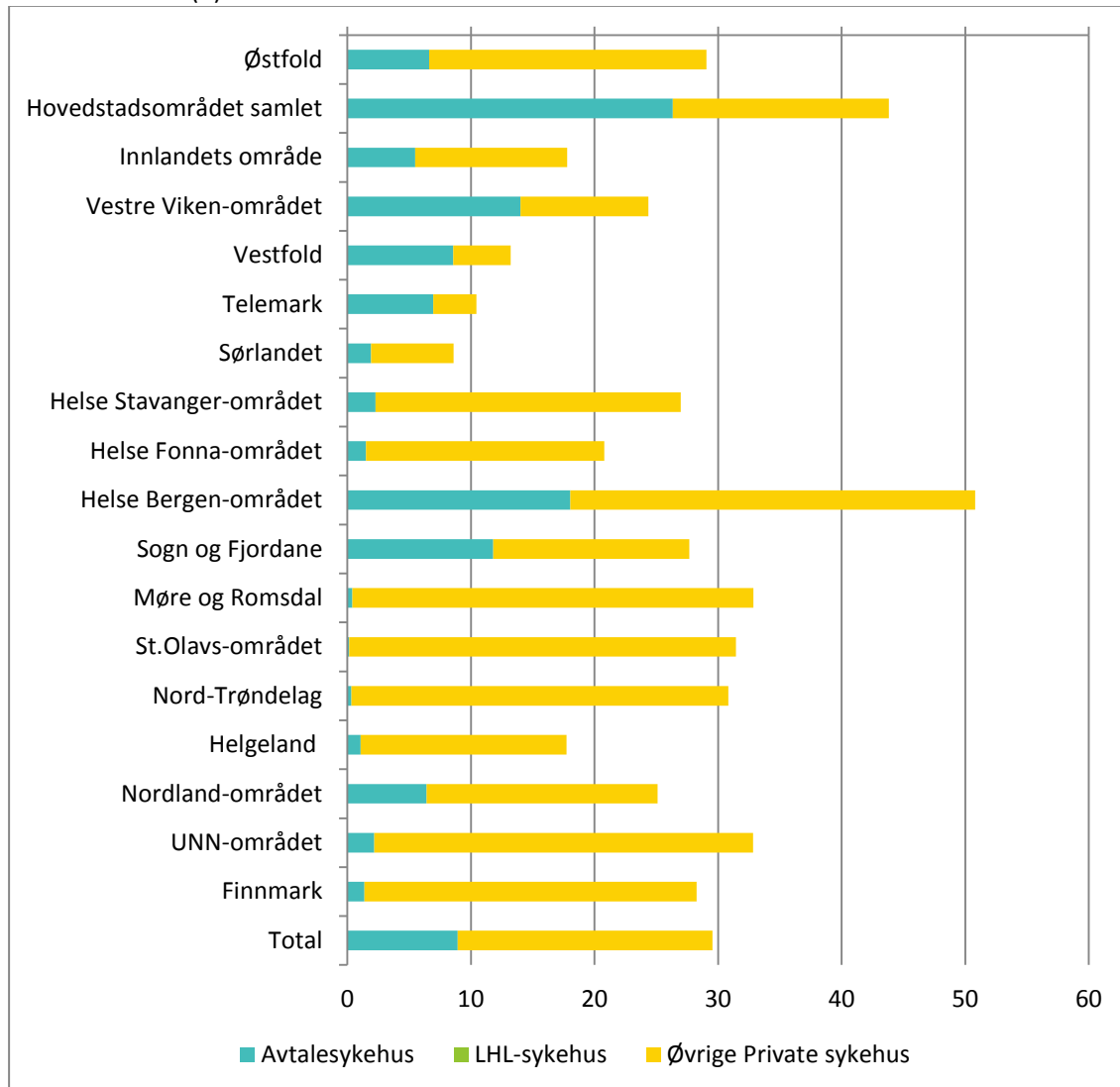
Figur 6.15 Prosentandel av kirurgisk aktivitet utført av private tjenesteutøvere; Hoveddiagnosegruppe 8 i DRG-systemet (sykd. i muskel- og skjelettsystemet og bindevev) 2014 (A).



