

Terje P. Hagen, Geir Godager, Jonas Kinge og Eline Aas (Red.)

Organisering og finansering av helsetjenester

En innføring



FAGBOKFORLAGET



Organisering
og finansiering av helse-
og omsorgstjenester

Terje P. Hagen, Geir Godager, Jonas Kinge og Eline Aas (Red.)

Organisering og finansiering av helse- og omsorgstjenester

En innføring



FAGBOKFORLAGET

Boken ble første gang utgitt i 2026 på Vigmostad & Bjørke AS.

Redaksjonelt arbeid, utvalg og introduksjon © Terje P. Hagen, Geir Godager, Jonas Kinge og Eline Aas 2026. Hvert enkelt kapittel © den respektive forfatter 2026.

Dette verket, tilgjengelig fra <https://oa.fagbokforlaget.no>, omfattes av åndsverksloven og er lisensiert under følgende Creative Commons-lisens: Creative Commons Navngivelse 4.0 Internasjonal (CC BY 4.0).

Denne lisensen gir tillatelse til å kopiere, distribuere eller spre materialet i hvilket som helst medium eller format, og til å remikse, endre eller bygge videre på materialet til et hvilket som helst formål, inkludert kommersielle. Disse frihetene gis på følgende vilkår: Du må oppgi korrekt kreditering, oppgi en lenke til lisensen, og indikere om endringer er blitt gjort. Du kan gjøre dette på enhver rimelig måte, men uten at det kan forstås slik at lisensgiver bifaller deg eller din bruk av materialet. Du kan ikke gjøre bruk av juridiske betingelser eller teknologiske tiltak som lovmessig hindrer andre i å gjøre noe som lisensen tillater.

For å se en kopi av denne lisensen, besøk
<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.no>

Lisensen gir deg ikke nødvendigvis alle de tillatelser som er nødvendig for din tiltenkte bruk. For eksempel kan andre rettigheter, som reklame-, personvern-, eller ideelle rettigheter, sette begrensninger på hvordan du kan bruke materialet.

Denne boken har mottatt støtte fra Universitetet i Oslo.

Utgivelsen av boken er finansiert med støtte fra Norges Forskningsråd, prosjekt nummer 296114 (NORCHER).

ISBN trykt utgave: 978-82-450-6373-8
ISBN digital utgave: 978-82-450-6150-5
DOI: <https://doi.org/10.55669/oa1809>

Spørsmål om denne utgivelsen kan rettes til:
fagbokforlaget@fagbokforlaget.no
www.fagbokforlaget.no

Omslagsdesign ved forlaget
Sats: ved forlaget

Vigmostad & Bjørke AS er Miljøfyrtårn-sertifisert,
og bøkene er produsert i miljøsertifiserte trykkerier.



Miljøfyrtårn

SERTIFISERT
VIRKSOMHET

Forord

Boken er skrevet som en innføringsbok for studier i helseledelse, helseøkonomi, helseadministrasjon og helsefag. Hovedmålet er å gi en fyldig beskrivelse av helse- og omsorgstjenestene i Norge. Videre introduserer vi begreper og enkle forklaringsmodeller som studenter på innføringskurs bør kunne. Vårt underliggende perspektiv er at organisering og finansiering er virkemidler i offentlig helsepolitikk. De er instrumenter som kan brukes for å redusere ulikhet i tjenestetilbudet, øke effektiviteten og heve kvaliteten.

Boken inneholder oppdatert kunnskap om reformer og piloter fra de siste tiårene – også reformer i andre land som har relevans for norske forhold.

Ingen bok kan få med alt. Boken skal få fram de prinsipielle sidene ved utformingen av helse- og omsorgstjenestene, men vi diskuterer i liten grad den interne organiseringen av klinikken, enten dette er et legekontor, en sykehusavdeling eller et sykehjem.

De fleste kapitlene er skrevet av tilsatte ved Avdeling for helseledelse og helseøkonomi, Institutt for helse og samfunn, Det medisinske fakultet ved Universitetet i Oslo. Medlemmene i redaksjonskomiteen har ansvar for å holde strukturen i hovedbolkene av boken (A-F). Terje P. Hagen har et overordnet ansvar for strukturen i boken.

Enkelte av kapitlene er basert på forfatterens tidligere verk. Når dette er tilfellet, er det klargjort i en fotnote.

Oppsummeringene og spørsmålene til enkelte av kapitlene er generert med støtte fra ChatGPT.

Oslo, 23.03.2026

Terje P. Hagen, Geir Godager, Jonas Kinge og Eline Aas (redaktører)

Innhold

Del A

Grunnleggende begreper og sammenhenger	11
---	-----------

1

Helsetjenestesystemer	13
------------------------------	-----------

Terje P. Hagen og Eline Aas

2

Offentlige og private helseforsikringer i Norge	27
--	-----------

Terje P. Hagen og Ole Berg

3

Betalingssystemer	39
--------------------------	-----------

Geir Godager og Terje P. Hagen

Matematisk appendiks til kapittel 3	71
--	-----------

4

Demografiske endringer og helsetjenesten	85
---	-----------

Hege Gjeffen og Rannveig K. Hart

Del B

Kommunehelsetjenesten	105
------------------------------	------------

5

Kommunehelsetjenesten – utvikling og oppgaver	107
--	------------

Terje P. Hagen

6

Finansieringen av kommunene	129
------------------------------------	------------

Terje P. Hagen

7

Allmennlegetjenestene	151
------------------------------	------------

Geir Godager

8	
Pleie- og omsorgstjenestene	177
<i>Henning Øien og Terje P. Hagen</i>	
 Del C	
Spesialisthelsetjenestene	205
 9	
Sykehusenes organisering	207
<i>Terje P. Hagen</i>	
 10	
Finansieringssystemene i spesialisthelsetjenesten	229
<i>Jonas Minet Kinge og Terje P. Hagen</i>	
 11	
Helseforetaksmodellen og «sørge for»-ansvaret	253
<i>Terje P. Hagen</i>	
 Del D	
Samhandling mellom nivåene	269
 12	
Pasientflyt og samhandling	271
<i>Jon Helgheim Holte, Trond Tjerbo og Terje P. Hagen</i>	
 13	
Reformer i samhandlingen	287
<i>Trond Tjerbo, Jon Helgheim Holte og Terje P. Hagen</i>	
 Del E	
Effektivitet og likhet	307
 14	
Produktivitetsanalyser i helsesektoren	309
<i>Sverre A.C. Kittelsen</i>	

15	
Likheter og ulikheter i forbruket av sykehustjenester	329
<i>Tron Anders Moger</i>	
 Del F	
Komparative og internasjonale temaer	347
 16	
Sosialforsikringsmodeller	349
<i>Terje P. Hagen</i>	
 17	
Private helseforsikringer	359
<i>Jonas Minet Kinge og Terje P. Hagen</i>	
 18	
EUs helsepolitikk: indre marked, beredskap og kriserespons	369
<i>Frode Veggeland</i>	
 Referanser	397

Del A

Grunnleggende begreper og sammenhenger

Den første delen av boken omfatter fire grunnleggende temaer som har relevans for hele helse- og omsorgstjenestene: organiseringen av helsetjenestesystemet, utviklingen av forsikringsorganisasjonen, en beskrivelse av finansieringsmodellene og forståelsen av demografiske endringer. De fire temaene kommer vi tilbake til videre utover i boken, på ulike måter.

I kapittel 1 gir vi en bred oversikt over de fire aktørene som definerer et helsetjenestesystem. Disse fire aktørene er *samfunnsborgeren*, som både er *pasient* og *finansierer* av systemet, *forsikringsorganisasjonen*, *leverandørene* av helsetjenester og en *regulerende myndighet*. Hvordan helsetjenestesystemene fungerer, bestemmes i høy grad av hvordan relasjonene mellom disse fire aktørene er organisert.

Norge har i hovedsak et skattebasert helseforsikringssystem. I kapittel 2 går vi gjennom den historiske utviklingen av dette systemet. Norge var kanskje det første landet i verden som i prinsippet innførte en universell helseforsikring. Ordningen ble gradvis utviklet, og på slutten av 1960-tallet var de fleste elementene i dagens norske helseforsikringssystem på plass.

I kapittel 3 beskrives grunntypene av betalingsmodeller mellom myndighetene og leverandørene av helsetjenester. Skal vi for eksempel finansiere tjenesteleverandørene ved en fast ramme eller ved aktivitetsbaserte inntekter?

Å forstå demografiske endringer er grunnleggende for å forstå helse-tjenestene. Befolkningen endrer seg gjennom tre prosesser (kapittel 4): fødsler, død og migrasjon. Disse endringene påvirker både størrelsen på befolkningen (hvor mange som bor i et land) og aldersstrukturen, altså hvor stor andel av befolkningen som er på hvert alderstrinn. Begge disse forholdene er viktige for å forstå behovet for helsetjenester, og også hvor mange som er tilgjengelige for å jobbe i tjenestene.

Hagen, T. P. & Aas, E. (2026). Helsetjenestesystemer. I T. P. Hagen, G. Godager, J. Kinge & E. Aas (Red.), *Organisering og finansiering av helse- og omsorgstjenester: En innføring* (s. 13–26). Fagbokforlaget. <https://doi.org/10.55669/oa180901>

1

Helsetjenestesystemer

Terje P. Hagen og Eline Aas

I 1980- og 90-årene var den norske helsetjenesten preget av lange ventetider til planlagte behandlinger. I sykehusene var ventetiden ofte mer enn et år. I primærhelsetjenesten måtte en gjerne vente 2–3 uker på en konsultasjon hos legen. Misnøyen i befolkningen, skapt av de lange ventetidene, ledet til politiske handlinger og reformer som innsatsstyrt finansiering, fritt sykehusvalg og behandlingsrettigheter med individuelle ventetidsgarantier. Ventetidene gikk ned. I kommunehelsetjenesten fikk vi fastlegeordningen, som også kan ses i dette perspektivet (Hagen & Iversen, 2023).

De siste årene har vi sett tendenser til økte ventetider i sykehusene. Økningen ble utløst av Covid-19-pandemien, da en måtte utsette operasjoner og konsultasjoner for å redusere smittefaren og for å flytte ressurser over til de alvorlig syke Covid-pasientene. De siste årene har det også vært utfordringer med tilgjengelighet til fastlegenes lister, med lav kapasitet og varierende kvalitet i de kommunale helse- og omsorgstjenestene, og med samhandlingen mellom nivåene i helsesektoren for pasienter med sammensatte lidelser. Det er flere årsaker til disse utfordringene der økt etterspørsel etter tjenester som følge av en aldrende befolkning, og flere teknologiske muligheter er viktige.

Hvordan vi organiserer og finansierer helse- og omsorgstjenestene, har effekter for ventetider til behandling, for kvaliteten i behandlingen, for pasientenes livskvalitet og overlevelse og for en rekke andre forhold. Målene med denne læreboken er å gi en bred innføring i organisering og finansiering av helse- og omsorgstjenester. Læreboken er skrevet som en innføringsbok med vekt på beskrivelser, definisjon av begreper og presentasjon av grunnleggende teorier. Vi presenterer og diskuterer også de mest sentrale reformene i helse-tjenestene som er gjennomført de siste 40–50 årene.

Vårt utgangspunkt er at både organisasjons- og finansieringsmodeller kan benyttes som virkemidler til å nå målene som settes for helsetjenestene. Perspektivet er altså instrumentelt. Vi mener naturligvis ikke at organisasjons- og finansieringsmodeller alene forklarer beslutningsutfall og effekter av helse-tjenestene. Dette er forhold som spiller sammen med medisinsk teknologi, de ansattes kompetanse og flere andre forhold.

Boken legger hovedvekten på norske forhold, men inneholder også komparative perspektiver, særlig når det gjelder alternative måter å organisere forsikringssystemene på.

I dette innledningskapittelet beskriver vi først noen utfordringer helse-tjenestene står foran de nærmeste årene. Deretter beskriver vi hovedstrukturen i det vi kaller helsetjenestesystemer og går gjennom bokens oppbygging.

1.1 Utfordringer

En sentral utfordring følger av aldringen av befolkningen. Klarer vi som nasjon å skaffe helse- og omsorgstjenester til et økende antall eldre? Sammenliknet med andre land er Norge i en svært privilegert økonomisk situasjon, med store oppsparte midler i Oljefondet. Oljefondet, eller Statens pensjonsfond utland som det egentlig heter, ble etablert for å skjerme norsk økonomi for svingninger i oljeinntektene. Oljefondet representerer også en finansiell reserve som gjør at fremtidige generasjoner kan ha glede av oljeformuen. Tilgangen til penger blir derfor ikke det største problemet når Norge som nasjon skal møte eldrebølgen. Derimot er vi i ferd med å komme i en situasjon der vi mangler personell, særlig innenfor pleie- og omsorgstjenestene (NOU, 2023:4). Et normativt spørsmål er om vi skal importere personell fra land med dårligere økonomiske forutsetninger (og ofte større demografiske utfordringer) enn oss selv. Økt arbeidsinnvandring kan løse deler av problemet med underskudd på arbeidskraft. Men hva om vi ikke importerer mer helsepersonell?

En internasjonal trend innebærer mindre bruk av sykehus og mer vekt på bruk av primærhelsetjenestene. Som ledd i samhandlingsreformen (St.meld. nr. 47 (2008–2009)) ble for eksempel liggetidene i sykehusene redusert, og mer av rehabiliteringen av pasientene flyttet til kommunene. I kommunene har vi de siste tiårene sett trender i retning av mindre bruk av institusjoner, mer bruk av hjemmetjenester og mer vekt på egenomsorg. Dette har gitt oss mindre kostbare tjenester, mens kvaliteten stort sett er opprettholdt. Arbeidskraftbehovet har trolig blitt lavere enn ved institusjonsbasert omsorg.

Behovet for flere institusjonsplasser kan imidlertid øke med et økende antall demente. Dette vil trekke både ressursbruken og arbeidskraftbehovet opp. I boken beskrives noen av disse endringene, og vi diskuterer hvordan de har påvirket tjenestetilbudet for befolkningen. Er reduserte liggetider i sykehusene og mer bruk av hjemmetjenester fortsatt veien å gå? Hva med økningen i yngre brukere med store behov for pleie- og omsorgstjenester? Vil økt etterspørsel fra disse gruppene heve terskelen for å gi tjenester til eldre?

En annen utfordring gjelder ulikhet i levealder. Norge har, sammenliknet med andre europeiske land, stor ulikhet i dødelighet mellom ulike utdanningsgrupper (Steingrímsdóttir mfl., 2012). Deler av forklaringen er trolig seleksjon. I Norge er det få igjen i gruppen av lavt utdannede, og mange av dem, har i utgangspunktet helsemessige problemer som har påvirket utdanningsvalget.

Samtidig kan det også være at forebygging av helseproblemer og helsemessige intervensjoner har større effekt i den godt utdannede delen av befolkningen enn i gruppene med lavere utdanning. Mekanismene bak slike effekter er dårlig forstått, men må søkes både i forebyggingsstrategier som kanskje ikke når ut til befolkningen, variasjoner i tilgangen til tjenester, relasjonene mellom den behandlede og pasienten, og i hvilken grad pasienten følger behandlingsoppleggene.

Den tredje utfordringen kommer fra den teknologiske utviklingen. Teknologisk innovasjon gir oss muligheter for å behandle pasientgrupper som i dag ikke har tilbud, og/eller forbedre eksisterende tilbud. Framskritt innen genetik og bioteknologi gjør det mulig å skreddersy behandlinger basert på individuelle genetiske profiler, noe som kan føre til mer effektive og målrettede behandlingsmetoder. Dette er det vi kaller persontilpasset medisin. Økt bruk av telemedisin vil gjøre det mulig for pasienter å få tilgang til helsetjenester uten å møte opp fysisk på sykehus eller klinikker. Kunstig intelligens (KI) kan gjøre det mulig å stille diagnoser raskere og mer presist. Dette kan forbedre pasientbehandlingen, redusere feil og skreddersy medisinske løsninger til den enkelte pasient.

Implementering av ny teknologi krever betydelige investeringer i utstyr, programvare og opplæring av helsepersonell. Teknologi krever også kontinuerlig vedlikehold, oppdateringer og support, som kan medføre ekstra kostnader over tid. De høye kostnadene ved investeringer i og bruk av ny teknologi er en medvirkende årsak til at særlig sykehusaktiviteten over tid har blitt sentralisert til større enheter.

I boken skal vi diskutere disse og andre utfordringer og etablere begreper og modeller som gjør at vi bedre kan beskrive utfordringene og komme med forslag til hvordan avveininger kan gjøres.

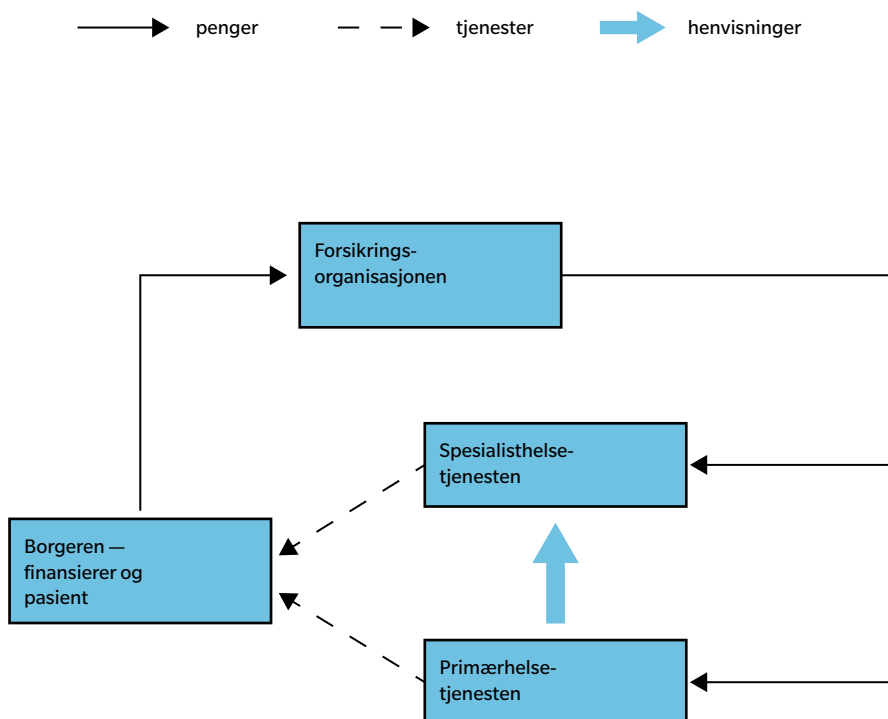
1.2 Helsetjenestesystemer – aktører og relasjoner

De viktigste aktørene i et helsetjenestesystem er (a) borgeren som både er finansierer og potensiell pasient, (b) en eller flere forsikringsorganisasjoner og (c) leverandørene av helsetjenester, gjerne inndelt i primærhelsetjenester og spesialisthelsetjenester. I tillegg eksisterer regulerende myndigheter (i boken også omtalt som bare «myndighetene») som i noen tilfeller, for

eksempel i Norge, i all hovedsak utgjøres av staten. Relasjonene mellom disse fire gruppene av aktører vil påvirke hvordan helsetjenestesystemene fungerer, for eksempel med hensyn til fordeling av tjenester og effektivitet og kvalitet i tjenesteproduksjonen (OECD, 1992; Docteur & Oxley, 2003).

Figur 1.1

Helsetjenestesystemer – aktører og relasjoner



Relasjonene mellom borgeren og forsikringsorganisasjonen

I Norge har vi en skattefinansiert helseforsikringsorganisasjon¹. Alle borgere betaler inn til organisasjonen gjennom skatter og avgifter. Innbetalingene

¹ Helseforsikringer ble i utgangspunktet etablert for å kompensere forsikringstakerne for det som kalles katastrofale hendelser, altså død, invalidiserende ulykker og langvarig, alvorlig sykdom. I dag brukes begrepet bredere. En helseforsikringsordning kan finansiere alt fra forebyggende helsearbeid til pleie- og omsorgstjenester.

skjer både til staten, fylkeskommunene og kommunene, som vi kan forstå som avdelinger i forsikringsorganisasjonen. De folkevalgte organene, Stortinget, fylkestingene og kommunestyrene, allokterer deretter ressurser til ulike oppgaver som f.eks. undervisning, kultur og helse- og omsorgstjenester. I et skattebasert system blir det da et *indirekte* forhold mellom de ressursene som betales inn til forsikringsorganisasjonen og det som betales ut, ved at nivået på tjenestene som tildeles, bestemmes av beslutninger i de folkevalgte organene.

I premiebaserte forsikringsorganisasjoner er dette annerledes. Det som betales av premier til helseorganisasjonen, er i all hovedsak det som benyttes til finansiering av helsetjenestene. I de premiebaserte forsikringsorganisasjonene inngår borgeren, eller bedriften der borgeren er tilsatt, en forsikringskontrakt med forsikringsorganisasjonen. Basert på betingelsene i forsikringskontrakten får borgeren tildelt helse- og omsorgstjenester. De premiebaserte forsikrings-systemene varierer med hensyn til frivillighet. I noen land, f.eks. Tyskland og Nederland, er det obligatorisk å tegne forsikringer, noe som gjør at det individuelle elementet blir tonet ned. I andre land, USA er et eksempel, er spørsmålet om en vil tegne forsikring opp til den enkelte eller bedriftene². Som vi skal komme tilbake til, er de premiebaserte forsikringssystemene i hovedsak bedriftsbaserte.

Dette gir oss to grunnleggende dimensjoner for klassifisering av helseforsikringssystemer (Tabell 1.1): Forsikringssystemet kan være skattebasert eller premiebasert, og forsikring kan være obligatorisk eller frivillig. Alternativet med frivillige skatter er ikke relevant. Skatter og avgifter er i sin karakter obligatoriske.

2 I USA er befolkningen over 65 år omfattet av Medicare-systemet, og veteraner fra militæret er omfattet av Veterans Administration. Dette er skattefinansierte helsetjenestesystemer.

Tabell 1.1*Klassifikasjon av forsikringssystemer*

	Obligatorisk	Frivillig
Skattebasert	Alle nordiske land	Ikke relevant
	Storbritannia	
	Portugal, Spania, Italia	
	USA (Medicare)	
Premiebasert	Tyskland, Nederland, Sveits	USA (yrkesaktive under 65 år)

Vi gir en nærmere beskrivelse av framveksten av helseforsikringssystemet i Norge i kapittel 2. De premiebaserte forsikringsmodellene som finnes i kontinental-Europa, det vi kaller sosialforsikringsmodeller, og modeller med frivillige helseforsikringer som i USA, beskrives og diskuteres nærmere i siste del av boken.

Relasjonene mellom forsikringsorganisasjonene og helsetjenesteprodusentene

Relasjonene mellom forsikringsselskapene og tjenesteleverandørene kan beskrives gjennom to typer institusjonelle forhold: grad av integrasjon og type betalingssystem.

Hovedmodellen for organiseringen av helsetjenesteprodusentene i Norge har vært at disse er *integrert* i staten, fylkeskommunene eller kommunene. Tilsvarende har vært modellene i Danmark og Sverige. Modellen innebærer at tjenesteprodusenten og forsikringsorganisasjonen er *samme juridiske enhet*. En rettsak reist mot et sykehus, for eksempel som følge av pasientskader, var i praksis en rettsak mot fylkeskommunen. Modeller der tjenesteprodusenten er integrert i staten, fylkeskommunen eller kommunen, innebærer at tjenesteprodusentene er organisert som *forvaltningsorganer*. Statlige, fylkeskommunale eller kommunale myndighetsorganer kan da gripe direkte inn i styringen av disse enhetene.

På 1980- og 90-tallet ble organiseringen i Norge utsatt for kritikk. Beslutninger om endringer i budsjetter måtte behandles i folkevalgte organer, noe som tok lang tid. Det ble også hevdet at styringsmodellen førte til ineffektivitet: enten ved at tjenestene ikke ble tilpasset brukernes ønsker (lav

allokeringseffektivitet), eller ved at arbeidskraften ble utnyttet lite fleksibelt (lav kostnadseffektivitet). Det ble derfor utviklet alternativer, både innenfor forvaltningsmodellen og ved at tjenesteproduksjonen ble skilt ut som *selvstendig rettssubjekt* utenfor forvaltningen. Tabell 1.1 beskriver de viktigste alternativene (St.meld. 19 (2008–2009); Sørensen & Thompsen, 2018).

Bruttobudsjetterte forvaltningsorganer er den tradisjonelle organisasjonsmodellen for helsetjenester i fylkeskommunal og kommunal regi. I denne modellen fastsetter de folkevalgte organene budsjettene i detalj. Dersom det for eksempel skjedde en økning i et sykehus sine inntekter som følge av økt poliklinisk aktivitet, måtte det gjøres et separat vedtak i fylkesutvalget om at disse inntektene eventuelt kunne benyttes til økt bemanning. I praksis ble imidlertid denne modellen lite benyttet, og modellen med nettobudsjetterte ble formalisert i løpet av 1990-årene. Innenfor denne modellen kunne sykehusene omdisponere mellom ulike inntekter og mellom ulike utgifter, og økte inntekter kunne benyttes til å øke antall tilsetninger.

Tabell 1.2

Organisasjonsformer i offentlig virksomhet

Hovedtyper	Undertyper
Forvaltningsorganer	Bruttobudsjettert forvaltningsorgan
	Nettobudsjettert forvaltningsorgan
	Nettobudsjettert forvaltningsorgan med styre
Selvstendige rettssubjekter	Statlig, fylkeskommunalt eller kommunalt selskap/foretak
	Selskap med offentlig eiermajoritet
	Offentlig stiftelse

Selvstendige rettssubjekter har enda mer omfattende fullmakter enn nettobudsjetterte forvaltningsorganer, og kan i noen grad fatte beslutninger om investeringer. Buskerud og Møre og Romsdal fylkeskommuner organiserte sine sykehus som foretak fra 1999, og foregrep dermed modellen som ble valgt etter at staten overtok sykehusene fra 2002. Utskilling av helsetjenesteproducentene som egne rettssubjekter åpner også for bruk av anbudskonkurranse før inngåelsen av kontraktene (nærmere beskrivelse av foretaksmodellen i sykehusene følger i del C av boken). De folkevalgte organene styrer da på

det som kalles «armlengdes avstand». Et viktig argument for å skille ut helse-tjenesteprodusentene som egne rettssubjekter er at dette gir muligheter for ulike former for konkurranseutsetting.

I sosialforsikringssystemene er hovedmodellen at helsetjenesteprodusentene er organisatorisk atskilt fra forsikringsorganisasjonen, altså at de er egne rettssubjekter. Relasjonene mellom forsikringsorganisasjonen og sykehusene har imidlertid vært basert på langsiktige avtaler.

Type betalingssystem er den andre viktige dimensjonen i beskrivelsen av forholdet mellom forsikringsorganisasjonen og tjenesteleverandøren. En betalingsmodell er i denne sammenheng en regel for hvordan penger skal tilføres dem som utfører helsetjenester. Det finnes flere typer betalingsmodeller. Viktige dimensjoner er om modellene er *retrospektive* eller *prospektive*, og om de er basert på økonomiske rammer eller tjenesteprodusentens aktivitet. Dette kommer vi nærmere tilbake til i kapittel 3.

Relasjonene mellom helsetjenesteleverandørene og pasientene

Relasjonen mellom helsetjenesteleverandørene og pasientene kan også beskrives langs flere dimensjoner. De viktigste omfatter *rettighetene* til helsehjelp og *organiseringen av pengestrømmene*.

Historisk sett har pasienten ikke hatt en spesielt sterk stilling i helsesystemene. Pasientens skjebne har vært i hendene på profesjonene, og i særlig grad legene. I Norge ble dette gradvis endret i løpet av 1990-årene og formalisert gjennom Lov om pasient- og brukerrettigheter av 1999 (iverksatt fra 2001) og den tilhørende prioriteringsforskriften (se nærmere beskrivelse i Del C).

I dag kan en bruker eller pasient ha *rett til nødvendig helsehjelp* fra kommunenes helse- og omsorgstjenester, fra spesialisthelsetjenesten eller begge deler. Om pasienten skal tildeles rettigheten, vurderes på grunnlag av *prioriteringskriteriene*: a) om brukeren eller pasienten har nytte av helsehjelpen, b) alvorligheten i pasientens tilstand og c) om den forventede ressursbruken står i rimelig forhold til nytten av hjelpen.

Retten til nødvendig helsehjelp gjelder både for kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, men fikk først effekter for beslutningsprosessen i spesialisthelsetjenesten. Da pasient- og brukerrettighetsloven trådte i kraft fra 2001, fikk pasienter som var henvist til offentlige sykehus eller

spesialistpoliklinikk, rett til å få sin helsetilstand vurdert innen 30 virkedager fra henvisningen var mottatt. I dag er dette endret til 10 dager.

I kommunehelsetjenestene benyttes de samme kriteriene – nytte, alvorlighet og ressursbruk – for prioritering og tildeling av rett til nødvendig helsehjelp som i spesialisthelsetjenesten. Med utgangspunkt i Blankholm-utvalgets innstilling (NOU, 2018:16) ble imidlertid nyttebegrepet utvidet. Den forventede nytten av et tiltak vurderes nå ut fra om tiltaket kan øke pasientens livslengde og/eller livskvalitet gjennom å gi økt sannsynlighet for overlevelse, forbedring eller redusert tap av mestring og/eller fysisk eller psykisk funksjon, og reduksjon av smerter, fysisk eller psykisk ubehag. Denne utvidelsen har særlig styrket rettighetene til yngre brukere med funksjonsnedsettelse.

Til langt utpå 1960-tallet måtte pasientene betale for et besøk hos legen eller sykehusenes poliklinikk, og deretter søke sykekassen (forsikringsorganisasjonen) om refusjon. Dette ble gradvis endret ved at primærlegene og de legene som arbeidet i sykehusenes poliklinikker, fikk refusjoner fra Folketrygden direkte. Sykehuslegenes arbeid ved poliklinikkene ble en del av legenes ordinære arbeidsoppgaver fra 1977.

I dag betaler pasienter det vi kaller egenandeler opp til egenandelstaket. Egenandelstaket var i 2025 3278 kroner. Når dette taket er nådd, slipper pasienten å betale egenandeler resten av kalenderåret – pasienten får frikort. I grunnlaget for frikort er blant annet godkjente egenandeler fra apoteker, lege, behandling hos fysioterapeut, psykolog, sykehus/poliklinikk, laboratorier og røntgeninstitutt, men ikke f.eks. vederlag for opphold ved sykehjem.

Organisering av regulerende myndigheter

Både i land med skattebaserte og premiebaserte helsetjenestesystemer er det staten som er den regulerende myndigheten. I EU/EØS-området har EU etablert noen reguleringer på helseområdet, særlig når det gjelder pasientmobilitet (se Del F av boken).

Både land med skattebaserte og premiebaserte forsikringsordninger har noen institusjoner som er felles: Helsedepartementene driver overordnet policyutvikling, og folkehelseinstituttene er ansvarlige for overvåkning av helsetilstanden. Utover disse institusjonene er det variasjoner. I sosialforsikringsland som Tyskland og Sveits er staten en relativt passiv aktør på helseområdet. Sosialforsikringsordningene skal i høy grad være selvregulerende.

Det finnes imidlertid nasjonale planer og reguleringer på utvalgte områder. I Tyskland er det for eksempel utviklet en nasjonal plan for kreftomsorg. Målet med planen er å sikre rimelig grad av geografisk likhet i tilbudet av tjenester på feltet. Virkemidlene i planen er imidlertid svake og i hovedsak basert på informasjonsutveksling og henstillinger.

I de skattebaserte landene er staten mer aktivistisk, og benytter både lovmessige, finansielle og informasjonsmessige virkemidler for å regulere helsetjenestene. De mest sentrale myndighetsorganene på nasjonalt nivå i Norge er, foruten Stortinget og Helse- og omsorgsdepartementet, disse: Helsedirektoratet, Statens helsetilsyn og Statsforvalteren, Folkehelseinstituttet og Direktoratet for medisinske produkter.

Helse- og omsorgsdepartementet i Norge ble etablert i 2004. Tidligere lå helsepolitiske saker under Sosialdepartementet, som ble opprettet i 1913 (før det lå helsesakene under Handelsdepartementet). I årene 1993–2001 het departementet Sosial- og helsedepartementet. Fra 2002 ble Sosial- og helsedepartementet delt i Sosialdepartementet og Helsedepartementet, og Helsedepartementet ble altså til Helse- og omsorgsdepartementet fra 2004. Helse- og omsorgsdepartementet har vært gjennom flere endringer for å tilpasse organisasjonen til nye oppgaver. I dag (2026) har departementet blant andre følgende avdelinger:

- Spesialisthelsetjenesteavdelingen som har ansvar for spesialisthelsetjenesten og legemiddelpolitikken, med særlig oppmerksomhet på kvalitet og tilgjengelighet, samt følgene av den demografiske og den medisinske utviklingen i samfunnet. Avdelingen forvalter eierskapet til de regionale helseforetakene og Norsk helsenett SF.
- Kommunitjenesteavdelingen som har ansvar for statens politikk knyttet til de kommunale helse- og omsorgstjenestene definert i lov om kommunale helse- og omsorgstjenester og tannhelseloven.
- E-helseavdelingen som har ansvar for å koordinere arbeidet med digitalisering i helse- og omsorgssektoren.
- Folkehelseavdelingen som har ansvar for helsefremmende og forebyggende arbeid på befolkningsnivå, samt helseanalyser.
- Helserettsavdelingen som har ansvaret for de fleste lovene og forskriftene som ligger under Helse- og omsorgsdepartementets område.

Helsedirektoratet er underlagt Helse- og omsorgsdepartementet. Direktoratet skal iverksette vedtatt politikk og har flere forvaltningsoppgaver etter delegering fra Helse- og omsorgsdepartementet, blant annet myndighet til å fortolke lover og regelverk innenfor folkehelse og helse- og omsorgssektoren. Helsedirektoratet iverksetter handlingsplaner og kampanjer, og tildeler tilskudd etter målsettinger satt av Stortinget. Helfo er Helsedirektoratets ytre etat. Helfo utbetaler refusjoner til fastleger og private spesialister, og gir individuell refusjon av innbyggernes utgifter til blant annet legemidler og helsetjenester i inn- og utland. Helfo har også ansvar for å organisere tjenestene for pasienter som er utsatt for fristbrudd i de offentlig finansierte sykehusene.

Helsetilsynet er det sentrale tilsynsorganet for helse- og omsorgstjenestene, samt sosiale tjenester som for eksempel barnevernet. Oppgavene omfatter overvåkning av kvaliteten i tjenestene, behandling av enkeltsaker om alvorlig svikt i tjenestene og behandling av klagesaker. Helsetilsynet har ansvaret for den faglige styringen av Statsforvalteren i deres arbeid med tilsyn for sosiale tjenester, barnevern-, helse- og omsorgstjenester og folkehelsearbeid i fylkene.

Folkehelseinstituttet (FHI) er ansvarlig for helseovervåking, forskning og forebygging, med vekt på beredskap innen smittevern og miljømedisin, psykisk helse, rusmiddelforskning, helsestatistikk, befolkningsundersøkelser, laboratoriebasert forskning, livsstil og helse, sosiale helseforskjeller, helseovervåking og registre, samt internasjonale helseproblemer. FHI har et omfattende samarbeid med Verdens helseorganisasjon.

Direktoratet for medisinske produkter (DMP) har ansvar for at mennesker og dyr har tilgang på trygge medisiner og sikkert medisinsk utstyr. DMP har en sentral rolle i godkjenningen av legemidler og medisinsk utstyr, og i vurderinger innen legemiddeløkonomi.

Fylkeskommunene og kommunene

På samme måte som staten har fylkeskommunene og kommunene viktige oppgaver når det gjelder finansieringen av tjenestene og allokering av ressurser mellom ulike tjenester. Fylkeskommunene og kommunene har ikke regulerende myndigheter på helseområdet.

Oppgavene til både fylkeskommunene og kommunene har endret seg i betydelig grad over tid. Fylkeskommunene hadde ansvaret for spesialisthelsetjenestene fra 1969 til og med 2001, da staten tok over (se Del C). I dag

har fylkeskommunene bare ansvar for tannhelsetjenesten. Kommunene fikk gradvis formalisert et større ansvar, særlig fra 1983 da kommunehelseloven ble iverksatt (se Del B av boken).

1.3 Oppsummering

Helsetjenestesystemer består av fire grupper av aktører: a) borgeren som både er finansierer og potensiell pasient, b) en eller flere forsikringsorganisasjoner og c) produsentene av helsetjenester. I tillegg eksisterer regulerende myndigheter som i noen tilfeller, for eksempel i Norge, er organisatorisk sammenfallende med forsikringsorganisasjonen. Relasjonene mellom disse fire gruppene av aktører vil påvirke hvordan helsetjenestesystemene fungerer.

I Norge har vi valgt et skattebasert helsetjenestesystem. Grunnlaget ble lagt tidlig på 1900-tallet gjennom etableringen av en offentlig sykeforsikring. De siste ti-årene har en eksperimentert med løsere tilknytningsformer for offentlige helsetjenesteprodusenter, i første rekke sykehusene som fra 2002 ble skilt ut som foretak. Pasientens stilling er gradvis styrket, særlig etter årtusenskiftet. I dag kan pasienter tildeles rett til nødvendig helsehjelp på grunnlag av prioriteringskriteriene: a) om brukeren eller pasienten har nytte av helsehjelpen, b) alvorligheten i pasientens tilstand og c) om den forventede ressursbruken står i rimelig forhold til nytten av hjelpen.

