

Hanne Bogen og Hedda Flatø

Offentlig og privat tjenesteproduksjon

Om sykehus drevet av ideelle organisasjoner

Hanne Bogen og Hedda Flatø

Offentlig og privat tjenesteproduksjon

Om sykehus drevet av ideelle organisasjoner

© Fafo 2015
ISSN 0804-5135

Innhold

Forord	4
Innledning.....	5
Hvem er de ideelle sykehusene?	6
Hvor mange er de ideelle sykehusene?	8
Noen erfaringer fra andre land.....	10
Har de ideelle sykehusene bedre kvalitet enn andre?	11
Avslutning og fremtidig forskningsbehov.....	14
Vedlegg: Private spesialisthelsetjenester med og uten driftsavtale per 2014	16
Referanser	19

Forord

Dette notatet gir et lite bilde av situasjonen for sykehus drevet av ideelle organisasjoner sammenlignet med sykehus drevet av andre aktører. På bakgrunn av foreliggende studier har målsettingen dels vært å angi omfanget av ideelle aktører på dette området, dels hva som særpreger de ideelt drevne sykehusene med hensyn til kvalitet og effektivitet i tjenesteutførelsen.

Notatet er skrevet på oppdrag av Landsforeningen for hjerte- og lungesyke. Vår kontaktperson i foreningen er medisinsk sjef Are Helseth. Vi takker for samarbeidet og anledningen til å arbeide med et spennende forskningsfelt.

Notatet er skrevet av Hanne Bogen og Hedda Flatø i fellesskap, med Arne Grønningseter som kvalitetssikrer.

Oslo, juni 2015

Hanne Bogen og Hedda Flatø

Innledning

I dette notatet tar vi for oss ideelle aktører i helsesektoren. Vi ser i hovedsak på spesialisthelsetjenester i form av sykehusdrift. Vi ønsker å undersøke hva foreliggende forskning kan bidra med når det gjelder å forstå hvordan – og om – ideelle sykehus skiller seg fra de offentlige og de kommersielle aktørene på sykehusfeltet.

Ideelle virksomheter i helsesektoren har i de senere årene møtt nye rammebetingelser i og med at flere kommersielle virksomheter tilbyr liknende typer tjenester. Selv om flere sykehus drevet av ideelle aktører har langsiktige driftsavtaler med det offentlige, har andre i noen grad konkurrert med kommersielle virksomheter om å levere tjenester til det offentlige, eller de har konkurrert om privatmarkedet. I 2004 fikk ideelle organisasjoner en privilegert stilling i lov og forskrift om offentlige anskaffelser ved at kontrakter med det offentlige kan forbeholdes ideelle aktører. De nye EØS-reglene fra 2014 og med virkning fra 2016, legger opp til at ideelle og kommersielle virksomheter likestilles, med mindre det kan finnes gode begrunnelser for at ideelle organisasjoner fortsatt bør ha en særstilling. Ikke minst med tanke på disse endringene i EØS-regelverket, som kan vanskeliggjøre at ideelle virksomheter får beholde en begunstiget rolle når det gjelder offentlige oppdrag (Sejersted 2014), vil det være viktig å undersøke hvordan ideelle virksomheter eventuelt skiller seg fra kommersielle.

For ideelle virksomheter kan det være viktig å vise at de spiller en særskilt rolle f.eks. ved å levere tjenester på andre felt enn andre aktører eller ved bruk av andre metoder, eller ved å være vel så gode med hensyn til kvalitet eller effektivitet som offentlige og kommersielle sykehus. Andre forhold det er blitt hevdet at kjennetegner ideelle virksomheter, er nærhet til brukerne, at de er raskere til å fange opp brukerbehov osv. Oppdragsgiver LHL er selv et eksempel på en organisasjon som skal ivareta interessene til brukere og pårørende. Man kunne dermed forvente at brukerne har en sterkere stilling i slike organisasjoner enn hos andre tilbydere av helsetjenester.

Spørsmålet vi undersøker i dette notatet, er i hvilken grad det finnes empirisk belegg for påstandene om at ideelle sykehus skiller seg fra de andre aktørene i sektoren. Kvalitet og effektivitet er overordnede mål for alle helsevirksomheter; derfor konsentrerer vi oss om disse dimensjonene.

Vi begynner med å gjennomgå hvilke sykehus som regnes for å være ideelle i Norge og hvilket omfang de har, samt å gi en oversikt over omfanget av ideelle sykehus i andre land. For å kunne gjennomføre en reell sammenligning av sykehus med ulike driftsformer, må man for det første finne egnede kriterier for å kategorisere henholdsvis ideelle og kommersielle aktører, for det andre må man sammenligne «dikt mot likt», dvs. finne virksomheter som driver med det samme under omtrent de samme økonomiske og andre betingelsene. For å kunne gjøre en slik sammenligning, er det derfor avgjørende å ha statistikk for alle kategoriene av sykehus og å ha mulighet til å skille ut de ideelle sykehusene fra andre i datamaterialet. Vi finner at disse forutsetningene ikke er tilstrekkelig oppfylt slik offentlig statistikk er utformet i dag. Vi benytter LHLs relasjon til offentlige helsemyndigheter for å belyse en del av dilemmaene i foreliggende statistikk.

Etter en gjennomgang av hvem de ideelle sykehusene er, presenterer vi noen studier som sammenligner ideelle og offentlige aktører innenfor spesialisthelsetjenesten (syke-

hus). Vi har funnet få studier som sammenligner ideelle og kommersielle sykehus. Som følge av mangel på data og velfungerende definisjoner, er sammenligning av sykehus med ulike driftsformer foreløpig et forskningsfelt som i begrenset grad belyser ideelle sykehus sin særstilling. Studier av forskjeller i effektivitet finner vi ikke, men vi presenterer noen få studier som belyser forskjeller i enkelte kvalitetsindikatorer.

Avslutningsvis gir vi en oversikt over pågående forskning som kan forventes å gi bedre muligheter for å gjøre vurderinger av ideelle organisasjoners særtrekk før vi gjør betraktninger om fortsatt behov for forskning på dette feltet. Notatet bygger på foreliggende informasjon og studier.

Hvem er de ideelle sykehusene?