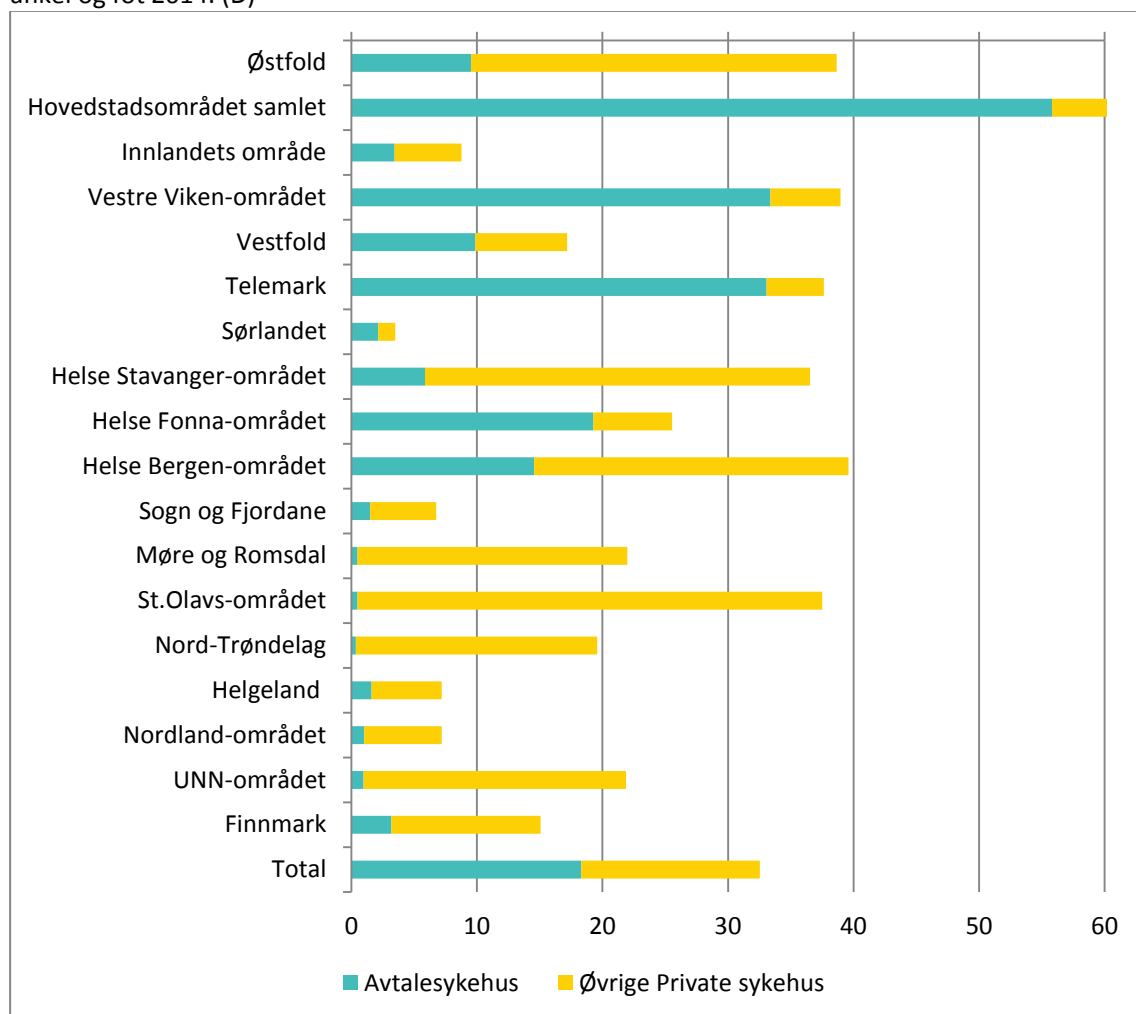
Figur 6.16 Prosentandel av kirurgisk aktivitet utført av private aktører; DRG 218-222 operasjoner humerus og kne/legg/fot eks leddoperasjoner 2014 (B).



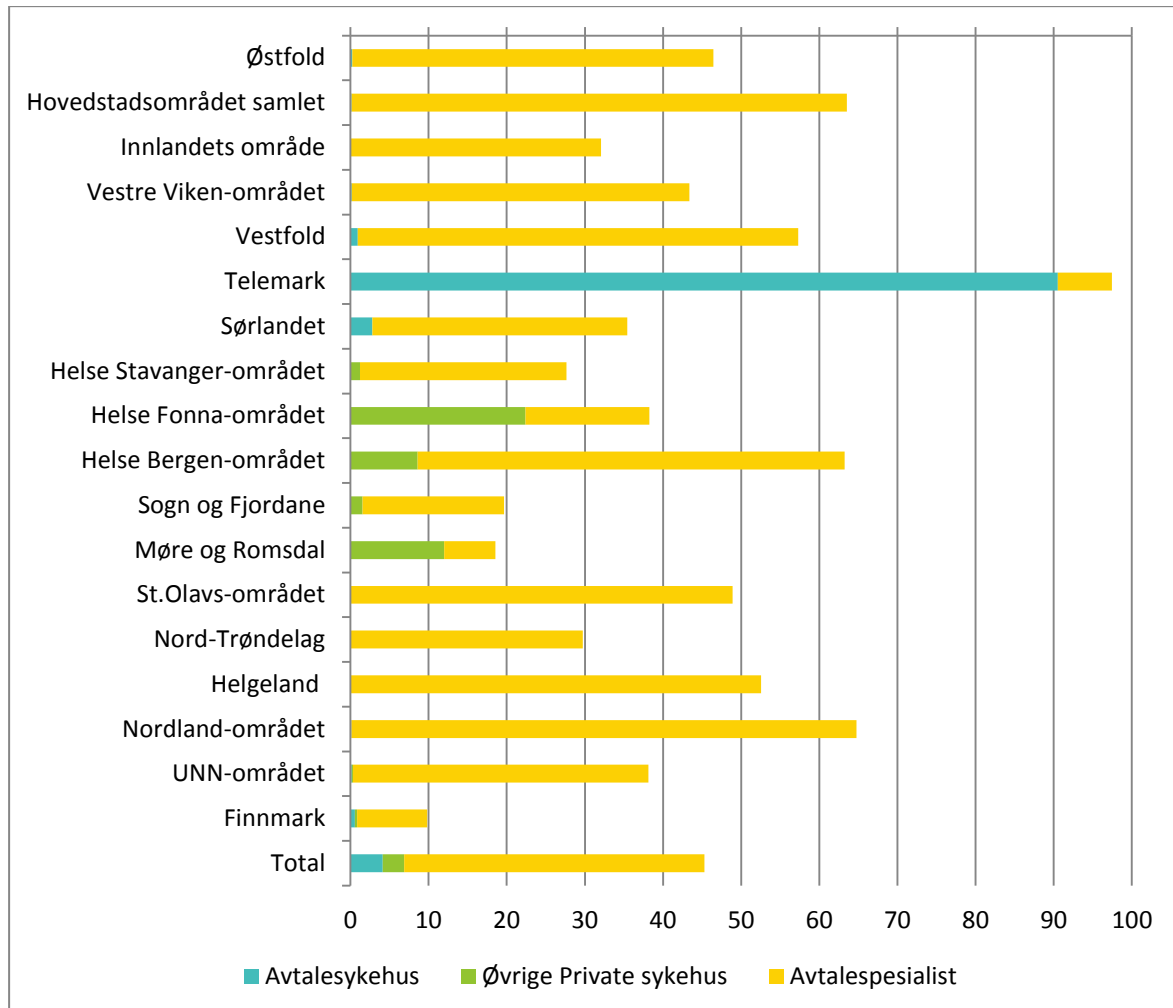
Figur 6.17 Prosentandel av kirurgisk aktivitet utført av private aktører; DRG 223 og 224 Albue og underarm 2014 (C).