I Norge har Helse- og omsorgsdepartementet en særstilling som regulerende myndighet ved at det forbereder saker for Stortinget og er ansvarlig for iverksettingen.

SPØRSMÅL OG OPPGAVER TIL KAPITTEL 1

1. Beskriv de fire hovedaktørene som kan sies å utgjøre de viktigste enhetene i et helse-tjenestesystem.
2. Hvilke hovedtyper av helseforsikringsordninger finnes? Hva er hovedforskjellene på en premiebasert og en skattebasert helseforsikring?
3. Hva betyr det at helseforsikring er frivillig?
4. Hva er forskjellene mellom et forvaltningsorgan og et foretak?
5. Når ble de viktigste pasientrettighetene lovfestet i Norge, og hva inkluderer disse rettighetene?
6. Hva er hovedoppgavene til Folkehelseinstituttet?
7. Gå inn på hjemmesidene til Statsforvalteren (<https://www.statsforvalteren.no/>). Hva er hovedoppgavene til Statsforvalteren på helseområdet? Hvordan er relasjonene mellom Helsetilsynet og Statsforvalteren?

Hagen, T. P. & Berg, O. (2026). Offentlige og private helseforsikringer i Norge. I T. P. Hagen, G. Godager, J. Kinge & E. Aas (Red.), *Organisering og finansiering av helse- og omsorgstjenester: En innføring* (s. 27–37). Fagbokforlaget. <https://doi.org/10.55669/oa180902>

2

Offentlige og private helseforsikringer i Norge

Terje P. Hagen og Ole Berg

Den offentlige helseforsikringen i Norge, vedtatt i 1909 og iverksatt fra 1911, ga en stor del av innbyggerne i Norge tilnærmet gratis helsetjenester. I første delen av kapittelet (2.1) beskriver vi hovedtrekkene i den skattebaserte forsikringsordningen: etableringen, utvidelsene som skjedde på 1950-tallet og syketrygdens integrering i Folketrygden i 1971. Etter at Folketrygden ble etablert, har det bare skjedd mindre endringer i dekningsgrad, men noen organisatoriske endringer som er viktige for å forstå dagens finansieringsordninger (2.2). Dette gjelder blant annet skillet mellom finansiering gjennom NAV og finansiering gjennom kommuner og RHF-er.

Rundt år 2000 ble de første private helseforsikringene etablert i Norge (2.3). I Norge er dette i hovedsak kollektive ordninger kjøpt av arbeidsgivere. Veksten i antall personer med privat helseforsikring har vært betydelig, men det samlede bidraget til finansieringen av helsetjenestene er fortsatt lite, i 2024 om lag 5 promille.

2.1 Etableringen av den offentlige helseforsikringen i Norge

De danske og svenske helseforsikringsmodellene og sosialforsikringsmodellene i kontinental-Europa har et felles utgangspunkt. Forsikringsordningene vokste ut av frivillige sammenslutninger. Ofte var det håndverkerlaugene som etablerte forsikringsordninger for å ta seg av personer med yrkesskade eller pensjoner for etterlatte. Smedene, som hadde et ulykkeutsatt yrke, var blant de tidligste laugene som organiserte forsikringsordninger. Etter at industrialiseringen skjøt fart, ble det etablert sykekasser for arbeiderne i flere industrigrener, med gruveindustrien som en av de første.

Tyskland var et foregangsland for å etablere nasjonale ordninger. Otto von Bismarck, som var kansler i Tyskland, fikk lovfestet helseforsikringsordninger for industrien fra 1883 og ulykkesforsikringer fra 1884. Forsikringsordningene, som var organisert som private, ofte lokalt baserte ordninger, ble finansiert ved bidrag både fra arbeidsgivere (30–40 %) og arbeidstakere (60–70 %). De tyske ordningene ble en inspirasjon for andre land. Men de kunne bli det fordi de vest-europeiske land var modne for slike ordninger. Industrialisering og

generell modernisering hadde skapt et trykk nedenfra. Bismarck innførte forsikringsordningene for å svekke arbeidernes krav om demokrati og innflytelse. Slike tanker spilte også en rolle i andre land, blant annet Storbritannia («Tory socialism»). De gjorde det også i Norge, men her var demokratiseringen på mange måter gjennomført, og kravene om omfordeling var blitt umulige å avvise. Stein Rokkan (1973) pekte i sin tid på at den tredje av nasjonsbyggingsfasene, demokratiseringen, *måtte* føre til den fjerde, omfordeling.

I Norge og Norden ble tilsvarende ordninger etablert gjennom lokale initiativer fra 1880-årene. De kom gjerne i denne rekkefølgen: Først ulykkesforsikring (uføreforsikring), så sykeforsikring, så aldersforsikring og så arbeidsledighetsforsikring. I Norge, og enda mer Finland, hadde de frivillige sammenslutningene imidlertid få medlemmer og ble derfor ikke utgangspunkt for de forsikringsordningene som kom. I Norge ble forsikringsordningen offentlig og organisert gjennom kommunene – det som ble kalt kretssykekasser (Seip, 1984; Seip, 1994). Riksforsikringsanstalten (fra 1930: Rikstrygdeverket), opprettet i 1895, fikk ansvaret for å koordinere og bidra til organiseringen av forsikringsordningene som ble etablert.

I Norge ble «obligatorisk» sykeforsikring innført av regjeringen Knudsen (Venstre) i 1909. Forsikringen trådte i kraft i 1911 og gjaldt fra starten vel en tredjedel av den økonomisk aktive befolkningen. Store grupper ble da pålagt å forsikre seg. Vi fikk obligatorisk forsikring.

Det var politisk strid om finansieringen. Arbeiderpartiet ønsket i utgangspunktet en ren skattefinansiert ordning (Schiøtz, 2003). Som så ofte når det gjelder velferdspolitiske spørsmål, ble resultatet et kompromiss: Medlemmene betalte fra starten av 60 % av premien, arbeidsgiverne 10 % og det offentlige 30 % - fordelt på staten (20 %) og kommunene (10 %). Den skattefinansierte delen utgjorde med andre ord 30 % av totalen.

Medlemspremien gikk ned til 49,5 % i 1956, da sykeforsikringen ble gjort universell. Da sykeforsikringen ble inkorporert i folketrygden i 1971, ble premiebetalingen avløst av avgifter (i 1971 3,2 % av pensjonsgivende inntekt, siden endret noe). Hele ordningen sluttet da å være tradisjonell premiebasert forsikring og ble en «skattebasert» ordning. Siden den norske forsikringsordningen fra starten av var offentlig, og skritt for skritt ble utvidet, kan man si at Norge gradvis innførte en skattebasert ordning. Norge startet dermed lenge før Storbritannia, som mange regner som landet som innførte en skattebasert forsikring.

Den britiske modellen ble etablert like etter 2. verdenskrig. Økonomen William Beveridge ga støtet til modellen ved en rapport publisert i 1942 (Beveridge, 1942), der han tok til orde for et skattefinansiert helseforsikrings-system.¹ Dermed var de to dominerende helseforsikringsmodellene i Europa etablert, og de fikk sine navn etter idemakerne – Bismarck-modellen og Beveridge-modellen. Man kan imidlertid også si at den første modellen, ved sin dynamiske innretning, la premissene for den andre modellen. Alle de nordiske landene konverterte til den skattefinansierte modellen (Beveridge-modellen) i løpet av 1950- og 60-årene (Schiøtz, 2003).

Sentraliserte, desentraliserte og pragmatiske modeller for skattebasert forsikring

Storbritannia har en sentralisert helseforsikringsmodell. Alle skattene drives inn av staten. Deretter allokeres ressursene til regionale og lokale administrative enheter basert på indikatorer for behov blant borgerne. Det britiske «National Health Service» (NHS) er én organisasjon og det er ingen elementer av lokale inntekter i organisasjonen. Styrken ved en slik organisasjon er stor grad av rettferdighet siden ressursene fordeles etter behov. Et problem kan være at tjenestene framstår som helt gratis. Det er vanskelig å se sammenhengene mellom det som betales inn av skatter og ytelsene en får. Da blir etterspørselen stor – ofte høyere enn tilbudet. Den norske modellen for styring av spesialisthelsetjenestene har vært tilsvarende denne modellen etter statens overtakelse av spesialisthelsetjenesten fra 2002.

Motsatsen er en fullstendig desentralisert organisasjon der fylkeskommunale og kommunalt drevne helsetjenester finansieres kun av lokale skatter. Siden skattegrunnlaget varierer mye mellom kommunene siden borgerne har ulike inntekter, eller fordi det er lokale variasjoner i ønskene om nivået på helsetjenestene, vil ikke tilbudet kun reflektere helsetjenestebehovene, men også nivået på lokale skatteinntekter. Fordelen med modellen er nære koblinger mellom det borgerne betaler i skatt og tilbudet av tjenester. Dersom en ønsker å øke volumet eller heve kvaliteten på tjenestene må en akseptere høyere skatter. Ulempen er at tjenestene ikke blir tildelt basert kun på pasientenes behov.

I de nordiske landene har vi de vi kan kalle en pragmatisk modell. Kommunene og fylkeskommunene finansieres gjennom en kombinasjon av lokale skatter og statlige overføringer der en gjennom overføringene utjevner mye av skatteulikheten. Fordelen med modellen er en rimelig grad av likhet og samtidig en viss kobling mellom hva borgerne betaler i skatter og tilbudet av tjenester. Ønsker kommunen

1 Beveridge ønsket et skattebasert system med lokalt og regionalt forankret tjenesteproduksjon. Ved iverksettelsen av Beveridge-planen valgte en imidlertid en statlig løsning, der alle tjenestene ble finansiert gjennom nasjonale skatter, og tjenesteytingen skjedde gjennom den statlige National Health Service (NHS).

å bedre tilbudet, kan den heve eiendomsskatten (se kapittel 6 for en nærmere beskrivelse). Et problem med modellen er at den er kompleks. Vil borgerne miste oversikten over pengestrømmene og skylde på staten når det er kommunen som har ansvaret?

2.2 Integreringen gjennom Folketrygden

Lov om folketrygd ble lagt fram av Borten-regjeringen (H, KrF, SP, V), vedtatt av Stortinget den 17. juni 1966 og trådte i kraft fra 1. januar 1967. Loven hadde støtte også fra Arbeiderpartiet. Gjennom Folketrygden integrerte man finansieringen av hele helse- og trygdeområdet. Den viktigste nyskapningen med folketrygden var innføringen av en tilleggspensjon gradert etter tidligere inntekt på toppen av grunntrygdene. Innføring av tilleggspensjoner var et politisk kompromiss og rommet tanken om at folk i hovedsak skulle kunne leve som de var vant til som yrkesaktive.

I 1966 ble pensjoner og attføring samlet i folketrygdloven, og i 1971 ble regler om syketrygd, arbeidsløshetsstrygd og yrkesskadetrygd innarbeidet. Sykelønnsordningen kom i 1978. Fra slutten av 1970-tallet ble ordningene med betalt fødsels- og adopsjonspermisjon gradvis utbygd. Ny fleksibel alderspensjon ble innført fra 2011.

I utgangspunktet ble mye av helsetjenestene finansiert av syketrygden. Sykehusenes poliklinikker ble drevet av legene direkte og ble finansiert av refusjoner fra syketrygden og egenandeler. Kurdøgnfinansieringen (se del C) ble i hovedsak dekket av folketrygden. Etter krigen og frem til 1970 måtte imidlertid sykehuseierne i økende grad bidra til finansieringen. Det måtte de også fra 1973 og frem til 1980, da sykehusene ble rammefinansiert. Også primærlegene og de praktiserende spesialister ble finansiert av refusjoner fra syke-/folketrygden og blant annet egenandeler.

Dette, langt på vei legebestemte, finansieringssystemet ble gradvis endret. Ansvaret for spesialisthelsetjenestene og sykehjemmene ble lagt til fylkeskommunene fra 1969. Fylkeskommunene ble da finansiert ved en kombinasjon av refusjoner fra staten (Folketrygden), rammeoverføringer fra staten (1980) og inntektsskatt fra borgerne (se nærmere beskrivelse i del C). Kommunene hadde lenge en marginal rolle i den kliniske helsetjenesten, men fikk et stort

ansvar ved etableringen av kommunehelsetjenesten fra 1984 (se nærmere beskrivelse i Del B). Finansieringen ble da i økende grad basert på lokale skatter og generelle overføringer fra staten, mens refusjonene til primærlegene og de private spesialistene i stor grad fortsatte å komme fra Folketrygden.

I 2004 ble Helseøkonomiforvaltningen etablert som folketrygdens oppgjørsorganisasjon, underlagt Rikstrygdeverket. Da NAV ble etablert i 2006, skiftet enheten navn til NAV Helsetjenesteforvaltning. Forvaltningsansvaret for helserefusjon ble flyttet fra NAV til Helsedirektoratet i 2009, og enheten endret navn til Helfo (Helseøkonomiforvaltningen). Helfo har i dag ansvaret for refusjoner til blant andre fastleger og fysioterapeuter, og dekning av utgifter til f.eks. pasientreiser. De har også ansvaret for bytte av fastleger, m.m.

2.3 Private tilleggsforsikringer i Norge og Norden

Selv om den offentlige helseforsikringen er helt dominerende i de nordiske landene, har det vært en økning i kjøp av private, frivillige forsikringer i alle de nordiske landene de siste 15 årene. Økningen har primært skjedd for supplerende forsikringer, dvs. forsikringer som gir samme tilbud som den offentlige forsikringen, men med kortere ventetider som den primære målsettingen. Andelen av befolkningen som i 2016 hadde slike forsikringer, var lavest i Sverige (6 %) og Norge (9 %) og høyest i Finland (21 %) og Danmark (32 %). I Danmark har en i tillegg en forsikringsordning med supplerende funksjoner som benevnes som «Danmark», som blant annet dekker tannlegetjenester og utgifter i forbindelse med synssvekkelse (briller). Vel 40 % av befolkningen hadde denne forsikringen (Tynkkynen mfl., 2018). Finland har en langt mer omfattende ordning for bedriftshelsetjenesten enn de andre nordiske landene.

Alexandersen et al. (2016) og Tynkkynen et al. (2018) beskriver utviklingen av private helseforsikringer i de nordiske landene og rasjonalet bak ekspansjonen. Analysene indikerer at hovedfunksjonen til private helseforsikringer i de nordiske landene er å dekke egenbetalinger for helsetjenester som også er fullt ut forsikret av det offentlige helsevesenet (komplementær), og å gi raskere tilgang til behandlinger. Utviklingen av nordiske private helseforsikringer er

forskjellig på tross av flere likheter ved de nordiske helsesystemene. Det argumenteres også for at ulike typer av private helseforsikringer er en respons på begrensninger i den offentlige dekningen, som igjen er påvirket av historiske og politiske faktorer.

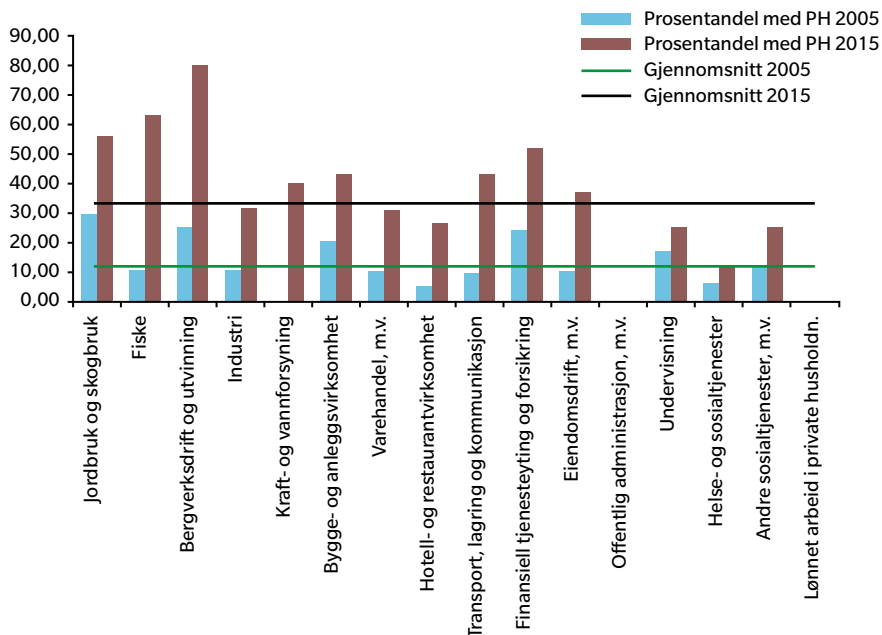
Alexandersen et al. (2016) gir en nærmere analyse av veksten i private helseforsikringer i Norge. Analysen finner at vel 90 % av private helseforsikringer i Norge er basert på kollektive avtaler, dvs. at de er inngått for grupper av personer, primært ansatte i bedrifter. Bedrifter med flere ansatte, flere menn og de som opererer i næringer med lavere sykefravær har høyere sannsynlighet for å kjøpe private helseforsikringer enn bedrifter med de motsatte kjennetegnene. Arbeidsgiveres avgjørelse om å kjøpe private helseforsikringer er påvirket av ansattes ønsker/preferanser og arbeidsgiveres oppfatning av om private helseforsikringer kan brukes i en rekrutteringsstrategi. I gjennomsnitt rapporterer bedriftene/arbeidsgiverne at de er fornøyde eller veldig fornøyde med det medisinske tilbudet som ansatte får gjennom private helseforsikringer.

Figur 2.1 viser andelen av bedrifter i ulike næringer som har kjøpt privat helseforsikring til sine ansatte i 2005 og 2015, der statistikk fra 2005 er hentet fra Seim mfl. (2007). I 2015 har 33 % av bedriftene kjøpt private helseforsikringer for sine ansatte. Det tilsvarende tallet i 2005 er 11 %.

Andelen bedrifter som har kjøpt privat helseforsikring, er særlig stor innen næringene Bergverksdrift og utvinning (80 %), Fiske (63 %), Jordbruk og skogbruk (56 %) og Finans og forsikring (52 %). Sammenlikner vi med andelene i 2005, observerer vi økning i alle næringer. Fiske, bergverksdrift og utvinning og kraft- og vannforsyning er næringene som har økt sine andeler mest, målt i absolutte størrelser.

Figur 2.1

Bedrifter etter næring som har kjøpt private helseforsikringer i Norge, 2005 og 2015



Selv om det er variasjon i bedriftenes motivasjon for å kjøpe private, frivillige helseforsikringer, er den viktigste begrunnelsen å holde sykefraværet nede. Det finnes også studier som tyder på at økt ventetid kan redusere arbeidstilbudet gjennom økt sykefravær og uføretrygd (Godøy et al, 2024).

En gjennomgang av nettsidene for de norske selskapene viser at det gis garantier for følgende tjenester, gitt at kravet om henvisning fra fastlege er oppfylt:

- en første spesialistvurdering (inkludert diagnostikk) innen et spesifisert tidsrom (varierer typisk fra 5 til 14 dager)
- en videre behandling innen et spesifisert tidsrom (varierer fra 10 til 28 dager)
- tilbud om rehabilitering (gitt operasjon)

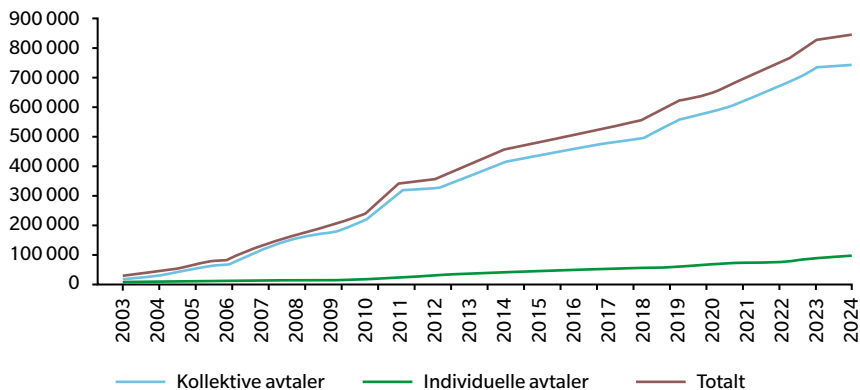
Det foreligger også tilbud om behandling fra andre enn legespesialister, slik som psykologer, fysioterapeuter, kiropraktorer og manuelle terapeuter, typisk med en øvre grense på antall konsultasjoner. I tillegg tilbys tjenester som ikke nødvendigvis tilbys av det offentlige systemet, som døgnåpne helsetelefoner og muligheten for flere spesialistvurderinger («second opinions»). Mange tilbyr også personlige rådgivere (gjerne sykepleiere) som følger den enkelte pasient gjennom behandlingsforløpet (pasientnavigasjon), og som tar ansvar for praktiske forhold i tilknytning til pasientreiser. Enkelte selskaper tilbyr også full dekning av reseptbelagte medisiner og et alternativ til egen fastlege (videokonsultasjon).

De fleste selskapene informerer om at behandlingen vil finne sted i privat sektor, og mange av dem er tilsluttet et nettverk av private behandlere. Behandlingskostnadene finansieres i sin helhet av premieinnbetalingene. Et viktig unntak fra dette har vært Vertikal Helse, der en andel av de forsikrede mottar behandling av offentlig finansierte leverandører. Dette selskapet forsøker først å finne behandlingsplass for sine forsikringstakere i det offentlig finansierte helsevesenet. En sammenlikning av behandlingsgarantienes lengde og ventetidene på offentlig finansierte spesialisthelsetjenester tilsier at de med private behandlingforsikringer gjennomgående har kortere ventetid på spesialisthelsetjenester enn de uten denne forsikringen.

Ifølge Finans Norge (Finansnæringens hovedorganisasjon) var det ved utløpet av 2023 totalt 816 707 individer som hadde behandlingforsikringer. 656 863 hadde barneforsikring, og 555 551 hadde kritisk sykdomsforsikring. Andelen av den norske befolkningen med behandlingforsikring har vokst jevnt (figur 17.2), og den relative veksten det siste året (fra 2022 til 2023) har vært på 9,1 %.

Figur 2.2

Utviklingen i private behandlingsforsikringer, 2003–2024²



Kilde: Finans Norge

Tallene som presenteres i Figur 2.2 er ikke komplette. Blant annet inkluderes ikke internasjonale forsikringsselskaper som selger forsikringer til norske bedrifter. I tillegg inkluderes ikke individer eller organisasjoner som har medlemskap hos private klinikker, som for eksempel Aleris, Volvat og NIMI (Norsk idrettsmedisinsk institutt, del av Volvat siden 2021) selv om slike medlemskap har visse paralleller til private behandlingsforsikringer.

2.4 Oppsummering

Norge etablerte obligatorisk sykeforsikring i 1909 (iverksatt 1911), som dekket en tredjedel av den økonomisk aktive befolkningen. I motsetning til den tyske Bismarck-modellen, der sykekassene ble etablert som private organisasjoner,

2 Finans Norge registrerte i utgangspunktet kun egne medlemsbedrifter. Vertikal Helse ble ikke medlem før i 2012. Fra 2012 var Vertikal inkludert i Codan, og fra september 2017 er Vertikal inkludert i forsikringsselskapet If.

valgte Norge en offentlig modell organisert gjennom kommunale kretssykekasser. Finansieringen var opprinnelig delt mellom medlemmer (60 %), arbeidsgivere (10 %), stat (20 %) og kommuner (10 %). Systemet utviklet seg gradvis mot en ren skattebasert ordning (Beveridge-modell). I 1956 ble sykeforsikringen universell, og i 1971 ble den integrert i folketrygden.

Etter folketrygdens etablering i 1967 har ansvaret for helsetjenester blitt fordelt mellom ulike nivåer. Spesialisthelsetjenester ble overført til fylkeskommuner (1969), senere til regionale helseforetak, mens kommunene fikk hovedansvar for primærhelsetjenesten (1984). NAV/Helfo administrerer refusjoner til fastleger og andre primærhelsetjenester, mens det meste av finansieringen til helsetjenestene nå går gjennom RHF-ene og kommunene.

Rundt år 2000 etablerte de første private helseforsikringsselskapene seg i Norge. I 2023 hadde 816 707 personer (ca. 15%) behandlingsforsikringer. Over 90 % er kollektive ordninger kjøpt av arbeidsgivere, primært for å redusere sykefravær og som rekrutteringstiltak. Private forsikringer tilbyr hovedsakelig raskere tilgang til samme tjenester som det offentlige (supplerende funksjon), med garanterte behandlingstider på 5–14 dager for spesialistvurdering og 10–28 dager for behandling. Til tross for sterk vekst utgjør private forsikringer fortsatt bare 0,5 % av total helsetjenestefinansiering i Norge.

SPØRSMÅL OG OPPGAVER TIL KAPITTEL 2

1. Historisk perspektiv: Hvorfor valgte Norge en offentlig helseforsikringsmodell fremfor den tyske arbeidsgiverfinansierte modellen? Hvilken rolle spilte demokratiseringsprosessen?
2. Finansieringsutvikling: Hva var de politiske og praktiske argumentene for overgangen fra premiebasert til skattefinansiert helseforsikring?
3. Ansvarsfordeling: Hvordan fungerer dagens tredelte finansieringsstruktur (NAV/Helfo, kommuner, RHF-er)? Hvilke utfordringer kan denne kompleksiteten skape?
4. Private forsikrings rolle: Er veksten i private helseforsikringer et tegn på svikt i det offentlige systemet, eller en naturlig utvikling i et velferdssamfunn?
5. Arbeidsgivermotivasjon: Hvordan kan arbeidsgiveres kjøp av helseforsikringer påvirke likhetsprinsippet i norsk helsepolitikk?
6. Nordisk sammenlikning: Hva forklarer de store forskjellene i private forsikrings utbredelse mellom Norge (9 %) og Danmark (32 %)?
7. Framtidsperspektiv: Vil private forsikrings vekst utfordre den universelle, skattebaserte modellen på lang sikt?

Godager, G. & Hagen, T. P. (2026). Betalingssystemer. I T. P. Hagen, G. Godager, J. Kinge & E. Aas (Red.), *Organisering og finansiering av helse- og omsorgstjenester: En innføring* (s. 39–83). Fagbokforlaget. <https://doi.org/10.55669/oa180903>

3

Betalingssystemer

Geir Godager og Terje P. Hagen

Som vi så i kapittel 1 og 2, varierer finansieringen av helsetjenestene mellom land ved at en har ulike forsikringsordninger. I noen land finansieres helse-tjenester gjennom sosialforsikringsordninger, hvor bidrag fra arbeidstakere og arbeidsgivere sikrer dekning. I andre land brukes private helseforsikringer, der individuelle eller arbeidsgiverbaserte premier kjøper dekning fra forsikringsselskaper. Skattebaserte betalingsmodeller, som den norske modellen (Beveridge-modellen), finansierer helsetjenester gjennom generell beskatning, og skatteinntektene brukes til å finansiere statlige og kommunale bevilgninger til universelle helsetjenester.

Helseforsikringssystemene definerer hvordan samfunnet samler inn midlene som trengs for å muliggjøre levering av helsetjenester. Temaet for dette kapittelet er betalingssystemene som brukes for å betale leverandører av helse- og omsorgstjenester. Kapittelet er skrevet med en skattebasert helsesektor som utgangspunkt, og vi bruker begrepet den regulerende myndigheten, eller bare myndigheten, om den aktøren som er ansvarlig for å organisere bestillingen av – og betalingen for – helsetjenestene på befolkningens vegne.

Utformingen av betalingssystemer for helsetjenesteleverandører er et betydningsfullt helsepolitisk virkemiddel. Betalingssystemer påvirker praktisk talt alle aspekter ved helsetjenesten ved å skape insentiver som former leverandørenes atferd, ressursallokering og til slutt pasientutfall. Selv om helsebeslutninger drives av kliniske hensyn og profesjonsetikk, har de økonomiske insentivene innebygd i betalingssystemene en betydelig påvirkning. Betalingssystemene etablerer den økonomiske strukturen som kliniske beslutninger tas innenfor.

De aller fleste helsetjenestesystemer er organisert slik at en ekstern aktør eller tredjepart betaler for helsetjenestene, i stedet for pasienten selv. Dette reflekterer den grunnleggende ideen med helseforsikringer. Et sentralt spørsmål i utformingen av betalingssystemer er derfor hvordan tredjepartsbetaling fordeler ansvar for kostnader, kvalitet og kapasitet mellom de tre involverte aktørene: pasienten, tjenesteleverandøren og myndighetene. De tre aktørene har hver sine roller og motiver:

- *Pasienten* er mottaker av helsetjenester. Pasientens primære interesser er å motta relevante tjenester av høy kvalitet med minst mulig egenbetaling.

- *Tjenesteleverandøren* er den som leverer helsetjenester. Tjenesteleverandører innen helsevesenet kan være enkeltpersoner, som leger eller jordmødre, eller organisasjoner som regionale helseforetak, kommuner eller sykehus som tilbyr helse- og omsorgstjenester. Deres interesser inkluderer blant annet å få godt betalt, ha et godt arbeidsmiljø og beholde profesjonell autonomi, med mulighet til å levere kvalitetstjenester. I moderne helseøkonomisk agentteori antar man at disse leverandørene har altruistiske motiver. Samtidig som høy betaling foretrekkes framfor lav betaling, antas det altså at tjenesteleverandører opplever en *økt tilfredshet* når pasientene de behandler oppnår gode helseutfall.
- *De regulerende myndighetene* er ansvarlige for å organisere, bestille og betale for helsetjenestene på befolkningens vegne. Myndighetene antas å ivareta befolkningens ønsker på et overordnet nivå, herunder befolkningens ønskede prioritering av ressurser til helsesektoren i forhold til øvrige samfunnsformål. Myndighetene antas også å utforme betalingssystemer som bidrar til å nå samfunnets mål om tjenestetilgjengelighet, tjenestevolum, kvalitet og kostnadseffektivitet.

Vi starter i avsnitt 3.1 med å introdusere sentrale prinsipper for utforming av betalingssystemer. Her diskuterer vi klassifiseringen av betalingsmodeller langs dimensjonene retrospektiv/prospektiv og aktivitetsbasert/rammebasert, samt hvordan valg av betalingssystem påvirker hvem som «bærer» usikkerheten. Vi ser også på hvilke enheter det kan betales for – enkelttjenester, liggedøgn, episodebasert betaling, per capita-betaling eller forløpsbasert betaling. I avsnitt 3.2 introduserer vi asymmetrisk informasjon og prinsippal-agent-teori for å forstå samspillet mellom informasjon, tjenesteleverandørens preferanser og hvordan myndighetene kan tilpasse betalingssystemene for å oppnå samfunnets mål. Hvilke insentivvirkninger de ulike betalingsmodellene har, er temaet for avsnitt 3.3. Der analyserer vi hvordan rammebetaling, stykkprisbetaling og blandede betalingssystemer påvirker tjenesteleverandørers atferd. Til sist, i avsnitt 3.4, gir vi en oppsummering og diskuterer grunnleggende målkonflikter i betalingssystemene.

Kapittelet har et matematisk appendiks som går i detalj på en del av problemstillingene. Det er ikke nødvendig å ha gått gjennom appendikset for å gå videre i boken.

3.1 Grunnleggende prinsipper

Betalingssystemer kan klassifiseres langs flere dimensjoner, men to fundamentale skiller er særlig viktige for å forstå deres insentivegenskaper og atferdseffekter: om betalingen er retrospektiv eller prospektiv, og om den er aktivitetsbasert eller fast (rammebasert). Disse dimensjonene påvirker hvordan finansiell risiko fordeles mellom betalere og leverandører, og hvor responsiv betalingen er i forhold til tjenesteleverandørens tilpasninger av tjenestevolum og kostnadsnivå (Jegers mfl., 2002).

Retrospektiv versus prospektiv betaling

En grunnleggende distinksjon i betalingssystemer for helsetjenesten er om de er *retrospektive* (basert på realiserte kostnader) eller *prospektive* (basert på forventede kostnader). Denne distinksjonen adresserer et kritisk spørsmål: hvem bærer det økonomiske ansvaret forbundet med den iboende usikkerheten knyttet til pasientbehandling?

Retrospektive betalingssystemer kompenserer leverandører for de faktiske kostnadene de pådrar seg ved å levere tjenester. I rene retrospektive systemer sender leverandører dokumentasjon på sine kostnader etter at behandlingen har funnet sted, og betaleren (myndighetene) dekker disse kostnadene. Historisk sett har mange helsesystemer benyttet retrospektive «kost-pluss»-betalingsmodeller der leverandørene fikk refundert sine dokumenterte kostnader pluss en forhåndsbestemt margin. Betalingen baseres på dokumenterte kostnader. Denne modellen overfører så godt som all finansiell risiko til betaleren, ettersom leverandørene er garantert at deres kostnader vil bli dekket uavhengig av hvor høye de er.

NØKKELKARAKTERISTIKA VED RETROSPEKTIV BETALING INKLUDERER:

- *Risikofordeling*: Finansiell risiko bæres primært av betaleren
- *Informasjonskrav*: Krever detaljert kostnadsdokumentasjon fra leverandører
- *Insentivegenskaper*: Svake eller fraværende insentiver for kostnadskontroll og/eller effektivitet
- *Timing*: Endelige beløp kan ikke fastsettes før etter at tjenesten er levert

Prospektive betalingssystemer etablerer derimot ingen kobling til kostnader som oppstår underveis. Prospektive systemer med fast betaling tar utgangspunkt i forventede kostnader framfor de observerte, mens prospektive systemer med variabel betaling tar utgangspunkt i forhåndsavtalte priser som er spesifisert i et avtaleverk. Under prospektiv betaling mottar leverandører forhåndsbestemte betalinger for å behandle pasienter, uavhengig av de faktiske ressursene som forbrukes i leveringen av tjenesten. Hvis leverandører kan levere tjenester til kostnader som er lavere enn forventet, beholder de besparelsene. Omvendt: Hvis kostnadene overstiger forventningene, vil leverandøren ikke kunne regne med å få tapet dekket. Dette skifter finansiell risiko over til leverandørene og skaper insentiver for kostnadskontroll og effektivitet.

NØKKELKARAKTERISTIKA VED PROSPEKTIV BETALING INKLUDERER:

- *Risikofordeling*: Finansiell risiko overføres til leverandørene
- *Informasjonskrav*: Krever estimer for forventet aktivitet og forventede kostnader
- *Insentivegenskaper*: Insentiver for kostnadskontroll og effektivitet
- *Timing*: Rammebetaling eller prislister fastsettes før tjenesten leveres

Skillet mellom retrospektiv og prospektiv betaling er ikke binært, men representerer snarere et spektrum. De fleste reelle betalingssystemer inkorporerer elementer av begge tilnærminger, med varierende grad av kostnadsansvar tildelt leverandører. For eksempel kan et system etablere prospektive betalinger, men inkludere retrospektive justeringer for uteliggersaker med eksepsjonelt høye kostnader (for eksempel særlig kostnadskrevende medikamenter eller pasienter). Tilleggsbevilgninger av ulike typer gjør også at betalingssystemer som i utgangspunktet er prospektive, får et retrospektivt element.

Aktivitetsbasert betaling versus rammebetaling

Den andre fundamentale dimensjonen skiller mellom betalingssystemer som er *aktivitetsbaserte* (betalingen varierer med volumet på helsetjenestene) versus de som er *faste* (uavhengige av volum). *Aktivitetsbasert betaling* knytter betaling direkte til volumet og typen tjenester som leveres. Under aktivitetsbaserte systemer mottar leverandører ytterligere betaling for hver ekstra tjeneste som leveres. Den vanligste formen for aktivitetsbasert betaling

er stykkprisbetaling, kalt «fee-for-service» på engelsk. Stykkprisbetaling innebærer at leverandører betales separat for hver enkelt tjeneste de leverer. Aktivitetsbasert betaling kan også struktureres rundt *behandlingsepisoder*. I aktivitetsbaserte betalingsmodeller reflekteres tjenesteprodusentens aktivitet i inntektene: når aktiviteten går opp (ned), vil også inntektene gå opp (ned). Denne direkte koblingen mellom aktivitet og inntekt betyr at leverandører har finansielle insentiver til å øke tjenestevolumet.

NØKKELKARAKTERISTIKA VED AKTIVITETSBASERT BETALING INKLUDERER:

- *Voluminsentiver*: Betaling øker med høyere tjenestevolum
- *Inntektssikkerhet*: Leverandører står overfor usikkerhet om total inntekt, som avhenger av pasientvolum
- *Fleksibilitet*: Betaling justeres automatisk til endringer i etterspørsel
- *Insentivegenskaper*: Oppmuntret til høyere tjenestevolum og potensiell overbehandling

Rammebetaling gir forhåndsbestemte betalinger som i stor grad er uavhengige av volumet av tjenester som leveres. Under rammebetaling alene mottar leverandører et gitt beløp for en definert tidsperiode eller for å dekke en definert populasjon, uavhengig av hvor mange tjenester de faktisk leverer innenfor dette omfanget. Vanlige eksempler inkluderer globale budsjetter/rammebudsjetter for sykehus og per capita-betaling av allmennleger.

I rammebetalingsmodeller vil inntektene ikke på samme måte reflektere aktiviteten. I prinsippet er rammen fastsatt ved inngangen til et år og endres ikke med endringer i aktiviteten. Faste betalinger skaper dermed fundamentalt forskjellige insentiver enn aktivitetsbaserte betalinger.