For å kunne si noe om det særegne med ideelle virksomheter, i dette tilfellet sykehus, må man kunne si noe om hvem de ideelt drevne sykehusene er. Det samme gjelder dersom man vil sammenligne helsevirksomheter drevet av ideelle aktører med andre helsetjenesteaktører, offentlige eller kommersielle. Man må ha en noenlunde samstemt definisjon om hva en ideell aktør i dette tilfellet er og hva som skiller dem fra de offentlige og de kommersielle aktørene. Som vi skal se under, råder det imidlertid ingen slik samstemmighet. Dette gjør det svært vanskelig å forske på ideelle sykehus sin rolle.

En gjengs oppfatning er at ideelle virksomheter ikke drives markedsrettet og heller ikke kontrolleres av offentlige myndigheter (Halle & Hedum 2011). Politisk og administrativt defineres ideelle organisasjoner som virksomheter som «ikke har profitt som formål, og at et eventuelt overskudd benyttes til å drifte og tilby humanistiske og sosiale tjenester til allmennheten eller spesielle grupper, uten at mottakeren yter et vederlag som fullt ut dekker kostnadene.» Samtidig påpekes det også at dette er virksomheter som på mange måter er «det offentliges forlengede arm til å løse humanistiske og sosiale oppgaver i samfunnet».¹ En slik definisjon som legger vekt på at ideelle virksomheter ikke har profitt som formål og at et eventuelt overskudd går til å drifte og tilby humanistiske og sosiale tjenester, har tydeligvis fungert som grunnlag for i administrativ/politisk forstand å avgjøre hvilke sykehus som skal behandles ut fra reglene som gjelder ideelle sykehus, men har ikke fungert godt som grunnlag for registrering i offentlig statistikk.

Det er ikke åpenbart hvilke helseaktører som skal regnes for å være ideelle. Noen private ideelle sykehus ligger så tett opp til det offentlige at de kan regnes for å inngå i den ordinære offentlige helsetjenesten. De er kanskje mer å regne som halvoffentlige enn ideelle vurdert etter hvor nær relasjonen til offentlige myndigheter er. På den annen side kan det være vanskelig å skille mellom private ideelle og private kommersielle aktører som leverer helsetjenester til det offentlige med eller uten konkurranse og/eller tar imot pasienter privat.

Når man skal lage statistikk, må forståelig nok presise kriterier anvendes. Den vanligste definisjonen i offentlig statistikk for å skille ut ideelle sykehus, er basert på *driftsav-*

¹ Begge sitater er hentet fra Ot.prp. 62 (2005-2006), s. 23, referert hos Sejersted (2014:9).

taler. Denne definisjonen er utviklet av Statistisk sentralbyrå (SSB), som har ansvar for å utarbeide nasjonal statistikk over de ideelle organisasjonene i form av satellitt-regnskapet for ideelle og frivillige organisasjoner, og som følger utviklingen innen spesialisthelsetjenesten. Ifølge SSB er dette en pragmatisk definisjon i mangel av bedre definisjoner (Halle & Hedum 2011:32; Nygård & Hedum 2010, kap. 5; Nygård & Hedum 2012, kap. 8). En ideell eller frivillig organisasjon innenfor spesialisthelsetjenesten er i SSBs statistikk en virksomhet som har en driftsavtale mens en virksomhet som ikke har driftsavtale, eller en annen mer begrenset (drifts-)avtale, defineres som et privateid foretak. Den type driftsavtale som SSB her har lagt til grunn, er en langsiktig, forpliktende rammeavtale om å forestå en del av virksomheten innenfor spesialisthelsetjenesten. Det kan sies at denne type driftsavtale er så forpliktende for staten at disse virksomhetene i juridisk forstand er en del av den offentlige helsetjenesten.

Som vi ser, stemmer ikke denne definisjonen helt overens med den mer teoretiske definisjonen av ideelle virksomheter nevnt ovenfor, f.eks. vurdert etter hvor nær relasjonen til offentlige myndigheter er. I SSBs definisjon er det de som har den næreste relasjonen, som anses som ideelle. For eksempel gjelder dette Lovisenberg og Diakonhjemmet sykehus – de har langvarige driftsavtaler og lokalsykehus-funksjon, og er så tett integrert i det offentlige helsevesenet at de av mange regnes for å i praksis være del av det offentlige. Men mange ideelle sykehus som har noe større avstand til det offentlige, blir det vanskelig å kategorisere med denne definisjonen. For eksempel havner LHL-klinikkene etter denne definisjonen i kategorien «kommersielle» til tross for at LHL-klinikkene har driftsavtaler med den offentlige helsetjenesten som løper over flere år. LHL-klinikkene omtaler seg selv som ideelle, eies 100 prosent av en pasientorganisasjon og behandles som ideelle både politisk og administrativt, men altså ikke i offisiell statistikk. I vedlegget viser vi hvilke sykehus som inngår i de ulike kategoriene av private sykehus, inklusive kommersielle, ut fra de kriterier SSB bruker.²

På grunn av de erkjente problemene med å kategorisere private ideelle og private kommersielle aktører i helsevesenet, offentliggjør ikke Statistisk sentralbyrå lenger nye tall for slik virksomhet. Statistisk Sentralbyrå jobber våren 2015 med et prosjekt som går ut på å finne et mer klart og entydig skille for når et foretak regnes som en ideell organisasjon og når det ikke gjør det. Resultatene skal være klare i juni 2015. I forlengelsen av arbeidet med å finne en bedre definisjon, vurderer byrået å begynne å publisere tall der de skiller mellom private og ideelle sykehus. Dette kan gi betydelig bedre muligheter for å analysere forskjeller mellom ideelle, kommersielle og offentlige sykehus i fremtiden. Behovet for en entydig definisjon av ideell virksomhet er ikke bare viktig i offentlig statistikk, men også i juridisk sammenheng, f.eks. for å sikre likebehandling av virksomheter med ulike driftsformer når ikke spesielle forhold tilsier en forskjellsbehandling.