Figur 6.18 Prosentandel av kirurgisk aktivitet utført av private aktører; DRG 225 og 225O Operasjoner i ankel og fot 2014. (D)



Figur 6.19 Prosentandel av pasienter med prosedyre CJE20 som angir innsetting av kunstig linse i bakre kammer utført av private aktører 2014 (E).



Tabell 6.6 Rater for kirurgi (per 1000 innbygger) i helseforetaksområdene¹, med og uten utvalgte private tjenesteutøvere i 2014.

	HDG 8: Kirurgi Skjelett- Muskel (A)		DRG 218-222 Oper. på humerus og kne/legg/fot (B)		DRG 223 og 224 Albue og underarm (C)		DRG 225 og 225O Oper. Ankel/fot (D)		Pas. operert grå stær (E)	
	Totalt	Ekskl. øv.pri. s.hus.	Totalt	Ekskl. øv.pri. s.hus.	Totalt	Ekskl. øv.pri. s.hus.	Totalt	Ekskl. øv.pri. s.hus.	Totalt	Ekskl. avtale- spes.
Østfold	25	20	6,1	3,7	3,7	2,9	1,4	1,0	4,3	2,3
Hovedstads- området samlet	19	17	4,3	3,1	2,2	1,8	1,3	1,2	2,7	1,0
Innlandets område	27	25	5,7	5,0	3,3	2,9	1,7	1,7	5,2	3,5
Vestre Viken- området	23	22	5,0	4,4	2,8	2,5	1,6	1,5	4,3	2,4
Vestfold	25	23	5,2	4,6	3,5	3,3	1,6	1,4	3,3	1,5
Telemark	22	21	5,0	4,9	2,5	2,4	1,5	1,5	5,9	5,5
Sørlandet	23	22	5,5	4,5	3,0	2,8	1,3	1,2	6,2	4,2
Stavanger- området	17	15	4,2	2,6	2,2	1,7	0,8	0,6	4,6	3,4
Helse Fonna- området	22	20	5,6	4,6	2,9	2,4	1,2	1,2	4,6	3,9
Helse Bergen- området	22	18	5,7	4,3	3,6	2,4	1,2	0,9	6,1	2,8
Sogn og Fjordane	33	31	8,4	7,7	5,0	4,2	1,2	1,2	7,7	6,3
Møre og Romsdal	30	24	7,7	5,3	4,7	3,2	1,5	1,2	6,9	6,5
St.Olavs- området	29	21	7,9	4,1	4,2	2,9	2,0	1,3	5,5	2,8
Nord- Trøndelag	32	27	8,2	5,7	4,4	3,0	2,1	1,7	6,8	4,8
Helgeland	26	24	5,9	4,9	3,6	3,0	1,6	1,5	3,2	1,5
Nordland- området	24	22	5,3	4,2	3,6	3,0	1,4	1,3	5,4	1,9
UNN-området	26	22	6,2	4,1	4,6	3,2	1,6	1,3	3,4	2,1
Finnmark	26	22	6,1	4,7	4,8	3,5	1,7	1,5	4,7	4,3
Total	23	21	5,6	4,2	3,2	2,6	1,4	1,2	4,7	2,9
Variasjons- koeff. ²	0,16	0,16	0,21	0,23	0,23	0,20	0,20	0,22	0,28	0,49

¹ Ratene er ikke justert for kjønns- og alderssammensetning. Nivået på ratene kan dermed ikke sammenlignes direkte. Formålet her er å illustrere om graden av variasjon mellom områdene endres ved å inkludere private.

² Variasjonskoeffisienten er gjennomsnitt delt på standardavvik. Multiplisert med 100 gir det uttrykk for prosent variasjon.

VEDLEGG: OVERSIKT OVER PRIVATE INSTITUSJONER I SPESIALISTHELSETJENESTEN

Dette vedlegget gir en oversikt over institusjoner som inngår som private institusjoner i denne rapporten. Grunnlagstall for rapporten, samt alle tabeller og figurer i kapitlene, finnes som vedlegg i excelformat: <https://helsedirektoratet.no/statistikk-og-analyse/samdata>.

Kapittel 1 Kostnader og finansiering

Tabell v1 Private institusjoner som inngår datagrunnlaget for kapittel 1.