NØKKELKARAKTERISTIKA VED RAMMEBETALING INKLUDERER:

- *Voluminsentiver*: Ingen direkte finansiell belønning for å øke tjenestevolum
- *Inntektssikkerhet*: Leverandører har høy sikkerhet om forventet inntekt
- *Fleksibilitet*: Betalingen justeres ikke automatisk til endringer i etterspørsel
- *Insentivegenskaper*: Potensielle insentiver for underbehandling og effektiv ressursbruk

I likhet med den retrospektive-prospektive dimensjonen representerer *aktivitetsbasert* versus *fast* dimensjonen et spektrum, heller enn et binært skille.

Mange betalingssystemer inkorporerer både aktivitetsbaserte og faste elementer, med ulik vektning i den samlede betalingen.

Disse to fundamentale dimensjonene – retrospektiv versus prospektiv betaling og aktivitetsbasert versus fast betaling – kan integreres i en klassifikasjonsmatrise (jf. Jegers mfl., 2002). Matrisen gir et nyttig rammeverk for å klassifisere betalingssystemer (Tabell 3.1). Hver rute i klassifikasjonsmatrisen representerer en distinkt type betalingssystem, med spesifikke insentivensaker og implikasjoner for leverandøratferd.

1. Retrospektiv, aktivitetsbasert betaling: Denne kategorien er også blitt kalt *oppgjør etter regning*. Kategorien inkluderer tradisjonelle kostnadsbaserte refusjonssystemer der leverandører betales basert på de dokumenterte kostnadene for hver tjeneste som leveres. Historisk sett var disse systemene vanlige i mange land, og inkluderer «Kurpengefinansieringsordningen» brukt i Norge fram til 1980. Sykehusene ble betalt basert på dokumenterte kostnader per dag for pasienter med inneliggende omsorg. Disse systemene gir svake insentiver for kostnadskontroll eller effektivitet, ettersom leverandører er forsikret om at uansett hvilke kostnader de pådrar seg, vil de bli dekket.

Tabell 3.1

Klassifikasjonsmatrise for betalingssystemer

	Retrospektiv betaling (Basert på realiserte kostnader)	Prospektiv betaling (Basert på forventet aktivitet/ kostnad)
Aktivitetsbasert betaling	(1) Kostnadsbasert refusjon, «kurpengefinansiering»	(2) Takster, episodebasert betaling (f.eks. DRG-basert betaling), forløpsbetaling
Fast betaling	(3) Ikke mulig	(4) Risikojustert «per capita»- betaling, globale budsjetter, rammeoverføringer

2. Prospektiv, aktivitetsbasert betaling: Dette kvadratet inkluderer takster med forhåndsbestemte satser, prospektive episodebaserte betalingssystemer som for eksempel Diagnose-Relaterte Grupper (DRG), og forløpsbetalings-tilnærminger. I slike systemer etableres faste priser for definerte tjenester eller omsorgsepisoder på forhånd, basert på forventede kostnader fremfor

realiserte kostnader. Leverandører får incentiver til å kontrollere kostnader, ettersom de kan beholde besparelser når kostnadene faller under betalingsbeløpet. Samtidig har de incentiver til å øke volumet, fordi ytterligere tilfeller eller tjenester genererer ytterligere inntekt. For myndighetene blir kostnadskontrollen derfor redusert sammenliknet med modeller med en fast ramme.

3. Retrospektiv, rammebetaling: Denne kombinasjonen er ikke meningsfull fordi den innebærer en selvmotsigelse: Retrospektiv betaling innebærer at rammen endres (og dermed ikke kan være en ramme!)

4. Prospektiv, rammebetaling: Dette kvadratet inkluderer per capita-betalinger, globale budsjetter og rammeoverføringer. Disse tilnærmingene gir rammebetalinger for å dekke en definert populasjon eller for å levere et definert sett med tjenester, med betalingsbeløp etablert på forhånd basert på forventede kostnader. Systemene skaper sterke incentiver for kostnadskontroll og effektivitet, ettersom leverandører ikke kan øke inntekten ved å levere ytterligere tjenester. De kan imidlertid også skape incentiver for underbehandling eller risikoseleksjon.

De fleste reelle betalingssystemer er hybrider som kombinerer elementer fra forskjellige kvadranter. For eksempel kombinerer det norske betalingssystemet for sykehus en prospektiv, aktivitetsbasert komponent (DRG-basert betaling) med en prospektiv, fast komponent (risikojusterte rammeoverføringer). Tilsvarende kombinerer primærhelsetjenestebetaling i mange land per capita-betaling med stykkprisbetaling.

Denne klassifikasjonsmatrisen gir et rammeverk for å forstå de fundamentale avveiningene involvert i design av betalingssystemer. Ved å plassere et betalingssystem innen denne matrisen kan vi identifisere dets grunnleggende insentivegenskaper og beskrive dets sannsynlige effekter på leverandøratferd.

Typer av betalingsenheter

En grunnleggende betraktning i ethvert betalingssystem for helsetjenester er betalingsenheten – grunnlaget som leverandører mottar kompensasjon for. Betalingsenheten definerer hva leverandører betales for, og former dermed

insentiver. Den påvirker leverandørens atferd og hvordan finansiell risiko fordeles mellom betalere og leverandører.

Her beskriver vi fem hovedtyper av betalingsenheter som i dag brukes i betalingssystemer: stykkprisbetaling, per diem (betaling per dag), episode-basert betaling, per capita-betaling (betaling per pasient) og episode-/forløps-betaling (betaling per behandlingsforløp). Hver tilnærming representerer ulike nivåer av tjenesteaggregering, fra individuelle prosedyrer til hele populasjons-grupper, med viktige implikasjoner for insentiver, administrativ kompleksitet og risikofordeling. Fordeler og ulemper ved ulike typer betalingsenheter oppsummeres i Tabell 3.2.

Stykkprisbetaling

Stykkprisbetaling er den mest disaggregerte formen for betaling, der leverandører kompenseres separat for hver individuell tjeneste, prosedyre eller innsatsfaktor som gis til pasienter. Under stykkprisbetaling er betalingsenheten en innsatsfaktor – en legekonsultasjon, en diagnostisk test, en kirurgisk prosedyre eller mer spesifikke innsatsfaktorer som medisiner, forbruksmaterieell eller legetid.

NØKKELKARAKTERISTIKA:

- Definisjon av betalingsenheten: Den diskrete tjenesten eller prosedyren (f.eks. kontorbesøk, diagnostisk test, spesifikk intervensjon)
- Risikofordeling: Minimal finansiell risiko for leverandører, betydelig risiko for betalere
- Administrative krav: Detaljert dokumentasjon av alle tjenester som leveres
- Vanlige anvendelser: Polikliniske legetjenester, diagnostiske tjenester og tannhelse-tjenester

I systemer med stykkprisbetaling sender leverandører inn detaljerte krav som lister opp alle tjenester som er levert. Betaling per enkelttjeneste skaper sterke insentiver for tjenesteleveranse og bidrar ofte til høyt tjenestetilbud, særlig dersom betalingen overstiger marginalkostnaden. Denne insentivstrukturen har viktige implikasjoner for leverandøratferd og leveranse av helsetjenester. Fordeler med stykkpris inkluderer fleksibilitet, ettersom systemet kan tilpasses enhver type tjeneste og automatisk tilpasses endringer i behandlingsmønstre.

Det skaper også insentiver til å ta imot flere pasienter og levere flere tjenester, noe som kan styrke tilgang. Stykkprisbetaling støtter dessuten pasientenes valg av leverandør for hver tjeneste og motvirker ikke implementering av nye prosedyrer eller ny teknologi, noe som kan fremme innovasjon.

Samtidig har stykkprisbetaling klare ulemper. Det skaper sterke finansielle insentiver til å øke tjenestevolumet, noe som potensielt kan føre til overbehandling. Systemet oppmuntrer til fragmentert fremfor koordinert omsorg, noe som kan redusere effektiviteten. I tillegg er stykkprisbetaling forbundet med høyere helseutgifter på grunn av de sterke voluminsentivene. Det gir også begrensede insentiver for kvalitetsforbedring eller effektiv ressursbruk, noe som kan hindre målrettet forbedring av omsorgskvaliteten. Betaling per enkelttjeneste er utbredt i mange helsesystemer, særlig for polikliniske legetjenester, diagnostiske prosedyrer og privat praksis.

Per diem (Betaling per dag)

Per diem-betalingsystemer kompenserer helseinstitusjoner, typisk sykehus eller pleiehjem, med et fast beløp per dag med inneliggende omsorg. Under denne tilnærmingen er betalingsenheten pasientdagen – uavhengig av de spesifikke tjenestene, prosedyrene eller ressursene som leveres i løpet av dagen.

NØKKELKARAKTERISTIKA:

- Definisjon av betalingsenheten: Pasientdagen (24 timer med inneliggende omsorg)
- Risikofordeling: Moderat finansiell risiko for leverandører, moderat risiko for betalere
- Administrative krav: Dokumentasjon av innleggelse- og utskrivelsesdatoer
- Vanlige anvendelser: Akutt inneliggende omsorg, psykiatriske institusjoner, rehabiliteringssentre og pleiehjem

Per diem-satser kan være like for alle pasienter eller differensiert basert på faktorer som institusjonstype, avdeling (f.eks. medisinsk, kirurgisk, intensiv omsorg), eller brede pasientkarakteristika. De varierer imidlertid typisk ikke med de spesifikke tjenestene som leveres til individuelle pasienter i løpet av hver dag med opphold. Historisk var per diem-betaling vanlig i mange helsesystemer, inkludert Norges kurdøgnfinansieringssystem som ble brukt frem til 1980. Som beskrevet av Hagen (2025): «En effekt av systemet var at liggetidene

ble lange (noen mente det var et system for 'å holde sengene varme').» Dette fremhever et sentralt insentiv ved per diem-betaling: en finansiell oppmunt- ring til å forlenge liggetider.

Fordelene med per diem inkluderer administrativ enkelhet sammenliknet med stykkprisbetaling og mer forutsigbare kostnader for betalere. Systemet gir også leverandører fleksibilitet i ressursallokering gjennom dagen og reduserer insentiver til å levere unødvendige enkelttjenester, noe som kan gi mindre mikroforvaltning. Ulemper ved systemet omfatter insentiver til å forlenge liggetider utover det som er medisinsk nødvendig, og en tendens til å redusere tjenesteintensiteten per dag. Det kan også skape insentiver til å foretrekke pasienter som krever mindre ressursintensiv omsorg, noe som kan medføre pasientseleksjon. Videre kan systemet motvirke adopsjon av ny teknologi som har potensial til å redusere liggetiden, og dermed hindre innovasjon.

Per diem-betaling har sunket i popularitet i mange helsesystemer, erstat- tet av episodebaserte betalingsmetoder som skaper insentiver for mer effektiv ressursbruk. Imidlertid forblir den vanlig i miljøer der liggetid er en primær driver av kostnader, og der dag-til-dag ressursintensitet er relativt forutsigbar, som psykiatrisk omsorg, rehabiliteringstjenester og langtidsomsorg.

Tabell 3.2

Fordeler og ulemper ved ulike typer betalingsenheter

Stykkprisbetaling	
Fordeler	Ulemper
Fleksibilitet: FFS kan tilpasses enhver type tjeneste og justeres automatisk til endringer i behandlingsmønstre Tilgjengelighet: Skaper insentiver for leve- randører til å se flere pasienter og levere flere tjenester Pasientvalg: Støtter pasientens valg av leveran- dør for hver tjeneste Innovasjon: Motvirker ikke adopsjon av nye prosedyrer eller teknologier	Voluminsentiver: Skaper sterke finansielle insentiver til å øke tjenestevolum, som potensielt kan føre til overbehandling og høye kostnader Fragmentering: Oppmuntret til fragmentert fremfor koordinert omsorg Kvalitetsinsentiver: Begrensede insentiver for kvalitetsforbedring eller effektiv ressursbruk

Per diem (Betaling per dag)	
Fordeler	Ulemper
Enkelhet: Administrativ enkelhet sammenliknet med FFS Forutsigbarhet: Mer forutsigbare kostnader for betalere enn FFS Ressursfleksibilitet: Tillater leverandører fleksibilitet i ressursallokering i løpet av hver dag Mindre mikroforvaltning: Reduserer insentiver til å levere unødvendige individuelle tjenester	Liggetid: Finansielle insentiver til å forlenge liggetider utover det som er medisinsk nødvendig Tjenesteintensitet: Potensielle insentiver til å redusere tjenesteintensitet per dag Seleksjon: Incentiver til å foretrekke pasienter som krever mindre ressursintensiv omsorg Innovasjon: Kan motvirke adopsjon av teknologier som kunne redusere liggetid
Episodebasert betaling (DRG-systemer)	
Fordeler	Ulemper
Effektivitetsinsentiver: Sterke insentiver til å redusere liggetid og ressursbruk per episode. Kostnadsforutsigbarhet: Mer forutsigbare kostnader for betalere enn FFS eller per diem Administrativ effektivitet: Redusert administrativ byrde sammenliknet med FFS Transparens: Skaper større gjennomsiktighet i sykehusprising og ressursforbruk	Kodingsinsentiver: Skaper insentiver for «oppkoding» eller «DRG-kryp» (koding av pasienter i høyere betalte DRG-er) Pasientseleksjon: Kan oppmuntre sykehus til å unngå høykostnadspasienter innen hver DRG Prematur utskriving: Potensielle insentiver for prematur utskriving for å redusere kostnader
Per capita -betaling	
Fordeler	Ulemper
Kostnadskontroll: Sterke insentiver for kostnadskontroll og effektiv ressursbruk Koordinering: Oppmuntrer til omsorgskoordinering og integrasjon på tvers av tjenester Forebygging: Skaper finansielle insentiver for forebyggende omsorg og tidlig intervensjon Administrativ enkelhet: Redusert fakturering og kravbehandling sammenliknet med FFS	Underlevering av tjenester: Finansielle insentiver til å minimere tjenesteleveranse, som potensielt kan føre til underbehandling Risikoseleksjon: Incentiver til å unngå høykostnads- eller høyrisiko-pasienter («fløteskumming») TilgangsbARRIERER: Potensiell opprettelse av barrierer for tilgang til tjenester Leverandørrisiko: Eksponerer leverandører for betydelig finansiell risiko, særlig mindre praksiser
Forløpsbasert betaling	
Fordeler	Ulemper
Koordineringsinsentiver: Sterke insentiver for omsorgskoordinering på tvers av leverandører og miljøer Effektivitet: Oppmuntrer til effektiv ressursbruk gjennom hele episoden Kvalitetsfokus: Kan tilpasse betaling med utfall av hele episoden fremfor individuelle tjenester Kostnadsforutsigbarhet: Mer forutsigbare kostnader for betalere enn FFS	Definisjonsutfordringer: Teknisk kompleksitet i å definere episodegrenser og inkluderte tjenester Tilskrivningsproblemer: Vanskeligheter med å tilskrive episoder til spesifikke leverandører i komplekse tilfeller Pasientseleksjon: Incentiver til å unngå høyrisiko-pasienter for definerte episoder Implementeringsbarrierer: Krever betydelig infrastruktur for sporing og håndtering av episoder

Episodebasert betaling (DRG-systemer)

Episodebaserte betalingssystemer gir en fast betaling for et helt sykehusopphold. Betalingsbeløpet bestemmes av pasientens kliniske klassifisering. Den mest utbredte tilnærmingen er systemet med Diagnose-Relaterte Grupper (DRG), som klassifiserer pasienter i klinisk meningsfulle grupper som forventes å konsumere liknende ressurser. Under episodebasert betaling er betalingsenheten hele sykehusinnleggelsen.

NØKKELKARAKTERISTIKA:

- Definisjon av betalingsenheten: Hele sykehusinnleggelsen
- Risikofordeling: Betydelig finansiell risiko for leverandører, redusert risiko for betalere
- Administrative krav: Nøyaktig diagnostisk og prosedyremessig koding
- Vanlige anvendelser: Inneliggende sykehusbehandling

DRG-systemet ble utviklet på 1970-tallet ved Yale University og ble først implementert som en betalingsmekanisme av Medicare i USA i 1983. Siden da har DRG-baserte betalingssystemer blitt adoptert i mange land, inkludert hele Europa, Australia og deler av Asia. DRG-systemer klassifiserer pasienter basert på hoveddiagnose, sekundære diagnoser (komorbiditet og komplikasjoner), utførte prosedyrer, alder og utskrivningsstatus. Hver DRG tildeles en relativ vekt som reflekterer det forventede ressursforbruket. Denne vekten multipliseres deretter med en grunnbetalingssats for å bestemme betalingsbeløpet for et spesifikt tilfelle. Dette flytter i betydelig grad risikoen for kostnadsoverskridelser til sykehusene, og gjør at de blir interessert i å kontrollere sine behandlingskostnader. Fordelene ved dette betalingssystemet inkluderer sterke insentiver til å redusere både liggetid og ressursbruk per episode, noe som fremmer effektivitet. Det gir også mer forutsigbare kostnader for betalere sammenliknet med stykkprisbetaling eller per diem-systemer.

Administrativt innebærer systemet en redusert byrde sammenliknet med stykkprisbetaling. Det skaper også større transparens i sykehusprissetting og ressursforbruk. Blant ulempene finnes insentiver for «oppkoding» eller «DRG-kryp», der sykehusene gjør anstrengelser for å forsøke å definere pasienter i bedre betalte DRG-er. Sykehus kan også bli oppmuntret til å unngå høykostnadspasienter innenfor hver DRG. Det kan oppstå for sterke insentiver til å skrive ut pasienter for å kutte kostnader, samt for å flytte tjenestekostnader

over på tjenesteleverandører som tar over pasientbehandlingen utenfor sykehusene. På denne måten kan episodebasert betaling føre til at pasienter opplever fragmenterte behandlingsforløp med oppsplitting av behandlingen.

Til tross for disse utfordringene har episodebaserte betalingssystemer blitt vanlig i bruk for betaling av sykehusbehandling i mange helsesystemer. Dette skyldes deres evne til å balansere insentiver for effektivitet med administrativ gjennomførbarhet. Mange systemer inkluderer også modifikasjoner for å ta hensyn til potensielt uheldige insentiver, som ekstra betalinger for eksepsjonelt høykostnadstilfeller, justeringer av overføringsbetalinger og kvalitetsovervåkingsprogrammer.

Per capita-betaling (Betaling per pasient/populasjon)

Per capita-betaling, også kalt kapitasjon, er en høyt aggregert betalingstilnærming. Her mottar leverandører en fast betaling per person (eller «per capita») for å levere et definert sett med tjenester til en definert populasjon over en spesifisert periode, uavhengig av hvor mange tjenester som faktisk leveres. Med per capita-betaling er betalingsenheten den registrerte pasienten eller populasjonsmedlemmet.

NØKKELKARAKTERISTIKA:

- Definisjon av betalingsenheten: Den registrerte pasienten eller populasjonsmedlemmet (innbyggeren)
- Risikofordeling: Høy finansiell risiko for leverandører, minimal risiko for betalere
- Administrative krav: Nøyaktig registrering og pasienttilskrivningsdata
- Vanlige anvendelser: Primærhelsetjeneste, «managed care»-organisasjoner, integrerte leveransesystemer

Per capita-betalinger gjennomføres ofte på per-individ-per-måned -basis, slik det gjøres ved betaling av næringsdrivende fastleger. Betalingsbeløpet kan justeres for pasientrisikofaktorer som alder, kjønn, kroniske tilstander og sosioøkonomisk status. Dette gjøres for å ta høyde for forutsigbare variasjoner i forventede helsebehov og kostnader på tvers av forskjellige pasientgrupper.

Fordeler med dette betalingssystemet inkluderer sterke insentiver for kostnadskontroll og effektiv ressursbruk, da det oppmuntrer til

omsorgskoordinering og integrasjon mellom forskjellige tjenester. Systemet skaper også finansielle insentiver for forebyggende omsorg og tidlig intervensjon, samtidig som det reduserer administrativ byrde gjennom mindre fakturering og kravbehandling sammenliknet med stykkprisbetaling.

Systemet har imidlertid også ulemper. De finansielle insentivene kan føre til at tjenesteleverandører minimerer tjenesteleveranse, noe som potensielt kan resultere i underbehandling. Det er risiko for «fløteskumming», hvor leverandører unngår å ta imot høykostnads- eller høyrisikopasienter. Videre kan det skape barrierer for tilgang til tjenester og utsette leverandører, særlig mindre praksiser, for betydelig finansiell risiko.

Per capita-betaling har vært mye brukt i primærhelsetjenesten, særlig i land med nasjonale helsetjenester eller sosiale helseforsikringssystemer. Hvordan per capita-betaling fungerer, vil avhenge av flere forhold, herunder hvorvidt per capita-betalingen er justert for å reflektere pasienters forventede tjenestebehov. Uten passende tilpasning til variasjon i pasientbehov, såkalt risikojustering, kan per capita-betaling skape sterke insentiver for pasientseleksjon.

Forløpsbetaling (Betaling per behandlingsforløp)

Forløpsbaserte betalingssystemer representerer et mellomnivå av aggregering, hvor betaling gjøres for en definert omsorgsepisode som spenner over multiple tjenester, leverandører og/eller miljøer. Betalingsenheten i denne tilnærmingen er hele omsorgsepisoden eller behandlingsperioden.

NØKKELKARAKTERISTIKA:

- Definisjon av betalingsenheten: Den definerte omsorgsepisoden eller behandlingsperioden
- Risikofordeling: Betydelig finansiell risiko for leverandører, redusert risiko for betalere
- Administrative krav: Klare episodedefinisjoner og tilskrivningsmetoder
- Vanlige anvendelser: Kirurgiske prosedyrer, håndtering av kroniske tilstander, svangerskapsomsorg

Forløpsbasert betaling innebærer samlet betaling av alle omsorgselementene som faller innenfor et forhåndsbestemt pasientforløp eller en klinisk definert

behandlingsepisode. Under forløpsbetaling dekker en enkelt betaling alle tjenester relatert til en definert klinisk episode, slik som en kneproteseoperasjon (inkludert pre-operativ evaluering, selve operasjonen, sykehusopphold og post-akutt rehabilitering) eller et helt behandlingsforløp for en kronisk tilstand over en definert periode. Tjenestesammensetningen kan inkludere tjenester fra en rekke ulike leverandører. Denne tilnærmingen har fått økende popularitet i de senere årene, ettersom helsesystemer søker å overkomme fragmenteringen av omsorg assosiert med betaling for enkelttjenester.

Fordelene ved dette betalingssystemet inkluderer sterke insentiver for omsorgskoordinering på tvers av leverandører og behandlingsmiljøer, noe som fremmer effektiv bruk av ressurser gjennom hele behandlingsforløpet. Systemet har også et kvalitetsfokus, ettersom det tilpasser betaling basert på resultatene av hele episoden fremfor individuelle tjenester. I tillegg gir det mer forutsigbare kostnader for betalere sammenliknet med stykkprisbetaling. Ulempene omfatter teknisk kompleksitet i å definere grensene for episoder og hvilke tjenester som skal inkluderes, samt utfordringer med å tilskrive episoder til spesifikke leverandører i mer kompliserte tilfeller. Det kan også oppstå insentiver til å unngå høyrisikopasienter innenfor definerte episoder. Dessuten krever implementeringen betydelig infrastruktur for sporing og håndtering av episoder, noe som kan være en barriere for anvendelse.

Forløpsbetaling har blitt implementert i ulike former, inkludert *Medicare's Bundled Payments for Care Improvement* i USA, det ortopediske forløpsbetalingsprogrammet i Sverige, og liknende initiativer i andre land. Disse programmene fokuserer typisk på høyvolum-, høykostnadsprosedyrer eller tilstander hvor det er betydelig variasjon i ressursbruk og utfall, noe som tyder på muligheter for forbedret effektivitet og kvalitet. I Norge er forløpsbetaling eller tjenesteforløpsgruppering (TFG) innført for dialysebehandling og utvalgt legemiddelbehandling.

3.2 Asymmetrisk informasjon og prinsipal-agent-teori

Helsetjenesten er preget av grunnleggende usikkerhet. Det er usikkert hvor mange som får behov for behandling, det nødvendige behandlingsomfanget

for en pasient kan ikke forutsies presist, og det er usikkert om en behandling vil bli vellykket. For å utforme gode betalingssystemer er det nødvendig å forstå hvordan helsetjenesteleverandører reagerer på økonomiske insentiver. Dette krever teoretiske rammeverk som gjør det mulig å analysere leverandøratferd under ulike betalingsordninger.

Et sentralt teoretisk rammeverk i denne sammenheng er prinsipal-agent-teori. Strukturene i betalingssystemer – enten de er retrospektive eller prospektive, aktivitetsbaserte eller faste, samt hvilken enhet som styrer betalingene – utgjør de økonomiske virkemidlene som leverandører opererer innenfor. Hvordan leverandørene tilpasser seg disse strukturene, avhenger samtidig av leverandørenes egne preferanser.

I et prinsipal-agent-forhold inngår myndighetene (prinsipalen) kontrakt med leverandøren (agenten) om å levere helsetjenester til pasienter. Vi ser for oss at myndighetenes mål er å maksimere velferden til befolkningen (som har ønsker om flere goder enn helse) innenfor budsjettbegrensninger, mens leverandøren har sine egne mål som ikke nødvendigvis samsvarer med myndighetenes.

Særtrekk ved helsetjenester sammenliknet med andre tjenester

Utformingen av betalingssystemer for helsetjenester kompliseres av helsevesenets unike *startbetingelser*. For å illustrere disse kan vi sammenlikne helsetjenester med enklere tjenester som snøbrøyting. Ved snøbrøyting kan bestilleren operere med klare kriterier og målbare resultater. Bestilleren kan vurdere tjenestebehov og kvalitet uten spesialisert kunnskap: Er snøen fjernet? Er adkomsten tilfredsstillende? Forekommer det brøyteskader? Slike vurderinger krever ingen spesiell kompetanse, og kontrakter kan enkelt ta høyde for de ulike scenarioene som kan oppstå.

Helsetjenester er derimot preget av betydelig større kompleksitet, og både tjenestenes art og kvalitet er vanskelig å vurdere for ikke-fagpersoner. Dette skaper fundamentalt andre utfordringer for kontraktsutforming og sikring av tjenestekvalitet. Tre nøkkelegenskaper som gjør prinsipal-agent-rammeverket særlig relevant for helsetjenesten er: asymmetrisk informasjon, ufullstendige kontrakter og tredjepartsfinansiering.

Asymmetrisk informasjon

Informasjonsasymmetri er gjennomgripende i relasjoner i helsetjenesten. Leverandører har generelt langt mer kunnskap enn myndigheter og pasienter om:

- Pasienters kliniske behov: Leverandører har spesialisert kunnskap om diagnose og egnet behandling.
- Behandlingsalternativer og effektivitet: Leverandører forstår spekteret av tilgjengelige intervensjoner og deres sannsynlige utfall.
- Kvaliteten på behandlingen som gis: Mange aspekter ved behandlingskvalitet er vanskelige for myndighetene å observere direkte.
- Innsats som nedlegges: Informasjon om grundigheten, tiden og oppmerksomheten som vies til pasientbehandlingen, er i liten grad tilgjengelig for myndighetene.
- Kostnader ved effektiv behandling: Leverandører har bedre informasjon om ressursene som kreves for effektiv behandling.

Denne informasjonsskjevheten skaper potensial for suboptimale leverandørbeslutninger. En viktig grunn er at leverandørenes beslutninger i begrenset grad kan etterprøves på en hensiktsmessig måte.

Ufullstendige kontrakter

Kompleksiteten i helsetjenesten gjør det umulig å utforme kontrakter som spesifiserer hensiktsmessige leverandørhandlinger for hvert mulig klinisk scenario. Kontrakter er derfor uunngåelig ufullstendige, noe som gir leverandøren betydelig skjønn, for eksempel i å bestemme tjenestekvalitet. McGuire (2000) bruker begrepet *ikke-kontrakterbar* om tjenestekvalitet og viser til vanskelighetene med å bruke kvalitet som grunnlag for betaling.

Tredjepartsbetaling og et mangfold av samfunns mål

Helsetjenesteleverandører utfører mange oppgaver med varierende grad av observerbarhet og kontraktbarhet. De tar beslutninger om hvilke pasienter som skal behandles, hvilke tjenester som skal ytes, hvor mye tid som skal

brukes med hver pasient, og hvilket kvalitetsnivå som skal leveres. Noen av disse dimensjonene er lettere å måle og gi insentiver til enn andre.

Situasjonen kompliseres ytterligere av tredjepartsbetaling, hvor aktører som ikke er direkte involvert i tjenestemottak eller -leveranse (som offentlige organer eller forsikringsselskaper) betaler på vegne av pasienter. Dette skaper en mer kompleks beslutningssituasjon enn ved alminnelige handelstransaksjoner.

Holmström og Milgrom (1991) viser at når agenter (leverandører) utfører flere oppgaver, kan insentiver rettet mot lett målbare oppgaver forvrengte innsatsen bort fra vanskeligere målbare oppgaver. I helsetjenesten antyder dette at betalingssystemer som vektlegger observerbare dimensjoner som tjenestevolum, kan redusere leverandørenes innsats på mindre observerbare dimensjoner som kvalitet. Disse særtrekkene ved helsetjenester skaper dermed fundamentale utfordringer for utformingen av betalingssystemer som skal fremme både riktig volum, høy kvalitet og kostnadseffektivitet i helsevesenet.

Utforming av betalingssystemer

Moderne helseøkonomisk agentteori identifiserer tre hovedtyper av leverandørpreferanser. Den første typen er ren profittmaksimering, og den andre er ren pasienthelsemaksimering; disse representerer hver sin ytterlighet. Den tredje typen ligger mellom disse ytterpunktene og omfatter et bredt spekter av preferanser som, med varierende vekting, kombinerer profittmotiv og pasienthelsemotiv:

1. **Profittmotiver:** Leverandører søker å maksimere profitt og legger lite vekt på pasientvelferd. Disse leverandørene vil respondere på økonomiske insentiver slik som profittorienterte firmaer i enhver bransje.
2. **Pasienthelsemotiv:** På motsatt ytterlighet fokuserer leverandører på å maksimere pasientens helse uten hensyn til deres egen økonomiske inntjening eller samfunnets kostnader.
3. **Blandede motiver:** Mer realistisk har leverandører blendede mål, der både ønsket om økonomisk fortjeneste og gode helseutfall for pasientene spiller en rolle. Leverandøren verdsetter forbedringer i både pasienters helse og egen fortjeneste.

Helseøkonomisk agentteori refererer gjerne til Ellis og McGuires (1986) analyse. Den vanligste tilnærmingen er å anta at leverandørene har blandede motiver (Galizzi mfl., 2023). Det finnes beskrivelser av helsetjenesteleverandører som entydig profittstyrte eller entydig altruistiske, men begge deler er lite treffende. En mer realistisk matematisk spesifikasjon av leverandørpreferanser er basert på blandede preferanser:

$$V(q) = [1-\alpha]\pi(q) + \alpha H(q)$$

Hvor:

- $V(q)$ er leverandørens nytte fra å levere tjenestevolumet q .
- $\pi(q)$ er leverandørens profitt fra å levere tjenestevolumet q .
- $H(q)$ er pasienthelse som følger av tjenestevolumet q .
- α er en parameter som vekter leverandørens bekymring for pasienthelse relativt til profitt (diskutert mer detaljert i neste del).

Denne formuleringen gjør det mulig å beskrive de tre kategoriene av leverandørpreferanser:

1. **Ved profittmotiv ($\alpha = 0$)** har ikke tjenesteleverandøren sterke motiver for tjenesteleveranser i utgangspunktet. Disse leverandørene vil reagere forutsigbart på økonomiske insentiver, men kan kreve mer regulering for å sikre kvalitet og hensiktsmessig produksjon. Dersom den variable betalingen ikke er tilstrekkelig generøs, vil denne typen tjenesteleverandør ønske et tjenestevolum som er lavere enn ønskelig for samfunnet. En viktig oppgave for betalingssystemet blir derfor å belønne økt tjenesteproduksjon.
2. **Ved pasienthelsemotiv ($\alpha = 1$)** er tjenesteleverandøren sterkt motivert for tjenesteleveranse i utgangspunktet, og denne typen tjenesteleverandør vil kunne ønske et større tjenesteomfang enn ønskelig for samfunnet. En viktig oppgave for betalingssystemet blir derfor å begrense tjenesteproduksjonen.
3. **Ved preferanser som kombinerer pasienthelse og profitt ($0 < \alpha < 1$)** kan betalingssystemer delvis stole på at leverandørens altruistiske motiver vil komme pasientene til gode. Økonomiske insentiver

vil ofte være nødvendige, men trenger ikke være like sterke som i situasjoner med profittmotiverte leverandører.

Parameteren α i nyttefunksjonen ovenfor representerer vekten som leverandører legger på pasienthelse relativt til egen profitt. Denne parameteren tolkes ofte som graden av leverandørens «altruisme» eller pasientorienterte preferanser.

Tolkning av α -parameteren

α -parameteren har flere potensielle tolkninger:

1. **Profesjonsetikk:** α kan reflektere profesjonsetiske normer som vektlegger pasientvelferd over egeninteresse.
2. **Indre motivasjon:** α kan fange leverandørens indre tilfredsstillelse av å levere høykvalitetsomsorg og hjelpe pasienter.
3. **Omdømmehensyn:** α kan inkorporere leverandørens bekymringer om omdømmeeffekter som indirekte påvirker fremtidig inntekt.
4. **Agentfunksjon for pasienter:** α kan representere i hvilken grad leverandører fungerer som agenter for sine pasienter, og inkorporerer pasientpreferanser i sine beslutninger.

Uansett kilde har α -parameteren viktige implikasjoner for leverandøratferd og optimal utforming av betalingssystemer. Empiriske studier tyder på betydelig heterogenitet i vektleggingen av pasienthelse. Noen leverandører synes å være svært pasientorienterte, mens andre er mer responsive på økonomiske insentiver (Godager og Wiesen, 2013). Denne heterogeniteten kan skape utfordringer for utforming av betalingssystemer. Et system som er optimalisert for leverandører med ett nivå av altruisme, kan gi ineffektive insentiver for leverandører med mer eller mindre pasientaltruisme. Størrelsen på α påvirker derfor tjenesteleverandørens valg av tjenesteintensitet, q . Videre påvirker α hvordan endringer i betalings-systemet slår ut i endringer i q . I neste avsnitt beskriver vi et modelloppsett som kan brukes for å utlede optimalt betalingssystem. Vi gjengir også hovedresultatene her, men henviser til kapittelets appendiks for å vise utledningen av løsningene.

3.3 Insentivvirkningene av betalingssystemer

Vi skal nå redegjøre for insentivvirkninger av tre ulike betalingssystemer: rammebetaling, stykkprisbetaling og en kombinasjon av rammebetaling og stykkpris. Vi analyserer ikke kombinasjonen av stykkpris og per capita-betaling her. Dette temaet dekkes i kapittel 7 om Allmennlegetjenester. Vi redegjør for insentivvirkninger av betalingssystemene under tre ulike antakelser om tjenesteleverandørens preferanser: profittmotiver ($\alpha = 0,25$), pasienthelsemotiv ($\alpha = 0,75$) og balansert motiv ($\alpha = 0,5$). Vi undersøker de grunnleggende egenskapene ved rammebetaling og stykkprisbetaling, og beskriver hvordan disse påvirker leverandørens valg av tjenestevolum. Vi supplerer med detaljerte matematiske analyser i del 4.7. Vi supplerer med detaljerte matematiske analyser i det matematiske appendikset. Det er ikke nødvendig å lese appendikset for å få utbytte av dette delkapitlet.

La oss definere noen sentrale variabler:

- **q**: Leverandørens tjenestevolum (antall tjenester per pasient)
- **I**: Leverandørens inntekt fra betalingssystemet
- **A**: Fast rammebetaling (uavhengig av aktivitet)
- **F**: Stykkprisbetaling per enkelttjeneste
- **K(q) = k × q**: Tjenesteleverandørens kostnadsfunksjon
- **H(q)**: Helsefunksjonen. $H'(q) > 0$, $H''(q) < 0$

Vi antar at tjenesteleverandøren har kostnader, $K(q)$, som øker lineært med økende produksjon. Vi antar også at pasientenes helse øker med økende tjenestevolum, og at marginale helseeffekter er avtakende.

Insentivvirkninger av rammebetaling

Et system med rammebetaling gir betaling som er uavhengig av tjenestevolum:

$$I = A$$

Dette skaper et helt annet sett med insentiver enn aktivitetsbaserte systemer. De to vanligste formene for faste betalingssystemer er rammetilskudd til organisasjoner og fastlønn til helsepersonell. Rammetilskudd er faste beta-

linger til helseorganisasjoner for å dekke kostnadene ved å levere definerte tjenester til en bestemt befolkning over en bestemt periode, typisk ett år. Organisasjonen mottar en forhåndsbestemt betaling, ofte basert på historiske budsjetter, befolkningsstørrelse eller formler som inkluderer demografiske og geografiske faktorer. Dette gir mottakeren betydelig fleksibilitet i ressursallokeringen, samtidig som det skaper økonomisk forutsigbarhet for både betaler og leverandør. En viktig utfordring er at leverandøren bærer den fulle finansielle risikoen hvis etterspørselen etter tjenester overstiger forventningene, eller dersom kostnadene blir høyere enn antatt.