Også internasjonalt foregår det et arbeid med å definere hva som skiller ideelle organisasjoner/frivillig sektor (ofte kalt tredje sektor) fra offentlig og kommersiell virksomhet. Nylig har Senter for forskning på sivilsamfunn & frivillig sektor bidratt i et internasjonalt samarbeidsprosjekt for å komme frem til en felles definisjon (Senter for

² Tabellene i vedlegget er innhentet fra SSB. Her havner for øvrig LHL-klinikkene under virksomheter både med og uten driftsavtale, noe som gjør bildet ennå mer uoversiktlig.

forskning på sivilsamfunn & frivillig sektor 2015). Ifølge denne definisjonen består tredje sektor av «private foreninger og stiftelser; ikke-kommersielle samvirkeforetak, gjensidige og sosiale foretak; og individuelle aktiviteter som gjennomføres uten lønn eller tvang- med mål om å gagne samfunnet eller personer utenfor egen familie og hushold».

Hvor mange er de ideelle sykehusene?

Til tross for problemene med å bruke SSB-definisjonen basert på driftsavtaler, er data basert på denne definisjonen langt på vei de eneste som kan brukes for å få en oversikt over omfanget av ideelle sykehus i Norge. Som nevnt, publiserer SSB ikke lenger tall for ideelle sykehus. Byråets siste oversikt over ideelle sykehus i Norge ble publisert i en artikkel i 2011 (Halle & Hedum 2011). Vi har imidlertid fått tilgang til tallene for 2014. Disse er presentert i Tabell 1.³ En fullstendig oversikt over hvilke virksomheter som faller inn under kategoriene ideelle og privateide foretak finnes som nevnt i vedlegget.⁴

Tabell 1. Antall virksomheter med driftsavtale og privateide foretak uten driftsavtale innen spesialisthelsetjenesten, etter type tjeneste. 2005, 2009 og 2014.

	Ideelle organisasjoner (med driftsavtale)			Privateide foretak (uten driftsavtale)		
	2005	2009	2014	2005	2009	2014
I alt	33	38	41	93	81	64
Somatiske Sykehus	4	5	5	25	19	9
Psyk. Helsevern voksne	12	8	13	7	0	-
Psyk. helsevern barn/unge	0	7	2	0	0	1
Rusbehandling	11	7	7	25	23	18
Opptrening/rehab.	5	7	10	38	39	35
Flere typer tjenester	1	4	4	5	0	1

Kilde: SSB.

Tabellen viser at det siden 2005 har vært en vekst i antallet ideelle virksomheter (med driftsavtale) innenfor spesialisthelsetjenesten mens det har vært en relativt stor nedgang for de private (uten driftsavtale, som i hovedsak vil være kommersielle virksomheter), trolig resultat av en utvikling i tråd med politiske signaler fra den forrige regjeringen om

³ Halles og Hedums artikkel inneholdt tall frem til 2009. SSB har gitt oss tilgang til tall for 2014.

⁴ LHL-klinikkene inngår i tabellene i vedlegget både med og uten avtale.

en dreining i retning av ideelt drevne virksomheter «på bekostning av» kommersielle. For de ideelles del har det vært en noe variert utvikling når vi ser på enkelttjenester, der noen tjenester har vært relativt stabile i antall, andre har hatt en nedgang mens andre igjen har hatt en vekst. For de private uten driftsavtale har det som nevnt vært en stor nedgang og særlig for de somatiske sykehusenes del mens virksomheter med opp trening/rehabilitering har holdt seg noenlunde konstant. Vi ser også at det synes å være en viss «arbeidsfordeling» mellom ideelle og kommersielle virksomheter innenfor spesialisthelsetjenesten med hensyn til satsing på henholdsvis psykisk helsevern og rusbehandling der de ideelle i større grad tilbyr tjenester innenfor den første typen tjenester mens kommersielle i større grad tilbyr rusomsorg.

Som nevnt, kan bruken av driftsavtale som demarkasjonskriterium underdrive omfanget av ideelle virksomheter fordi avtale identifiseres om langsiktige, forpliktende rammeavtaler mens mer avgrensede avtaler ikke inngår. Endringene som går frem av tabellen, må også tolkes med forsiktighet. Økningen i antall ideelle og nedgangen i antall private virksomheter kan være uttrykk for organisatoriske endringer heller enn en reell vekst i antallet ideelle sykehus, for eksempel kan ideelle aktører ha kjøpt opp kommersielle sykehus, eller flere av de som tidligere ble regnet som private, kan ha fått driftsavtaler som oppfyller SSBs krav til å kategorisere et sykehus som ideelt heller enn privat.

Som vist i tabell 1, fantes det per 2014 fem somatiske sykehus drevet av ideelle organisasjoner. I tillegg kommer de ideelle sykehusene Lovisenberg og Diakonhjemmet som også utfører somatiske tjenester, men som i tabellene er listet opp under kategorien Fleire typer tjenester (se vedlegget). Ni sykehus er drevet som privateide foretak ifølge denne definisjonen som er basert på driftsavtale. De ideelle og kommersielle sykehusene utgjør for øvrig en liten andel av sykehusene i Norge. Til sammenligning finnes det nå 24 offentlige helseforetak med til sammen om lag 70 sykehus.

Det kartlagte omfanget av ideelle helsevirksomheter støttes også i en viss grad av tall fra det såkalte satellitt-regnskapet for ideelle og frivillige organisasjoner, som har tall for utviklingen i årsverk for bl.a. sykehus drevet av ideelle aktører; i tallene inngår også rehabilitering, psykisk helsevern og andre helsetjenester. Vi presenterer utviklingen i tabell 2.

Tabell 2. Årsverksutviklingen i ideelle sykehus, rehabilitering, psykisk helsevern og andre helsetjenester. (ICNPO 03900)

	2006	2008	2010	2012
Lønnstakere	7 642	8 205	9 425	9 255

Kilde: SSBs Satellitregnskap for ideelle og frivillige organisasjoner (per 3.12.14). Tabell 08520. Tall for årsverk fra frivillige foreligger foreløpig ikke.

<http://ssb.no/orgsat>

Tallene viser at det har vært en liten vekst i årsverk i helsetjenester drevet av ideelle organisasjoner i perioden 2006 til 2012, som er perioden det finnes tall for. Det har vært en liten nedgang i årsverk siden 2010. Til sammenligning ble det utført 90 920 årsverk i den statlige spesialisthelsetjenesten i 2013. Medregnet private leverandører, både ideelle og kommersielle, ble det totalt utført 102 079 årsverk i spesialisthelsetjenesten (Statistisk sentralbyrå 2014).⁵

⁵ Ikke medregnet lange fravær.