Institusjoner	Sektor	2010	2011	2012	2013	2014
Private avtaleinstitusjoner						
Betanien hospital	Somatikk	x	x	x	x	x
Diakonhjemmet sykehus	Somatikk	x	x	x	x	x
Haraldsplass Diakonale Sykehus AS	Somatikk	x	x	x	x	x
Haugesund San.for. revm.shus.	Somatikk	x	x	x	x	x
Lovisenberg diakonale sykehus	Somatikk	x	x	x	x	x
Martina Hansens hospital	Somatikk	x	x	x	x	x
Revmatismesykehuset as	Somatikk	x	x	x	x	x
Almenpsykiatrisk avdeling Vor Frue	PHV-V	x				
Bergfløtt behandlingssenter	PHV-V	x	x	x	x	x
Betania Malvik	PHV-V	x	x	x	x	x
Betanien DPS, Sengeavdeling	PHV-V	x	x	x	x	x
Bymisjonens Psykiatriske Døgnrehab	PHV-V	x	x	x		
Diakonhjemmet sykehus, alderpsyk.	PHV-V	x	(inkl i Diakonhjemmet psyk.)			
Diakonhjemmet sykehus, psykiatrisk	PHV-V					
DPS Vinderen	PHV-V	x	x	x	x	x
Fekjær psykiatriske senter	PHV-V	x	x	x	x	x
Furukollen psykiatriske senter	PHV-V	x	x	x	x	x
Jæren DPS	PHV-V	x	x	x	x	x
Kløverhagen psykiatriske senter	PHV-V	x				
Larkollen ungdomspsyki. behand.	PHV-V	x	x	x	x	x
Lovisenberg DPS	PHV-V	x	x	x	x	x
Lovisenberg sykehus, psyk.akutt	PHV-V	x	x	x	x	x
Manifestsenteret	PHV-V	x	x	x	x	x
Modum Bad	PHV-V	x	x	x	x	x
Modum bad, voksenpsyki. Polikl.	PHV-V	x	x	x	x	x

Institusjoner	Sektor	2010	2011	2012	2013	2014
NKS Kløveråsen AS	PHV-V	x	x	x	x	x
NKS Grefsenlia AS	PHV-V	x	x	x	x	x
NKS Olaviken alderspsyk. s.hus.	PHV-V	x	x	x	x	x
Oslo hospital	PHV-V	x	x			x
Skjelfoss psykiatriske senter	PHV-V	x	x	x	x	x
Solli sykehus	PHV-V	x	x	x	x	x
Tøyen DPS	PHV-V	x	(inkl i Lovisenberg DPS)			
Viken senter for psykiatri og sjeles.	PHV-V	x	x	x	x	x
Voss DPS, NKS Bjørkeli	PHV-V	x	x	x	x	x
Betanien Psykiatriske senter	PHV-V	x	x	x	x	x
Diakonhjemmetshus. avd BUP Vest	PHV-BU		x	x	x	x
Mentalhygienisk rådgivningskontor	PHV-BU	x				
Nic Waals institutt	PHV-BU	x	x	x	x	x
Østbytnet behandlingssenter	PHV-BU	x	x	x	x	x
Diakonhjemmet Sykehus, TSB	Rusbehandling	(inkl i Vinderen DPS)				x
Tøyen DPS, Seksjon ruspoliklinikk	Rusbehandling	x	x	x	x	x
Private anbudsinstitusjoner	Sektor	2010	2011	2012	2013	2014
Volvat medisinske senter as, Oslo	Somatikk	x	x	x	x	x
Aleris Helse AS, avd medisinsk sent	Somatikk	x	x	x	x	x
Aleris Helse AS, avd Stavanger	Somatikk					x
Aleris Helse AS, avd sykehus Fredri	Somatikk	x	x	x	x	x
Aleris Helse AS, avd Trondheim	Somatikk	x	x	x	x	x
Aleris Helse AS, avd. Tromsø	Somatikk	x	x	x	x	x
Bergen kirurgiske sykehus AS	Somatikk	x	x	x	x	x
Colosseumklinikken - Aleris	Somatikk	x	x	x	x	x
Colosseumklinikken Stavanger AS	Somatikk	x	x	x	x	x
Drammen private sykehus AS	Somatikk	x	x	x	x	x
Fana medisinske senter as	Somatikk	x	x	x	x	x
HJELP24 AS	Somatikk	x	x	x	x	x
Klinikk Stokkan AS	Somatikk	x	x	x	x	x
LHL-Klinikkene AS, Feiringklinikken	Somatikk	x	x	x	x	x
LHL-Klinikkene AS, Glittreklinikken	Somatikk	x	x	x	x	x
Medi 3 AS	Somatikk	x	x	x	x	x
Mjøs Kirurgene lege- og spesialis	Somatikk	x	x	x	x	x
Privatsykehuset Haugesund as	Somatikk	x	x	x	x	x
Ringvoll Klinikken AS	Somatikk	x	x	x	x	x
Teres Klinikken Bodø AS	Somatikk	x	x	x	x	x
Teres Rosenborgklinikken	Somatikk	x	x	x	x	x
Teres Sørlandsparken	Somatikk		x	x	x	x
Tromsø private sykehus as	Somatikk	x	x	x	x	x
Volvat Medisinske senter AS Bergen	Somatikk					x
Bakke, Senter for Mestring og Rehab	Rehabilitering	x	x	x	x	x
Betania Malvik, somatisk rehabilite	Rehabilitering	x	x	x	x	x
Betanien Spesialistpoliklinikk	Rehabilitering	x	x	x	x	x
Catosenteret Stiftelsen	Rehabilitering	x	x	x	x	x
Evjeklinikken as	Rehabilitering	x	x	x	x	x
Fram helserehab as	Rehabilitering	x	x	x	x	x