Lønssystemer representerer en individuell versjon av rammetilskudd. Under lønssystemer mottar helsepersonell fast kompensasjon for en definert tidsperiode, uavhengig av antall pasienter eller tjenester de leverer. Dette skaper en tidsbasert fremfor en tjenestebasert betaling, med svake insentiver for volumøkning. Fastlønn kan bedre tilpasse enkeltlegers insentiver til organisasjonens mål gjennom tilsyn, teamarbeid og komplementære insentiver.

Økonomisk teori predikerer at faste betalingssystemer vil føre til redusert tjenestevolum, siden flere tjenester genererer kostnader uten ekstra inntekt. Systemet oppmuntrer også til ressurseffektivitet og kostnadsbesparelser, siden eventuelle innsparinger tilfaller leverandøren. Samtidig eksisterer det en risiko for underbehandling, særlig av høykost- eller komplekse pasienter, hvis det ikke finnes motvirkende insentiver.

Matematisk analyse viser at tjenesteleverandørens beslutning om tjenestevolum under et fast betalingssystem avhenger sterkt av deres preferanser – spesielt hvor mye de vektlegger pasientens helse versus egen profitt. Hvis vi representerer denne vektingen med en parameter α (mellom 0 og 1), ser vi følgende mønster:

- En leverandør som vektlegger pasienthelse og profitt likt ($\alpha = 0.5$) vil velge et samfunnsoptimalt tjenestevolum
- En mer profittorientert leverandør ($\alpha < 0.5$) vil velge for lite tjenestevolum
- En mer pasientorientert leverandør ($\alpha > 0.5$) vil ønske å tilby for høyt tjenestevolum

Empirisk forskning viser mer nyanserte mønstre enn enkle økonomiske modeller skulle tilsi. Studier som sammenlikner fastlønnede og stykkpris-

betalte leger, finner typisk 10–30 % lavere produktivitet blant fastlønnede leger, men forskjellen er ikke så dramatisk som rene økonomiske modeller skulle tilsi. Fastlønnede leger bruker ofte mer tid per pasientmøte, bestiller færre tester og prosedyrer, og tilbyr flere forebyggende tjenester sammenliknet med stykkprisbetalte leger. Dokumentasjon på kvalitetsforskjeller mellom faste og variable betalingssystemer er blandet, noe som tyder på at faktorer utover betalingssystemer har sterk innflytelse på kvaliteten på helsetjenester.

Profesjonsetikk fungerer som en viktig motvekt til potensielle insentiver for underbehandling under faste betalingssystemer. Medisinsk etikk understreker at pasientens velferd er viktigere enn leverandørens egeninteresse, og profesjonelle fellesskap etablerer både formelle og uformelle forventninger om passende omsorg. Mange helsearbeidere motiveres av indre faktorer som faglig mestring, formål og profesjonell tilfredsstillelse, som kan drive høykvalitetsomsorg uavhengig av finansielle insentiver.

Leverandørens størrelse påvirker også hvordan faste betalingssystemer fungerer. Større organisasjoner har fordeler ved statistisk utjevning av risiko på tvers av flere pasienter, noe som reduserer innvirkningen av tilfeldig variasjon i pasientbehov og kostnader. De har også større finansielle reserver og kreditttilgang, samt flere muligheter for å rekonfigurere tjenestelevering for å øke effektiviteten. Disse skalafordelene skaper betydelige utfordringer for mindre leverandører som opererer under faste betalingssystemer.

Insentivvirkninger av stykkprisbetaling

Ved aktivitetsbasert betaling knyttes inntekt direkte til tjenestevolumet:

$$I = F \times q$$

Variable betalingssystemer, hvor leverandørens kompensasjon er direkte knyttet til volumet av tjenester levert, representerer en tradisjonell tilnærming til helsebetaling. Stykkprisbetaling er en vanlig form for variabel betaling, der leverandører mottar separate betalinger for hver enkelt tjeneste levert, med betalingsbeløpet bestemt av en takstliste. Grunnleggende kjennetegn ved rene stykkprissystemer inkluderer disaggregerte betalinger hvor hver tjeneste refunderes separat, noe som skaper en direkte kobling mellom tjenestevolum og leverandørinntekt. Betalingssatsene fastsettes vanligvis på forhånd og

anvendes på individuelle tjenester etter at de er levert. Total inntekt øker direkte med volumet av tjenester levert, noe som skaper et tydelig finansielt insentiv for høyere tjenestevolum. Leverandører bærer minimal finansiell risiko, da de kompenseres for hver tjeneste uavhengig av dens hensiktsmessighet eller nødvendighet.

Det kan vises at et rent stykkprissystem gir svært sterke voluminsentiver. Når betalingen per tjeneste er lik marginalkostnaden, vil alle typer tjenesteleverandører – uavhengig av deres vektlegging av pasienthelse versus profit – teoretisk ønske å tilby et uendelig høyt tjenestevolum. Dette illustrerer en fundamental begrensning ved rene stykkprissystemer og forklarer hvorfor de ofte suppleres med andre betalingsmekanismer.

Stykkprisbetaling skaper insentiver til å øke tjenestevolumet, siden hver ekstra tjeneste genererer ekstra inntekt. Dette voluminsentivet kan manifestere seg som høyere tjenesteintensitet per pasient, hyppigere pasientbesøk, lavere terskel for intervensjon og preferanse for tjenesteintensive tilnærminger når multiple behandlingsalternativer eksisterer.

Forholdet mellom stykkprisbetaling og helsekvalitet er komplekst. Systemet kan oppmuntre til høy teknisk kvalitet for prosedyremessige aspekter av omsorg som er direkte refunderbare og observerbare, men kan også oppmuntre til levering av tjenester med marginal eller usikker nytte. Stykkpris tilbyr typisk begrensede insentiver for omsorgskoordinering, noe som potensielt kan undergrave kontinuiteten og integrasjonen av omsorg på tvers av leverandører og omgivelser.

Leverandørens kostnadsfunksjon påvirker også hvordan stykkprissystemer fungerer. Med lineære kostnadsfunksjoner er det optimale tjenestevolumet binært: null når honoraret er mindre enn marginalkostnaden, og ubegrenset (eller begrenset kun av pasientetterspørsel) når honoraret overstiger marginalkostnaden. Med ikke-lineære kostnadsfunksjoner, særlig de med økende marginalkostnader, blir leverandøratferden mer nyansert: leverandøren vil da ha et optimalt endelig tjenestevolum der marginalinntekt er lik marginalkostnad.

Insentivvirkninger av blandede betalingssystemer

Blandede betalingssystemer kombinerer faste og variable komponenter:

$$I = A + F \times q \text{ (Ramme og stykkpris)}$$

Blandede betalingssystemer kombinerer flere betalingskomponenter, typisk med ulike insentivegenskaper, for å oppnå et mer balansert sett med insentiver enn det som ville være mulig med én enkelt betalingskomponent. Den vanligste formen er et todelt betalingssystem som kombinerer en fast komponent (uavhengig av tjenestevolum) med en variabel komponent (knyttet til tjenestelevering).

Den økonomiske begrunnelsen for blendede betalingssystemer bygger på innsikter fra kontraktsteori og helseøkonomi. Multitasking-teori viser at når agenter utfører multiple oppgaver med ulike nivåer av målbarhet, krever optimale kontrakter ofte en balansering: sterke insentiver for målbare dimensjoner må kombineres med svakere insentiver for mindre målbare dimensjoner. I helsevesenet er tjenestevolum ofte mer målbart enn kvalitet, noe som tilsier at optimale kontrakter kan kombinere variabel betaling for volum med andre betalingskomponenter som retter seg mot kvalitetsdimensjoner.

Den matematiske analysen viser at blendede betalingssystemer kan tilpasses ulike typer tjenesteleverandører:

- For profittorienterte leverandører ($\alpha=0.25$) kreves en betydelig variabel komponent ($F=2k/3$) kombinert med en mindre fast betaling ($A=h/3$)
- For balanserte og pasientorienterte leverandører er ren rammebetaling ($F=0$, $A=h$) optimalt
- Alle leverandørtyper kan styres mot samfunnsoptimalt volum med riktig betalingsmiks

Den enkleste todelte betalingsmodellen kombinerer en fast periodebetaling (A) med en variabel stykkpriskomponent (F): $I = A + F \times q$. Modellen skaper en blandet insentivstruktur der leverandørens marginalinntekt fra ytterligere tjenester er F (i stedet for null under ren kapitalasjon eller fullt honorar under ren stykkpris), mens den faste komponenten A gir en grunnleggende inntekt uavhengig av tjenestevolum.

En vanlig form for blandet betaling i primærhelsetjenesten kombinerer per capita-betalinger med stykkpriselementer. Denne tilnærmingen forsøker å balansere effektivitetsinsentivene fra per capita-betaling med tjenesteleveringsinsentivene fra stykkpris. Hovedmodellen for betaling av

privatpraktiserende fastleger i Norge er en kombinasjon av per capita-basis-tilskudd pluss stykkpris som er spesifisert i Fastlegetariffen. Denne kombinasjonen gjør det mulig å holde stykkprisene lavere (sammenliknet med rene stykkprissystemer) og samtidig opprettholde rekrutteringen til tjenesten.

De faste og variable komponentene i blandede betalingssystemer har komplementære funksjoner. Faste komponenter kan sikre tilstrekkelig inntekt for å tiltrekke og beholde leverandører, beskytte leverandører mot overdriven finansiell risiko, skape insentiver for generell kostnadseffektivitet, redusere insentiver for pasientseleksjon og gi en stabil, forutsigbar inntektsbase. Variable komponenter kan påvirke volumet og miksen av tjenester som leveres, oppmuntre til levering av spesifikke tjenester, insentivere spesifikke kvalitetsrelaterte aktiviteter, støtte implementering av nye tjenester/prosedyrer og gjøre det mulig å justere betaling til endrede pasientbehov.

Den enkelte tjenesteleverandøren kan påvirke det samlede tjenestevolumet på to måter: (1) gjennom beslutningen om å delta i tjenesteleveransen og (2) gjennom valg av tjenesteintensitet. Dersom deltakelse finner sted, bestemmer leverandøren hvilke tjenester som skal tilbys, i hvilken mengde og med hvilket nivå av innsats og kvalitet. Disse avgjørelsene påvirkes ulikt av betalingskomponentene: Deltakelse påvirkes av forventet totalinntekt og andre vilkår ved tjenesteleveransen, mens beslutninger om tjenesteintensitet påvirkes av marginalinntekten fra ytterligere tjenester, som avhenger sterkt av den variable komponenten.

Optimal betalingssystemdesign krever derfor at begge komponenter kalibreres i tråd med sine funksjonelle roller. Den faste komponenten må være tilstrekkelig til å sikre deltakelse, mens den variable komponenten må skape passende insentiver for tjenesteintensitet.

Oppsummering

Den matematiske analysen viser at valget av betalingssystem bør tilpasses tjenesteleverandørenes preferanser. Leverandørenes vektlegging av pasienthelse versus egen økonomisk fortjeneste har stor betydning for hvordan ulike betalingssystemer fungerer i praksis. Ved ren rammebetaling blir preferansene avgjørende for det endelige tjenestevolumet. En leverandør med balansert vektlegging av fortjeneste og pasienthelse forventes å velge et samfunns-optimalt tjenestevolum under ren rammebetaling. En profittorientert

leverandør vil derimot tilby færre tjenester enn det som er samfunnsøkonomisk optimalt, mens en pasientorientert leverandør vil tilby flere tjenester enn det samfunnsoptimale nivået. Dette viser hvordan leverandørens egen motivasjon påvirker behandlingsintensiteten når betalingssystemet ikke gir direkte økonomiske insentiver knyttet til volum.

Ren stykkprisbetaling har samtidig fundamentale begrensninger, uavhengig av leverandørtype. Når betalingen per tjeneste tilsvarer marginalkostnaden, kan leverandører av alle typer ønske å tilby et uendelig høyt tjenestevolum. Dette illustrerer hvorfor det sjelden vil være ideelt med rene stykkprissystemer i helsetjenesten.

Tabell 3.3

Kombinasjoner av optimale responser fra leverandører og myndigheter

Leverandør-type	Rammebetaling alene $A > 0, F = 0$	Stykkprisbetaling alene $A = 0, F > 0$	Blandet betaling $A \geq 0, F \geq 0$
$\alpha = 0.25$ Profittmotivert	$q^{*Leverandør} = h/(3k) < q^{*Samfunn}$ $A^{*Samfunn} = h/3$ Bindende deltakerbetingelse? Nei hvis $A \geq h/3$ Problem: Unødvendig høy ressursbruk samtidig med for få tjenester	$q^{*Leverandør} \rightarrow \infty$ $F^{*Samfunn} = k$ Bindende deltakerbetingelse? Ja Problem: Unødvendig høy ressursbruk	$q^{*Leverandør} = h/k = q^{*Samfunn}$ $A^{*Samfunn} = h/3,$ $F^{*Samfunn} = 2k/3$ Bindende deltakerbetingelse? Ja Optimalt tjenestevolum og ressursbruk
$\alpha = 0.5$ Balanserte motiver	$q^{*Leverandør} = h/k = q^{*Samfunn}$ $A^{*Samfunn} = h$ Bindende deltakerbetingelse? Ja Optimalt tjenestevolum og ressursbruk	$q^{*Leverandør} \rightarrow \infty$ $F^{*Samfunn} = k$ Bindende deltakerbetingelse? Ja Problem: Unødvendig høy ressursbruk	$q^{*Leverandør} = h/k = q^{*Samfunn}$ $A^{*Samfunn} = h,$ $F^{*Samfunn} = 0$ Bindende deltakerbetingelse? Ja Optimalt tjenestevolum og ressursbruk
$\alpha = 0.75$ Pasientmotivert	$q^{*Leverandør} = h/k = q^{*Samfunn}$ $A^{*Samfunn} = h$ Bindende deltakerbetingelse? Ja Optimalt tjenestevolum og ressursbruk	$q^{*Leverandør} \rightarrow \infty$ $F^{*Samfunn} = k$ Bindende deltakerbetingelse? Ja Problem: Unødvendig høy ressursbruk	$q^{*Leverandør} = h/k = q^{*Samfunn}$ $A^{*Samfunn} = h,$ $F^{*Samfunn} = 0$ Bindende deltakerbetingelse? Ja Optimalt tjenestevolum og ressursbruk

Blandede betalingssystemer gir mer fleksibilitet for å oppnå samfunnsoptimalt tjenestevolum. For profittorienterte leverandører kreves en betydelig variabel komponent i betalingssystemet for å stimulere til tilstrekkelig tjenesteproduk-

sjon, mens den faste komponenten kan være relativt liten. For leverandører med balanserte eller pasientorienterte preferanser er situasjonen annerledes: Her viser analysen at ren rammebetaling faktisk er det optimale valget. Styrken med blandede betalingssystemer er nettopp at de kan tilpasses ulike leverandørtyper. Med riktig blanding av ramme- og aktivitetsbaserte komponenter kan myndighetene styre alle leverandørtyper mot samfunnsoptimalt tjenestevolum.

Hovedkonklusjonen er derfor at én enkelt betalingsmodell ikke kan oppnå optimalt tjenestevolum for alle typer leverandører. Myndighetene må tilpasse betalingssystemet basert på kunnskap om leverandørenes preferanser og motivasjon. Dette krever både empirisk kunnskap om hvordan ulike leverandørtyper reagerer på insentiver, og teoretisk forståelse av optimale betalingsstrukturer for ulike preferanseprofiler.

Blandede betalingssystemer representerer en balansert tilnærming som imøtekommer begrensningene ved rene betalingsmodeller. Ved å kombinere faste og variable komponenter kan disse systemene skape mer balanserte insentiver som oppmuntrer til tjenestevolum i tråd med samfunnets ønsker.

Basert på de matematiske analysene har vi samlet resultatene som viser de optimale valgene for både leverandørene og myndighetene under ulike forutsetninger om betalingssystemer og tjenesteleverandørenes preferanser. Hovedfunn fra analysen:

1. Ren rammebetaling ($A > 0, F = 0$):

- Ved balanserte leverandørpreferanser ($\alpha = 0.5$) velges samfunnsoptimalt volum ved ren rammebetaling.
- En profittorientert leverandør ($\alpha = 0.25$) velger for lite volum.
- En pasientorientert leverandør ($\alpha = 0.75$) velger for høyt volum.

2. Ren stykkprisbetaling ($A = 0, F > 0$):

- Alle leverandørtyper vil teoretisk ønske å tilby et uendelig høyt tjenestevolum når $F = k$.
- Dette illustrerer en fundamental begrensning ved ren stykkprisbetaling.

3. Blandet betaling ($A \geq 0, F \geq 0$):

- For profittorienterte leverandører ($\alpha=0.25$) kreves en betydelig variabel komponent ($F=2k/3$) for å oppnå samfunnets ønskede volum.
- Ved balanserte og/eller pasientorienterte leverandørpreferanser er ren rammebetaling ($F=0$) det optimale valget for betalingsmodell.
- Med blandet betaling kan myndighetene styre alle leverandørtyper mot samfunnsoptimalt tjenestevolum med riktig blanding av stykkprisbetaling og ramme.

3.4 Oppsummering

I dette kapittelet har vi etablert et rammeverk for å forstå og analysere betalingssystemer i helsetjenesten. Vi har klassifisert dem langs to dimensjoner: (1) aktivitetsbasert betaling versus rammebetaling og (2) retrospektiv versus prospektiv betaling. Den første dimensjonen beskriver om det er en direkte kobling mellom aktivitet og inntekt. I aktivitetsbaserte betalingsmodeller reflekteres tjenesteprodusentens aktivitet i inntektene: Når aktiviteten går opp (ned), vil også inntektene gå opp (ned). Ved rammebetaling vil inntektene ikke på samme måte reflektere aktiviteten. Den andre dimensjonen beskriver om produsentenes inntekter er basert på realiserte eller forventede kostnader. Betalingsmodeller basert på realiserte kostnader kalles gjerne retrospektive eller kostnadskompenserende betalingsmodeller, mens modeller basert på forventede kostnader betegnes som prospektive betalingsmodeller.

Ved retrospektiv, aktivitetsbasert betaling (f.eks. kurpengefinansiering) ligger økonomisk risiko for kostnads- og aktivitetsvariasjoner hos betaleren, og tjenesteleverandøren har få insentiver for kostnadskontroll. Ved prospektiv, aktivitetsbasert betaling (f.eks. DRG-basert betaling) bærer tjenesteleverandøren risiko for kostnadsvariasjoner, mens betaleren og tjenesteleverandøren deler på risikoen for aktivitetsvariasjoner. Dette gir insentiver til både kostnadskontroll og høy aktivitet. Ved prospektiv rammebetaling bærer tjenesteleverandøren risiko for kostnads- og aktivitetsvariasjoner, noe som gir sterke insentiver til kostnadskontroll, men som også kan føre til underbehandling.

I kapittelet gis en introduksjon til prinsippal-agentteori, og det vises hvordan utforming av et optimalt betalingssystem avhenger av tjenesteleverandørenes

kjennetegn. Tjenesteleverandørene kan variere i grad av altruisme, fra å være sterkt profittorienterte til å være sterkt pasientorienterte. Preferansene deres har ulike konsekvenser under ulike betalingsordninger.

1. Ren rammebetaling

- Fungerer optimalt for leverandører med balanserte preferanser.
- Kan føre til for lav aktivitet for profittorienterte leverandører.
- Kan føre til for høy aktivitet for pasientorienterte leverandører.

2. Ren stykkprisbetaling

- Kan medføre risiko for overbehandling uansett leverandørpreferanser.

3. Blandet betalingssystem

- Krever betydelig aktivitetsbasert komponent for profittorienterte leverandører.
- Ren rammebetaling kan være optimalt for leverandører med balanserte og pasientorienterte preferanser.
- En ideell blanding av rammebetaling og aktivitetsbasert betaling kan sikre samfunnsoptimal tjenestevolum, uansett om leverandørtyper er sterkt profittorienterte, sterkt pasientorienterte eller midt imellom.

I praksis benyttes ofte blandede betalingssystemer som kombinerer elementer fra flere modeller. Eksempler fra Norge inkluderer Innsatsstyrt finansiering (ISF) for sykehus og betalingsordningen for fastleger. Kapittel 11 gir en nærmere gjennomgang av ISF, mens kapittel 7 gir beskrivelser av betaling for fastleger.

Hovedinnsiktene fra dette kapittelet er at ingen enkelt betalingsmodell er ideell for alle typer leverandører. Myndighetene bør tilpasse betalingssystemet basert på leverandørenes preferanser og de mål man ønsker å oppnå, ettersom ulike modeller skaper forskjellige insentiver. Den ideelle betalingsmodellen må balansere hensynet til kostnadskontroll, tilgjengelighet og tjenestekvalitet. Når vi forsøker å oppnå flere mål samtidig, står vi overfor avveininger mellom hvilke elementer som skal inngå i betalingssystemet og hvilken vekt

hvert element skal få. Utfordringen kompliseres ytterligere ved at tjenesteleverandører reagerer ulikt på insentivene som ligger i et betalingssystem. Dette kan skyldes forskjeller i kostnader og ressurstilgang, som for eksempel helsepersonell, og preferanseforskjeller blant leverandørene.

SPØRSMÅL OG OPPGAVER TIL KAPITTEL 3

1. La oss anta at det skjer en økning i kostnadene per behandlet pasient som følge av et lønnsoppgjør som gir større lønnstillegg enn forventet. Hvem bærer ansvaret for denne kostnadsøkningen i et system som har de samme kjennetegnene som kurdøgnbetalingen? Hvem bærer ansvaret for kostnadsøkningen i et rammebetalingssystem?
2. Hvordan vil du håndtere en slik hendelse dersom du sitter som leder i en institusjon som er rammefinansiert?
3. Gjør kort rede for hovedtrekkene i DRG-systemet. Hvordan kan følgende forhold påvirke DRG-en og den prisen en får for den utførte behandlingen: komplikasjoner, økte liggetider og alder?
4. Aktivitetsbasert betaling innebærer at myndighetene bærer deler av risikoen ved aktivitetsvariasjoner. Hvem bærer ved denne typen betalingsmodell risikoen ved kostnadsvariasjoner (kostnader per pasient)?
5. Anta at privatpraktiserende spesialister mottar en kombinasjon av driftstilskudd (rammebetaling) og refusjoner fra normaltariffen (stykkprisbetaling).
 - a) Analyser konsekvensene for antall konsultasjoner og tidsbruk per konsultasjon av en overgang til ren rammebetaling (kun driftstilskudd).
 - b) Analyser konsekvensene for antall konsultasjoner og tidsbruk per konsultasjon av en overgang til ren stykkprisbetaling (kun takstinntekter).

Matematisk appendiks til kapittel 3

Antakelser om aktører og institusjonelle forhold

Antakelser om tjenesteleverandørene

Vi studerer markedet for helsetjenesteleverandører. Vi bruker q til å betegne antall tjenester per pasient, og $q^{*Leverandør}$ betegner leverandørens optimale valg av q . Leverandørens kostnad for å levere helsetjenester avhenger av q og er spesifisert i Likning A. Deltakelse i markedet er frivillig, og leverandører vil avstå fra å delta dersom profitten blir negativ.

Leverandørens nyttefunksjon er spesifisert i Likning E og antas å kombinere ønsker om profitt og ønsker om god pasienthelse. Leverandørene bryr seg om profitt, betegnet $\pi(q)$, og om pasientens helsenivå, betegnet $H(q)$. Profitt er definert i Likning D som inntekt minus kostnad.inntekten, $I(q)$, bestemmes i et samspill mellom myndighetenes valg av betalingssystem og tjenesteleverandørens valg av tjenestevolum, q . Kostnadene antas å øke med aktivitetsnivået: $K'(q) > 0$.

Antakelser om pasientene

Vi antar at pasientene har full forsikringsdekning og ikke trenger å betale for helsetjenester. Vi antar også at hver pasient er passiv og aksepterer den tjenesteintensiteten som leverandøren har valgt, $q^{*Leverandør}$. Pasientens helsenivå er en funksjon av q , betegnet $H(q)$. Helsefunksjonen er spesifisert i Likning B. Likningene C spesifiserer den marginale helseeffekten, $H'(q^{*Samfunn})$. Den marginale helseeffekten er positiv, men fallende: $H'(q) > 0$, $H''(q) < 0$.

Antakelser om myndighetene

Vi antar at myndighetene er ansvarlig for å velge betalingssystemet og betale leverandørene. Vi antar at myndighetene velger et betalingssystem

som maksimerer velferden i samfunnet. Vi betegner samfunnets velferds-maksimerende tjenestevolum med $q^{*Samfunn}$. Samfunnets optimale tjenestevolum er kjennetegnet ved at marginal helseeffekt er lik marginalkostnad: $H'(q^{*Samfunn}) = K'(q^{*Samfunn})$. Med Likning A og Likning C betyr det at vi har $h/q^{*Samfunn} = k$, som innebærer at optimalt tjenestevolum er gitt ved $q^{*Samfunn} = h/k$. Vi ser at optimalt tjenestevolum er større jo lavere marginal-kostnaden er, og jo større den marginale helseeffekten er.

Likninger

Likning A (Kostnadsfunksjon): $K(q) = k \times q$, $k > 0$, og $K'(q) = k > 0$.

Likning B: Helsefunksjonen er gitt ved $H(q) = h \times \ln(q)$

Likning C: Formel for den marginale helsefordelfunksjonen: $H'(q) = h/q$

Likning D: (Leverandørprofit): $\pi(q) = I - K(q)$, hvor I betegner betalings-systemet valgt av myndighetene.

Likning E: (Leverandørnytte): $V(q) = [1 - \alpha]\pi(q) + \alpha H(q)$, $0 \leq \alpha \leq 1$

Eksempel 1: Leverandør med balanserte preferanser ($\alpha = 0.5$) under ren rammebetaling

Vi analyserer en leverandør som vektlegger profitt og pasienthelse likt ($\alpha = 0.5$) når myndighetene bruker et fast betalingssystem $I = A$ (ren rammebetaling).

Leverandørens beslutningsproblem: Med $\alpha = 0.5$ blir leverandørens nyttefunksjon: $V(q) = 0.5[A - k \times q] + 0.5 \times h \times \ln(q) = 0.5A - 0.5k \times q + 0.5h \times \ln(q)$

Deltakerbetingelsen: Leverandøren deltar kun hvis profitten er ikke-negativ: $\pi(q^{*Leverandør}) = A - k \times q^{*Leverandør} \geq 0$ Dette kan omskrives til: $q^{*Leverandør} \leq A/k$

Førsteordensbetingelse: Vi maksimerer nyttefunksjonen ved å derivere med hensyn til q og sette lik null: $dV(q^{*Leverandør})/dq = -0.5k + 0.5h/q^{*Leverandør} = 0$

Løsning: Dette gir: $0.5h/q^{*Leverandør} = 0.5k$, som løses til $q^{*Leverandør} = h/k$

Analyse av løsningen: Vi ser at $q^{*Leverandør} = h/k = q^{*Samfunn}$, altså sammenfaller leverandørens optimale valg med samfunnsoptimalt nivå når $\alpha = 0.5$. For at

denne løsningen skal være gyldig, må deltakerbetingelsen være oppfylt. Det krever $h/k \leq A/k$, som forenkles til $h \leq A$.

Konklusjon: Leverandørens optimale valg ved rammebetaling A og $\alpha = 0.5$ er:

- Når $A \geq h$: $q^{*Leverandør} = h/k = q^{*Samfunn}$ (samfunnsoptimalt nivå)
- Når $A < h$: $q^{*Leverandør} = A/k < q^{*Samfunn}$ (for lavt tjenestevolum)

En leverandør med balanserte preferanser ($\alpha = 0.5$) vil velge samfunnsoptimalt tjenestevolum dersom rammebetalingen er tilstrekkelig høy ($A \geq h$).

Eksempel 2: Profitorientert leverandør ($\alpha = 0.25$) under ren rammebetaling

Vi analyserer en leverandør som vektlegger profitt høyere enn pasienthelse ($\alpha = 0.25$) når myndighetene bruker et fast betalingssystem $I = A$.

Leverandørens beslutningsproblem: Med $\alpha=0.25$ blir leverandørens nyttefunksjon: $V(q) = 0.75\pi(q) + 0.25H(q) = 0.75(A - k \times q) + 0.25h \times \ln(q) = 0.75A - 0.75k \times q + 0.25h \times \ln(q)$

Deltakerbetingelsen: Leverandøren deltar kun hvis profitten er ikke-negativ: $\pi(q) = A - k \times q \geq 0$ Dette kan omskrives til: $q \leq A/k$

Førsteordensbetingelse: Vi maksimerer nyttefunksjonen ved å derivere med hensyn til q og sette lik null: $dV(q)/dq = -0.75k + 0.25h/q = 0$

Løsning: Dette gir: $0.25h/q = 0.75k$, som løses til $q^{*Leverandør} = h/(3k)$

Analyse av løsningen: For at deltakerbetingelsen skal være oppfylt, må $h/(3k) \leq A/k$, som forenkles til $h/3 \leq A$. Vi ser også at $q^{*Leverandør} = h/(3k) < h/k = q^{*Samfunn}$, siden $3k > k$. Dette betyr at en leverandør med $\alpha = 0.25$ vil tilby færre tjenester enn det som er samfunnsøkonomisk optimalt.

Konklusjon: Leverandørens optimale valg ved rammebetaling A og $\alpha = 0.25$ er:

- Når $A \geq h/3$: $q^{*Leverandør} = h/(3k) < q^{*Samfunn}$ (for lavt tjenestevolum)
- Når $A < h/3$: $q^{*Leverandør} = A/k < h/(3k) < q^{*Samfunn}$ (enda lavere tjenestevolum)

En leverandør som legger større vekt på profitt enn pasienthelse ($\alpha = 0.25$) vil alltid velge å tilby færre tjenester enn det som er samfunnsøkonomisk optimalt, selv med høy rammebetaling.

Eksempel 3: Pasientorientert leverandør ($\alpha = 0.75$) under ren rammebetaling

Vi analyserer en leverandør som vektlegger pasienthelse høyere enn profitt ($\alpha = 0.75$) når myndighetene bruker et fast betalingssystem $I = A$.

Leverandørens beslutningsproblem: Med $\alpha = 0.75$ blir leverandørens nyttefunksjon: $V(q) = 0.25\pi(q) + 0.75H(q) = 0.25(A - k \times q) + 0.75h \times \ln(q) = 0.25A - 0.25k \times q + 0.75h \times \ln(q)$

Deltakerbetingelsen: Leverandøren deltar kun hvis profitten er ikke-negativ: $\pi(q) = A - k \times q \geq 0$ Dette kan omskrives til: $q \leq A/k$

Førsteordensbetingelse: Vi maksimerer nyttefunksjonen ved å derivere med hensyn til q og sette lik null: $dV(q)/dq = -0.25k + 0.75h/q = 0$

Løsning: Dette gir: $0.75h/q = 0.25k$, som løses til $q^{*Leverandør} = 3h/k$

Analyse av løsningen: For at deltakerbetingelsen skal være oppfylt, må $3h/k \leq A/k$, som forenkles til $3h \leq A$. Vi ser også at $q^{*Leverandør} = 3h/k > h/k = q^{*Samfunn}$. Dette betyr at en leverandør med $\alpha = 0.75$ vil ønske å tilby flere tjenester enn det som er samfunnsøkonomisk optimalt.

Konklusjon: Leverandørens optimale valg ved rammebetaling A og $\alpha = 0.75$ er:

- Når $A \geq 3h$: $q^{*Leverandør} = 3h/k > q^{*Samfunn}$ (for høyt tjenestevolum)
- Når $A < 3h$: $q^{*Leverandør} = A/k < 3h/k$ (begrenset av profittbetingelsen)
- Spesielt når $A = h$: $q^{*Leverandør} = h/k = q^{*Samfunn}$ (samfunnsøkonomisk nivå)

En pasientorientert leverandør ($\alpha = 0.75$) vil ønske å tilby flere tjenester enn det som er samfunnsøkonomisk optimalt. Myndighetene kan imidlertid oppnå samfunnsoptimalt tjenestevolum ved å sette rammebetalingen til $A = h$, som begrenser leverandøren via profittbetingelsen.

Eksempel 4: Leverandør med balanserte preferanser ($\alpha = 0.5$) og blandet betalingssystem

Vi analyserer en leverandør med $\alpha = 0.5$ når myndighetene bruker et blandet betalingssystem $I = A + Fq$ som kombinerer fast betaling A og variabel betaling F per tjeneste.

Leverandørens beslutningsproblem: Med $\alpha = 0.5$ og blandet betaling blir leverandørens nyttefunksjon: $V(q) = 0.5\pi(q) + 0.5H(q) = 0.5[A + (F-k) \times q] + 0.5h \times \ln(q) = 0.5A + 0.5(F-k) \times q + 0.5h \times \ln(q)$

Deltakerbetingelsen: Leverandøren deltar kun hvis profitten er ikke-negativ: $\pi(q) = A + (F-k) \times q \geq 0$

Førsteordensbetingelse: Vi maksimerer nyttefunksjonen ved å derivere med hensyn til q og sette lik null: $dV(q)/dq = 0.5(F-k) + 0.5h/q = 0$

Løsning: Dette gir: $0.5h/q = -0.5(F-k)$, som løses til $q^{*Leverandør} = h/(k-F)$, gitt at $k > F$.

Myndighetenes optimale valg: For at leverandøren skal velge samfunnsoptimalt tjenestevolum $q^{*Samfunn} = h/k$, må vi ha: $h/(k-F) = h/k$

Dette gir: $k-F = k$, som betyr $F = 0$.

For at deltakerbetingelsen skal være oppfylt med $F = 0$ og $q = h/k$, må vi ha: $A + (0-k) \times h/k \geq 0 \Rightarrow A - h \geq 0 \Rightarrow A \geq h$

For å minimere kostnader vil myndighetene sette $A = h$.

Konklusjon: For en leverandør med balanserte preferanser ($\alpha = 0.5$):

- Optimalt tjenestevolum: $q^{*Leverandør} = h/k = q^{*Samfunn}$

- Myndighetenes optimale betalingssystem: $F = 0, A = h$ (ren rammebetaling)

Dette viser at for en leverandør som vektlegger profitt og pasienthelse likt, kan myndighetene oppnå samfunnsøkonomisk optimalt tjenestevolum ved å bruke bare fast betaling. Ved denne parametersettingen får leverandøren akkurat null i profitt: $\pi(q) = h + 0 \times (h/k) - k \times (h/k) = h - h = 0$.

Eksempel 5: Profittorientert leverandør ($\alpha = 0.25$) under blandet betalingssystem

Vi analyserer en leverandør med $\alpha = 0.25$ når myndighetene bruker et blandet betalingssystem $I = A + Fq$.

Leverandørens beslutningsproblem: Med $\alpha = 0.25$ og blandet betaling blir leverandørens nyttefunksjon: $V(q) = 0.75\pi(q) + 0.25H(q) = 0.75[A + (F-k) \times q] + 0.25h \times \ln(q) = 0.75A + 0.75(F-k) \times q + 0.25h \times \ln(q)$

Deltakerbetingelsen: Leverandøren deltar kun hvis profitten er ikke-negativ: $\pi(q) = A + (F-k) \times q \geq 0$

Førsteordensbetingelse: Vi maksimerer nyttefunksjonen ved å derivere med hensyn til q og sette lik null: $dV(q)/dq = 0.75(F-k) + 0.25h/q = 0$

Løsning: Dette gir $0.25h/q = -0.75(F-k)$, som løses til $q^{*Leverandør} = h/(3(k-F))$, gitt at $k > F$.

Myndighetenes optimale valg: For at leverandøren skal velge samfunnsoptimalt tjenestevolum $q^{*Samfunn} = h/k$, må vi ha: $h/(3(k-F)) = h/k$

Dette gir $3(k-F) = k$, som løses til $F = 2k/3$.

For at deltakerbetingelsen skal være oppfylt med $F = 2k/3$ og $q = h/k$, må vi ha: $A + (2k/3 - k) \times h/k \geq 0 \Rightarrow A + (-k/3) \times h/k \geq 0 \Rightarrow A - h/3 \geq 0 \Rightarrow A \geq h/3$

For å minimere kostnader vil myndighetene sette $A = h/3$.

Konklusjon: For en profittorientert leverandør ($\alpha = 0.25$):

- Optimalt tjenestevolum: $q^{*Leverandør} = h/k = q^{*Samfunn}$
- Myndighetenes optimale betalingssystem: $F = 2k/3$, $A = h/3$

Dette viser at for en leverandør som legger større vekt på profitt enn pasienthelse, kan myndighetene oppnå samfunnsøkonomisk optimalt tjenestevolum. Det krever imidlertid en betydelig aktivitetsbasert komponent ($F = 2k/3$) kombinert med en mindre fast betaling ($A = h/3$).

Eksempel 6: Pasientorientert leverandør ($\alpha = 0.75$) under blandet betalingssystem

Vi analyserer en leverandør med $\alpha = 0.75$ når myndighetene bruker et blandet betalingssystem $I = A + Fq$.

Leverandørens beslutningsproblem: Med $\alpha = 0.75$ og blandet betaling blir leverandørens nyttefunksjon: $V(q) = 0.25\pi(q) + 0.75H(q) = 0.25[A + (F-k) \times q] + 0.75h \times \ln(q) = 0.25A + 0.25(F-k) \times q + 0.75h \times \ln(q)$

Deltakerbetingelsen: Leverandøren deltar kun hvis profitten er ikke-negativ: $\pi(q) = A + (F-k) \times q \geq 0$

Førsteordensbetingelse: Vi maksimerer nyttefunksjonen ved å derivere med hensyn til q og sette lik null: $dV(q)/dq = 0.25(F-k) + 0.75h/q = 0$

Løsning: Dette gir $0.75h/q = -0.25(F-k)$, som løses til $q^{*Leverandør} = 3h/(k-F)$, gitt at $k > F$.