Noen erfaringer fra andre land

Norge har relativt mange ideelle tilbydere av spesialisthelsetjenester sammenlignet med Sverige og Danmark, men i forhold til resten av verden skiller Norden under ett seg ut med svært få ideelle sykehus. Ifølge en svensk studie er helsesektoren det området innenfor svenske velferdstjenestene der ideelle aktører er *minst* utbredt (Linderyd m.fl. 2012:33). Dette til forskjell fra en del andre land. I Tyskland drives nærmere 40 prosent av sykehusene av ideelle organisasjoner, i USA nærmere halvparten (Linderyd m.fl. 2012:35). En studie fra Tillväxtverket i Sverige anslår at 98 prosent av sengene/aktørene i akutt sykehus er i statlig regi, mens 2 prosent er drevet av profittskapende virksomheter. Ingen ideelle virksomheter er til stede på dette området (Lundbäck & Lundberg 2012:28). For Danmarks del er den statlige andelen på vel 96 prosent mens den ideelle er på 2,5 prosent (og profittskapende på 0,8 prosent). Dette til forskjell fra f.eks. Tyskland der den statlige andelen er på 49 prosent og den ideelle på 36 prosent. I Frankrike er statens andel 66 prosent mens de ideelles andel er 9 prosent. I Nederland er de ideelles andel 100 prosent, ifølge denne undersøkelsen.⁶ Så variasjonen mellom land er stor. Norge inngår for øvrig ikke i denne sammenstillingen.

En vanlig forklaring på hvorfor de nordiske landene har en begrenset andel ideelle og andre private aktører på helse- og velferdsområdet, er den rollen velferdsstaten spiller, med skattefinansierte helse- og velferdstjenester (Lundbäck & Lundberg 2012:14f.). Det har vært en målsetting å bygge opp sterke offentlige velferdstilbud, noe som trolig har ført til at det har blitt mindre rom for de ideelle aktørene. I en del tilfeller har det offentlige også overtatt sykehus fra ideelle helseaktører (f.eks. Orkdal sykehus, som tidligere ble drevet av Norske kvinners sanitetsforening).

Også målt etter antall ansatte tyder studier på at ideelle aktører innenfor helsetjenestområdet (både såkalt hjemmebasert og institusjonsbasert) har et lite omfang både i Danmark og Sverige (Sivesind 2013). Dette er trolig en av forklaringene på at det foreligger lite forskning om ideelle aktører innenfor dette velferdsfeltet generelt og sammenlignet med kommersielle aktører spesielt.

En svensk studie har forsøkt å kartlegge ideelle organisasjoners særart og merverdi sammenlignet med offentlige og kommersielle (Gavelin m.fl. 2010). Med særart og merverdi menes hvordan ideelle organisasjoner skiller seg fra andre virksomhetsformer og hva de som følge av dette tilfører samfunnet utover det virksomheter drevet under andre organisasjonsformer kan tilføre. Forfatterne har tatt for seg studier fra en rekke land og gjennomført en såkalt metastudie (der bare relevante studier kommer med, f.eks. med hensyn til metodisk opplegg). Studien tar spesielt for seg helse- og omsorgstjenester.

Studien viser at til tross for den betydning ideelle organisasjoner i mange sammenhenger tillegges for samfunnsutviklingen, finnes svært lite forskning som vurderer kvali-

⁶ Rapporten påpeker at direkte sammenligninger mellom land ikke bør gjøres på basis av denne sammenstillingen fordi landtallene er hentet fra ulike studier, årstall og datakilder. Forskjellene mellom landene må dermed mer oppfattes som *anslag* på andel senger/aktører for hhv. offentlig, ideell og kommersiell driftsform enn rent sammenlignbare tall.

tet og effektivitet i ideelle organisasjoner, noe som det påpekes kan ha sammenheng med de metodiske vanskelighetene med å gjøre slike vurderinger (Gavelin m.fl. 2010:44f.). Det er også få studier som foretar sammenligninger mellom offentlige/og eller kommersielle virksomheter (Gavelin m.fl. 2010:23, 44f). De finner imidlertid én studie som sammenligner ideelle og kommersielle sykehus. Den kom frem til at det ikke var vesentlige forskjeller mellom ideelle og kommersielle sykehus med hensyn til kvalitet på utvalgte variable (f.eks. dødelighet etter utskrivning). Det samme gjaldt med hensyn til effektivitet. Større forskjeller fant man når man sammenlignet ideelt og kommersielt drevne sykehjem. Her utpekte de ideelle seg med bedre kvalitet enn de kommersielle (Gavelin m.fl. 2010:45). Med hensyn til forskjeller mellom ideelt og kommersielt drevne sykehus påpeker den svenske studien at det særlig i USA har blitt stadig vanskeligere skille mellom de to driftsformene fordi de vurderes etter de samme kriterier, f.eks. når det gjelder kvalitet; det fører til at de blir stadig mer like (Gavelin m.fl. 2010:19.) En annen mulig årsak til at de blir stadig mer like kan være at ideelt og kommersielt (og også offentlig) drevne sykehus er svært profesjonelle organisasjoner underlagt mange reguleringer og der store investeringer står på spill, noe som trolig gjør handlingsrommet for variasjoner i tjenesteutførelsen relativt begrenset.

Har de ideelle sykehusene bedre kvalitet enn andre?

Som vist over, finnes det få internasjonale studier som sammenligner ideelle, kommersielle og offentlige virksomheter med hensyn til kvalitet og effektivitet generelt og innenfor helsetjenester spesielt. Samme forhold gjelder også for Norges del. Vi har ikke i den tid vi har hatt til rådighet i dette prosjektet funnet noen norske studier som systematisk sammenligner ideelle og kommersielle helsevirksomheter/sykehus med hensyn til kvalitet og effektivitet.⁷ Vi har funnet noen studier som inkluderer det som blir omtalt som et kommersielt sykehus (Feiring-klinikken). Denne klinikken inngår som én av LHL-klinikkene og behandles i andre studier (alle fra Kunnskapssenteret) som ideell. Vi har heller ikke funnet studier som belyser om ideelle sykehus har større nærhet til brukerne, om de er raskere til å fange opp brukerbehov eller er mer innovative i bruk av nye metoder. I det følgende presenterer vi noen norske studier som omfatter sykehus drevet både av ideelle og offentlige aktører. Undersøkelsene gjelder bare behandling som er finansiert av det offentlige. Vi har bare funnet norske studier på dette området som tar for seg kvalitet, ikke effektivitet.