Institusjoner	Sektor	2010	2011	2012	2013	2014
Friskvernklinikken as	Rehabilitering	x	x	x	x	x
FysMed klinikken AS	Rehabilitering			x	x	x
Godthaab Helse og Rehabilitering	Rehabilitering	x	x	x	x	x
Grande rehabiliteringssenter as	Rehabilitering	x	x	x	x	x
Hernes institutt Stiftelsen	Rehabilitering	x	x	x	x	x
Hokksund rehabiliteringssenter AS	Rehabilitering	x	x	x	x	x
Idrettens Helsesenter AS	Rehabilitering			x	x	x
Jeløy Kurbad	Rehabilitering	x	x	x	x	x
Kastvollen opptreningssenter	Rehabilitering	x	x	x	x	x
Landaasen Rehabiliteringssenter AS	Rehabilitering	x	x	x	x	x
LHL-Klinikkene AS, Krokeide Rehab.	Rehabilitering	x	x	x	x	x
LHL-Klinikkene AS, Nærland rehab.	Rehabilitering		x	x	x	x
LHL-Klinikkene AS, Røros rehab.	Rehabilitering	x	x	x	x	x
LHL-Klinikkene AS, Skibotnsenteret	Rehabilitering	x	x	x	x	x
Meråker sanitetsforenings kurbad AS	Rehabilitering	x	x	x	x	x
Montebellosenteret stiftelse	Rehabilitering	x	x	x	x	x
MS-senteret Hakadal AS	Rehabilitering	x	x	x	x	x
Muritunet as	Rehabilitering	x	x	x	x	x
NKS Eiksåsen MS Senter AS	Rehabilitering	x	x	x	x	x
Norsk diabetikersenter	Rehabilitering	x	x	x	x	x
Opptreningssenteret i Finnmark as	Rehabilitering	x	x	x	x	x
Paulsrud rehabiliteringssenter as	Rehabilitering	x				
PTØ Norge	Rehabilitering			x	x	x
Ravneberghaugen rehab. Senter	Rehabilitering	x	x	x	x	x
Rehabilitering Vest AS	Rehabilitering	x	x	x	x	x
Rehabiliteringssenteret AiR AS	Rehabilitering	x	x	x	x	x
Rehabiliteringssenteret Nord Norges	Rehabilitering	x	x	x	x	x
Ringens rehabiliteringssenter	Rehabilitering	x	x	x	x	x
Røde Kors Haugland rehab.sent.	Rehabilitering	x	x	x	x	x
Røysumtunet	Rehabilitering	x	x	x	x	x
Salangen HelseRehab	Rehabilitering	x				
Selli rehabiliteringssenter AS	Rehabilitering	x	x	x	x	x
Signo Conrad Svendsen senter	Rehabilitering	x	x	x	x	x
Skogli helse og rehab. Sent.	Rehabilitering	x	x	x	x	x
Steffensrud rehabiliteringssenter	Rehabilitering	x	x	x	x	x
Stiftelsen Beitostølen helsesports.	Rehabilitering	x	x	x	x	x
Stiftelsen Nordre Aasen	Rehabilitering	x	x	x	x	x
Stiftelsen Nordtun HelseRehab	Rehabilitering	x	x	x	x	x
Stiftelsen RIBO	Rehabilitering			x	x	x
Sølvskottberget rehab.sent.	Rehabilitering	x				
Sørlandets Rehabiliteringssenter	Rehabilitering	x	x	x	x	x
Tonsåsen Rehabilitering AS	Rehabilitering	x	x	x	x	x
Valnesfjord helsesportssenter	Rehabilitering	x	x	x	x	x
Vikersund Kurbad AS	Rehabilitering	x	x	x	x	x
Voss rehabiliteringssenter as	Rehabilitering	x				
Åstveit Helsesenter AS	Rehabilitering	x	x	x	x	x
Capio Anoreksi Senter AS	PHV-BU				x	x

Institusjoner	Sektor	2010	2011	2012	2013	2014
Alfa kurs og behandlingssenter as	Rusbehandling	x	x	x	x	x
A-senteret	Rusbehandling	x	x	x	x	x
Askøy Blå Kors Klinikk	Rusbehandling	x				
Bergensklinikkene Stiftelsen	Rusbehandling	x	x	x	x	x
Blå Kors Poliklinikk Sandnes	Rusbehandling	x				
Blå Kors Øst	Rusbehandling	x	x	x	x	x
Blå Kors Øst AS, avd. Eina	Rusbehandling	x	x	x	x	x
Borgestadklinikken - Blå kors Sør	Rusbehandling	x	x	x	x	x
Duedalen Blå Kors	Rusbehandling	x				
Fossen Rusbehandling AS	Rusbehandling	x	x	x		
Fossumkollektivet Stiftelsen	Rusbehandling	x	x	x	x	x
Fredheim Stiftelsen	Rusbehandling	x	x	x	x	x
Frelsesarmeens Behandlingssent.	Rusbehandling	x	x	x	x	x
Frelsesarmeens rusomsorg	Rusbehandling	x				x
Haugaland A-senter	Rusbehandling	x	x	x	x	x
Hiimsmoenkollektivet Stiftelsen	Rusbehandling	x				
Incognito klinikk	Rusbehandling	x	x	x	x	x
Kalfaret Behandlingssenter	Rusbehandling	x	x	x	x	x
Karmsund ABR Senter Stiftelsen	Rusbehandling	x	x	x		x
Kvinnekollektivet Arken Stiftelsen	Rusbehandling	x	x	x	x	x
Lade Behandlingssenter Blå kors	Rusbehandling	x	x	x	x	x
Langørjan Gård	Rusbehandling	x	x	x		
N K S Kvamsgrindkollektivet AS	Rusbehandling	x	x	x	x	x
NyBøle	Rusbehandling	x	x	x		
Origosenteret	Rusbehandling	x	x	x	x	x
Phoenix Haga	Rusbehandling	x	x	x	x	x
Renåvengen Stiftelsen	Rusbehandling	x	x	x	x	x
Riisby Behandlingssenter	Rusbehandling	x	x	x	x	x
Rogaland A-senter AS	Rusbehandling	x	x	x	x	x
Samtun AS	Rusbehandling	x	x	x	x	x
Sigma Nord AS	Rusbehandling	x	x	x	x	x
Solliakollektivet Stiftelsen	Rusbehandling	x	x	x	x	x
Stiftelsen Finnmarkskollektivet	Rusbehandling	x	x	x		
Stiftelsen Manifestsenteret - TSB	Rusbehandling	(inngikk i PHV-V)				x
Trasoppklinikken Stiftelsen	Rusbehandling	x	x	x	x	x
Tyrili Stiftelsen, Høvringen gård	Rusbehandling	x	x	x	x	x
Tyrili, Kampen	Rusbehandling	x	x	x	x	x
Valdresklinikken Stiftelsen	Rusbehandling	x	x	x	x	x
Veiviseren AS	Rusbehandling	x	x	x	x	
Veslelien	Rusbehandling	x	x	x	x	x