Myndighetenes optimale valg: For at leverandøren skal velge samfunnsoptimalt tjenestevolum $q^{*Samfunn} = h/k$, må vi ha: $3h/(k-F) = h/k$

Dette gir $k-F = 3k$, som løses til $F = -2k$.

Denne løsningen er problematisk fordi en negativ F ville bety at myndighetene krever betaling fra leverandøren for hver tjeneste, noe som ikke er praktisk gjennomførbart.

Alternativ tilnærming: La oss i stedet bruke ren rammebetaling ($F = 0$) og se hva som skjer:

- Leverandørens uinnskrenkede optimum er: $q = 3h/k$
- Deltakerbetingelsen gir: $A - k \times q \geq 0 \Rightarrow q \leq A/k$
- For å oppnå $q = h/k$ setter vi: $h/k = A/k$, som gir $A = h$

Med disse parametrene blir leverandørens valg:

- Uinnskrenket optimum: $q = 3h/k$
- Begrensning fra deltakerbetingelsen: $q \leq h/k$

Siden leverandøren ikke kan velge mer enn h/k uten å bryte deltakerbetingelsen, vil resultatet bli $q^{*Leverandør} = h/k = q^{*Samfunn}$.

Konklusjon: For en pasientorientert leverandør ($\alpha = 0.75$):

- Optimalt tjenestevolum: $q^{*Leverandør} = h/k = q^{*Samfunn}$
- Myndighetenes optimale betalingssystem: $F = 0, A = h$ (ren rammebetaling)

For en leverandør som legger større vekt på pasienthelse enn profitt, kan myndighetene oppnå samfunnsøkonomisk optimalt tjenestevolum ved å bruke bare fast betaling ($F = 0, A = h$). Deltakerbetingelsen forhindrer effektivt leverandøren fra å levere for mange tjenester.

Eksempel 7: Leverandør med balanserte preferanser ($\alpha = 0.5$) under ren stykkprisbetaling

Vi analyserer en leverandør med $\alpha = 0.5$ når myndighetene bruker kun variabel betaling $I = Fq$ (ren stykkprisbetaling).

Leverandørens beslutningsproblem: Med $\alpha = 0.5$ og variabel betaling blir leverandørens nyttefunksjon:

$$V(q) = 0.5\pi(q) + 0.5H(q) = 0.5[(F-k) \times q] + 0.5h \times \ln(q) = 0.5(F-k) \times q + 0.5h \times \ln(q)$$

Deltakerbetingelsen: Leverandøren deltar kun hvis profitten er ikke-negativ:

$$\pi(q) = (F - k) \times q \geq 0$$

Med $A=0$ betyr dette at:

- Hvis $F < k$, kan deltakerbetingelsen ikke oppfylles for noe positivt q
- Hvis $F = k$, er profitten null for alle q
- Hvis $F > k$, er profitten positiv for alle positive q

Førsteordensbetingelse: Vi maksimerer nyttefunksjonen ved å derivere med hensyn til q og sette lik null: $dV(q)/dq = 0.5(F - k) + 0.5h/q = 0$

Løsning: Dette gir $0.5h/q = -0.5(F - k)$, som løses til $q^{\text{Leverandør}} = h/(k - F)$, gitt at $k > F$.

Myndighetenes optimale valg: For at leverandøren skal velge samfunnsoptimalt tjenestevolum $q^{\text{Samfunn}} = h/k$, må vi ha: $h/(k - F) = h/k$

Dette gir $k - F = k$, som betyr $F = 0$.

Dette skaper et problem: Med $F = 0$ og $A = 0$ blir leverandørens inntekt $I = 0$, og profitten vil være negativ for enhver positiv q . Deltakerbetingelsen kan ikke oppfylles, og leverandøren vil derfor ikke delta i markedet.

For at leverandøren skal delta, må vi ha $F \geq k$, men for at førsteordensbetingelsen skal gi en meningsfull løsning, må vi ha $k > F$. Den eneste løsningen som kan tilfredsstille begge betingelsene, er $F = k$, som gir:

- Profitten blir nøyaktig null: $\pi(q) = (k - k) \times q = 0$
- Men førsteordensbetingelsen blir: $q = h/(k - k) = h/0$, som er uendelig

Analyse av hjørneløsning: Når $F = k$, flater profittfunksjonen ut og blir null for alle q . Leverandøren blir indifferent mellom alle q -verdier fra et profittstandpunkt. I denne situasjonen vil leverandøren maksimere helsefunksjonen $H(q) = h \times \ln(q)$, som øker monotont med q .

Teoretisk ville leverandøren ønske å tilby en uendelig høy q , men praktiske begrensninger vil sette en øvre grense.

Konklusjon: For en leverandør med balanserte preferanser ($\alpha = 0.5$) under ren stykkprisbetaling:

- Leverandørens teoretiske optimum: $q^{*Leverandør} \rightarrow \infty$ når $F = k$
- Myndighetenes valg: $F = k$ er eneste mulige løsning

Dette illustrerer en fundamental begrensning ved ren stykkprisbetaling: den kan ikke oppnå samfunnsøkonomisk optimalt tjenestevolum når leverandøren har blandede motiver.

Eksempel 8: Profitorientert leverandør ($\alpha = 0.25$) under ren stykkprisbetaling

Vi analyserer en leverandør med $\alpha = 0.25$ når myndighetene bruker kun variabel betaling $I = Fq$.

Leverandørens beslutningsproblem: Med $\alpha = 0.25$ og variabel betaling blir leverandørens nyttefunksjon: $V(q) = 0.75\pi(q) + 0.25H(q) = 0.75[(F-k) \times q] + 0.25h \times \ln(q) = 0.75(F-k) \times q + 0.25h \times \ln(q)$

Deltakerbetingelsen: Leverandøren deltar kun hvis profitten er ikke-negativ: $\pi(q) = (F-k) \times q \geq 0$

Dette krever $F \geq k$ for enhver positiv q .

Førsteordensbetingelse: Vi maksimerer nyttefunksjonen ved å derivere med hensyn til q og sette lik null: $dV(q)/dq = 0.75(F-k) + 0.25h/q = 0$

Løsning: Dette gir $0.25h/q = -0.75(F-k)$, som løses til $q^{*Leverandør} = h/(3(k-F))$, gitt at $k > F$.

Myndighetenes optimale valg: For at leverandøren skal velge samfunnsoptimalt tjenestevolum $q^{*Samfunn} = h/k$, må vi ha: $h/(3(k-F)) = h/k$

Dette gir $3(k-F) = k$, som løses til $F = 2k/3$.

Men med $F = 2k/3$ og $q = h/k$ blir profitten: $\pi(q) = (F-k) \times q = (2k/3 - k) \times (h/k) = (-k/3) \times (h/k) = -h/3 < 0$

Dette er negativt, så deltakerbetingelsen er ikke oppfylt. Leverandøren vil ikke delta.

Det samme paradokset oppstår: For deltakelse trenger vi $F \geq k$, men for en meningsfull løsning trenger vi $k > F$. Den eneste mulige løsningen er $F = k$, som gir:

- Profitten blir null: $\pi(q) = (k-k) \times q = 0$
- Førsteordensbetingelsen blir: $q = h/(3(k-k)) = h/0$, som er uendelig

Konklusjon: For en profittorientert leverandør ($\alpha = 0.25$) under ren stykkprisbetaling:

- Leverandørens teoretiske optimum: $q^{*Leverandør} \rightarrow \infty$ når $F = k$
- Myndighetenes valg: $F = k$ er eneste mulige løsning

Dette bekrefter igjen begrensningen ved ren stykkprisbetaling, selv for mer profittorienterte leverandører.

Eksempel 9: Pasientorientert leverandør ($\alpha = 0.75$) under ren stykkprisbetaling

Vi analyserer en leverandør med $\alpha = 0.75$ når myndighetene bruker kun variabel betaling $I = Fq$.

Leverandørens beslutningsproblem: Med $\alpha = 0.75$ og variabel betaling blir leverandørens nyttefunksjon: $V(q) = 0.25\pi(q) + 0.75H(q) = 0.25[(F-k) \times q] + 0.75h \times \ln(q) = 0.25(F-k) \times q + 0.75h \times \ln(q)$

Deltakerbetingelsen: Leverandøren deltar kun hvis profitten er ikke-negativ: $\pi(q) = (F-k) \times q \geq 0$.

Dette krever $F \geq k$ for enhver positiv q .

Førsteordensbetingelse: Vi maksimerer nyttefunksjonen ved å derivere med hensyn til q og sette lik null: $dV(q)/dq = 0.25(F-k) + 0.75h/q = 0$.

Løsning: Dette gir $0.75h/q = -0.25(F-k)$, som løses til $q^{*Leverandør} = 3h/(k-F)$, gitt at $k > F$.

Myndighetenes optimale valg: For at leverandøren skal velge samfunnsoptimalt tjenestevolum $q^{*Samfunn} = h/k$, må vi ha $3h/(k-F) = h/k$.

Dette gir $k-F = 3k$, som løses til $F = -2k$. En negativ F er ikke praktisk gjennomførbar.

Det samme paradokset oppstår igjen. Den eneste mulige løsningen er $F = k$, som gir:

- Profitten blir null: $\pi(q) = (k-k) \times q = 0$
- Førsteordensbetingelsen blir: $q = 3h/(k-k) = 3h/0$, som er uendelig

Konklusjon: For en pasientorientert leverandør ($\alpha = 0.75$) under ren stykkprisbetaling:

- Leverandørens teoretiske optimum: $q^{*Leverandør} \rightarrow \infty$ når $F = k$
- Myndighetenes valg: $F = k$ er eneste mulige løsning

Dette bekrefter at ren stykkprisbetaling har fundamentale begrensninger uansett leverandørtype.

Sammenfattende analyse av betalingssystemene

Vår analyse av ni ulike kombinasjoner av leverandørpreferanser og betalings-systemer gir følgende hovedfunn:

1. Ren rammebetaling ($A > 0, F = 0$):
 - Leverandør med balanserte preferanser ($\alpha = 0.5$): Velger samfunnsoptimalt tjenestevolum
 - Profittorientert leverandør ($\alpha = 0.25$): Velger for lavt tjenestevolum
 - Pasientorientert leverandør ($\alpha = 0.75$): Ønsker for høyt tjenestevolum, men kan begrenses via profittbetingelsen

2. Ren stykkprisbetaling ($A = 0, F > 0$):
 - Alle leverandørtyper: Teoretisk uendelig tjenestevolum når $F = k$
 - Dette illustrerer en fundamental begrensning ved ren stykkprisbetaling
3. Blandet betalingssystem ($A \geq 0, F \geq 0$):
 - Profittorientert leverandør ($\alpha = 0.25$): Krever betydelig variabel komponent ($F = 2k/3, A = h/3$)
 - Leverandører med balanserte eller pasientorienterte preferanser: Optimalt med ren rammebetaling ($F = 0, A = h$)
 - Alle leverandørtyper kan styres mot samfunnsoptimalt tjenestevolum med riktig betalingsmiks

Analysen viser at én enkelt betalingsmodell ikke kan oppnå optimalt tjenestevolum for alle typer leverandører. Myndighetene må tilpasse betalingssystemet basert på leverandørenes preferanser. Blandede betalingssystemer har som den eneste betalingsmåten alltid en teoretisk mulighet for å oppnå samfunns-optimalt tjenestevolum på tvers av ulike leverandørtyper.

Gjefsen, H. & Hart, R. K. (2026). Demografiske endringer og helsetjenesten. I T. P. Hagen, G. Godager, J. Kinge & E. Aas (Red.), *Organisering og finansiering av helse- og omsorgstjenester: En innføring* (s. 85–104). Fagbokforlaget. <https://doi.org/10.55669/oa180904>

4

Demografiske endringer og helsetjenesten

Hege Gjefsen og Rannveig K. Hart

Demografi handler om de store valgene og hendelsene i livet – mønstre i når mennesker fødes, flytter og dør. Demografer interesserer seg først og fremst for summen av disse hendelsene, og for hvordan de påvirker befolkningen. Befolkningen er alle som bor – eller er registrert bosatt – i et geografisk område. Området kan være hele verden, som for eksempel FN beskriver i sine befolkningsframskrivinger (FN, 2024), eller Europa, som beskrives av Eurostat (Eurostat, 2024). Den vanligste geografiske avgrensningen i demografien er likevel nasjonalstaten. Norges befolkning er de som oppholder seg – eller har rett til å oppholde seg – i Norge på et gitt tidspunkt. Norges befolkning endrer seg hver dag: Nye barn blir født, det er dødsfall, og personer flytter ut og inn av landet. I første kvartal 2025 bor det ifølge Statistisk sentralbyrå 5 594 340 mennesker i Norge.¹

Befolkningen endrer seg altså gjennom tre prosesser: fødsler, død og migrasjon. Med migrasjon mener vi både inn- og utflytting av landet. Slike endringer kalles gjerne *befolkningsdynamikk*. Prosessene endrer også størrelsen på befolkningen (hvor mange som bor i et land) og aldersstrukturen, altså hvor stor andel av befolkningen som er på hvert alderstrinn. I dette kapitlet vil vi først beskrive de tre prosessene for demografisk endring (4.1). Deretter følger avsnitt om befolkningsframskrivinger (4.2) og befolkningsendringenes konsekvenser for helsetjenestebruken (4.3 og 4.4). Vi vil se at endringer i aldersstrukturen er vel så viktig for helsetjenesten som selve befolkningsstørrelsen. Vi vil også se at en endring i aldersstrukturen kan ha ulike effekter på helsetjenesten på samme tid. Disse effektene kan både forsterke og utjevne hverandre.

1 Fakta om befolkningen – hvor mange bor det i Norge? – SSB.

4.1 Befolkningens tre determinanter

Fruktbarhet

I demografifaget viser fruktbarhet til antall barn som blir født.² Det mest kjente målet for dette er samlet fruktbarhetstall (SFT, på engelsk Total Fertility Rate TFR). Å forstå hvordan SFT beregnes, krever en sving innom aldersspesifikke fruktbarhetsrater.

Aldersspesifikke fruktbarhetsrater er enklest å forklare med et eksempel. For å beregne hvor mange barn som fødes per 1000 kvinner i alderen 25–29 år i 2022, trenger vi to tall fra befolkningsstatistikken for dette året:

- Antall barn som ble født med mødre i alderen 25–29 år: $F\ddot{o}dsler_{Mor25-29}$
- Antall kvinner i alderen 25–29 år (uavhengig av om de fikk barn eller ikke): $Kvinner_{Alder25-29}$

Aldersspesifikke fruktbarhetsrater beregnes etter denne formelen (se f.eks. Rowland, 2003, s. 231):

$$ASFR_{25-29} = \frac{F\ddot{o}dsler_{Mor\ 25-29}}{Kvinner_{Alder\ 25-29}}$$

I denne formelen er antall barn som blir født relatert til antall kvinner i denne aldersgruppen. Ofte multipliseres dette tallet med 1000, slik at vi får et mål for fødsler per 1000 kvinner i aldersgruppen.

Samlet fruktbarhetstall beregnes som summen av de aldersspesifikke fruktbarhetsratene over hele den fruktbare alderen – altså den perioden i livet da kvinner er fysiologisk i stand til å få barn. Ofte brukes aldersspennet 15–49 år. Formelen for samlet fruktbarhet kan skrives slik:

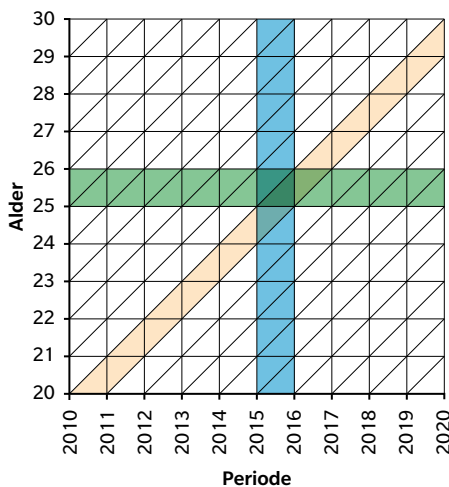
$$SFT = \sum_{a=15-19}^{a=45-49} ASFR_a$$

2 Dette kan være forvirrende for medisinerne, som bruker fruktbarhet om kroppens evne til å unnfange barn. I demografifaget brukes fekunditet for å beskrive kroppens evne til å unnfange barn.

Den greske bokstaven Sigma (Σ) viser at vi summerer over alle aldersgrupper fra den angitt under sigma (alder 15–19), og alle aldersgrupper opp til den eldste angitt over sigma (alder 45–49). Samlet fruktbarhetstall for et gitt år – også kalt periodefruktbarhet – angir gjennomsnittlig antall barn en kvinne ville fått hvis hun levde alle årene i fruktbar alder med fruktbarhetsrater som de var i 2022. Periodefruktbarheten er altså et *syntetisk* mål – ingen lever hele livet sitt i ett enkelt kalenderår.³ Kohortfruktbarheten, derimot, viser til gjennomsnittlig antall barn kvinner født i samme fødselsår faktisk har fått. Ulempen med kohortfruktbarhet er at den ikke kan beregnes før kvinnene faktisk er ferdige med (hoveddelen av) sin fruktbare periode – tidligst ved 40 år.

Figur 4.1

Lexisdiagram. Viser sammenhengen mellom periode, alder og kohort



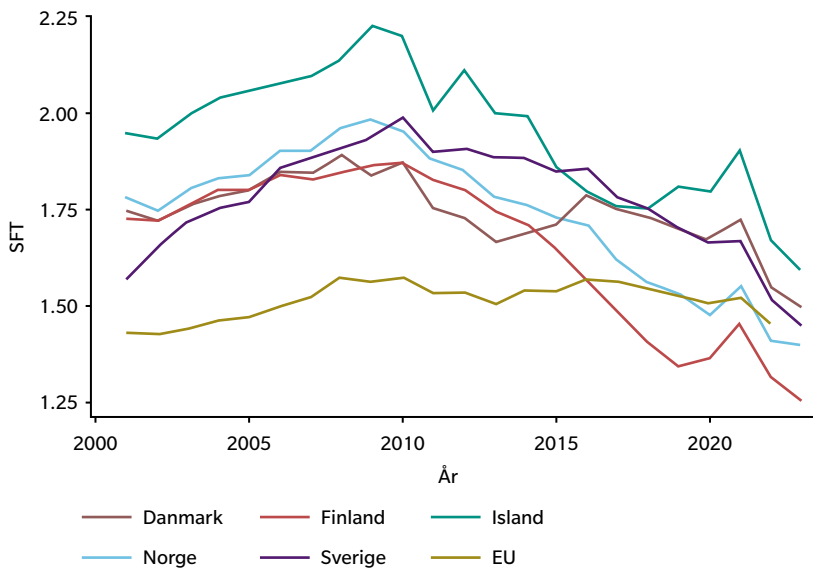
For å kunne skille kohortfruktbarheten fra periodefruktbarheten er det viktig å ha klart for seg tre dimensjoner av tid: alder, periode og kohort, som illustrert i Lexisdiagrammet i Fig. 4.1 (se for eksempel Rowland, 2003:136). På X-aksen har vi periode, også kalt kalendertid. På y-aksen er alder. Til hvert kvadrat

3 For et unntak fra fiksjonens verden, se for eksempel filmen «Groundhog Day».

hører det et tall – den aldersspesifikke fruktbarhetsraten for de som er i alderen angitt på Y-aksen i året angitt på X-aksen.⁴ For eksempel angir kvadratet øverst til venstre fruktbarhetsraten for kvinner som er 29 år i 2010. Hvis vi leser av diagrammet horisontalt, ser vi hvordan fruktbarhetsraten endrer seg med kalendertid for kvinner av samme alder. For eksempel viser de grønne feltene fruktbarheten for kvinner som er 25 år, målt hvert år gjennom perioden 2010–2019. Hvis vi derimot vil undersøke hvordan fruktbarhetsratene ser ut for alle aldre i ett gitt kalenderår, leser vi av diagrammet vertikalt. Det blå feltet viser fruktbarhetsratene i 2015 for alle aldre. Hvis vi fyller inn aldersspesifikke fruktbarhetsrater i disse rutene og summerer dem, får vi samlet fruktbarhetstall for 2015, ofte kalt periode-SFT.

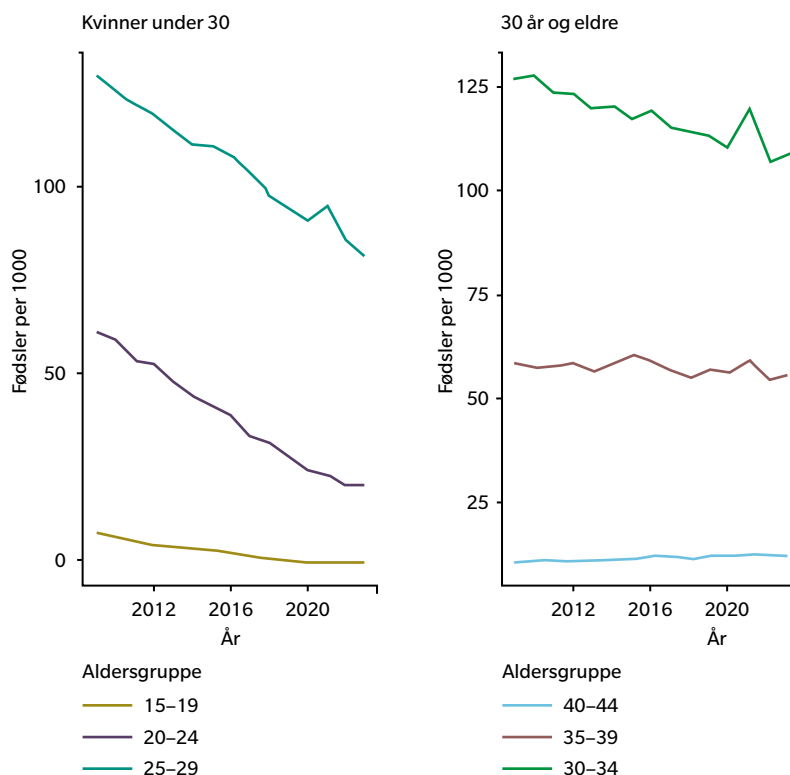
Hvis vi skal beskrive fruktbarheten til kvinner som er født i samme år, altså en fødselskohort av kvinner, ser vi at de blir ett år eldre for hvert kalenderår som går. De beveger seg altså på skrå oppover mot høyre gjennom livet. For å få kohortfruktbarhet må vi summere disse ratene. For eksempel kan vi lese av fruktbarheten til kvinner som er 20 år i 2010 (født i 1990), for aldrene 20–29, fra de gule feltene.

4 Man kan gjøre dette enda mer finstemt ved å beregne tallene separat for hver trekant. Da tar man hensyn til at kvinner som er i samme alder i samme år, faktisk er født i to forskjellige år. For eksempel vil både de som er født i 1990 og de som er født i 1991, være 20 år deler av 2011. (De som er født i 1990 fyller 21 i 2011, men fram til bursdagen sin er de 20.) Da beregnes de aldersspesifikke fruktbarhetsratene for f.eks. kvinner som er 20 år i 2010 separat for kvinner født i 1990 og 1991. I praksis har dette liten betydning, og her går vi ikke inn på det.

Figur 4.2*Periodefruktbarhet i Norden og EU (samlet) etter 2000*Kilde: <https://www.nordicstatistics.org>

Med disse grunnbegrepene på plass er vi klare for noen enkle beskrivelser av fruktbarheten i Norge i dag, og med et raskt tilbakeblikk. Samlet fruktbarhetstall i Norge og resten av Norden har falt bratt siden 2010 (Figur 4.2). Kvinner som lever hele livet sitt med de fruktbarhetsratene vi hadde i Norge i 2022, vil i gjennomsnitt få 1.4 barn. I 2009 var det tilsvarende tallet for Norge 1.98. Fruktbarhetsfallet har vært bratt også i andre nordiske land, og særlig Finland har hatt en utvikling som likner Norges. Hvis vi ser på EU samlet, derimot, finner vi et lavere utgangsnivå, men ikke det samme bratte fallet. I 2022 var fruktbarheten i Norge lavere enn gjennomsnittet i EU.

Hvis vi ser på utviklingen i de aldersspesifikke fruktbarhetstallene i Norge, som SFT er satt sammen av, finner vi et mer nyansert bilde (Figur 4.3). Fruktbarheten faller særlig bratt blant kvinner under 30, og også noe blant kvinner tidlig i 30-årene. Blant kvinner fra 35 år og oppover er fruktbarheten uendret gjennom perioden. Samlet gjør denne utviklingen at vi får barn seinere i livet: Gjennomsnittlig fødealder for kvinner har økt fra 28 til 30 år siden 2010 (Fødselstallsutvalget, 2025).

Figur 4.3*Aldersspesifikke fruktbarhetsrater for Norge***Kilde:** Statistisk sentralbyrås StatBank, Tabell 08555

Dødelighet

Dødelighet – sannsynligheten for å dø i en gitt periode – beregnes etter samme grunnleggende mal som fruktbarhet. Dødelighet varierer mye med alder. Derfor, heller enn å beregne den gjennomsnittlige sannsynligheten for å dø blant alle i Norge, er det vanlig å beregne dødelighetsrater etter alder eller aldersgrupper. Dødelighet varierer også over tid: Det at vi lever lenger kan beskrives som at dødeligheten går ned. Dermed er det vanlig å beregne dødelighet separat etter alder og periode/kalendertid.

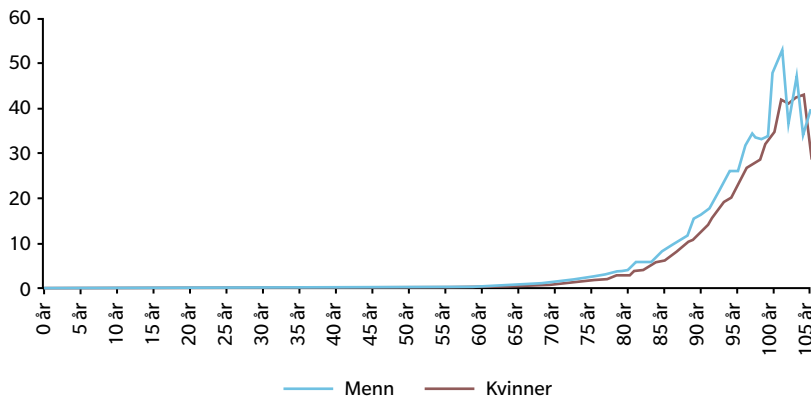
For å beregne sannsynligheten for å dø i en gitt periode trenger vi informasjon om hvor mange personer det er i denne aldersgruppen i perioden, og hvor mange dødsfall det er. Dødelighetsraten blir da (Rowland, 2003, s. 194):

$$Dødelighet_{80-84} = \frac{Dødsfall_{80-84}}{Personer_{80-84}}$$

Figur 4.4 viser dødelighetsratene for menn og kvinner etter alder i 2023, i prosent. Som vi ser, er det under 1 % som dør hvert år i store deler av livet – fram til 67 år for menn og 70 år for kvinner. Deretter øker den årlige sannsynligheten for å dø bratt, og fra rundt 100 år er det nær 50 % som dør i året blant både menn og kvinner. Vi kan også merke oss at dødeligheten er systematisk lavere blant kvinner (rød linje) enn blant menn (blå linje). Denne forskjellen finnes også på de yngre alderstrinnene, men er vanskelig å se på skalaen i Figur 4.4 fordi dødeligheten er lav for begge kjønn.

Figur 4.4

Dødelighetsrater for menn og kvinner etter alder i 2023. Egen omregning fra promille til prosent



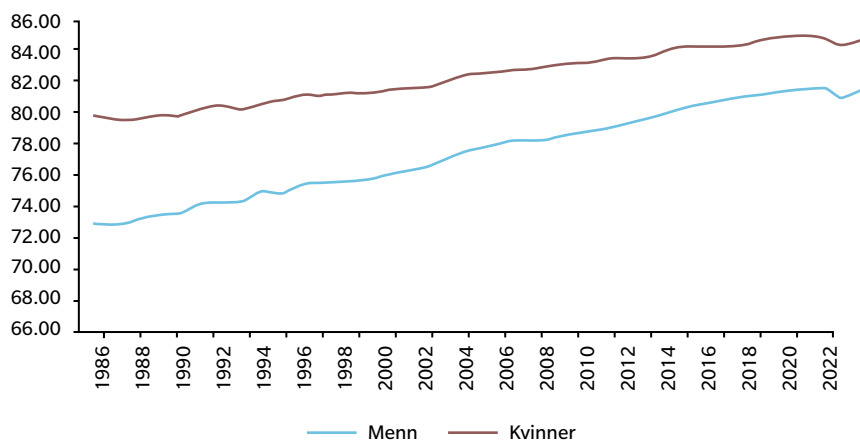
Kilde: Statistikkbanken, Tabell 07902

Basert på dødelighetsratene for alle aldre kan man beregne forventet levealder (se Rowland, 2003, kap. 8). Forventet levealder gir et samlemål for dødelig-

het på tvers av aldre, og brukes mye til sammenlikninger over tid, mellom grupper og mellom land. For å gjøre dette beregnes levealder separat for ulike grupper, slik det for eksempel er gjort etter år og kjønn i figur 4.5. Den viser hvordan forventet levealder har utviklet seg i Norge fra 1986 til 2022. I Norge var forventet levealder ved fødsel 81 år for menn og 84 år for kvinner i 2023. To trekk er slående. For det første er det en betydelig økning i levealder for både menn og kvinner gjennom perioden. For det andre lever kvinner betydelig lenger enn menn. Forskjellen blir imidlertid mer enn halvert gjennom perioden, fra nesten syv år i 1986 til litt over tre år i 2023. I perioden vi ser på, har menn altså et dårligere utgangspunkt enn kvinner, men opplever en større forbedring enn kvinner. Figuren viser en lavere forventet levealder i 2022 enn i året før, noe som kan tilskrives at det var betydelig flere dødsfall enn vanlig i 2022 (Knudsen mfl., 2024). Dette er naturlig å se i sammenheng med COVID-19-pandemien. I Norge var det underdødelighet i 2020 og 2021, som innebærer at færre personer enn man ellers ville ventet døde disse årene (Haghighi mfl., 2024). Etter en periode med underdødelighet kan man vente økt dødelighet: Det er flere som har overlevd et år til. Forventet levealder i 2022 blir bestemt av alle som døde i 2022 for alle aldre, og følger av den økte dødeligheten dette året.

Figur 4.5

Forventet gjenstående levetid ved fødsel for menn og kvinner

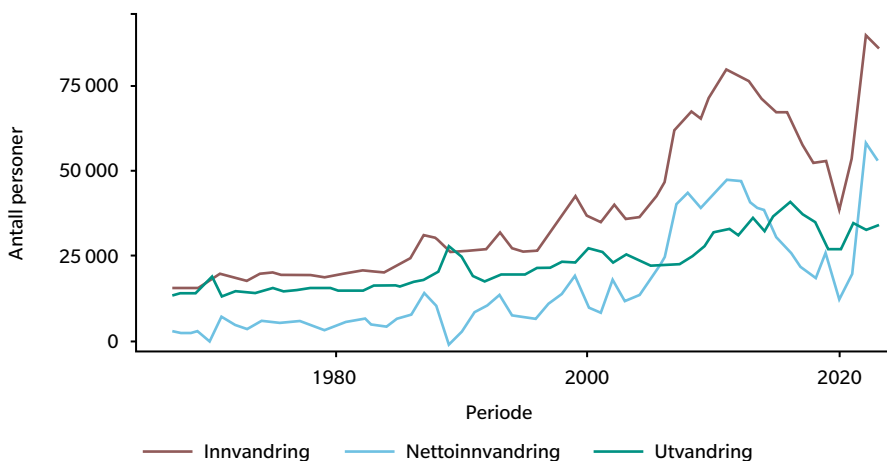


Kilde: Statistisk sentralbyrå StatBank, Tabell 03375

Levealder etter år er, som periode-SFT, et periodemål: Levealderen i 2022 er antall år en person i gjennomsnitt vil leve, hvis de aldersspesifikke dødelighetsratene for hver alder er slik de var i 2022. Også for dødelighet finnes det mål som utnytter andre tidsdimensjoner, og de ulike målene kan også her illustreres med et Lexisdiagram. Gjennomsnittlig levealder for periode er basert på at man leser av dødelighetsrater horisontalt (for et gitt kalenderår). Tilsvarende kan man beregne levealder for kohorter (den faktiske gjennomsnittlige levealderen for menn og kvinner født i et gitt år) ved å lese av dødelighetsrater på skrå oppover fra venstre mot høyre. Til slutt kan man sammenlikne hvordan dødelighet i en spesifikk aldersgruppe har endret seg over tid, ved å lese av et Lexis-diagram med dødelighetsrater horisontalt.

Migrasjon

Flyttinger over landegrenser er internasjonal migrasjon. *Immigrasjonen* til Norge beskriver antall personer som flytter inn til Norge, og *emigrasjon* er antall som flytter ut. Som figur 4.6 viser, har Norge over en lengre periode hatt nettoinnvandring – det er altså flere som flytter inn til Norge enn som flytter ut. Migrasjon påvirker behovet for helsetjenester fordi det påvirker hvor mange som bor i et land, og hvor gamle de er. De som immigrerer kan også ha andre kjennetegn enn gjennomsnittsbefolkningen: enten ved at de er hentet som spesialister for å bidra til petroleumsnæringen eller helsetjenesten (såkalt arbeidsmigrasjon), eller ved at de har vært utsatt for traumer eller av andre grunner har økt behov for helsetjenester, noe som særlig er relevant for mennesker på flukt. Migrasjon reguleres av innvandringspolitikken, og EUs krav om fri bevegelse av arbeidskraft (NOU 2022:18).

Figur 4.6*Innvandring, utvandring og nettoinnvandring (innvandring–utvandring) for Norge*

Kilde: Statistisk sentralbyrå StatBank, Tabell 05476

4.2 Demografisk utvikling i framtiden

Hvert annet år publiserer Statistisk sentralbyrå framskrivninger av den norske befolkningen (se for eksempel Tømmerås & Thomas, 2024). Her vil vi gå kort igjennom grunntrekkene i hvordan slike framskrivninger gjøres, og forutsetningene som inngår i dem. Slike framskrivninger har to hovedingredienser:

- Kunnskap om befolkningsstrukturen vi har i dag
- Forventninger om hvordan de tre kjerneprosessene – fruktbarhet, dødelighet og migrasjon – vil utvikle seg i framtiden

Usikkerheten knyttet til framskrivninger er alltid større på lang sikt enn på kort sikt. I tillegg er det stor forskjell mellom de tre kjerneprosessene i hvor enkle de er å framskrive:

- *Dødelighet* kan framskrives med relativt stor sikkerhet. Av de tre komponentene er det den som har mest gradvise endringer.
- Å framskrive *fruktbarhet*, selv på relativt kort sikt, har vist seg å være notorisk vanskelig (Rogne, 2016). Det skyldes i hovedsak at det å få barn er et valg som blir påvirket av en myriade av faktorer: økonomi, utdanningsnivå, verdier, trender, samfunnsmessig usikkerhet, religion. Disse faktorene kan bidra til at fruktbarheten skifter betydelig, på måter som man ikke kan forutse fra den tidligere utviklingen. Disse determinantene og effekten deres på fruktbarhet er krevende nok for forskerne å beskrive, og tilnærmet umulig å forutsi presist.
- *Migrasjon* er enda mer krevende å framskrive. Som fruktbarhet er dette en determinant som påvirkes av valg som er vanskelige å forutsi. I tillegg har internasjonale forhold, som krig og katastrofer, betydelig påvirkning på internasjonal migrasjon, på måter som i hovedsak er svært vanskelige eller umulige å predikere. Migrasjon påvirkes til dels direkte av nasjonal politikk på en annen måte enn de to andre komponentene – men slik politikk er heller ikke enkel å forutsi.

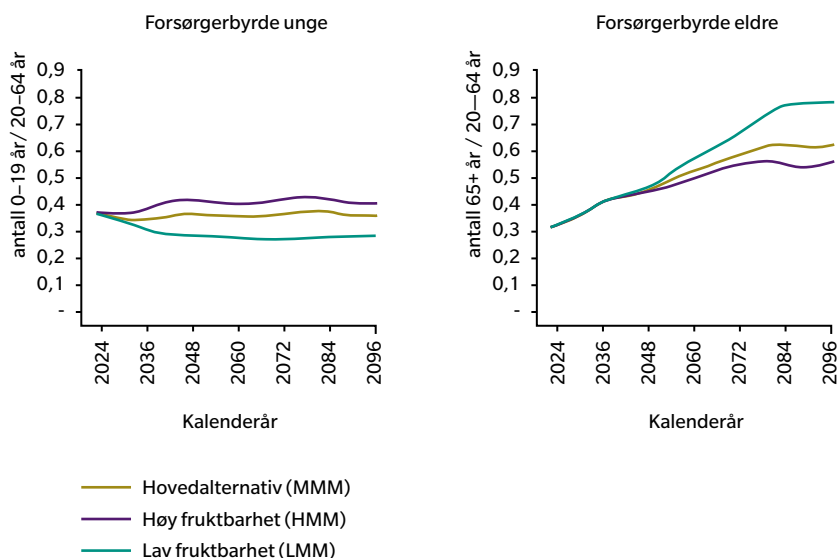
Fordi man må gjøre så mange antakelser knyttet til hver determinant, kan det være nyttig å tenke på befolkningsframskrivninger som scenarier: Dette er slik befolkningsstørrelsen vil bli, gitt antakelser om utvikling i fruktbarhet, dødelighet og migrasjon. Med utgangspunkt i utviklingen i disse determinantene, og kunnskap om befolkningsstrukturen i dag, kan forventninger om framtidig befolkningsstørrelse beregnes. Det er grunnen til at SSB på den ene siden kan forvente at det skal bo 6,14 millioner mennesker i Norge i 2050 i et «mellomscenario» for alle determinanter – men 5,80 millioner mennesker hvis fruktbarheten følger en lavere bane.⁵

Figur 4.7 viser forsørgerbyrden for unge (venstre panel) og eldre (høyre panel) i SSBs scenarier for høy, middels og lav fruktbarhet. Forsørgerbyrden angir antall unge/eldre per person i arbeidsfør alder. Forsørgerbyrden for unge blir høyere hvis fruktbarheten er høy (en må passe flere barn). Forsørgerbyrden for eldre vil øke fram mot 2050 uavhengig av fruktbarhetsnivå. På lang sikt (fra 2060) vil økningen i forsørgerbyrden være størst ved lav fruktbarhet i dag.