⁷ Til sammenligning finnes det en studie som sammenligner offentlige, ideelle og kommersielle sykehjem i Oslo (Oslo Economics 2013 a, b).

Brukerfaringer

Brukererfaringer brukes ofte for å vurdere kvalitet i helsetjenesten. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (kalt Kunnskapssenteret) har gjennomført nasjonale spørreundersøkelser om erfaringene til pasienter som hadde vært innlagt ved norske somatiske sykehus (PasOpp-undersøkelsene). Pasienterfaringsundersøkelsene inneholder 56 spørsmål som er samlet til ti kategorier knyttet til det å motta behandling ved somatiske sykehus i Norge. Kategoriene omfatter brukernes vurdering av pleiepersonalet, informasjonen de fikk, vurdering av legene, om pårørende ble trukket inn, organisering og standard på tilbudet, forhold rundt utskriving, vurdering av samhandlingen mellom sykehus og fastlege/hjemmetjeneste, opplevelse av pasientsikkerhet og ventetid til behandling. Undersøkelsene gjelder hovedsakelig offentlige sykehus, men noen private sykehus som gjør oppdrag for det offentlige, var også med i utvalget. Alle de private som er med i undersøkelsen, omtales som ideelle (selv om de ikke nødvendigvis oppfyller SSBs kriterium om driftsavtale).

Flere av de ideelle sykehusene kommer godt ut i undersøkelsene. LHL-klinikkene Feiring og Glittre skiller seg ut med spesielt gode resultater i den nyeste undersøkelsen fra 2013 (Kunnskapssenteret 2014a). Feiring-klinikken gjorde det bedre enn landsgjennomsnittet på alle indikatorene unntatt utskrivning, mens Glittre-klinikken ligger over landsgjennomsnittet på alt unntatt spørsmålene rundt pårørende og samhandling. De to sykehusene ligger ikke under gjennomsnittet på noen av indikatorene.

Kunnskapssenteret har gruppert de private sykehusene i tre grupper. Den største gruppen - ideelle spesialsykehus i Helse Sør-Øst - gjorde det bedre enn landsgjennomsnittet for alle de ti indikatorene. I denne gruppen inngikk Feiring-klinikken, Glittre-klinikken, Martina Hansens hospital, Revmatismesykehuset Lillehammer og Betanien Hospital. Den andre gruppen av private sykehus besto av Lovisenberg og Diakonhjemmet, som har lokalsykehusfunksjon. De lå på gjennomsnittet på de fleste indikatorene, men gjorde det bedre enn snittet når det gjelder pleiepersonalet og standard. Den siste gruppen av private sykehus gjorde det dårligere enn resten: De lå under gjennomsnittet på standard og ventetid og oppnådde ikke bedre resultater enn snittet på noen av indikatorene. I denne gruppen inngikk Haraldsplass diakonale sykehus og Haugesund sanitetsforenings revmatismesykehus.

Ifølge Kunnskapssenteret kan resultatene av PasOpp-undersøkelsene brukes til å identifisere hvilke områder man gjør det bra og dårlig på innen det enkelte sykehus, men også til å sammenligne sykehus og regioner. Pasientrapporterte erfaringer med strukturer og prosesser ved sykehusene antas å være lettere å fortolke enn pasienttilfredshet, som er mer subjektivt og henger tettere sammen med individuelle erfaringer. Imidlertid finnes det også andre kilder til måling av kvalitet i helsetjenesten. Derfor bør annen informasjon slik som kliniske resultatmål og produktivitetstall samt den lokale konteksten også tas i betraktning når resultatene skal tolkes. Undersøkelsene hadde ikke som formål å muliggjøre en generell sammenligning av private/ideelle sykehus med offentlige, og identifiserte ikke årsakene til at noen av de ideelle sykehusene gjorde det bedre enn gjennomsnittet.

Reinnleggelser

I tillegg til brukererfaringer (såkalt subjektive resultatmål) kan sykehuskvalitet også vurderes etter mer *objektive* kriterier. Ett kriterium som i flere sammenhenger brukes, er hyppigheten av ikke-planlagte reinnleggelser, ut fra den vurdering at reinnleggelse etter sykehusopphold kan være uttrykk for at kvaliteten på behandlingen ikke er god nok. Forhold som kan påvirke forekomsten av reinnleggelser, kan f.eks. være for tidlig utskrivning av pasienter, mangelfull oppfølging etter utskrivning og postoperative sårinfeksjoner. Kunnskapssenteret er, i tillegg til å gjennomføre undersøkelser som benytter mer subjektive kvalitetsindikatorer (som omtalt over), i ferd med å utarbeide en modell for å beregne forekomst av reinnleggelser ved somatiske sykehus som ledd i etableringen av et kvalitetsvurderingssystem (Kunnskapssenteret 2012, 2014b, 2015).

Reinnleggelse⁸ har vært benyttet som kvalitetsindikator i flere land, bl.a. i Danmark og Sverige. Den modellen som prøves ut i Norge, er basert på et tilsvarende indikatorprosjekt utført av Sundhedsstyrelsen i Danmark. Det påpekes imidlertid i den norske studien at hyppighet av reinnleggelser må tolkes med varsomhet fordi reinnleggelse ikke nødvendigvis er uttrykk for dårlig kvalitet; i enkelte sammenhenger kan de være uttrykk for god kvalitet (Kunnskapssenteret 2015:21). Resultatene fra undersøkelsen viser at reinnleggelser for et utvalg diagnosegrupper er hyppig forekommende i norske sykehus. Det er også store forskjeller mellom sykehus og mellom de kommunene disse sykehuse- ne ligger i (Kunnskapssenteret 2015:19).⁹ Årsakene til disse forskjellene i reinnleggelser har det imidlertid ikke vært mulig å kartlegge innenfor dette prosjektet.