Kapittel 2 Tverrfaglig spesialisert rusbehandling – aktivitet

Tabell v2 Private institusjoner som inngår i datagrunnlaget for kapittel 2.

Institusjoner	Sektor	2010	2011	2012	2013	2014
Private anbudsinstitusjoner						
Alfa Behandlingssenter AS	Rusbehandling	x	x	x	x	x
A-senteret	Rusbehandling	x	x	x	x	x
Askøy Blå Kors klinikk	Rusbehandling	x				
Blå Kors Behandlingssenter Eina	Rusbehandling	x	x	x	x	x
Blå Kors Poliklinikk Sandnes	Rusbehandling	x	x			
Blå Kors Øst	Rusbehandling	x	x	x	x	x
Borgestadklinikken Bragernes	Rusbehandling	x	x	x	x	x
Borgestadklinikken Loland	Rusbehandling	x	x	x	x	x
Borgestadklinikken Skien	Rusbehandling	x	x	x	x	x
Duedalen Blå Kors Behandlingssenter	Rusbehandling	x	x			
Fossen Rusbehandling AS	Rusbehandling	x	x	x	x	
Fossumkollektivet Stiftelsen	Rusbehandling	x	x	x	x	x
Fredheim Stiftelsen	Rusbehandling	x	x	x	x	x
Frelsesarmeens behandlingssenter	Rusbehandling	x	x	x	x	x
Frelsesarmeens rusomsorg, Fetsund	Rusbehandling			x	x	x
Frelsesarmeens rusomsorg, Heskestad	Rusbehandling	x	x			
Haugaland A-senter	Rusbehandling	x	x	x	x	x
Incita, østsiden	Rusbehandling			x		
Incognito klinikk	Rusbehandling	x	x	x	x	x
Kalfaret Behandlingssenter	Rusbehandling	x	x	x	x	x
Karmsund ABR Senter Stiftelsen	Rusbehandling	x	x	x		x
Kvinnekollektivet Arken Stiftelsen	Rusbehandling	x	x	x	x	x
Lade Behandlingssenter	Rusbehandling	x	x	x	x	x
Langørjan Gård	Rusbehandling	x	x	x	x	
Manifestsenteret TSB	Rusbehandling				x	x
N K S Kvamsgrindkollektivet AS	Rusbehandling	x	x	x	x	x
Nybøle	Rusbehandling	x	x	x		
Origosenteret	Rusbehandling	x	x	x	x	x
Phoenix Haga	Rusbehandling	x	x	x	x	x
Renåvangen Stiftelsen	Rusbehandling	x	x	x	x	x
Riisby Behandlingssenter	Rusbehandling	x	x	x	x	x
Rogaland A-senter AS	Rusbehandling	x	x	x	x	x
Samtun AS	Rusbehandling	x	x	x	x	x
Sigma Nord AS	Rusbehandling	x	x	x	x	x
Solliakollektivet Stiftelsen	Rusbehandling	x	x	x	x	x
Stiftelsen Bergensklinikkene	Rusbehandling	x	x	x	x	x
Stiftelsen Finnmarkskollektivet	Rusbehandling	x	x	x	x	
Trasoppklinikken Stiftelsen	Rusbehandling	x	x	x	x	x
Tyrili Stiftelsen, Høvringen gård	Rusbehandling	x	x	x	x	x
Tyrilistiftelsen, Kampen mfl	Rusbehandling	x	x	x	x	x
Valdresklinikken Stiftelsen	Rusbehandling	x	x	x	x	x
Veiviseren AS	Rusbehandling	x	x			

Institusjoner	Sektor	2010	2011	2012	2013	2014
Veslelien	Rusbehandling	x	x	x	x	x
Private avtaleinstitusjoner						
DPS Vinderen, ruspoliklinikk	Rusbehandling			x	x	x
Tøyen DPS, Seksjon ruspoliklinikk	Rusbehandling	x	x	x	x	x

Kapittel 3 Rehabilitering – aktivitet

Tabell v3 Private institusjoner som inngår i datagrunnlaget for kapittel 3.