5 Tall hentet fra Statistisk Sentralbyrås StatBank, tabell 14282.

Figur 4.7

Framskrevet forsørgerbyrde for unge og eldre ved ulike alternativer for fruktbarhet. 2024–2100



Kilde: SSB, Tabell 14282. Hentet fra Fødselstallsutvalget (2025)

4.3 Helsetjenestebruk etter alder

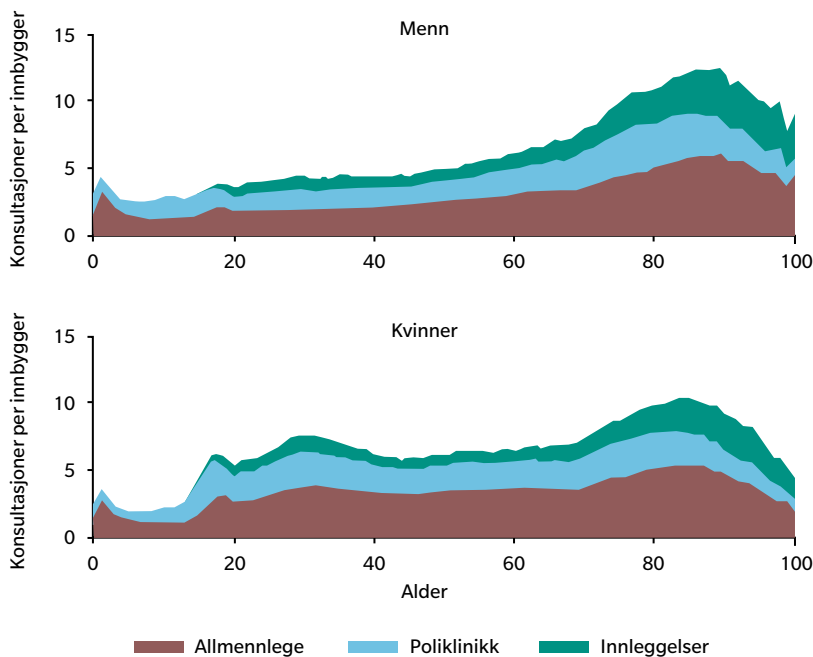
Helsetjenestebruk i ulike deler av livet

Gjennom livet bruker vi ulike deler av helsetjenesten, og i ulikt omfang. I løpet av det første leveåret vårt har de aller fleste kontakt med helsetjenesten. De fleste nyfødte blir født på sykehus, og mange er i kontakt med fastlege eller legevakt. I tillegg kommer utstrakt bruk av helsestasjon. Etter det første leveåret går helsetjenestebruken ned og ligger på et relativt lavt nivå gjennom barneårene. Ved seksten års alder viser figur 4.8 en økning i allmennlegebruk. Dette kan med stor sannsynlighet knyttes til fraværsgrensen på videregående

skole og behovet for legeerklæringer ved fravær fra skolen, men kan også henge sammen med en mulig økning i helseplager.

Figur 4.8

Helsetjenestebruk gjennom livet



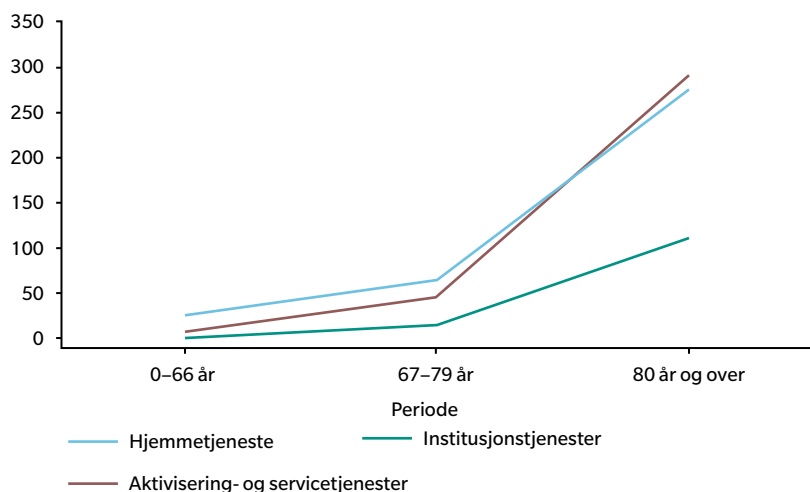
Hentet fra Folkehelse rapporten (2022), s. 35

Fra tenårene viser figur 4.8 høyere bruk av helsetjenester for kvinner enn for menn. Dette gjelder både bruk av allmennlegetjenester og sykehusinnleggelser. For kvinner ser vi en økning i helsetjenestebruk fra slutten av tjuetårene til om lag 40 år, noe det er nærliggende å knytte til graviditet og fødsel. Imidlertid kan ikke hele forskjellen i den økte bruken av allmennlege forklares av konsultasjoner relatert til unnfangelse, graviditet og fødsel. For menn øker helsetjenestebruken svakt fra om lag 40 år. Fra om lag 70 års alder er forskjellene mellom menn og kvinner i stor grad visket ut, og etter 70 år bruker menn mer av spesialisthelsetjenestene enn kvinner gjør.

Med høyere alder følger økt risiko for behov for helsetjenester. Bruken av allmennlegetjenester øker betydelig fra om lag 70 år fram til rundt 85 år. Etter 85 år begynner bruken av allmennlegetjenester å synke. En medvirkende faktor kan være at flere bor på sykehjem, der allmennlegetjenestene dekkes av en tilsynslege.

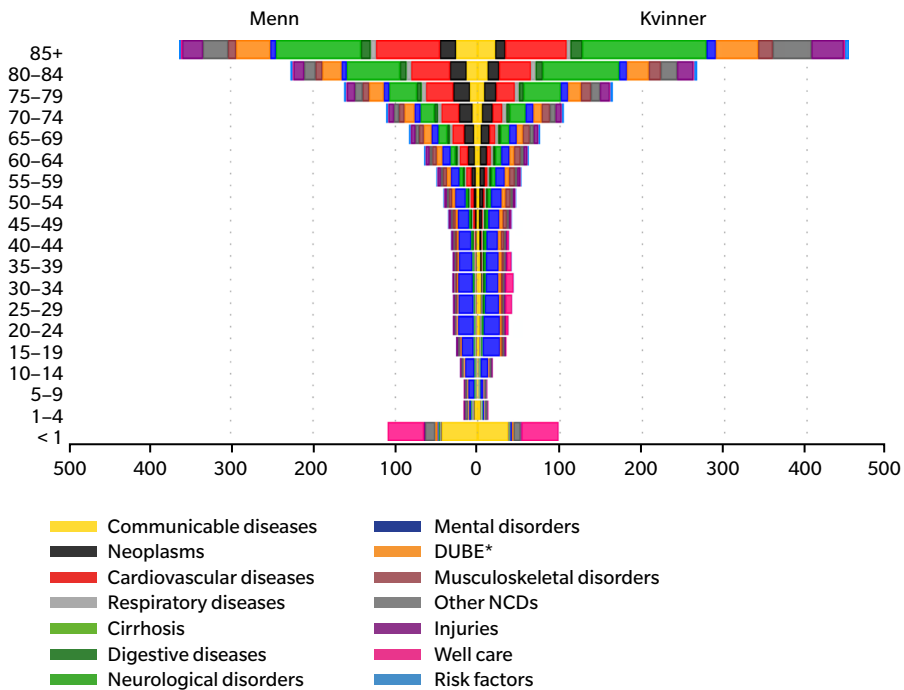
Figur 4.9

Bruk av omsorgstjenester for ulike aldersgrupper 2022



Kilde: SSBs statistikkbank, Tabell 12003

Figur 4.9 viser brukere av hjemmetjeneste, institusjonstjenester og aktivitets- og servicetjenester for tre aldersgrupper. For personer under 66 år er det rundt 23,3 brukere per 1000 personer av hjemmetjenester, 1,3 brukere av institusjonstjenester og 8,5 brukere av aktivitets- og servicetjenester. Dette øker kraftig i aldersgruppen 67 til 79 år, med en ytterligere akselerasjon for personer over 80 år. Blant personer over 80 år er det 112 brukere av institusjonstjenester per 1000 personer, og 277 brukere av hjemmetjenester per 1000 personer. Mønsteret som beskriver kraftig økning av bruk av omsorgstjenester med alder er ikke overraskende, men likevel viktig å merke seg, og komplimenterer mønsteret for bruk av allmennlege, sykehus og poliklinikk gjennom livsløpet.

Figur 4.10*Beregnete helsetjenestekostnader per person etter kjønn og alder***Kilde: Kinge mfl. (2023)**

Det er ikke bare helsetjenestebruken som øker gjennom livsløpet; det gjør også kostnadene i helsetjenesten. I figur 4.10 ser vi beregnede helsetjenestekostnader per person for ulike aldersgrupper fra Kinge mfl. (2023). Figuren viser i stor grad det samme bildet som helsetjenestebruk: betydelige kostnader i første leveår, relativt lave kostnader gjennom barndom, ungdom og første del av voksenlivet, og høyere kostnader for kvinner i årene de typisk bærer fram barn. Gjennom ungdom og unge voksenår er størstedelen av helsetjenestekostnadene knyttet til mental helse. Fra 50 års alder ser vi en økning i kostnadene, og kostnader knyttet til en lang rekke sykdommer trer fram. Med aldringen øker kostnadene betydelig, og mot slutten av livet er det særlig kostnader knyttet til nevrologiske sykdommer som øker. Disse

kostnadene er i stor grad relatert til demens, som krever betydelige ressurser i omsorgstjenestene, men også i helsetjenesten ellers.

4.4 Demografisk endring og helsetjenesten

Aldring setter helsetjenesten under press fra to sider

Demografisk endring treffer helsetjenesten på flere måter. Som vist i figur 4.7 vil forsørgerbyrden for eldre øke betydelig i årene framover. Dermed påvirkes både behovet for helsetjenester og den tilgjengelige arbeidskraften til å utføre dem. Den demografiske endringen kan derfor sies å gi endringer både på tilbuds- og etterspørselssiden. Som vi har sett tidligere i kapitlet, er det betydelig variasjon i hvor mye helsetjenester man bruker gjennom livet. Dermed følger det at både *befolkningsstørrelsen* og *aldersstrukturen* er helt avgjørende for hvor mye og hvilke helsetjenester det er behov for. Etterspørselen etter helsetjenester øker med alder. En eldre befolkning vil dermed trenge mer helsetjenester enn en yngre befolkning av samme størrelse. Når den norske befolkningen blir eldre i årene framover, vil behovet for helsetjenester øke.

Tilbudet av helsetjenester styres i hovedsak av politisk vedtatte budsjett-rammer for å dekke kostnader, men tilgangen på arbeidskraft utgjør også en begrensning. Tilgangen på arbeidskraft kan heller ikke nødvendigvis endres ved hjelp av politiske vedtak og prioriteringer. Framtidens befolkningsstørrelse og -struktur har imidlertid stor betydning for tilgangen på arbeidskraft, og dermed for hvor mange som kan utføre helsetjenester. I sin vurdering av hvordan lav fruktbarhet kan påvirke Norge i framtiden, legger Organisasjonen for sikkerhet og samarbeid i Europa (OECD) spesielt vekt på denne faktoren (OECD, 2023).

Endringer i aldersstrukturen i befolkningen har dermed spesielt stor betydning for balansen mellom tilbud og etterspørsel etter helsetjenester. En aldrende befolkning vil etterspørre flere helsetjenester, men samtidig vil det være en mindre andel som er i arbeidsdyktig alder og kan tilby de samme tjenestene.

Friskere aldring

Levealderen har økt i de fleste land i verden, også i Norge, og vi venter at levealderen vil fortsette å øke også i tiden fremover. Når vi lever lenger, oppstår spørsmålet om hvordan helsetilstanden vil være i alderdommen: Vil vi ha flere friske leveår, eller flere år som skrøpelige? Dette er en stor debatt som går langt tilbake. Gruenberg (1977) hevdet tidlig at høyere levealder medførte at flere overlevde med dårligere helse. Fries (1983) argumenterte derimot for at høyere levealder gikk sammen med flere år med god helse. Empiriske studier gir et blandet bilde, men studier tyder overordnet på at det først og fremst er flere gode leveår i Europa (Jacobzone, 2011) og Norden (Moe & Hagen, 2011; Sulander mfl., 2003), men med store variasjoner mellom land (Jagger mfl., 2008). Et annet perspektiv er den såkalte «red herring-hypotesen», som foreslår at sammenhengen mellom aldring og helsetjenestebruk er spuriøs: De eldste i samfunnet bruker mest helsetjenester fordi de er nærmest livets slutt. Når framtidens eldre har lenger forventet levealder, vil de også bruke mindre helsetjenester. Evidensen for denne hypotesen er imidlertid blandet (Breyer & Lorenz, 2021).

Syse og Hjemås (2024) finner at det hittil ikke har vært slik at folk bruker mindre helsetjenester som «unge gamle» fordi de lever lenger. Dermed forventer de at økt aldring vil medføre økt helsetjenestebruk framover. Hvordan dette utvikler seg, vil ha stor betydning for hva vi ser for oss i helsetjenesten framover. Kanskje blir det en slags mellomløsning: Vi behandler tilstander som tidligere ikke kunne behandles. Dette kan gi både flere leveår og økt livskvalitet, men samtidig øke behovet for helsehjelp i årene etter.

Aldringen treffer ujevnt etter region

Noen regioner opplever stor utflytting og lav fruktbarhet, mens andre har tilflytting, befolkningsøkning og mange fødsler, til tross for synkende fruktbarhetstall i landet som helhet. Det betyr at Norge aldres i ujevn takt. I de regionene der aldringen er kraftigst, vil helsetjenesten settes under betydelig press.

Aldringen påvirker alle delene av helsetjenesten, men kanskje omsorgstjenestene i aller størst grad. I kommuner som opplever den største aldringen, vil endringer i befolkningsstrukturen derfor sette omsorgstjenestene under et spesielt stort press.

Hvordan tilpasse helsetjenesten til en aldrende befolkning?

I noen deler av helsetjenesten vil teknologisk utvikling kunne bidra til effektivisering. For eksempel har kunstig intelligens gjort store framskritt de siste årene, og kan i økende grad bidra til å assistere med administrative og også kunnskapsintensive oppgaver som diagnosesetting. En stadig mer effektiv organisering kan også bidra til å bruke ressursene på en god måte.

Samtidig finnes det deler av helsetjenesten som ikke så lett lar seg automatisere. Her er det vanskelig å se for seg annet enn at behovet for arbeidskraft vil øke i takt med aldringen. Dette gjelder særlig stell og praktisk hjelp. Hvordan dette best kan løses i framtiden, avhenger av mange faktorer. I den grad økt arbeidsinnvandring er politisk og praktisk mulig, og det er tilgang på kvalifisert personell, kan det bidra til å øke arbeidstilbudet. Det er imidlertid ikke opplagt at tilgangen til kvalifisert arbeidskraft internasjonalt vil fortsette å være god, etter hvert som de fleste vestlige land opplever en betydelig aldring. Det er også viktig å bemerke at arbeidsinnvandrere har sin egen demografi, og at de også vil trenge helsetjenester gjennom livet og når de en gang går inn i pensjonistenes rekke.

4.5 Oppsummering

I dette kapittelet har vi beskrevet de tre grunnleggende demografiske komponentene – fruktbarhet, dødelighet og migrasjon. Vi har vist hvordan man beregner demografiske kjernemål på fruktbarhet og dødelighet, og beskrevet hvordan disse varierer med alder i Norge. Vi har beskrevet utviklingen i fruktbarhet, dødelighet og migrasjon over tid, med fokus på Norge. Videre har vi presentert hvordan helsetjenestebruk varierer gjennom livet. Det følger dermed at demografiske endringer gir endringer i rammebetingelsene for helsesektoren. Ettersom vi vil bli eldre, vil det både bli flere som trenger tjenester, og færre til å levere tjenestene. At vi er friskere lengre, kan lette noe av byrden på framtidens helsetjeneste.

SPØRSMÅL OG OPPGAVER TIL KAPITTEL 4

Korte spørsmål om definisjoner

1. Hvordan beregner man aldersspesifikk fruktbarhetsrate for kvinner i alderen 30–34 år?
2. Hva er periodefruktbarhet?
3. Hva er kohortfruktbarhet?
4. Hva er nettoinnvandring? Har Norge positiv eller negativ nettoinnvandring?
5. Hvordan beregner man forventet levealder?
6. Hvordan definerer vi dødelighet?
7. Har menn eller kvinner opplevd den største endringen i forventet levealder?
8. Hva er forsørgerbyrde for unge og eldre?

MINDRE DRØFTINGSOPPGAVER

- Beskriv utviklingen i levealder over tid. Hva gjør endringene i levealder med befolkningssammensetningen (andel yngre og eldre i befolkningen), og hvordan påvirker det helsetjenesten? Trekk inn kunnskap om hvordan helsetjenestebruk endrer seg gjennom livsløpet.
- Hvordan påvirker fruktbarhetsnivået i dag forsørgerbyrde for eldre i framtiden?

Del B

Kommunehelsetjenesten

Vi starter med en historisk beskrivelse av utviklingen av kommunehelsetjenesten de siste 50 årene (kapittel 5). Vedtaket av Lov om helsetjenesten i kommunene [kommunehelsetjenesteloven] i 1983 representerte her et grunnleggende veivalg. Det førte til at allmennlegene, sykehjemmene og etter hvert ansvaret for psykisk utviklingshemmede ble flyttet til kommunene. Hva er de prinsipielle argumentene for å legge så grunnleggende tjenester som allmennlegene og pleie- og omsorgstjenestene til kommunene, og hva er argumentene mot?

Det neste kapittelet (kapittel 6) analyserer kommunenes finansiering og hvordan inntektsvariasjoner påvirker tilbudet av helse- og omsorgstjenester. Kommunene henter hovedsakelig inntekter fra to kilder: skatt på inntekt og formue og rammeoverføringer fra staten. Helse- og omsorgstjenester utgjør den største utgiftsposten, med 33,6 % av kommunenes driftsutgifter. Kapittelet viser at kommunale inntektsvariasjoner har betydelige effekter på både sannsynligheten for å få tjenester og utgiftsnivået per bruker.

I kapittel 7 går vi nærmere inn på organiseringen og finansieringen av allmennlegetjenestene, og i kapittel 8 gjør vi en tilsvarende gjennomgang av pleie- og omsorgstjenestene. I begge kapitlene diskuteres aktuelle temaer og problemstillinger som rekruttering av fastleger og utfordringene forbundet med ressurskrevende brukere.

Hagen, T. P. (2026). Kommunehelsetjenesten – utvikling og oppgaver. I T. P. Hagen, G. Godager, J. Kinge & E. Aas (Red.), *Organisering og finansiering av helse- og omsorgstjenester: En innføring* (s. 107–127). Fagbokforlaget. <https://doi.org/10.55669/oa180905>

5

Kommunehelsetjenesten – utvikling og oppgaver

Terje P. Hagen

Primærhelsetjenesten ble definert gjennom den såkalte Alma Ata-deklarasjonen av 1978.¹ Deklarasjonen, som ble initiert av Verdens helseorganisasjon (WHO) og FNs barnefond (UNICEF), definerte et sett av tjenester som er grunnleggende for primærhelsetjenesten, slik som forebyggende helsearbeid (opplæring i riktig ernæring, anskaffelse av rent vann, vaksiner), behandlingsmuligheter for sykdom og skader, og ordninger for henvisning til spesialiserte helsetjenester. I Norge er disse tjenestene organisatorisk lagt til kommunene.

Kommunehelsetjenesten inkluderer imidlertid mer enn primærhelsetjenestene slik de ble definert av Alma Ata-deklarasjonen. Kommunehelsetjenesten skal sørge for allmennlegetjeneste, herunder legevakt, fysioterapitjeneste, helsestasjon og skolehelsetjeneste, jordmortjeneste, psykologtjenester, hjemmebasert omsorg, sykehjem eller bolig med heldøgns pleie- og omsorgstjeneste og akuttmedisinske døgnenheter. Kommunen skal dessuten samarbeide med helseforetakene for å sikre at den medisinske nødmeldetjenesten fungerer forsvarelig. Kommunens ansvar for den medisinske nødmeldetjenesten omfatter blant annet plikt til å etablere legevaktsentral.

I dette kapittelet diskuterer vi først (5.1) teoretiske argumenter for og mot å benytte kommuneinstitusjonen i anskaffelsen av helsetjenester. Deretter (5.2) beskrives den historiske utviklingen av kommunehelsetjenesten, med vekt på endringer som har skjedd de siste 40–50 årene. Vi gir så en nærmere beskrivelse av forebyggende helsearbeid (5.3), legetjenesten (5.4) og pleie- og omsorgstjenestene (5.5). Avslutningsvis (5.6) nevner vi kort noen tjenester som grenser opp mot kommunehelsetjenesten, slik som kommunale sosialtjenester, f.eks. det kommunale boligtilbudet og NAV-kontorene.

1 https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/almaata-declaration-en.pdf?sfvrsn=7b3c2167_2

5.1 Kommuntalt ansvar for helse- og omsorgstjenestene

Helse- og omsorgstjenestene er tjenester som de fleste i Norge ønsker skal tilbys ut fra behov hos den enkelte. Hvorfor da legge anskaffelsen av helse- og omsorgstjenestene til kommunene, der lokalpolitikernes prioriteringer vil bestemme tilbudet av tjenester? Bør ikke tilbudet av helse- og omsorgstjenester heller være et statlig ansvar, og tildeling av tjenestene basert på klare retningslinjer for vurdering av behov? Det er åpenbart sterke argumenter for statlig tildeling av tjenester, og som vi skal se i kapittel 6 og 8, er det i dag stor ulikhet i tilbudet av noen typer av kommunale helse- og omsorgstjenester. Vi starter derfor med en gjennomgang av argumenter *for* og *mot* dagens organisering. Modellen er basert på tre hovedargumenter (Fiva mfl., 2021): allokeringseffektivitet, lokaldemokratisk styring og nasjonale hensyn. De to første av disse argumentene trekker i retning av kommunal organisering. Det tredje begrunner at det må eksistere rutiner for nasjonal styring og regulering i en desentralisert modell.

Prioriteringseffektivitet

La oss starte med å definere *kollektive* og *private* goder. *Kollektive goder* har to kjennetegn. For det første er forbruket av kollektive goder *ikke-rivaliserende*. Det betyr at kollektive goder kan benyttes av mange uten at én persons forbruk forringer andres forbruksmuligheter. Fyrlykter og forsvaret er eksempler på slike goder. Forbruket av private goder er derimot rivaliserende. Når vi har benyttet en time med hjemmesykepleie, er denne timen ikke lenger tilgjengelig for andre. For det andre er kollektive goder *ikke-ekskluderende*. Det betyr at de som skaffer til veie kollektive goder, ikke kan hindre andre i å benytte dem. Når vi har etablert en fyrlykt, vil lyset fra lykten bli allment tilgjengelig. Et privat gode, som en helsetjeneste, kan en derimot ekskludere noen fra å benytte, f.eks. ved å øke prisen. I tillegg til rene private og rene kollektive goder finnes det også mellomformer. Tabell 5.1 gir en enkel oversikt over ulike typer goder. Som vi ser av definisjonene, er kollektive og private goder ikke det samme som at godene er anskaffet av offentlig eller privat sektor.

Tabell 5.1*Rivalisering og ekskluderbarhet*

Forbruket er:	Eksklusjon er:	
	Mulig	Ikke mulig
Rivaliserende	Private goder	Fellesressurser
Ikke-rivaliserende	Klubbgoder	Kollektive goder

Private goder anskaffes ofte gjennom økonomiske markeder. For goder som har innslag av ikke-rivalisering eller ikke-ekskluderbarhet, vil markedet imidlertid ofte svikte. Tenk for eksempel at en privatperson vil etablere en fyrlykt og forsøker å mobilisere et lokalsamfunn til å bli med på finansieringen. Som enkeltpersoner vil vi da bli fristet til å håpe at andre betaler, samtidig som vi selv slipper. Vi vil være *gratispassasjerer*. Dersom alle tenker på samme måte, blir fyrlykten ikke bygget. Dette er en *Fangens dilemma*-situasjon: Det som er best for oss som enkeltpersoner (å slippe å betale fordi andre gjør det), skaper det dårligste utfallet for fellesskapet (ingen fyrlykt). Dette er et argument for at staten griper inn og etablerer fyrlykten.

Offentlig sektor omfatter imidlertid langt mer enn kollektive goder, både i Norge og i andre land. En god del av aktivitetene som det offentlige driver, kan begrunnes med former for markedssvikt (Stiglitz & Rosengard, 2021). Innenfor helsesektoren finnes det mange slike eksempler:

- *Imperfekt konkurranse*: Når egenskaper ved produksjonsprosessen gjør at én aktør bør stå for hele (den lokale) økonomiens produksjon, står vi overfor et *naturlig monopol*. I slike tilfeller bør det offentlige regulere markedet eller selv stå for selve produksjonen. Vannforsyning og avløpshåndtering er eksempler på lokale naturlige monopol. I områder med spredt bosetting og lange avstander vil også et sykehus lett bli et naturlig monopol.
- *Eksternaliteter (eksterne virkninger)*: Eksternaliteter er positive eller negative virkninger som en eller flere aktørers virksomhet har på andre aktører, og som ikke tas hensyn til i prisen i markedet. Et klassisk eksempel er en forurensende bedrift som ødelegger vannet for andre, og som i sin konsekvens fører til helseskader. I slike tilfeller vil

myndighetene avgiftsbelegge utslippene eller regulere dem på andre måter, f.eks. ved å legge ned forbud.

- *Informasjonsproblemer*: Offentlige aktiviteter kan også begrunnes med informasjonsproblemer i markedet. I Norge har vi for eksempel sterke reguleringer på markedsføring av helsetjenester. Ifølge Helsepersonelloven skal «markedsføring av helse- og omsorgstjenester ... være forsvarlig, nøktern og saklig». Helsedepartementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser, herunder fastsette forbud mot visse former for markedsføring.

Både «gratispassasjerproblemet» og de nevnte formene for markedssvikt gir begrunnelser for offentlig inngrep i økonomien. Disse momentene kan imidlertid bare i noen grad forklare hvorfor private goder, som helse- og omsorgstjenester, anskaffes av det offentlige. At offentlig sektor i høy grad anskaffer disse private godene, har også andre årsaker:

- *Fordelingshensyn*: Tilgjengeligheten til visse tjenester, som helse- og omsorgstjenester, bør ikke avhenge av den enkeltes inntekt. Vi tegner derfor forsikring for å håndtere kostnadene ved bruken av tjenestene. I Norge har vi en skattebasert forsikringsordning der offentlig sektor både står for innkrevingen av skattene og anskaffelsen av tjenestene.
- *Imperfekte markeder*: Et privat marked for helseforsikring kan bryte sammen, siden private aktører vil ha begrenset informasjon om risiko og samtidig ha insentiver til å tilby helseforsikring bare til «de friskeste». Offentlige forsikringsordninger (som gir tilnærmet gratis helse-tjenester til alle) er da å foretrekke.
- *Paternalisme*: Dersom innbyggerne ikke opptrer i sin beste interesse, kan det offentlige gripe inn. Dette argumentet er særlig relevant overfor personer som ikke kan ivareta sine interesser selv, slik som barn og personer med noen medfødte funksjonsnedsettelse.

Når varer og tjenester skaffes til veie i et perfekt fungerende marked, gir *prismekanismen* signaler til produsenter og konsumenter. På denne måten vil produsentene ideelt sett vite hva og hvor mye som skal produseres. Når vi velger å skaffe til veie goder gjennom offentlig sektor, mangler prismekanismen. Det må derfor etableres andre mekanismer for å signalisere befolknin-

gens ønsker. Her kommer den *politiske* prosessen, med valgmekanismen, inn i bildet. Sterkt forenklet kan vi se på politiske valg, både stortingsvalgene og kommunevalgene, som en anledning til å velge representanter som på best mulig måte fatter beslutninger i tråd med velgernes ønsker.

Pandemien i 2020 og 2021

Fravær av smittsomme sykdommer kan sees som et kollektivt gode. Alle har nytte av et smittefritt samfunn, og en persons nytte reduserer ikke velferden til andre. Motsatt er smitte et kollektivt onde, sykdommen kan ramme alle. Lokale smitteutbrudd representerer et lokalt, kollektivt onde. Det bekjempes mest effektivt på kommunalt nivå. Lov om vern mot smittsomme sykdommer gir kommunene ansvar og vidtgående fullmakter slik at de kan verne befolkningen mot lokale smitteutbrudd som utgjør en trussel mot folkehelsen. Det er et kommunalt ansvar å teste mulige smittebærere, isolere dem som har blitt syke, spore opp kontakter som kan ha blitt smittebærere, og sørge for bruk av karantene. Når dette ikke er tilstrekkelig, er det nødvendig å begrense mobiliteten i samfunnet. Kommunestyret kan derfor fastsette lokale forskrifter om stans i utførelse av arbeid, stans i offentlige kommunikasjoner og at lokale virksomheter som barnehager, skoler og butikker skal stenges for å begrense utbruddet. Dette forutsetter som sagt at smitteutbruddet er lokalt, og ikke har vesentlige forgreininger til andre kommuner. Dersom smitteutbruddet er regionalt, kan staten (Helsedirektoratet) fastsette tilsvarende forskrifter med regionalt nedslagsfelt, og dersom smitten er spredt over hele landet, kan direktoratet la reguleringen gjelde nasjonalt. Under covid-19-pandemien ble alle disse mulighetene benyttet.

Avveininger forbundet med tjenester som har et *nasjonalt* nedslagsfelt, som forsvar, forskning og telekommunikasjoner, bør foretas av det nasjonale politiske systemet. Når det gjelder goder som har et lokalt nedslagsfelt, bør avveiningene skje lokalt. Det er dette som uttrykkes gjennom det som kalles Oates' desentraliseringsteorem (Oates, 1972):

For a public good – the consumption of which is defined over geographical subsets of the total population, and for which the costs of providing each level of output of the good in each jurisdiction are the same for the central or the respective local government – it will always be more efficient (or at least as efficient) for local government to provide the Pareto-efficient level of output for their respective jurisdictions than for the central government to provide

any specified and uniform level of output across all jurisdictions (Oates, 1972, s. 35).

Kommunene har altså et fortrinn framfor staten i tilpasningen av tjenestetilbudet til innbyggernes preferanser.

Bruken av kommunene i offentlig tjenesteproduksjon kan også begrunnes med andre argumenter (Fiva mfl., 2021):

- Har kommunene *informasjonsfordeler* i forhold til staten? I Norge har kommunene ansvaret for sosialhjelp, mens staten har ansvaret for de øvrige trygdeytelsene. Begrunnelsen kan være at sosialhjelp gis på skjønnsmessige kriterier, og følgelig krever mer detaljert kunnskap om lokale forhold, eksempelvis om lokale muligheter for arbeid. Trygdeytelsene er knyttet til lettere observerbare kjennetegn ved individene og krever mindre informasjon. I så fall taler dette for kommunalt ansvar for sosialhjelp, men ikke for trygder.
- Fører et stort og voksende offentlig engasjement til at staten blir styringsmessig *overbelastet*? Jo flere oppgaver staten har ansvaret for, desto større blir belastningen på det statlige styringsapparatet. I en stor og kompleks organisasjon må mange beslutninger delegeres. De kan delegeres til selvstendige direktorater og til den lokale statsadministrasjonen. Kommandokjeden fra departementene og statsråden blir imidlertid lang. En fordel med kommunal organisering er at vi får en direkte velgerkontroll nedenfra. Hensynet til statens styringskapasitet tilsier at kommunene bør stå for en vesentlig del av tjenesteproduksjonen ved en stor offentlig sektor.
- Bør kommunene anskaffe velferdstjenester som er *gratis*? Gratis velferdstjenester innebærer stor etterspørsel og dermed behov for rasjonering. Staten kan ha vansker med å foreta slik rasjonering fordi det er få aktører som forsvarer fellesskapets inntekter. Dette gjelder særlig tjenester der det ikke er klare regler for når tildeling skal skje, eksempelvis helse- og sosialtjenester. Når en legger disse tjenestene til kommuner og fylkeskommuner og samtidig rammefinansierer kommunesektoren, etableres en rasjoneringsmekanisme som gjør det mulig å holde finansiell kontroll.

Lokaldemokratisk styring

Oates' (1972) desentraliseringsteorem forteller oss at en kan oppnå høyere velferd når beslutninger om lokalt kollektive goder treffes desentralt heller enn sentralt. Teoremet peker på en teoretisk mulighet, men sier ingenting om hvordan potensialet skal høstes. Her er, som nevnt, valgmekanismen sentral.

Når politiske partier stiller til valg, vil de tilstrebe å få høyest mulig oppslutning for på den måten å få størst mulig innflytelse. For å få høy oppslutning må partiene imidlertid ha en politikk som i hovedsak samsvarer med det velgerne ønsker. Den klassiske analysen av disse forholdene er Downs–Hotelling-modellen (Downs, 1957; Hotelling, 1929). Her forutsetter en to kandidater som konkurrerer om velgerne langs *en* policy-dimensjon. Videre forutsettes det at velgerne har en-toppede preferanser, og at både kandidater og velgere har full informasjon om hverandres politiske posisjoner. Modellen leder fram til det såkalte *medianvelgerteoremet*, som sier at begge kandidatene vil legge seg nært opp til medianvelgerens idealpunkt (ønsker). Senere er det vist at dette hovedresultatet også gjelder i situasjoner med mange policydimensjoner og flere partier som konkurrerer, gitt at velgernes preferanser er tilnærmedelsesvis homogene (Cox, 1990).

Når representantene er valgt, stilles de i prinsippet overfor to prioriteringsbeslutninger. For det første bestemmes *omfanget* av goder som skaffes til veie gjennom henholdsvis det offentlige og det private. Dette skjer grovt sett ved at en bestemmer skattenivået, og dermed hvor mye ressurser vi har til rådighet for anskaffelse av tjenester gjennom privat og offentlig sektor. I kommunene har en for eksempel muligheter for å variere eiendomsskatten (se kapittel 6). For det andre bestemmes sammensetningen av tjenestene innenfor offentlig sektor. Dette innebærer prioriteringer mellom for eksempel kultur, utdanning og helsetjenester.

Lokaldemokratisk styring er viktig for å tilpasse tjenestene til lokale ønsker, men den har også to andre begrunnelser: politisk deltakelse og politisk maktfordeling. For det første er kommunal organisering av helse- og omsorgstjenestene viktig fordi det gir bred *politisk deltakelse*. Desentralisering kan stimulere til politisk debatt og deltakelse ved at innbyggerne får en arena hvor de kan definere, debattere og løse problemer som de står overfor i sitt eget nærmiljø. Dette virker stabiliserende på det politiske systemet som helhet, og kan bidra til opplæring og rekruttering av politikere til de nasjonale beslutningsarenaene. De lokale styringsorganene har også stor betydning som

rekrutteringskanal til Stortinget: Mer enn 80 % av dagens stortingsrepresentanter har bakgrunn fra lokalpolitikken (Cirone mfl., 2021). For det andre er hensynet til politisk *maktfordeling* et argument for kommunal oppgaveløsning. Lokale beslutningsnivåer kan være en motvekt mot maktkonsentrasjon på statens hender (Tocqueville, 1988 [1835]). For eksempel er det til stadighet brukt som ankepunkt mot den statlige helseforetaksmodellen at den mangler muligheter for lokal påvirkning (NOU 2016: 25).

Nasjonale hensyn

Helse- og omsorgstjenestene er individuelle tjenester der vi ønsker at individuelle behov skal være bestemmende for tildelingen. Dette gjør at staten legger begrensninger på kommunenes handlefrihet. Generelt er det slik at norske kommuner, på grunn av den omfattende oppgaveløsningen innenfor velferds-, helse- og omsorgstjenestene, er langt sterkere regulert fra staten enn det som den internasjonale litteraturen om føderale styringssystemer legger til grunn. Staten regulerer kommunenes oppgaveløsning på flere måter:

- Inntektsfordeling: Se nærmere beskrivelse i kapittel 6.
- Regulering av oppgaveløsningen gjennom lover, forskrifter og retningslinjer, herunder etablering av nasjonale standarder.
- Tilsyn og veiledning – slik dette er organisert gjennom Statens helse-tilsyn og statsforvalterne.