Fire ideelt drevne sykehus inngår i prosjektet (Lovisenberg, Diakonhjemmet, Haraldsplass Diakonale sykehus og Betanien Hospital, Telemark). I tillegg inngår LHL-klinikken Feiring, men i denne studien defineres Feiring som et kommersielt drevet sykehus (som nevnt over regnes Feiring i mange andre sammenhenger for å være ideell, blant annet i PasOpp-undersøkelsene). For en del av diagnosene ligger Lovisenberg og Diakonhjemmet signifikant høyere i reinnleggelser enn den såkalte referanseverdien,¹⁰ mens Haraldsplass ligger lavere (Kunnskapssenteret 2015:16). Det fremgår imidlertid ikke hva årsakene til disse forskjellene kan være. Feiring-klinikken skiller seg ikke ut i noen av retningene, dvs. de ligger på referanseverdien for alle diagnosegruppene som inngår.

I studien advares det mot å benytte reinnleggelsesindikatoren til å rangere sykehus og kommuner (Kunnskapssenteret 2015:23). Selv om man finner signifikante forskjeller mellom sykehus og kommuner, er disse i hovedsak så små at det likevel er usikkert om forskjellene er reelle. Det påpekes for øvrig at det ikke finnes noen «gullstandard» for hvilke indikatorer som best skiller mellom gode og dårlige sykehus (og kommuner) og at heller ingen enkeltindikator gir uttrykk for den generelle kvaliteten i komplekse organisasjoner som sykehus. Konklusjoner om eventuelle kvalitetsforskjeller, i dette tilfellet

⁸ For såkalte ikke-planlagte, mer akutte, reinnleggelser.

⁹ Kommunene har bl.a. ansvaret for oppfølgingen av pasientene etter utskrivning.

¹⁰ Referanseverdien er konstruert som et såkalt trimmet gjennomsnitt (Kunnskapssenteret 2015:12).

mellom offentlige og privat ideelle sykehus¹¹, bør derfor ikke baseres enkeltindikatorer, men på et bredt sett av kvalitetsindikatorer, både objektive mål som overlevelse etter innleggelse og reinnleggelser, men også brukeropplevd kvalitet.

Kunnskapscenteret har også gjennomført en tilsvarende undersøkelse om overlevelse etter sykehusinnleggelse for tre akutte tilstander (hjerteinfarkt, hjerneslag og hoftebrudd), i tillegg også 42 diagnosegrupper som står for 80 prosent av dødsfallene innen 30 dager etter innleggelse (Kunnskapscenteret 2014b). Undersøkelsen omfatter i hovedsak de samme private (ideelle og kommersielle sykehusene) som nevnt over, bortsett fra Betanien Hospital, Telemark. Undersøkelsen viser at Feiring-klinikken ligger signifikant bedre an enn referanseverdien når det gjelder overlevelse for hjerteinfarkt, mens Haraldsplass ligger signifikant bedre an for de 42 diagnosegruppene sett samlet (samme sted:22). De øvrige sykehusene nevnt over ligger omkring referanseverdien. De samme forbeholdene i bruken av resultatene gjelder for denne studien som for den ovennevnte.

Avslutning og fremtidig forskningsbehov

Vi har i dette notatet tatt for oss sykehus drevet av ideelle organisasjoner og undersøkt om disse skiller seg fra andre sykehus, offentlige og kommersielle, med hensyn til tjenestetilførelse. Man kunne tenke seg at ulike driftsformer gir ulike resultater med hensyn til kvalitet og effektivitet, eller at ideelle virksomheter vektlegger andre forhold enn kommersielle, f.eks. med hensyn til nærhet til brukerne og innovasjon/metodeutvikling.

Vi har ikke funnet noen studier som sammenligner ideelle og kommersielle sykehus, bare noen som sammenligner ideelle og offentlige virksomheter. Årsakene kan være flere. Vi har gått igjennom problemene knyttet til mangel på en velfungerende definisjon og dermed god statistikk som kan være egnet når man vil sammenligne ideelle sykehus med andre. Som vi har sett, har noen sykehus dels blitt klassifisert som ideelt drevet, dels som kommersielt i gjennomførte studier; det gjelder f.eks. Feiring-klinikken. I Norge, med en vel utbygd offentlig velferdsstat, finnes dessuten svært få ideelle og kommersielle sykehus, uavhengig av hvordan man klassifiserer dem. Dette er trolig medvirkende til at dette er et forskningsområde med begrenset oppmerksomhet. Det kan også være metodiske vanskeligheter med å gjøre slike sammenligninger; de forutsetter blant annet at rammebetingelsene de enkelte virksomhetene fungerer under, er noenlunde like. Det er ofte ikke tilfellet for eksempel når ideelle organisasjoner er dominerende på ett felt og det dermed finnes få offentlige eller kommersielle aktører som driver samme type virksomhet; det blir få å sammenligne med.

Det finnes noen pågående prosjekter som kan bidra til å redusere noen av disse forskningsutfordringene. Det foreligger noen studier som sammenligner offentlige og ideelle sykehus, f.eks. når det gjelder brukererfaringer, overlevelse etter innleggelse og reinnleggelser. Disse studiene synes foreløpig å være mer på utprøvningsstadiet som ledd i helsemyndighetenes (ved Helsedirektoratet) utvikling av kvalitetsindikatorer for helse-

¹¹ Hvorav ett (Feirings-klinikken) altså kalles kommersielt i denne studien.

tjenesten enn per i dag ment som indikatorer som i seg selv er egnet til å sammenligne sykehus. Indikatorene som er underutvikling vil imidlertid gjelde ved vurdering av både offentlige, ideelle og kommersielle virksomheter. I fremtiden vil det trolig bli lettere å sammenligne helsetjenester etter hvilken driftsform helsevirksomhetene har.

Også ved Institutt for helse og samfunn ved Universitetet i Oslo foregår det også et prosjekt som studerer reinnleggelser som kvalitetsindikator ved sykehusinnleggelse, men resultater fra dette prosjektet foreligger foreløpig ikke.

For ideelle virksomheter vil det være viktig å kunne dokumentere hvordan de eventuelt skiller seg fra kommersielle virksomheter ved at de tilfører brukere og samfunnet en merverdi sammenlignet med kommersielle – og offentlige – aktører. I løpet av sommeren 2015 vil det bli publisert en utredning for Kulturdepartementet som forsøker å kartlegge ideelle organisasjoners merverdi innenfor helse- og sosialfeltet. Denne utarbeides på bakgrunn av endringer i EØS-reglene med virkning fra 2016 når det gjelder ideelle virksomheters mulighet til å beholde den særstillingen de i dag har når de leverer helse- og sosialtjenester til det offentlige. Dette prosjektet omhandler imidlertid ikke sykehus selv om funnene kanskje kan ha noe overføringsverdi.