Institusjoner	Sektor	2010	2011	2012	2013	2014
Private avtaleinstitusjoner						
Betanien hospital	Rehabilitering	x	x	x	x	x
Diakonhjemmet sykehus	Rehabilitering	x	x	x	x	x
Friskvernklubben	Rehabilitering		x	x	x	x
Fys-Med klubben	Rehabilitering	x	x	x	x	x
Haraldsplass diakonale sykehus AS	Rehabilitering	x	x	x	x	x
Haugesund san.for.revm.shus.	Rehabilitering	x	x	x	x	x
Lovisenberg diakonale sykehus	Rehabilitering	x	x	x	x	x
Martina Hansens Hospital	Rehabilitering	x	x	x	x	x
Revmatismesykehuset AS	Rehabilitering	x	x	x	x	x
LHL sykehus - anbud						
Feiringklubben	Rehabilitering	x	x	x	x	x
Glittreklubben	Rehabilitering	x	x	x	x	x
Private anbudsinstitusjoner						
Aure Rehabiliteringssenter	Rehabilitering	x	x	x	x	
Bakke Senter for mestring og rehab.	Rehabilitering	x	x	x	x	x
Beitostølen Helseportsenter	Rehabilitering	x	x	x	x	x
Catosenteret	Rehabilitering	x	x	x	x	x
Conrad Svendsen Senter	Rehabilitering	x	x	x	x	x
Coperiosenteret	Rehabilitering	x	x	x	x	x
Eiksåsen MS-Senter	Rehabilitering	x	x	x	x	x
Evjeklubben AS	Rehabilitering	x	x	x	x	x
Fram Helse rehab AS	Rehabilitering	x	x	x	x	x
Godthaab Helse og Rehabilitering	Rehabilitering	x	x	x	x	x
Grande Rehabiliteringssenter AS	Rehabilitering	x	x	x	x	x
Hagahaugen AS Voss	Rehabilitering	x				
Hakadal MS-Senter	Rehabilitering	x	x	x	x	x
Haugland Rehabiliteringssenter	Rehabilitering	x	x	x	x	x
Helgeland Rehabilitering	Rehabilitering		x	x	x	x
Hernes Institutt	Rehabilitering	x	x	x	x	x
Hokksund Rehabiliteringssenter	Rehabilitering	x	x	x	x	x
Idrettens helsesenter	Rehabilitering		x	x	x	x
Jeløy kurbad AS	Rehabilitering	x	x	x	x	x

Institusjoner	Sektor	2010	2011	2012	2013	2014
Kastvollen Rehabiliteringssenter	Rehabilitering	x	x	x	x	x
Krokeidesenteret Krokeide	Rehabilitering	x	x	x	x	x
Krokeidesenteret Nærland	Rehabilitering	x	x	x	x	x
Landaasen Rehabiliteringssenter AS	Rehabilitering	x	x	x	x	x
Meråker Sanitetsfor. Kurbad AS	Rehabilitering	x	x	x	x	x
Muritunet AS	Rehabilitering	x	x	x	x	x
Namdal Rehabilitering	Rehabilitering	x	x	x	x	x
NIMI hjelp24	Rehabilitering	x	x	x	x	x
Nordtun HelseRehab	Rehabilitering	x	x	x	x	x
Norsk Diabetikersenter	Rehabilitering					x
Oppfølgingsenheten Frisk	Rehabilitering		x	x	x	x
Opptreningscenteret i Finnmark AS	Rehabilitering	x	x	x	x	x
Paulsrud Rehabiliteringssenter AS	Rehabilitering	x				
PTØ-senteret Hamar	Rehabilitering		x	x	x	x
Rauland/Rehab.senter AiR AS	Rehabilitering	x	x	x	x	x
Ravneberghaugen rehab.senter	Rehabilitering	x	x	x	x	x
Rehabilitering Vest as	Rehabilitering	x	x	x	x	x
Rehab.senteret Nord-Norges Kurbad	Rehabilitering	x	x	x	x	x
Ringens Rehabiliteringssenter AS	Rehabilitering	x	x	x	x	x
Røros Rehabilitering	Rehabilitering	x	x	x	x	x
Røysumtunet Rehabiliteringssenter	Rehabilitering	x	x	x	x	x
Salangen HelseRehab	Rehabilitering	x				
Selli Rehabiliteringssenter AS	Rehabilitering	x	x	x	x	x
Skibotnsenteret	Rehabilitering	x	x	x	x	x
Skogli Helse- og rehab.sent. AS	Rehabilitering	x	x	x	x	x
Steffensrud Rehabiliteringssenter AS	Rehabilitering	x	x	x	x	x
Sølvsjøttberget Rehab.senter AS	Rehabilitering	x				
Sørlandets Rehab.senter Eiken	Rehabilitering	x	x	x	x	x
Telemark Rehabiliteringssenter	Rehabilitering	x	x	x	x	x
Tonsåsen Rehabiliteirng AS	Rehabilitering	x	x	x	x	x
Valnesfjord Helsesportssenter	Rehabilitering	x	x	x	x	x
Vikersund Kurbad AS	Rehabilitering	x	x	x	x	x
Åstveit Helsesenter AS	Rehabilitering	x	x	x	x	x

Kapittel 4 Psykisk helsevern for voksne - aktivitet

Tabell v4 Private institusjoner som inngår i datagrunnlaget for kapittel 4.