Staten legger også føringer for oppgavefordelingen mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten og hvordan samhandlingen mellom de to nivåene skal organiseres (se Del D av boken). Viktige momenter når oppgavedelingen skal vurderes, er:

- Er det stordriftsfordeler ved produksjon av et gode? For enkelte offentlige tjenester kan enhetskostnadene være fallende ved økt produksjonsvolum, slik som for spesialiserte helse- og utdanningstjenester. Det kan være kostbart og ineffektivt om hver enkelt kommune skal stå for produksjonen av slike goder. Her kan det være formålstjenlig å skille ansvaret for forbruk og ansvaret for produksjon, for eksempel ved at kommunene bestemmer hvor mye de ønsker å kjøpe av spesialiserte

sykehustjenester fra selvstendige sykehus, eller ved at en flytter slike oppgaver til et høyere forvaltningsnivå som fylkeskommuner eller staten.

- Er det transaksjonskostnader knyttet til driften av et desentralisert system? I mange tilfeller kreves administrative ressurser for å samordne tilbudene til forvaltningsnivåene slik at en får et helhetlig system på tvers av styringsnivåene. Et viktig eksempel er forholdet mellom somatiske sykehus og primærhelsetjenesten i kommunene. Det er velkjent at kostnadene ved å ha pleiepasienter ved sykehusene er atskillig høyere enn å ha dem i hjemmebasert omsorg eller i sykehjem. Kommunene har et økonomisk insentiv til å unnlate å bygge ut tilstrekkelig omsorgskapasitet, for slik å skyve økonomiske belastninger og omsorgsansvaret over på staten. Slik atferd har samfunnsøkonomiske kostnader og tilsier at det samme styringsnivået bør ha ansvaret for både primærhelsetjenesten og institusjonshelsetjenesten, eller at det etableres betalingsordninger for utskrivningsklare pasienter slik det skjedde fra 2012 (Hagen mfl., 2013; Ambugo & Hagen, 2019).

5.2 Kort historisk oversikt

Det er altså både argumenter for og mot å benytte kommunene i anskaffelsen av primærhelsetjenester og pleie- og omsorgstjenester, men det virker å være enighet om at når en først har valgt en desentralisert organisasjonsform der kommunene spiller en stor rolle, så er det behov for et stort innslag av statlige reguleringer. Hvordan er så disse teoretiske argumentene tilpasset i Norge?

Helse- og omsorgstjenesteloven, vedtatt i 2011, kan sies å markere den foreløpige slutten på en lengre utviklingsperiode i norsk helse- og sosialpolitikk. Loven tok opp i seg de betydelige endringene i tjenester som ble gjennomført gjennom 1980-årene og videre, helt fram til og med Samhandlingsreformen av 2012. Da ble nye tjenester som «øyeblikkelig hjelp» døgntilbud (ØHD) og betalingsplikten for utskrivningsklare pasienter kommunalt ansvar (se nærmere beskrivelse av samhandlingsreformen i Del D). I perioden etter 2012

har det bare skjedd mindre endringer i det formelle kommunale ansvaret for helse- og omsorgstjenestene.

Perioden fra 1972 og fram til i dag (2024) kan grovt sett deles i fire (Hagen, 2024):

1972–1982: Kommunale minimumsløsninger

I denne perioden hadde kommunene ansvaret for deler av hjemmetjenestene, mens distriktslegene var et statlig ansvar og sykehjemmene var fylkeskommunale. Kommunenes utgifter til pleie- og omsorgstjenestene var lave, og de utgjorde en liten andel av de kommunale utgiftene (Figur 5.1).

1980-årene: Struktureringsfase

Kommunehelseloven av 1983 (Ot. prp. nr. 66 (1981–82)) la langt på vei grunnlaget for den strukturen i helse- og omsorgstjenesten som vi har hatt fram til i dag. Fra 1984 fikk kommunene definert et bredt ansvar for befolkningens helse, herunder forebyggende helsearbeid (miljørettet helsevern, helsestasjonsvirksomhet og skolehelsetjenesten). Ansvaret omfattet videre medisinsk habilitering og rehabilitering, pleie og omsorg og hjelp ved ulykker. Den første og mest konkrete effekten av loven var at ansvaret for allmennlegene ble flyttet fra staten til kommunene. Deretter ble de somatiske sykehjemmene overført fra fylkeskommunene til kommunene fra 1988, mens spesialsykehjemmene forble fylkeskommunalt ansvar til utpå 1990-tallet (St.meld. nr. 68 (1984–1985)).

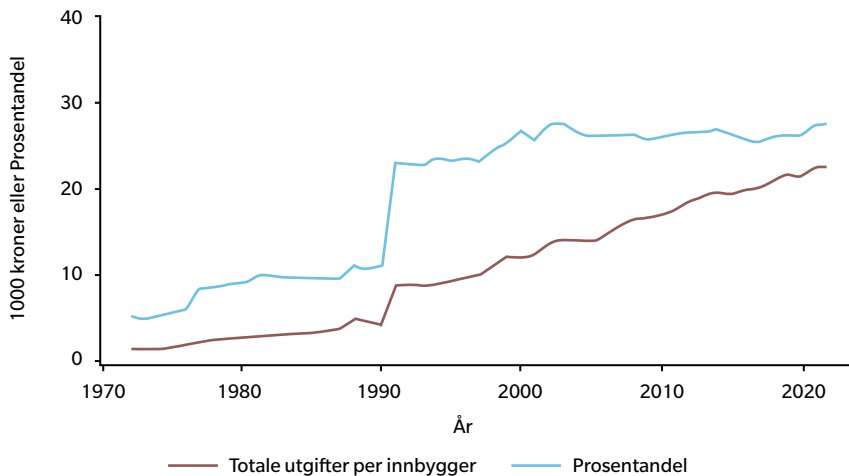
Teoretiske og praktiske argumenter for kommunalisering

Foran har vi gitt en teoretisk begrunnelse for at kommunene under bestemte betingelser bør anskaffe helse- og omsorgstjenestene. Var det også slike argumenter som ble benyttet da Regjeringen tidlig på 1980-tallet valgte kommunene som den institusjonen som skulle være hovedansvarlig for primærhelsetjenesten og pleie- og omsorgstjenestene?

Ifølge Ot. prp. nr. 66 (1981–82) var det to hovedbegrunnelser for ønsker om reformer i helse- og sosialtjenesten. For det første må hensynet til offentlig økonomi kreve tilpasninger til lavere vekst. For det andre må tyngdepunktet forskyves fra institusjonene til primærhelsetjenesten. Argumenter for det siste var stadig større andel eldre, større behov for å vektlegge forebygging av livsstilssykdommer og sosial mistilpasning, og at opphold i institusjoner skaper passivitet.

Figur 5.1

Totale utgifter til kommunale pleie- og omsorgstjenester (2011-kroner) per innbygger og totale pleie- og omsorgsutgifter i prosentandel av totale kommunale utgifter. Veid gjennomsnitt av kommunene, 1972–2022.



Kilde: Rådata bearbeidet fra Five mfl. (2023)

1990–2010: Desentralisering av tjenester til nye grupper

Desentraliseringen av oppgaver skjøt fart fra 1991 da HVPU-reformen ble gjennomført. Reformen innebar at tilbudet til personer med utviklingshemming ble overført fra HVPU (Det fylkeskommunale helsevernet for psykisk utviklingshemmede) til kommunene. Målet var at psykisk utviklingshemmede skulle bli integrert i sine nærmiljøer og ha egne boliger i hjemstedskommunen. NOU 2001: 22 «Fra bruker til borger» gir en oppsummering etter reformens første år. Evalueringen viser at det store flertallet av brukere hadde fått egne leiligheter, som hovedregel i bofellesskap eller samlokalisert (Søbye, 1994; Tøssebro, 1996). Som vi ser av figur 5.1, skjer det en betydelig økning både i utgifter per innbygger og i pleie- og omsorgssektorens andel av de totale kommunale utgiftene fra begynnelsen av 1990-årene. Dette faller sammen med starten på HVPU-reformen i 1991, men HVPU-reformen er ikke den eneste årsaken til den kommunale ekspansjonen.

Opptrappingsplanen for psykisk helse (1999–2006, senere forlenget til 2008) hadde som målsetting å forbedre tilbudet til mennesker med psykiske lidelser. Planen hadde flere virkemidler, blant annet utbygging av kommunale tjenester, særlig boliger, og oppbygging av et lettere institusjonstilbud i spesialisthelsetjenestene gjennom etablering av distriktspsykiatriske sentra (DPS-er). Antall døgnplasser ved DPS-ene økte. Samtidig ble de psykiatriske spesialsykehjemmene og de psykiatriske sykehusene bygd ned. Som en konsekvens av reformen ble antall døgnplasser innen psykisk helsevern for voksne totalt sett redusert, samtidig med at det skjedde en betydelig opptrapping av dagbehandling og poliklinisk aktivitet (Kalseth mfl., 2009).

I denne perioden ble også organiseringen av primærlegene endret. Vi fikk fastlegeordningen fra 2001.

2011-: Helsekommunen finner sin form

Samhandlingsreformen av 2012 hadde en rekke effekter for kommunene. Blant annet fikk kommunene ansvar for nye tjenester som «øyeblikkelig hjelp»-døgntilbud (ØHD), og det ble innført betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter (Ambugo & Hagen, 2019; Hagen & Tjerbo, 2023b). Betalingsplikten ga reduksjon i liggetidene i sykehusene, og mer av rehabiliteringen ble overført til kommunene.

Endringene etter 1970 har gitt kommunene dagens brede ansvar: Kommunen skal *sørge for* at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester (Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, § 3-1). Kommunens ansvar omfatter alle pasient- og brukergrupper, herunder personer med somatisk eller psykisk sykdom, skade eller lidelse, rusmiddelproblem, sosiale problemer eller nedsatt funksjonsevne. At kommunen har et *sørge for*-ansvar, innebærer at kommunene ikke trenger å tilby tjenestene selv. De kan inngå samarbeid med andre, både andre kommuner gjennom interkommunale samarbeid og private aktører. De følgende delene gir en bred oversikt over oppgavene.

5.3 Forebyggende helsearbeid

Forebyggende helsearbeid deles gjerne inn i tre grupper: primærforebyggende, sekundærforebyggende og tertiærforebyggende arbeid.

Primærforebyggende arbeid

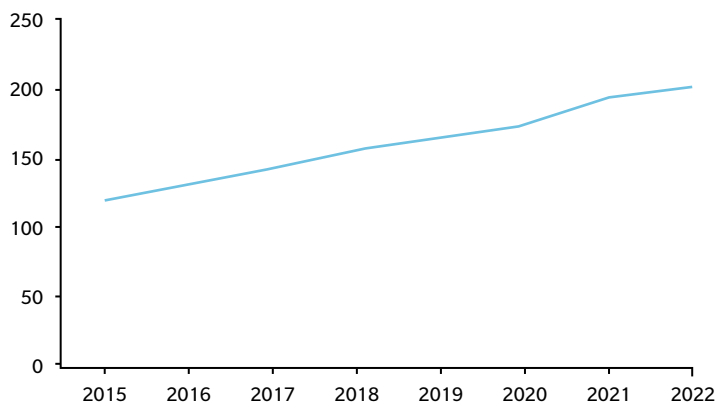
Primærforebyggende arbeid inkluderer helseopplysning og andre tiltak som gjør at folk kan mestre sin hverdag. Eksempler er opplysningskampanjer mot røyking og undervisning om kosthold. Tiltak som avgifter på sigaretter og alkohol («sin taxes»), defineres også som primærforebyggende arbeid. I kommunene inngår følgende tjenester i det primærforebyggende arbeidet:

- Helsestasjonene og skolehelsetjenesten, som begge driver opplysningsarbeid overfor barn, unge og foreldre. Helsesykepleiere er sentrale aktører i dette arbeidet.
- Miljørettet helsevern i kommunene overvåker helsetilstanden i lokal-samfunnet, for eksempel innemiljøet i skoler og barnehager.
- Fastlegene driver primærforebygging både ved opplysning og forskrivning av legemidler. Dette kan f.eks. være legemidler mot høyt blodtrykk som har som målsetting å forhindre hjerte- og karsykdommer.

Det har vært sterk vekst i helsestasjonene og skolehelsetjenesten de siste årene, slik det går fram av figur 5.2. Dette har flere årsaker, primært at det ble utstedt en egen forskrift om disse tjenestene i 2018. Det finnes også en faglig retningslinje for helsefremmende og forebyggende arbeid som spesifiserer rutiner for ledelse, styring og brukermedvirkning, samt hvilke oppgaver som skal utføres. I endringene som har skjedd de siste årene, er det særlig lagt vekt på psykisk helsearbeid.

Figur 5.2

Avtalte årsverk i helsestasjons- og skolehelsetjenesten per 10 000 innbyggere 0–5 år (2015–2022)



Sekundærforebyggende arbeid

Det sekundærforebyggende arbeidet har som mål å begrense varigheten av et helseproblem som har oppstått. Primærlegene/fastlegene har en særlig viktig rolle i dette arbeidet, for eksempel gjennom utskriving av medikamenter. Mens primærforebygging oftest rettes mot brede grupper av befolkningen, har sekundærforebygging en smalere målgruppe – pasienter som er diagnostisert med et bestemt helseproblem.

Tertiærforebyggende arbeid

Tertiærforebyggende arbeid har som mål å redusere konsekvensene av sykdom og funksjonshemninger når disse har oppstått. Eksempler på tertiærforebyggende tiltak er ulike former for rehabilitering, som opptrening etter hoftebrudd, og sosiale støttetiltak ved psykisk sykdom. Kommunenes pleie- og omsorgstjenester er viktige her.

5.4 Nærmere om legetjenesten

Kommunene skal, som nevnt, sørge for nødvendige og forsvarlige helse- og omsorgstjenester til alle som bor eller oppholder seg i kommunen. Legetjenesten er sentral i dette arbeidet (vi kommer tilbake til detaljene i allmennlegetjenesten i kapittel 7). Legene som jobber i kommunen, er allmennleger. En viktig del av allmennlegenes arbeid i dag er i fastlegeordningen, men som allmennleger utfører de også oppgaver innen legevakt og sykehjem, helsestasjons- og skolehelsetjenesten. De fleste fastlegene arbeider som private næringsdrivende (Tabell 5.2), men kommunene har også allmennleger i ordinære kommunale stillinger. I tillegg finnes det kommuneoverleger (gjerne med en spesialitet i samfunnsmedisin) som blant annet har ansvaret for helsefaglig rådgivning med vekt på folkehelse, forebyggende helsearbeid og helsemessig beredskap.

Tabell 5.2

Legeårsverk i kommunale helse- og omsorgstjenester, etter avtaleform (2022)

	Avtalte legeårsverk
Kommunalt ansatte leger	1822
Næringsdrivende fastleger	4148
Turnusleger	566
Næringsdrivende leger utenfor fastlegeordningen	119
Sum	6656

Kilde: SSB Statistikkbanken (tabell 11996)

Før fastlegeordningen ble etablert i 2001, var allmennlegetjenesten organisert på to ulike måter. Inntil 1984 var allmennlegene statlig tilsatt og ble kalt stadsleger i byene og distriktsleger i landkommunene. I en lang periode var allmennlegene definert som embetsmenn som formelt ble utnevnt av Kongen i statsråd etter innstilling fra Helsedepartementet. De hadde fylkeslegene som nærmeste overordnede. Da allmennlegetjenesten ble overført til kommunene fra 1985, ble navnet endret til kommunelege.

Fastlegeordningen er en ordning der hver innbygger får tilbud om å bli knyttet til én allmennlege, kalt fastlege. Fastlegen er som regel pasientens første og viktigste kontakt med helsetjenestene, og koordinerer pasientens behov for øvrige medisinske tjenester. Målet med ordningen er å sikre at alle får nødvendige allmennlegetjenester av god kvalitet til rett tid, og at personer bosatt i Norge får en fast allmennlege å forholde seg til. I Norge ble fastlegeordningen iverksatt i 2001 etter en forutgående forsøksperiode i fire kommuner. Land som England, Tyskland og Danmark har liknende ordninger.

Kommunen skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige allmennlegetjenester. Kommunene har iverksatt fastlegeordningen enten ved å tilsette fastlegene i kommunen eller ved å inngå avtaler med fastleger som er organisert som selvstendig næringsdrivende (fastlegeavtaler). Gjennom fastlegeavtalene reguleres blant annet åpningstider, antall innbyggere på listen, lokalisering av legekontoret og hvordan fastlegen skal bidra til kommunens folkehelsearbeid. De aller fleste fastlegene har hatt avtaler med kommunene, men andelen har variert noe over tid. De siste årene har andelen som er fast tilsatt økt, og var ved utgangen av 2019 på 14 %. Fastleger som er tilsatt i kommunen, får som hovedregel fast lønn. Fastleger som er næringsdrivende, får et vederlag bestående av tre deler: et tilskudd fra kommunen for hver person på listen («per capita»-tilskudd), refusjon fra staten for utførte konsultasjoner, samt egenandel fra pasienten. I kommuner med mindre enn 5000 innbyggere gir kommunen i tillegg et utjevningstilskudd dersom lengden på listen er svært kort. Begrunnelsen for dette er å sikre fastlegene i disse kommunene en rimelig inntekt.

Personer som står på en fastleges liste, har rett til å skifte fastlege inntil to ganger i året dersom det er ledig plass på en annen fastleges liste. Fastlegen kan ikke nekte å ta vedkommende inn på listen dersom det er ledig plass, med mindre det er gjort formelle vedtak om dette av kommunen, for eksempel som følge av at pasienten har vist truende eller voldelig atferd. Pasienten har også rett til å få en ny vurdering av sin helsetilstand hos en annen lege med fastlegeavtale.

5.5 Pleie- og omsorgstjenestene

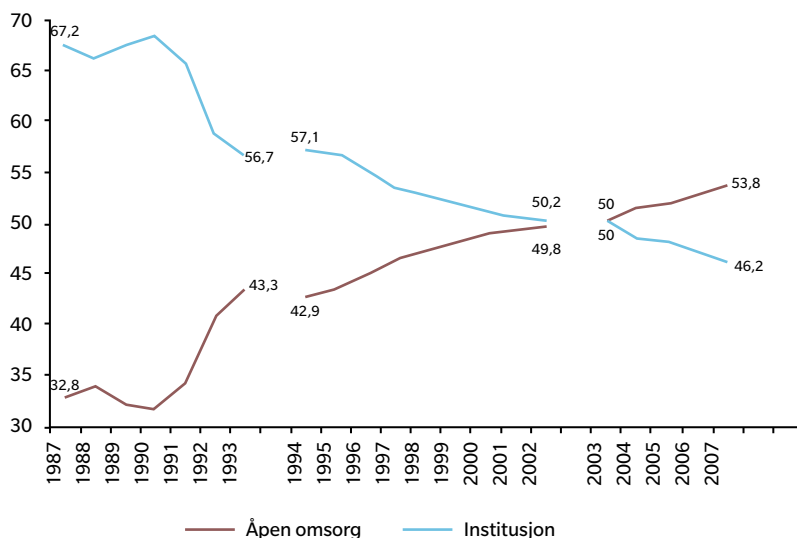
Pleie- og omsorgstjenestene er en samlebetegnelse på den delen av kommunens helse- og sosialtjeneste som sørger for stell, pass og tilsyn med syke eller funksjonshemmede. Pleie- og omsorgstjenestene omfatter i første rekke langtidsopphold og tidsbegrensede opphold i institusjoner (sykehjem), helse-tjenester i hjemmet (hjemmesykepleie, fysioterapi, m.m.), praktisk bistand (matlaging, vask, stell, m.m.), støttekontakt, omsorgsstønad, pårørendestøtte og avlastning, samt brukerstyrt personlig assistanse (BPA).

Tjenestene tildeles på grunnlag av pasientenes og brukernes behov, slik dette er definert gjennom ulike typer av funksjonsmålinger. De aller fleste av disse tjenestene er vedtaksbaserte, noe som innebærer at det er tjenester det må søkes om. Etter individuelle søknader fattes et konkret vedtak for den enkelte bruker eller pasient. Vedtakene kan påklages til kommunens klagenemnd og eventuelt videre til Statsforvalteren.

Parallelt med desentralisering av tjenestene innenfor helsevernet for psykisk utviklingshemmede, psykisk helsevern og rus- og avhengighetsbehandling har det skjedd en endring i kommunenes tjenestetilbud, med en overgang fra institusjonsbaserte til hjemmebaserte tjenester. Det er flere årsaker til denne endringen. Den viktigste er at kommunene, som følge av desentraliseringen av tjenester innen rusomsorg og for psykisk utviklingshemmede, har fått en rekke yngre brukere som har helt andre behov enn det tjenestene i den tradisjonelle eldreomsorgen omfatter. Figur 5.3 viser fordelingen av årsverk blant ansatte mellom institusjoner (i hovedsak sykehjem) og hjemmetjenester i perioden fra 1987 til og med 2007.

Figur 5.3

Prosent av årsverk i pleie- og omsorgssektoren, fordelt etter institusjon og åpen omsorg. 1987–2007



Kilde: Ivar Brevik, NIBR 2010

Endringene i fordeling av årsverk skjer særlig i perioden 1990–1994, da psykisk utviklingshemmede ble overført til kommunene. Endringene senere reflekterer både nye oppgaver innenfor det psykiske helsevernet og rusomsorgen og endringer i tjenestene for eldre (færre på sykehjem).

5.6 Tjenester som grenser til kommunehelsetjenesten

Kommunene bør stå for anskaffelsen av offentlige goder der det er store variasjoner i lokale behov og ønsker, og staten bør stå for anskaffelsen av offentlige goder der en ønsker standardisering. Dette prinsippet kan imidlertid skape koordineringsproblemer dersom ulike tjenester er rettet mot de samme målgruppene. I Norge har for eksempel staten hatt ansvar

for arbeidsmarkedspolitikken og trygdeytelsene, mens kommunene har hatt ansvar for sosiale tjenester. Personer som står utenfor arbeidslivet, og som mottar ytelser fra det offentlige, måtte tidligere henvende seg til flere offentlige institusjoner for å få nødvendige ytelser: til arbeidskontoret for å få ledighetstrygd og til kommunene for å få sosialstøtte. I 2005 fattet Stortinget vedtak om å etablere NAV for å få til en bedre samordning av disse ytelsene (St.prp. nr. 46 (2004–2005)). Reformen innebar to vesentlige endringer. For det første ble det opprettet en ny statlig etat for arbeid og velferd. Staten tilbyr tjenester som Aetat og trygdeetaten tidligere forvaltet. For det andre skulle den nye statlige etaten sammen med kommunene opprette arbeids- og velferdskontorer (NAV-kontorer) i alle landets kommuner. Som et minimum skal den økonomiske sosialhjelpen være en del av de nye arbeids- og velferdskontorene, sammen med tjenester som ligger under arbeids- og velferdsforvaltningen. NAV-kontorene er organisert som et partnerskap mellom staten og kommunene.

I mange kommuner, særlig mindre kommuner, ligger også mange av de sosiale tjenestene til NAV-kontorene. En viktig årsak er at det er vanskelig å dele opp de tjenestene som før NAV-reformen lå til sosialkontoret.

5.7 Oppsummering

Kapittelet har analysert kommunenes rolle i norsk helsevesen med utgangspunkt i tre hovedargumenter: allokeringseffektivitet, lokaldemokratisk styring og nasjonale hensyn.

Kommunal organisering begrunnes med Oates' desentraliseringsteorem: Lokale beslutninger om kollektive goder med lokalt nedslagsfelt gir høyere velferd enn sentrale beslutninger. Dette støttes av kommunenes informasjonsfordeler, hensynet til statens styringskapasitet og behovet for rasjonering av gratis velferdstjenester. Samtidig legitimerer lokaldemokratisk styring bred politisk deltakelse og fungerer som motvekt mot maktkonsentrasjon.

Utviklingen siden 1972 kan deles i fire faser: minimumsløsninger (1972–1982), struktureringsfase (1980-årene) med Kommunehelseloven 1983, desentralisering til nye grupper (1990–2010) inkludert HVPU-reformen og

Opptrappingsplanen for psykisk helse, og til slutt «helsekommunen finner sin form» (2011–) med Samhandlingsreformen.

I dag har kommunene et bredt «sørge for-ansvar» som omfatter forebyggende helsearbeid (primær-, sekundær- og tertiærforebygging), allmennlegetjenester (hovedsakelig gjennom fastlegeordningen fra 2001) og pleie- og omsorgstjenester. Det har skjedd en dreining fra institusjonsbaserte til hjemmebaserte tjenester, særlig etter overføringen av nye brukergrupper.

Staten regulerer kommunenes oppgaveløsning gjennom inntektsfordeling, lover og forskrifter, samt tilsyn for å ivareta nasjonale hensyn om likeverdige tjenester basert på individuelle behov.

SPØRSMÅL OG OPPGAVER TIL KAPITTEL 5

1. Forklar Oates' desentraliseringsteorem og diskuter hvordan det begrunner kommunal organisering av helsetjenester.
2. Analyser forskjellen mellom kollektive og private goder. Hvorfor organiseres helsetjenester (som er private goder) likevel offentlig?
3. Beskriv de fire historiske fasene i utviklingen av kommunehelsetjenesten siden 1972. Hvilke reformer var mest betydningsfulle?
4. Sammenlign argumentene for og mot kommunal versus statlig organisering av helse- og omsorgstjenester.
5. Hvordan har HVPU-reformen og Opptrappingsplanen for psykisk helse påvirket kommunenes oppgaver og utgifter? Bruk figur 5.1 i din analyse.
6. Forklar forskjellen mellom primær-, sekundær- og tertiærforebyggende helsearbeid. Gi konkrete eksempler på hver kategori.
7. Analyser endringen fra distriktsleger til fastlegeordningen. Hvilke fordeler og utfordringer bringer fastlegeordningen med seg?
8. Diskuter hvorfor det har skjedd en dreining fra institusjonsbaserte til hjemmebaserte pleie- og omsorgstjenester. Hvilke konsekvenser har dette?
9. Kritisk analyse: Vurder balansen mellom lokal tilpasning og nasjonal likhet i dagens organisering av kommunehelsetjenesten. Hvilke dilemmaer oppstår?

Hagen, T. P. (2026). Finansieringen av kommunene. I T. P. Hagen, G. Godager, J. Kinge & E. Aas (Red.), *Organisering og finansiering av helse- og omsorgstjenester: En innføring* (s. 129–150). Fagbokforlaget. <https://doi.org/10.55669/oa180906>

6

Finansieringen av kommunene

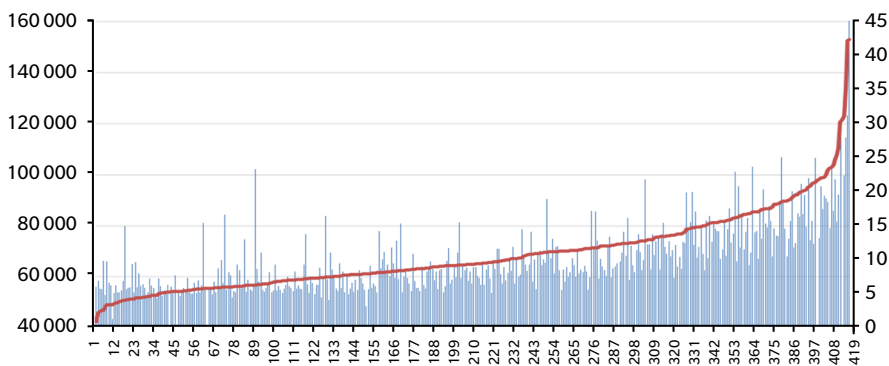
Terje P. Hagen

Som vi så i kapittel 5, er det argumenter både for og mot å benytte kommunene i anskaffelsen av helse- og omsorgstjenestene. Hovedargumentet *mot* å benytte kommunesektoren er at det kan føre til store ulikheter i tjenestetilbudet. Hovedargumentet *for* å benytte kommunesektoren er at det øker mulighetene for å tilpasse helsetjenestene til befolkningens ønsker. Begge argumentene er knyttet til spørsmålet om hvordan kommunene finansieres. Dersom det er store inntektsvariasjoner mellom kommunene som kommunene ikke rår over, kan det føre til uønskede variasjoner i tjenestetilbudet. Dersom kommunene har små muligheter til selv å variere skatteinntektene, gir det tilsvarende små muligheter for å tilpasse tjenestenivået til befolkningens ønsker.

Figur 6.1 viser fordelingen av sykehjemsplasser per 1000 innbyggere og kommunale inntekter per innbygger i norske kommuner. Kommunene er rangert på grunnlag av den første variabelen.

Figur 6.1

Frie inntekter per innbygger (blå søyler – venstre y-akse) og sykehjemsplasser per 1000 innbyggere (rød kurve – høyre y-akse). Data fra 2022



Kilde: Bearbejdede data fra SSB/KOSTRA

Som vi ser, er det store variasjoner i tilbudet av denne tjenesten. Det ser også ut til å være en positiv sammenheng mellom kommunenes inntektsnivåer og hvor mange sykehjemsplasser som tilbys: Jo høyere inntektsnivået er, desto flere sykehjemsplasser tilbyr også kommunene. I dette kapittelet skal vi se nær-

mere på hva som bestemmer kommunenes inntektsnivåer, og hvilke effekter variasjoner i inntektsnivået har for tilbudet av helsetjenester.

Vi starter med en gjennomgang av de viktigste kommunale inntektskildene (6.1): kommunale skatter og rammeoverføringen fra staten. Deretter går vi nærmere inn på noen spesielle forhold ved finansieringen av helsetjenestene, i første rekke bruken av øremerkede bevilgninger (6.2). Avslutningsvis (6.3) viser vi noen analyser av hva som bestemmer kommunenes tildeling av ressurser til kommunehelsetjenesten, inkludert hvilke effekter variasjoner i kommunenes inntektsnivå har på kommunenes tjenestetilbud. Er det, slik det antydes i Figur 6.1, stor ulikhet i tjenestetilbudet som følge av store variasjoner i kommunale inntekter?

Fastlegene er delvis finansiert av kommunene (driftstilskuddet) og delvis finansiert av staten (refusjoner fra Helfo). Dette beskriver vi nærmere i kapittel 7. I deler av kommunehelsetjenestene eksisterer også brukerbetaling fra pasientene. Dette kommer vi også tilbake til i kapittel 7 (fastlegene) og i kapittel 8 (pleie- og omsorgstjenestene).

6.1 Inntektstyper og utjevningsordninger

Inntekter og fordeling av utgifter mellom tjenesteområdene

Finansieringen av kommuner og fylkeskommuner skjer etter de samme prinsippene i alle de nordiske landene. Kommunene henter i hovedsak sine inntekter fra to kilder: skatter fra innbyggerne og overføringer fra staten. Det er noe variasjon mellom landene når det gjelder kommunenes frihet til å fastsette nivået på inntektsskatten. Tabell 6.1 viser sammensetningen av inntektene til kommunene i Norge i 2022.

Tabell 6.1*Sammensetningen av kommunenes inntekter, 2022*

	Beløp (1000 kr)	Andel av brutto driftsinntekter (prosent)
Skatt på inntekt og formue inkludert naturressursskatt	228 737 631	40,5
herav Naturressursskatt	1 343 734	0,2
Rammetilskudd	148 543 878	26,3
Salgs- og leieinntekter ekskl. konsesjonskraft	76 783 424	13,6
Andre driftsinntekter, ekskl. mva-kompensasjon	56 862 584	10,1
Andre statlige tilskudd til driftsformål	19 154 614	3,4
Brutto inntekt fra konsesjonskraft, kraftret-tigheter og ar	5 118 044	0,9
Eiendomsskatt totalt	16 093 963	2,9
herav Eiendomsskatt annen eiendom	8 008 831	1,4
herav Eiendomsskatt boliger og fritidseiendommer	8 085 132	1,4
Kompensasjon for merverdiavgift i driftsregnskapet	13 404 808	2,4
Totalt	564 698 946	1000

Kilde: SSB, Statistikkbanken, tabell 13553

Kommunene hadde i 2022 samlede inntekter på om lag 565 milliarder kroner. Om lag 40 % av inntektene kommer fra skatt på inntekt og formue, og om lag 26 % kommer som rammetilskudd fra staten. Dette er gjennomsnittstall. Som vi skal se senere, er det store variasjoner innenfor de ulike inntektstypene mellom kommunene.

Kommunene fordeler inntektene til drift av tjenester, investeringer og enkelte typer kontantoverføringer til personer og bedrifter. Tabell 6.2 viser fordelingen av kommunenes driftsutgifter mellom ulike tjenesteområder i 2022. Utgiftene fordeles etter regnskapsfunksjoner (FGK). Helse- og omsorgstjenestene utgjør den største funksjonen i kommunenes driftsutgifter, med 33,6 %. Deretter kommer utgifter til grunnskole (18 %) og barnehager (11 %). Samlet sett utgjør disse tre tjenestene over 60 % av kommunenes

utgifter. Når kommunene skal prioritere, blir det derfor ofte omfordelinger mellom disse tre tjenestene.

Tabell 6.2

Sammensetningen av kommunenes brutto driftsutgifter, 2022¹

	Beløp (1000 kr)	Andel av totale utgifter (prosent)
FGK1 Politisk styring, administrasjon	18 224 023	3,3
FGK2 Kultursektoren, kommune	21 941 954	4,0
FGK3 Plan, byggesak og miljø, kommune	9 599 214	1,7
FGK4 Næringsforvaltning, kommune	8 695 210	1,6
FGK5 Samferdsel, kommune	11 889 821	2,2
FGK6a Eiendomsforvaltning, kommune	40 465 688	7,3
FGK7 Barnehage	60 772 435	11,0
FGK8b Grunnskole	99 441 823	18,0
FGK9 Helse- og omsorg	185 575 807	33,6
FGK12 Sosialsektoren samlet	24 985 144	4,5
FGK13 Barnevern	15 777 167	2,9
FGK14 Vann, avløp, renovasjon, avfall (VAR)	27 363 853	5,0
FGK15 Kirke	3 782 378	0,7
FGK16 Kommunale boliger	11 643 549	2,1
FGK17 Brann- og ulykkesvern	7 795 821	1,4
Totalt	547 953 887	99,3

Kilde: SSB, Statistikkbanken, tabell 12362

Skatteinntekter og skatteutjevning

Skatt på inntekt og formue kan utformes på flere måter. I Norge er en proporsjonal inntekts- og formuesskatt en viktig skatteform for kommunene. At skatten er proporsjonal, betyr at hver skattyter betaler en prosentvis andel av sin inntekt, uavhengig av inntektsnivået (utover et fribeløp). Inntektene

1 Tabellen summerer seg ikke til 100 % fordi en kommune er utelatt fra fordelingen.

fra den proporsjonale inntektsskatten deles mellom kommunene, fylkeskommunene og staten, mens inntektene fra formuesskatten deles mellom kommunene og staten. Skatteprosentene er lovregulert, men kommunene og fylkeskommunene kan velge skattesatser innenfor et intervall. Etter 1979 har maksimalsatsene vært brukt på inntektsskatten i samtlige av landets kommuner og fylkeskommuner. I 2022 var maksimum for den kommunale skattesatsen for alminnelig inntekt på personlige skattytere 11,1 %, mens maksimum for den fylkeskommunale skattesatsen var 2,45 %. Fellesskatten er den del av den proporsjonale inntektsskatten som går til staten.

Fra og med 2007 har kommunene kunnet skrive ut eiendomsskatt i alle deler av kommunen. Dette har bidratt til at antallet kommuner med eiendomsskatt på bolig har økt betraktelig siden starten av 2000-tallet. I 2023 hadde 322 av 356 kommuner innført eiendomsskatt på en eller annen måte.² I tillegg til eiendomsskatt på bolig kan kommunene skrive ut eiendomsskatt på nærings eiendom, for eksempel fabrikker, kontorer, kraftverker, kraftnett, vindkraftverk og petroleumsanlegg. For noen av kommunene gir denne skatteformen betydelige inntekter. Mens kommunene har små muligheter for å variere skatten på inntekt og formue (den kan kun settes ned), er det større variasjon i nivået på eiendomsskatten. Eiendomsskatten kan dermed benyttes til å øke inntektene, og dermed gi grunnlag for å øke tilbudet av helsetjenester dersom det er ønskelig.

En utfordring ved den proporsjonale skatten på inntekt og formue er at både personinntekter og formue varierer mye mellom enkeltindivider. Dersom enkeltindivider med høye (eller lave) inntekter ikke fordeler seg jevnt mellom kommunene, vil det bli forskjeller i kommunale inntekter. I Norge er det en klar tendens til at individenes inntektsnivå er høyere i byer og i kommunene som er lokalisert rundt de store byene, enn i resten av landet. For ikke å skape store forskjeller i tjenestetilbudet er det derfor etablert en utjevningsordning, som er illustrert i Figur 6.2.