Som nevnt foregår allerede studier som forsøker å kartlegge forskjeller mellom ideelle og andre aktører på sykehusfeltet. Dette skjer i helseforskningsmiljøer der langsiktige utviklingsprosjekter gjennomføres. Det kunne imidlertid være behov for å gå mer i dybden når det gjelder hvordan ulike aktører ser på de spørsmålene vi har gjennomgått i dette notatet. Et aktuelt prosjekt i forlengelse av den avgrensede studien som ligger til grunn for dette notatet, kunne derfor være å undersøke nærmere hva som skiller sykehus drevet av ideelle aktører fra offentlige og kommersielle, men med en mer kvalitativ tilnærming og et kvalitativt forskningsdesign. Her kunne ulike aktører innenfor helsefeltet på grunnlag av kunnskap og egne erfaringer gi uttrykk for hvordan de vurderer eventuelle forskjeller mellom ulike helseaktører innenfor sykehussektoren. Ulike aspekter ved kvalitet kunne her belyses, f.eks. om de ulike aktørene mener at ideelle aktører skille seg vesentlig ad med hensyn til f.eks. nærhet til brukerne, om de raskere fanger opp brukerbehov og om de med hensyn til metodeutvikling ligger i forkant av andre aktører. Også andre dimensjoner ved kvalitet kan trekkes inn. Aktuelle informanter kan her være ledere for ulike helse-/sykehusorganisasjoner, ledere for organisasjoner som organiserer/eier sykehusene, aktører som kjøper inn helsetjenester på vegne av det offentlige og offentlige helsemyndigheter i departement og direktorat. Også ledere for relevante arbeidstakerorganisasjoner (f.eks. Legeforeningen, Sykepleierforbundet og Fagforbundet) er aktuelle informanter.

Vedlegg: Private spesialisthelsetjenester med og uten driftsavtale per 2014

Har driftsavtale ("ideelle")				
Somatiske sykehus	Psykisk helsevern	Rusbehandling	Opptrening og rehabilitering	Flere typer tjenester
Betanien Hospital Skien stiftelse	Furkollen psykiatriske senter AS	Bergensklinikkene Stiftelsen	Fysmed klinikken AS	Diakonhjemmet sykehus AS
Hansens Martina Hospital AS	Lukas-stiftelsen	Blå kors vest AS	LHL Klinikkene AS	Kirkens sosialtjeneste Stiftelse
Haraldsplass diakonale sykehus AS	Modum Bad Gordon Johnsens stiftelse	Frelsesarmeen	Nordre Aasen Stiftelsen	Lovisenberg diakonale sykehus AS
Haugesund Sanitetsforenings Revmatismesykehus AS	N K S Grefsenlia AS	Lade behandlings-senter Blå kors SA	Nordre Aasen Stiftelsen	Stiftelsen Betanien Bergen
Revmatismesykehuset AS	N.K.S. Kløveråsen AS	N.K.S. Kvamsgrind-kollektivet AS	Ravneberghaugen stiftinga	
	NKS Jæren distriktpsych AS	Rogaland A senter AS	Rehabilitering Vest AS	
	NKS Olaviken alderspsyk. sykehus AS	Tyrili stiftelsen	Ribo stiftelsen	
	Norske Kvinners Sanitetsforening		Røde kors Haugland rehabilitering AS	
	Solli sykehus		Lukas-stiftelsen	
	Stiftelsen Manifestsenteret		Åstveit helsesenter AS	
	Stiftelsen Viken senter for psykiatri og sjelesorg			
	Fekjær psykiatriske senter			
	Modum bad			
	Kirkens bymisjon stiftelsen Oslo			
	N.K.S. Østbytunet behandlingssenter			

Kilde: SSB data om spesialisthelsetjenesten

Har ikke driftsavtale ("kommerielle")

Somatiske sykehus	Psykisk helsevern	Rusbehandling	Opptrening og rehabilitering	Flere typer tjenester
Radetiketter	Capio Anoreksi Senter AS	Alfa kurs og behandlingssenter AS	Bakke senter for mestring og reh AS	LHL-klinikkene AS
Aleris Helse AS		Blå Kors Øst AS	Catosenteret Stiftelsen	
Medi 3 sykehus AS		Borgestadklinikken Blå Kors Sør SA	Evjeklinikken AS	
Mjøs kirurgene leger og spesialist		Fossum kollektivet Stiftelsen	Fram helserehab AS	
NIMI AS		Fredheim stiftelsen	Friskvernklubben AS	
Privathospitalet AS		Incognito klinikk	Godthaab helse og rehabilitering	
Privatsykehuset Haugesund AS		Karmsund ABR senter stiftelsen	Grande rehabiliteringssenter as	
Ringvoll klinikken AS		Kirkens bymisjon stiftelsen Oslo	Hernes institutt Stiftelsen	
Teres Medical Norge AS		Kvinnekollektivet Arken stiftelsen	Hokksund rehabiliteringssenter AS	
Volvat medisinske senter AS		Renåvangen stiftelsen	Idrettens helsesenter AS	
		Samtun AS	Jeløy kurbad AS	
		Sigma Nord AS	Landaasen rehabiliteringssenter AS	
		Solliakollektivet stiftelsen	Meråker sanitetsforenings kurbad AS	
		Stiftelsen Phoenix	Montebellosenteret stiftelse	
		Stiftelsen Riisby behandlingssenter	MS-senteret Hakadal AS	
		Trasoppklinikken stiftelsen	Muritunet AS	
		Tyrili stiftelsen	NKS Eiksåsen MS senter AS	
		Valdresklinikken stiftelsen	Norsk Diabetikersenter for behandling	
			Opptreningssenteret i Finnmark AS	
			PTØ Norge	
			Rehabiliteringssenteret AiR AS	
			Rehabiliteringssenteret Nord-Norges kurbad AS	
			Reko AS	
			Ringens rehabiliteringssenter AS	
			Røysum diakonistiftelsen	
			Selli rehabiliteringssenter AS	
			Signo stiftelsen	
			Skogli helse og rehabiliteringssenter AS	
			Steffensrud rehabiliteringssenter AS	
			Stiftelsen Beitostølen helsesportsenter	
			Stiftelsen Nordtun helserehab	
			Sørlandets Rehabiliteringssenter Eiken AS	
			Tonsåsen rehabilitering AS	
			Valnesfjord Helseportssenter	
			Vikersund Kurbad AS	

Kilde: SSB data om spesialisthelsetjenesten

Slik SSB har gruppert de ulike private aktørene i tabellen over, inngår det også somatiske sykehus i gruppen «Flere typer tjenester» dersom flere typer tjenester tilbys. Derfor er LHL-klinikkene plassert her. Og som vi ser, er LHL-klinikkene plassert både under idelle med driftsavtale og under dem uten driftsavtale, noe som gir et noe uoversiktlig bilde. Vi har valgt å la tabellen stå slik som den foreligger hos SSB, men den synliggjør behovet for en bedre statistikk på området.