Institusjoner	Sektor	2010	2011	2012	2013	2014
Private avtaleinstitusjoner						
Capio Anoreksi Senter AS	PHV-V	x				
Bergfløtt behandlingssenter	PHV-V	x	x	x	x	x
Betania Malvik	PHV-V	x	x	x	x	x
Betanien DPS	PHV-V	x	x	x	x	x
Bymisjonens psyk. Døgnrehab.	PHV-V	x	x	x		

Institusjoner	Sektor	2010	2011	2012	2013	2014
Diakonhjemmets sykehus	PHV-V	x	x	(inngår i Diakonhjemmet)		
DPS Vinderen	PHV-V	x	x	x	x	x
Fekjær psyk senter	PHV-V	x	x	x	x	x
Furukollen psyk senter	PHV-V	x	x	x	x	x
Jæren DPS	PHV-V	x	x	x	x	x
Lovisenberg diakonale sykehus	PHV-V	x	x	x	x	x
Lovisenberg DPS	PHV-V	x	x	x	x	x
Manifestsenteret	PHV-V	x	x	x	x	x
Modum Bad	PHV-V	x	x	x	x	x
NKS Grefsenlia	PHV-V	x	x	x	x	x
NKS Kløveråsen	PHV-V	x	x	x	x	x
NKS Olaviken alderspsyk. sykehus	PHV-V	x	x	x	x	x
Oslo Hospital	PHV-V	x	x			
Poliklinikken, Modum Bad	PHV-V	x	x	x	x	x
Skjelfoss psyk senter	PHV-V	x	x	x	x	x
Solli sykehus	PHV-V	x	x	x	x	x
Tøyen DPS	PHV-V	x	x	(inngår i Lovisenberg)		
Viken senter for psykiatri og sjelesorg	PHV-V	x	x	x	x	x
Voss DPS, NKS Bjørkeli	PHV-V	x	x	x	x	x

Kapittel 5 Psykisk helsevern for barn og unge - aktivitet

Tabell v5 Private institusjoner som inngår i datagrunnlaget for kapittel 5.

Institusjoner	Sektor	2010	2011	2012	2013	2014
Private avtaleinstitusjoner						
Larkollen ungd. psyk. beh.hjem	PHV-BU	x	x	x	x	x
Østbytunet behandlingssenter	PHV-BU	x	x	x	x	x
BUP Vest	PHV-BU	x	x	x	x	x
Nic Waals institutt	PHV-BU	x	x	x	x	x
Betanien BUP polikl.	PHV-BU	x	x	x	x	x
Private anbudsinstitusjoner						
Capio Anoreksi Senter	PHV-BU					x

Kapittel 6 Somatiske sykehustjenester - aktivitet

Tabell v6 Private institusjoner som inngår i datagrunnlaget for kapittel 6.

Institusjoner	Sektor	2010	2011	2012	2013	2014
Private avtaleinstitusjoner						
Betanien hospital	Somatikk	x	x	x	x	x

Institusjoner	Sektor	2010	2011	2012	2013	2014
Betanien spesialistpoliklinikk	Somatikk	x	x	x	x	x
Diakonhjemmet sykehus	Somatikk	x	x	x	x	x
Haraldsplass diakonale sykehus AS	Somatikk	x	x	x	x	x
Haugesund sanitetsforenings revmatismesykehus	Somatikk	x	x	x	x	x
Lovisenberg diakonale sykehus	Somatikk	x	x	x	x	x
Martina Hansens Hospital	Somatikk	x	x	x	x	x
Revmatismesykehuset AS	Somatikk	x	x	x	x	x
LHL-sykehus (anbud)						
LHL-klinikkene Feiring	Somatikk	x	x	x	x	x
LHL-klinikkene Glittre	Somatikk	x	x	x	x	x
Private anbudssykehus						
Akademikliniken Oslo AS	Somatikk					x
Aleris Helse AS Bergen	Somatikk	x	x	x	x	x
Aleris Helse AS Oslo	Somatikk	x	x	x	x	x
Aleris Helse AS Stavanger	Somatikk					x
Aleris Helse AS Tromsø	Somatikk	x	x	x	x	x
Aleris Helse AS Trondheim	Somatikk	x	x	x	x	x
Bergen Spine Center	Somatikk	x				
Hjelp24 NIMI	Somatikk	x				
IbsenSykehuset AS	Somatikk				x	x
Kolibri Medical AS	Somatikk					x
Medi 3 AS	Somatikk	x	x	x	x	x
Mjøskirurgene	Somatikk	x				x
NIMI AS Avd. Mini Ullevål	Somatikk					x
Privathospitalet AS	Somatikk		x	x	x	x
Privatsykehuset Haugesund AS	Somatikk	x	x	x	x	x
Ringvoll klinikken AS	Somatikk	x	x	x	x	x
SVC Norge AS	Somatikk				x	x
Teres Bergen/Bergen kir. s.hus	Somatikk	x	x	x	x	x
Teres Col.Stavanger/Colosseum Stavanger	Somatikk	x	x	x	x	x
Teres Colosseum/Colosseumklinikken Oslo	Somatikk	x		x	x	x
Teres Drammen/Drammen priv.s.hus	Somatikk	x	x	x	x	x
Teres Rosenborg/Rosenborgklinikken	Somatikk	x	x	x	x	x
Teres Stokkan/Klinikk Stokkan	Somatikk	x	x	x	x	x
Teres Sør.l.park./Sørlandsparken	Somatikk	x	x	x	x	x
Teres Tromsø/Tromsø priv. s.hus	Somatikk	x	x	x	x	x
Teres Bodø	Somatikk	x	x	x	x	x
Volvat medisinske senter AS Oslo	Somatikk	x		x	x	x



Helsedirektoratet

Postadresse: Pb. 7000,
St. Olavs plass, 0130 Oslo

Telefon: +47 810 20 050

Faks: +47 24 16 30 01

E-post: postmottak@helsedir.no

www.helsedirektoratet.no