Referanser

- Gavelin, K., Kassmann, A. & Engel, C. (2010). *Om idéburna organisationers särart och mervärde. En forskningskartläggning*. Ersta Sköndal högskola.
- Halle, B. T. & Hedum, A. (2011). Høyest vekst for ideelle sykehus. *Samfunnsspeilet* nr. 2.2011.
- Kunnskapssenteret (2015). *30-dagers reinnleggelser av eldre 2011-2013 – resultater for sykehus og kommuner*. Notat mai 2015.
<http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/30-dagers-reinnleggelse-av-eldre-20112013.resultater-for-sykehus-og-kommuner>
- Kunnskapssenteret (2014a). *Pasienterfaringer med norske sykehus i 2013. Resultater for Helse Sør-Øst Privat ideelle med opptaksområde*. PasOpp-rapport nr. 3/2014, underrapport 69.
<http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/pasienterfaringer-med-norske-sykehus-i-2013-resultater-pa-sykehusniva>
- Kunnskapssenteret (2014b). *30-dagers overlevelse og reinnleggelse ved norske sykehus for 2013*. Notat november 2014.
<http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/30-dagers-overlevelse-og-reinnleggelse-ved-norske-sykehus-for-2013>
- Kunnskapssenteret (2012). *Reinnleggelser av eldre i Norge*. Notat april 2012.
<http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/reinnleggelser-av-eldre-i-norge>
- Linderyd, A., Ardin, A. & Rickne, J. (2012). *Välfärd bortom staten och kapitalet. Civila samhällets närvaro och förutsättningar i välfärden*. Stockholm: Sector 3. Tankesmedjan för det civila samhället.
<http://www.sektor3.se/wp-content/uploads/2012/05/valfardbortomstatochkap.pdf>
- Lundbäck, M. & Lundberg, A. (2012). *Varför är det så få idéburna organisationer i välfärden?* Rapport 0142. Stockholm: Tillväxtverket.
- Nygård, T. E. & Hedum, A. (2012). *Offentlig forvaltning og avgrensning mot andre sektorer. Sektorinndeling på utvalgte næringsområder*. Notat nr. 7/2012. Statistisk sentralbyrå.
<https://www.ssb.no/nasjonalregnskap-og-konjunkturer/artikler-og-publikasjoner/offentlig-forvaltning-og-avgrensning-mot-andre-sektorer>

- Nygård, T. E. & Hedum, A. (2010). *Offentlig forvaltning, sektorinndeling og avgrensning mot andre sektorer*. Notat nr. 48/2010. Statistisk sentralbyrå.
<https://www.ssb.no/nasjonalregnskap-og-konjunkturer/artikler-og-publikasjoner/offentlig-forvaltning-sektorinndeling-og-avgrensning-mot-andre-sektorer>
- Oslo Economics (2013a). Sykehjemsdrift i Oslo – effekten av konkurranse. Utarbeidet for NHO Service.
(16.01.13)<http://www.nhoservice.no/getfile.php/Filer/Dokumenter%20helse%20og%20ern%C3%A6ring/Rapport%25202013-%2520Sykehjemsdrift%2520i%2520Oslo%2520-%2520effekten%2520av%2520konkurranse-1.pdf>
- Oslo Economics (2013b). *Kvalitet i sykehjem*. Utarbeidet for NHO Service. (22.03.13)
[http://www.nhoservice.no/getfile.php/Filer/Dokumenter%20helse%20og%20ern%C3%A6ring/OsloEconomics kvalitetsanalyse 2011-2012.pdf](http://www.nhoservice.no/getfile.php/Filer/Dokumenter%20helse%20og%20ern%C3%A6ring/OsloEconomics%20kvalitetsanalyse%202011-2012.pdf) Sejersted, F. (2014). Rettslig vurdering av om unntaket for kjøp av helse- og sosialtjenester fra ideelle organisasjoner kan videreføres. Rapport levert til Nærings- og fiskeridepartementet.
<https://www.regjeringen.no/nb/aktuelt/Sejersted-rapporten-klar/id765116/>
- Senter for forskning på sivilsamfunn & frivillig sektor (2015). Mot en felles definisjon av tredje sektor. Oppslag på hjemmeside 04.03 15.
<http://www.sivilsamfunn.no/Info/Aktuelt/Mot-en-felles-definisjon-av-tredje-sektor>
- Sivesind, K. S. (2013). Ideella välfärdstjänster: En lösning på den nordiska modellens framtida utmaningar? I L. Trägårdh, P. Selle, L. S. Henriksen & H. Hallin (red.) (2013). *Civilsämbället klämt mellan stat och kapital. Välfärd, mångfald, framtid*. Stockholm: Forfatterne og SNS Förlag.
- Statistisk sentralbyrå (2014). Spesialisthelsetjenester 2013 (publisert 19.06.14).
<http://www.ssb.no/helse/statistikker/speshelse>

Offentlig og privat tjenesteproduksjon

I dette notatet tar vi for oss ideelle aktører i helsesektoren, med vekt på sykehus. Vi ønsker å undersøke hva eksisterende forskning kan bidra med når det gjelder å forstå hvordan – og om – ideelle sykehus skiller seg fra offentlige og kommersielle aktører. For å gjøre en slik sammenligning er det avgjørende å ha en samstemt definisjon av hvem de ideelle aktørene er, og å ha statistikk for alle de tre kategoriene av sykehus. Vi finner at disse forutsetningene ikke er tilstrekkelig oppfylt i dag, og vi belyser en del av dilemmaene i foreliggende statistikk.