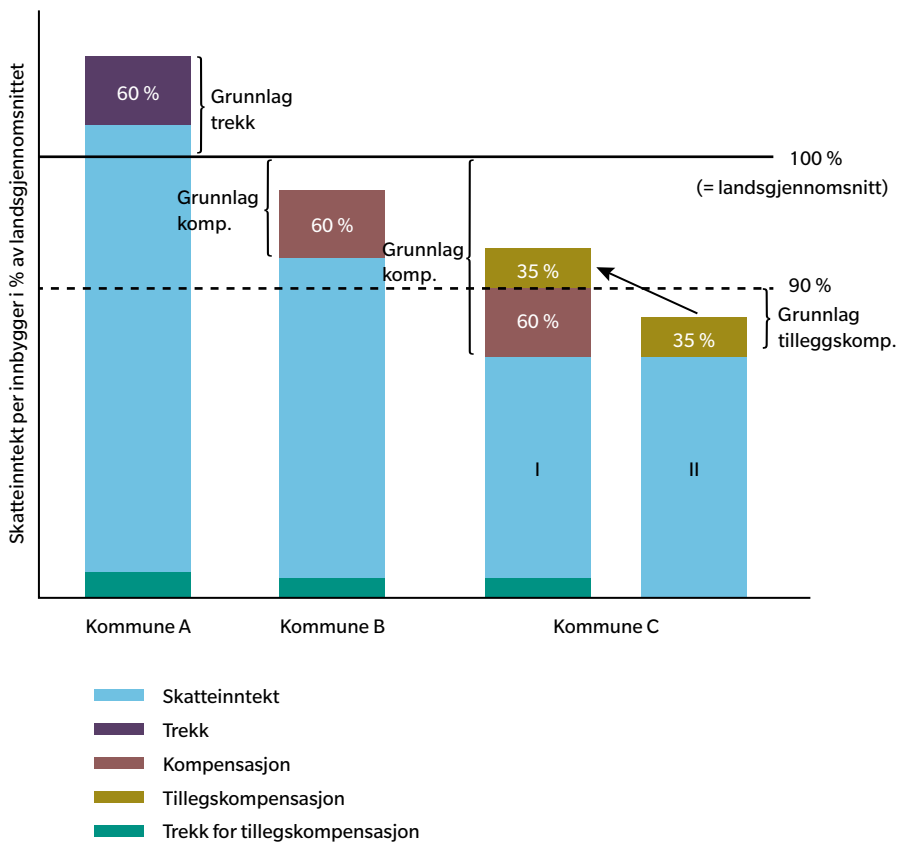
Kommunenes skatteinntekter som utjevnes gjennom inntektsutjevningen, er inntekts- og formuesskatt fra personlige skattytere og naturressursskatt fra kraftforetak. Kommunene har siden 2005 hatt symmetrisk

2 <https://www.ssb.no/offentlig-sektor/kommunale-finanser/artikler/kommuner-med-eiendomsskatt>

inntektsutjevning. Symmetrisk utjevning innebærer at referansenivået i inntektsutjevningen er landsgjennomsnittet for skatt per innbygger, dvs. 100 % av landsgjennomsnittet, og at kompensasjons- og trekkgrad er lik. I 2024 var det 60 % symmetrisk utjevning. Kommuner med skatteinntekter per innbygger under landsgjennomsnittet blir kompensert for 60 % av differansen mellom egen skatteinntang og landsgjennomsnittet. Kommuner med skatteinntekter per innbygger over landsgjennomsnittet får et trekk på 60 % av differansen mellom egen skatteinntang og landsgjennomsnittet. I tillegg blir det gitt en egen kompensasjon for kommuner med svært lave inntekter. Fra 2025 og 2026 økes utjevningen. Målet til Støre-regjeringen er 64 % symmetrisk utjevning fra 2026.

Figur 6.2

Kompensasjons- og trekkordningen i inntektssystemet for kommunene (2023)



Behovsbasert finansiering: Risikojustert innbyggertilskudd

I tillegg til skatteinntektene får kommunene overføringer i form av et innbyggertilskudd fra staten. Innbyggertilskuddet er i utgangspunktet likt for alle innbyggere, men omfordeles deretter mellom kommunene for å kompensere for ufrivillige kostnadsulempere gjennom utgiftsutjevningen. De ufrivillige kostnadsulempene skapes av at norske kommuner har ulik geografi, alderssammensetning og ulike levekår. Noen kommuner har mange barn i skolealder, mens andre kommuner har lange reiseavstander, spredt bosetting og/eller mange eldre som trenger omsorgstjenester. Dette gjør at kommunale tjenester som grunnskole, barnehage og omsorgstjenester ikke koster det samme å tilby i alle kommuner. *Et viktig formål med utgiftsutjevningen i inntektssystemet er å bidra til at kommunene og fylkeskommunene kan gi et likeverdig tjenestetilbud til innbyggerne gjennom å kompensere for slike ufrivillige kostnadsforskjeller.*

Utgiftsutjevningen skjer ved hjelp av en kostnadsnøkkel. Kostnadsnøkkelen består av en rekke kriterier som forklarer hvorfor det er forskjeller i kommunenes utgifter til kommunale tjenester. Eksempler på slike kriterier er antall barn i skolepliktig alder, antall eldre, bosettingsmønstre og reiseavstander i kommunen. Kostnadsnøkkelen sørger for å omfordele innbyggertilskuddet fra kommuner som er rimeligere å drive enn landsgjennomsnittet, til kommuner som er dyrere å drive enn landsgjennomsnittet. Tabell 6.3 viser kostnadsnøkkelen for kommunene for 2025.

Tabell 6.3

Kostnadsnøkkelen for kommunene for 2025

Kriterium	Kriterievekter
Innbyggere 0–1 år	0,0058
Innbyggere 2–5 år	0,1348
Innbyggere 6–15 år	0,2527
Innbyggere 16–22 år	0,0241
Innbyggere 23–66 år	0,1081
Innbyggere 67–79 år	0,0605
Innbyggere 80–89 år	0,0806
Innbyggere 90 år og over	0,0403
Gradert basiskriterium	0,0163
Reiseavstand innen sone	0,0103
Reiseavstand til nabokrets	0,0103

Kriterium	Kriterievekter
Landbrukskriterium	0,0019
Innvandrere 6–15 år, ekskl. Skandinavia	0,0067
Personer med psykisk utviklingshemming 16 år og over	0,0507
Ikke-gifte 67 år og over	0,0474
Dødelighetskriterium	0,0474
Uføre 18–49 år	0,0060
Flyktninger uten integreringstilskudd	0,0078
Opphopingsindeks	0,0088
Aleneboende 30–66 år	0,0180
Barn 0–15 år med enslig forsørger	0,0168
Lavinntektskriteriet	0,0105
Barn 1 år uten kontantstøtte	0,0163
Innbyggere med høyere utdanning	0,0179
Sum	1,0000

Kilde: Inntektssystemet for kommuner og fylkeskommuner (Grønt hefte), 2024³

Kriterievektene (eller kostnadsvektene) viser hvor stor andel av ressursene som fordeles til kommunene basert på ulike demografiske, sosioøkonomiske og helsemessige kriterier. Når dødelighetskriteriet har en vekt på 0,0474, betyr det at 4,74 % av ressursene som fordeles, skal fordeles ut fra andelen døde i den enkelte kommune (dvs. antall døde i den enkelte kommune som andel av antall døde i landet).

Fordelingseffekter

I tillegg til skatteinntekter fra innbyggerne og innbyggertilskuddet fra staten får kommunene overføringer basert på regionalpolitiske forhold som spredtbygghet og næringsstruktur. Tabell 6.4 gir en oversikt over hvordan de ulike elementene i inntektssystemet summerer seg til kommunenes totale inntekter for 6 ulike kommuner i 2021 (jf. Fiva mfl., 2021).

3 https://www.regjeringen.no/contentassets/744de1ad6f0f4df09311c33edd01ae99/2024/h-2548-n_inntektssystemet_2024.pdf

Tabell 6.4

Oversikt over skatteinntekter og ulike tilskudd per innbygger for utvalgte kommuner, 2021

Kommune	(1) Skatte- inn- tekter*	(2) Skatt i % av lands- gjennom- snittet	(3) Inn- tektsut- jevning	(4) Skatte- inntekter etter utjevning	Inn- bygger- tilskudd	(5) Innbygger- tilskudd etter utjevning	(6) Distrikts- tilskudd Sør-Norge	(7) Distrikts- tilskudd Nord- Norge	(8) Region- senter- til- skudd	(9) Vekst- til- skudd	(10) Stor- bytil- skudd	(11) Skjønns- tilskudd	(12) Ramme- tilskudd (sum 5-11)	(13) Frie inntekter (4+12)
Asker	42 612	124	-6 766	35 846	24 761	24 588	0	0	105	0	0	0	24 694	60 540
Tynset	25 636	81	4 506	30 143	24 761	31 424	1 135	0	0	0	0	179	32 738	62 882
Bjørna- fjorden	28 611	97	1 681	30 292	24 761	11 696	0	0	204	0	0	221	12 121	42 413
Trondheim	31 575	102	-144	31 431	24 761	20 116	0	0	0	29	393	6	20 544	51 975
Tromsø	31 005	104	-198	30 807	24 761	19 765	0	3 570	0	0	0	341	23 676	54 483
Gamvik	25 867	78	4 288	30 155	24 761	40 949	0	20 261	0	0	0	931	62 140	92 295

Kolonne (1) viser skatteinntekter per innbygger, og kolonne (3) viser inntektsutjevning per innbygger, basert på tall fra 2021. Asker har skatteinntekter på 124 % av landsgjennomsnittet (kolonne 2) og må derfor betale inn til fellesskapet. Tynset og Gamvik, som har inntekter på henholdsvis 81 og 78 % av landsgjennomsnittet, mottar derimot tilskudd. Variasjonen i kommunale inntekter reduseres altså vesentlig etter utjevningen, men ikke fullt ut (jf. figur 6.2). Fra 2025 og 2026 blir skatteutjevningen, som nevnt, økt noe ved at kommunene med de høyeste skatteinntektene betaler mer inn til fellesskapet, og kommunene med de laveste skatteinntektene får mer i tilskudd.

Alle kommunene får i utgangspunktet et likt innbyggertilskudd (i 2021 på kr 24 761 kroner per innbygger). Innbyggertilskuddet skal dekke utgiftene ved et standard tjenestetilbud over hele landet. For de fleste tjenestene som kommunene har ansvar for, er det betydelige forskjeller både i etterspørsel og i produksjonskostnader. Noen kommuner har mange yngre, mens andre har mange eldre innbyggere. Det er også billigere å drive pleie- og omsorgstjenester i tettbygde strøk enn i spredtbygde strøk, for eksempel fordi reisetidene mellom brukerne av hjemmetjenester varierer. Disse forholdene bidrar til at Trondheim kommune er relativt billigere å drive per innbygger enn Tynset kommune. Inntektssystemet jevner ut slike kostnadsforskjeller (kolonne 5) ved at Trondheims innbyggertilskudd justeres litt ned, mens innbyggertilskuddet til Tynset justeres opp.

Kolonne (6) og (7) viser de distriktspolitiske tilskuddene. Tynset er et eksempel på en kommune som mottar Distriktstilskudd Sør-Norge, mens Gamvik mottar Distriktstilskudd Nord-Norge. Disse tilskuddene varierer med *Distriktsindeksen*, som uttrykker graden av distriktsutfordringer i en kommune, og som samtidig skal gjenspeile målsettinger i distrikts- og regionalpolitikken. Sentralt i distriktsindeksen er indikatorer som beskriver forutsetninger for utvikling og faktisk utvikling. Distriktsindeksen brukes for å sammenlikne kommuner og regioner med hverandre.⁴ Også Distriktstilskudd Nord-Norge varierer med fylke og er lavest i Nordland, høyere i Troms og høyest i Finnmark. Det tidligere småkommunetilskuddet, som ble gitt til kommuner med under 3000 innbyggere, er nå inkludert i de to distriktstilskuddene.

4 Les mer om Distriktsindeksen her: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/distriktsindeksen-2017/id2614814/>

Regionsentertilskuddet (kolonne 8) gis til kommuner som er slått sammen i forbindelse med kommunereformen. Bjørnafjorden kommune er en sammenslåing av Os og Fusa kommuner i Vestland fylke. Siden Bjørnafjorden etter sammenslåingen får et folketall over 8000 innbyggere, blir de tildelt regionsentertilskuddet. Regionsentertilskuddet er fjernet fra 2025. Vekst-, storby- og skjønsmessige tilskudd framgår av kolonne (9), (10) og (11). Trondheim kommune er et eksempel på en kommune som har hatt en særlig høy befolkningsvekst de siste tre årene, og mottar derfor veksttilskudd. Trondheim er også et eksempel på en kommune som mottar storbytilskudd.

Kolonne (12) viser samlede rammetilskudd til kommunene, altså summen av kolonne (5) til (11). Kolonne (13) viser samlede «frie» inntekter, som er summen av skatteinntekter (unntatt eiendomsskatt) og rammeoverføringer. Inntektssystemet gjør at Gamvik framstår som den kommunen i vårt utvalg som har de høyeste totale inntektene per innbygger. Bildet har altså endret seg vesentlig fra utgangspunktet. Mens Gamvik hadde en skatteinntekt per innbygger som lå om lag 40 % under Askers, får Gamvik en samlet inntekt per innbygger gjennom skatt og inntektssystemer som ligger om lag 27 % høyere enn Asker. Tabellen illustrerer at beliggenhet i næringssvake distrikter og størrelsen på kommunen har stor betydning for det beløpet kommunene mottar per innbygger.

Utenfor inntektssystemet representerer den regionalt differensierte arbeidsgiveravgiften en kostnadsfaktor for kommuner og fylkeskommuner. Arbeidsgiveravgiften beregnes som en prosent av lønnskostnadene og varierer fra 14,1 % i sentrale strøk til 0 % i Nord-Troms og Finnmark. Totaleffekten av overføringssystemet og differensieringen av arbeidsgiveravgiften er en betydelig høyere kommunal sysselsetting og et bedre utbygget tjenestetilbud i utkantkommunene enn i sentrale kommuner.

Den samlede effekten av skatteinntekter, arbeidsgiveravgift, overføringer m.m. er illustrert i tabell 6.5, der vi har tatt hensyn til kommunenes behov. Tabellen viser frie inntekter i prosent av landsgjennomsnittet i 2022 etter at det er korrigert for variasjoner i utgiftsbehov for kommunene. Landsgjennomsnittet er satt til 100. Noen av kraftkommunene, som Bykle, Eidfjord og Suldal, har inntekter etter korrigering for behov som ligger 100–170 % over landsgjennomsnittet. Tilsvarende gjelder for kommuner

med ilandføringsanlegg for olje og gass, som Aukra, og kommuner med mye fiskeoppdrett, som Lekka og Rødøy. Ser vi på innbyggertallene til disse kommunene, vil vi finne at de alle er nokså små kommuner. Kommuner med lave inntekter i forhold til behovene finner vi i høyre del av tabellen. Dette er ofte middelstore kommuner som ligger i Sør-Norge.

Tabell 6.5

Korrigerte frie inntekter inkl. eiendomsskatt, konsesjonskraft-/hjemfallsinntekter, havbruksfond og fordel av differensiert arbeidsgiveravgift.
Landsgjennomsnittet = 100

Kommuner med høyest inntekt etter justering for behov		Kommuner med lavest inntekt etter justering for behov	
4222 Bykle	270	5038 Verdal	92
4619 Eidfjord	246	1121 Time	91
1134 Suldal	241	1515 Herøy	91
4629 Modalen	235	1531 Sula	91
4641 Aurland	228	3027 Rælingen	91
1547 Aukra	194	3047 Modum	91
3825 Vinje	194	3446 Gran	91
1151 Utsira	184	3803 Tønsberg	91
5432 Loppa	184	5027 Midtre Gauldal	91
5033 Tydal	183	1120 Klepp	90
4228 Sirdal	182	3005 Drammen	90
3044 Hol	179	3036 Nannestad	90
5052 Leka	179	3048 Øvre Eiker	90
1836 Rødøy	178	3804 Sandefjord	90
5049 Flatanger	173	1119 Hå	89
3454 Vang	172	3028 Enebakk	89
5434 Måsøy	171	3805 Larvik	89
4618 Ullensvang	166	4627 Askøy	89
3824 Tokke	163	5035 Stjørdal	89
5438 Lebesby	163	3801 Horten	88

Kilde: Kommunal- og regionaldepartementet

6.2 Øremerkede tilskudd

Staten overfører også penger til kommunene for å påvirke deres prioriteringer. Dette gjøres gjennom ulike tilskuddsordninger som gjerne går under samlebetegnelsen øremerkede tilskudd. For eksempel eksisterer et øremerket tilskudd til investering i omsorgsboliger og sykehjem. I 2020 utgjorde denne typen tilskudd 33,1 milliarder kroner, eller om lag 13 % av kommunesektorens samlede inntekter.⁵

En klassisk form for øremerkede tilskudd er at staten subsidierer deler av kostnaden ved å tilby en tjeneste. For å forstå hvordan et slikt *prisvridende tilskudd* vil virke sammenliknet med et rammetilskudd, kan vi benytte standard konsumentteori. Tenk deg at en kommune tilbyr to tjenester, og at volumet av tilbudene er X_1 og X_2 . Kommunen påføres gitte kostnader p_1 og p_2 for hver enhet av tjenestene som tilbys. Dette kan for eksempel være kostnaden ved å ha en elev i grunnskolen eller en person i sykehjem i ett år. La oss også forutsette at kommunen har en gitt inntektsramme R , som utelukkende brukes til disse to tjenestene. Utgangspunktet for kommunens tilpasning blir da budsjettbetingelsen $R = p_1X_1 + p_2X_2$.

Staten kan nå gi tilskudd på to måter (se Fiva mfl., 2021):

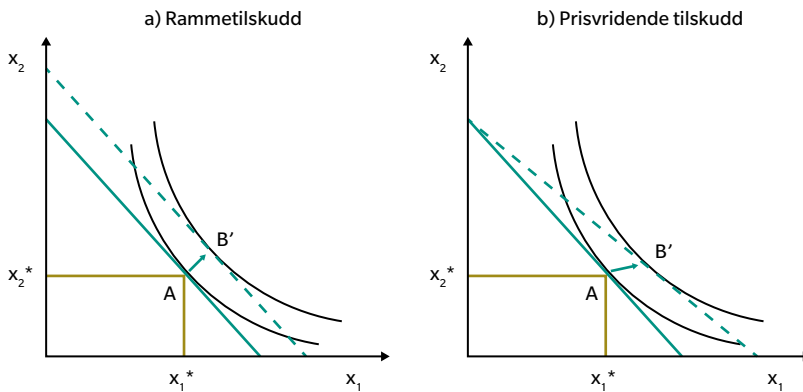
- Hvis staten gir overføringen som *rammetilskudd*, får kommunen en ubundet overføring R^* , slik at den nye budsjettbetingelsen blir $R^* + R = p_1X_1 + p_2X_2$. De to budsjettbetingelsene er illustrert i figur 6.3a. Vi får en parallellforskyvning av budsjettskranken, og tilpasningen endrer seg fra A til B. Dette innebærer en økning i tilbudet av begge tjenestene. Rammetilskuddet har en ren inntektseffekt.
- Hvis kommunen får overføringen som et *prisvridende tilskudd*, betyr det at staten gir et fast kronetilskudd for hver enhet kommunen tilbyr. For å ta et relevant eksempel: Staten kan gi et fast tilskudd s per (fulltids) plass i sykehjem. Hvis vi lar sykehjem være sektor 1, blir kommunens nettokostnader per sykehjemsplass $(p_1 - s)$, og den nye budsjettskranken blir $R = (p_1 - s)X_1 + p_2X_2$. Figur 6.3b illustrerer denne situasjonen. Vi ser at budsjettbetingelsen flyttes utover og får en vridning fordi syke-

5 I tillegg kommer 38 961 millioner kroner i øremerkede tilskudd utenfor kommuneopp-
legget (tilskudd til flyktninger og asylsøkere, og kompensasjon for merverdiavgift).

hjemsplasser har blitt relativt billigere for kommunen. Tilskuddet har både en substitusjons- og en inntektseffekt, slik at tilpasningen endrer seg fra A til B'. Prisvridende tilskudd fører dermed til at tilbudet av sykehjemsplasser – altså den tjenesten som staten subsidierer – øker mer enn om et tilsvarende beløp hadde blitt gitt som et rammetilskudd.

Figur 6.3

Effekter av rammetilskudd og prisvridende tilskudd



Kilde: Fiva mfl. (2021)

Hvorfor bør staten bruke prisvridende tilskudd? En grunn kan være at myndighetene ønsker å bygge opp nye kommunale tilbud, og at disse samtidig står svakt i prioriteringskampen mot etablerte tjenester. Et prisvridende tilskudd gir en større ekspansjon i de tjenestene staten vil at kommunene skal bygge ut, og er særlig velegnet når det ikke er hensiktsmessig å bruke lovpålagte minstestandarder eller individuelle rettigheter. I Norge har utbyggingen av barnehagene blitt stimulert ved et prisvridende tilskudd i en lang periode på 1990- og 2000-tallet. De siste 15 årene har det blitt gitt prisvridende tilskudd til investeringer i sykehjem og omsorgsboliger.

Prisvridende tilskudd har også fordelingsmessige konsekvenser. Størrelsen på de prisvridende overføringene S er proporsjonale med tjenestevolumet, det vil si $S = sX_1$. En rik kommune vil i utgangspunktet ha råd til å gi et godt tilbud i alle sektorer, og den vil derfor motta mer i prisvridende tilskudd enn en fattig kommune.

6.3 Hva betyr kommunale inntektsvariasjoner for variasjoner i tjenestetilbudet?

Som vi så i forrige avsnitt, benyttes kommunesektoren i Norge også til andre oppgaver enn tjenesteproduksjon, blant annet til å nå regionalpolitiske målsettinger ved at kommuner i næringssvake områder tildeles egne overføringer. Det siste spørsmålet vi stiller i dette kapittelet, er om variasjoner i kommunale inntekter påvirker kommunenes utgifter til pleie- og omsorgstjenestene, og sannsynligheten for at den enkelte brukeren får tildelt tjenester. Sagt med andre ord: Er det en potensiell konflikt mellom målene om likeverdighet i pleie- og omsorgstjenestene og variasjoner i kommunenes inntektsnivå, der både variasjon i skatteinntektene og de regionalpolitiske tilskuddene inngår som viktige elementer?

Mer konkret spør vi om inntektsvariasjonene mellom kommunene påvirker 1) sannsynligheten for å få bestemte tjenester og 2) variasjonene i utgifter til den enkelte brukeren.

Tabell 6.6 gir oss de statistiske effektene fra en flernivåanalyse av tildeling av sykehjemsplass (langtidsopphold) (Hagen, 2024). I gjennomsnitt har 19,5 % av de analyserte fått langtidsplass i sykehjem.⁶ Som vist i modell 2, øker odds ratioen (OR) for å få tildelt sykehjemsplass med alder. Økningen er om lag 7 % per år. Av diagnosevariablene slår demensdiagnose sterkt ut. Personer med demens har en OR på over 9, mens ingen av de andre diagnosevariablene har OR over 2. Variabelen som beskriver alvorlighet, operasjonalisert ved nærheten til død, har en OR på 3,3. I modell 3 inkluderes kommunale inntekter per innbygger kategorisert i fire grupper (kvartiler). Det er ingen signifikante forskjeller mellom de tre laveste kvartilene. Derimot er oddsratioen for å få sykehjemsplass hele 37 % høyere for innbyggere over 70 år som bor i kommunene i den høyeste inntektskvartilen sammenliknet med den laveste.

6 Modell 1 i en flernivåanalyse estimeres uten uavhengige variabler. Målet er å bestemme den ubetingede fordelingen på den avhengige variabelen og hvor mye av variansen som knyttes til nivå-2 i analysen, altså til kommunenivået. I dette tilfellet er vel 11 prosent av variasjonen i oddsen for å få sykehjemsplass knyttet til kommunenivået. Dette betyr at 89 prosent av variasjonen er forbundet med variasjon på brukernivå. Modell 1 vises ikke i tabellen.

Tabell 6.6

Sannsynligheten for å få tildelt sykehjemsplass (langtidsopphold). Odds ratioer (OR) med konfidensintervall. Tilfeldig utvalg av 42 000 brukere av kommunale tjenester, 70 år eller eldre (2019).

	Modell 2			Modell 3		
Variabel	Punkt- estimat	95 % Wald konfidensintervall		Punkt- estimat	95 % Wald konfidensintervall	
Individ-/brukernivå-variabler						
Mann (referanse= kvinne)	0,88	0,82	0,95	0,88	0,82	0,95
Alvorlighet (død i jan-feb 2020 vs. død senere)	3,33	2,87	3,88	3,48	2,99	4,05
Alder	1,07	1,06	1,07	1,07	1,06	1,07
Sykdommer (referanse = 0)						
Demens	9,44	8,78	10,17	9,48	8,81	10,21
Psykiske lidelser	1,58	1,47	1,72	1,59	1,47	1,73
Rusmisbruk	1,72	1,37	2,15	1,71	1,37	2,13
Kreft	0,87	0,79	0,97	0,88	0,80	0,98
Diabetes	1,04	0,95	1,14	1,05	0,96	1,15
Hjertelidelser	0,97	0,90	1,03	0,97	0,91	1,04
Lungelidelser	0,92	0,84	1	0,93	0,85	1,01
Nevrologiske lidelser	1,89	1,75	1,04	1,91	1,77	2,07
Psykisk utvikl hemmi	1,48	1,04	2,10	1,53	1,08	2,17
Andre lidelser	1,23	1,12	1,34	1,25	1,14	1,36
Kommunenivå-variabler (referanse = laveste nivå)						
Kommunale inntekter – andre kvartil	–	–	–	0,82	0,60	1,13
Kommunale inntekter – tredje kvartil	–	–	–	1,07	0,82	1,40
Kommunale inntekter – fjerde kvartil	–	–	–	1,37	1,05	1,77
N	25082			25082		
Pearson Chi-square/DF	0,95			0,95		
-2LogLikelihood	23473			23455		

Tabell 6.7 viser de statistiske effektene fra en flernivåanalyse av utgifter per bruker. I gjennomsnitt er utgiftene per bruker om lag kr 267 000 per år, men de varierer fra kr 2 til over kr 900 000. Variasjon forbundet med kommunenivået er moderat – knapt 6 %. Dette betyr at 94 % av variasjonen i utgifter per bruker er forbundet med variasjon på brukernivå. Modell 2 gir oss effektene av de individspesifikke variablene.

Tabell 6.7

Utgifter per bruker analysert som funksjon av individuelle kjennetegn og kommunale inntekter (2019). Flernivåanalyse av et tilfeldig utvalg av brukere av pleie- og omsorgstjenester.

	Modell 2		Modell 3	
Variabel	Punkt- estimat	Pr> t	Punkt- estimat	Pr> t
Konstantledd	0,47 (0,53)	0,917	-7,07 (1,85)	<,001
Individ-/ brukernivå-variabler				
Mann (referanse= kvinne)	-0,10 (0,02)	<,001	-0,10 (0,02)	0,001
Alvorlighet (død i jan–feb 2020 vs senere)	0,78 (0,05)	<,001	0,79 (0,05)	<,001
Alder (log)	3,79 (0,12)	<,001	3,79 (0,12)	<,001
Sykdommer (referanse=0)				
Demens	1,41 (0,03)	<,001	1,42 (0,03)	<,001
Psykiske lidelser	0,42 (0,03)	<,001	0,42 (0,03)	<,001
Rusmisbruk	0,53 (0,07)	<,001	0,54 (0,07)	<,001
Kreft	0,10 (0,03)	<,001	0,10 (0,03)	<,001

	Modell 2		Modell 3	
Variabel	Punkt- estimat	Pr> t	Punkt- estimat	Pr> t
Diabetes	0,14 (0,03)	<,001	0,15 (0,03)	<,001
Hjertelidelser	0,03 (0,02)	0,24	0,03 (0,02)	0,25
Lungelidelser	0,11 (0,03)	<,001	0,11 (0,03)	<,001
Nevrologiske lidelser	0,65 (0,02)	<,001	0,65 (0,02)	<,001
Psykisk utvikl.hemmi	2,05 (0,10)	<,001	2,07 (0,10)	<,001
Andre lidelser	0,24 (0,03)	<,001	0,24 (0,03)	<,001
Kommunale inntekter (log)	–	–	0,69 (0,16)	<,001
N	25 082		25 082	
-2LogLikelihood	94 546		94 528	

De fleste variablene har signifikante effekter. Mannlige brukere har 10 % lavere utgifter enn kvinnelige brukere. En økning i alder med 1 % øker utgiftene per bruker med 3,79 %. Pasienter som er klassifisert med alvorlige lidelser, og som altså har kort tid igjen til død, har 78 % høyere utgifter enn de som ikke er i den gruppen, alt annet likt. Av diagnosevariablene merker vi oss at brukere med psykisk utviklingshemming har betydelig høyere kostnader enn andre.

Inklusjon av kommunale inntekter endrer tilpasningen av modellen lite (se -2LogLikelihood i modell 1 og modell 2). Variasjoner i kommunale inntekter har imidlertid effekter på utgiftsnivået hos den enkelte brukeren.

En økning i kommunale inntekter på 1 % gir en økning i utgiftene per bruker på 0,69 %. Dette er en betydelig effekt. Det betyr også at inntektselastisiteten er mindre enn 1, dvs. at variasjonene i inntekter er høyere enn variasjonen i utgifter. Pleie- og omsorgstjenestene er nødvendighetsgoder.

Konklusjonen er altså at kommunenes inntektsnivå har betydning både for sannsynligheten for å få tildelt bestemte tjenester, her illustrert ved tildelingen av sykehjemsplasser, og for det generelle nivået på tjenestene til den enkelte brukeren. Når det gjelder sykehjemsplasser, er det kommuner med de aller høyeste inntektene (inntekter i den høyeste kvartilen) som skiller seg ut med en høyere sannsynlighet for å få tildelt sykehjemsplass. Når det gjelder utgifter per bruker, øker de med kommunenes inntekter, men elastisiteten er lavere enn 1. Det innebærer at ulikheten i utgifter per bruker er lavere enn ulikheten i kommunale inntekter. Funnene er stort sett i tråd med tidligere analyser (Borge mfl., 2014; Hagen mfl., 2011; Langørgen, 2004).

Det er flere kilder til ulikhet i kommunale inntekter – noen av kildene gir ønsket variasjon i inntekter, andre gir uønsket variasjon. Ønskede variasjoner i inntekter skapes av behovsjusteringen av innbyggertilskuddet som vi har beskrevet over. Staten tildeler først alle kommunene et likt tilskudd per innbygger. Deretter justeres innbyggertilskuddet for å fange opp ulikheter i behov, for eksempel mange eldre, og kostnader i produksjonen, for eksempel forbundet med spredt bebyggelse. Kommunene vil på denne måten kunne gi et likeverdig tilbud av tjenester selv om behovene og kostnadsforholdene varierer.

Ulikhet i skatteinngang og de regionalpolitiske tilskuddene gir derimot uønsket variasjon i inntekter dersom målet er å gi et likeverdig tilbud over hele landet. Argumentet for ikke å utjevne skatteinntektene, inklusive kraftinntektene, fullt ut, er at en vil gi kommunene et insentiv til å tiltrekke seg næringsliv og personlige skattebetalere. Mange mener at dette er et av de grunnleggende argumentene for kommuneinstitusjonen. De regionalpolitiske tilskuddene har som begrunnelse at en vil opprettholde spredt bosetting. Disse forholdene, særlig den store variasjonen i kraftinntekter og regionalpolitiske tilskudd, gir imidlertid betydelig ulikhet i tilbudet av tjenester, inklusive pleie- og omsorgstjenester. Statens prioriteringer av disse forholdene har effekter for kommunenes muligheter til å tilby tjenester.

Perverterer distriktspolitikken helse- og velferdspolitikkenes målsettinger om likeverdig tilbud for gitte behov? Svaret er ja, men det må nyanseres. Det er også andre kommuner enn de som mottar høye regionalpolitiske overføringer

blant de kommunene som har de høyeste inntektene. Kommuner med høye skatter fra inntekts- og formuesskatt er representert selv om de ikke er mange. Derimot inneholder gruppen av høyinntektskommuner mange kommuner med inntekter fra kraftverk- og petroleumsvirksomhet. Dette er riktignok kommuner som ligger i distriktene, men kildene til de høye inntektene er ikke de regionalpolitiske overføringene, men eiendomsskatt fra verk og bruk.

Har problemet en løsning? Ja, problemet har to mulige løsninger, men ingen av dem er særlig sannsynlige. Pleie- og omsorgstjenestene kan flyttes til et annet forvaltningsnivå, for eksempel fylkeskommunene, slik det nå har skjedd i Finland, eller til helseforetakene. Løsningene vil, i tillegg til å gi et mer rettferdig tilbud av tjenester, gi muligheter for å hente ut stordriftsfordeler. Men vi kan også organisere de regionalpolitiske tilskuddene annerledes. Distriktpolitikken kan legges om fra et system som er basert på at sysselsettingen skal sikres gjennom tilsetning i kommunen, til et system mer basert på skatteinsentiver i privat sektor.

6.4 Oppsummering

Dette kapittelet analyserer kommunenes finansiering og hvordan inntektsvariasjoner påvirker tilbudet av helse- og omsorgstjenester. Kapittelet viser at det eksisterer en positiv sammenheng mellom kommunenes inntektsnivåer og tjenestetilbud, som illustrert ved antall sykehjemsplasser per innbygger.

Kommunene henter hovedsakelig inntekter fra to kilder: skatt på inntekt og formue (ca. 40 %) og rammeoverføringer fra staten (ca. 26 %). Helse- og omsorgstjenester utgjør den største utgiftsposten med 33,6 % av kommunenes driftsutgifter, fulgt av grunnskoler (18 %) og barnehager (11 %).

Norge har symmetrisk inntektsutjevning på 60 % (økes til 64 % fra 2026) som reduserer forskjeller i skatteinntekter mellom kommunene. Innbyggertilskuddet omfordres gjennom en kostnadsnøkkel som kompenserer for ufrivillige kostnadsforskjeller knyttet til demografi, geografi og levekår. I tillegg gis regionalpolitiske tilskudd til distriktskommuner.

Staten bruker prisvridende tilskudd for å påvirke kommunenes prioriteringer. Disse har både substitusjons- og inntektseffekt og fører til større

utbygging av subsidierte tjenester enn rammetilskudd. Samtidig har de fordelingsmessige konsekvenser da rike kommuner mottar mer enn fattige kommuner.

Empiriske analyser viser at kommunale inntektsvariasjoner har betydelige effekter på både sannsynligheten for å få tjenester og utgiftsnivået per bruker. Innbyggere i kommuner med høyest inntekter har 37 % høyere sannsynlighet for å få sykehjemsplass, og en økning i kommunale inntekter på 1 % gir 0,69 % økning i utgifter per bruker. Dette skaper en konflikt mellom likeverdighetsmålsettingen og regionalpolitiske hensyn. Kapittelet konkluderer med at distriktspolitikken delvis «perverterer» helse- og velferdspolitikken målsettinger om likeverdige tilbud.

SPØRSMÅL OG OPPGAVER TIL KAPITTEL 6

1. Forklar prinsippene bak den symmetriske inntektsutjevningen. Hvorfor utjevnes ikke skatteinntektene 100 %, og hvilke argumenter finnes for og mot høyere utjevningsgrad?
2. Beskriv hvordan kostnadsnøkkelene fungerer og diskuter relevansen av de ulike kriteriene i tabell 6.3. Er alle kriteriene like rimelige?
3. Sammenlign effektene av rammetilskudd versus prisvridende tilskudd ved hjelp av figur 6.3. Under hvilke omstendigheter bør staten velge prisvridende tilskudd?
4. Analyser tabell 6.4 som viser inntektsfordelingen mellom ulike kommuner. Hvordan endres den relative posisjonen til kommunene gjennom utjevningssystemet?
5. Diskuter de empiriske funnene i tabell 6.6 og 6.7 om sammenhengen mellom kommunale inntekter og tildeling av sykehjemsplasser/utgifter per bruker. Hva forteller dette om rettferdigheten i fordelingen av tjenestene?
6. Vurder kraftkommunenes spesielle stilling (tabell 6.5). Hvilke argumenter finnes for og mot at disse kommunene beholder sine høye inntekter?
7. Analyser konflikten mellom regionalpolitiske målsettinger og likeverdighetsprinsippet i helsepolitikken. Hvilke løsningsforslag presenteres i kapittelet?
8. Kritisk vurdering: Er det en uløselig konflikt mellom kommunal autonomi, regionalpolitiske hensyn og likeverdige helsetjenester? Diskuter alternative organiseringsmodeller.

Godager, G. (2026). Allmennlegetjenestene. I T. P. Hagen, G. Godager, J. Kinge & E. Aas (Red.), *Organisering og finansiering av helse- og omsorgstjenester: En innføring* (s. 151–176). Fagbokforlaget. <https://doi.org/10.55669/oa180907>

7

Allmennlegetjenestene

Geir Godager

Allmennlegetjenestene er ofte første møtepunktet mellom befolkningen og helsetjenestene. I henhold til Borchgrevink (2019) er allmennmedisin «... en medisinsk spesialitet som omfatter den generelle, forebyggende og behandlende medisin i kommunehelsetjenesten (primærhelsetjenesten)». Allmennlegetjenestene inkluderer fastlegeordningen, legevakt samt offentlig allmennmedisinsk legearbeid ved helsestasjon og skolehelsetjeneste, og tilsynslegearbeid ved sykehjem og andre institusjoner. Offentlig allmennmedisinsk legearbeid leveres gjerne av leger som utfører dette legearbeidet ved siden av privat praksis.

Fastlegeordningen utgjør hoveddelen av de allmennmedisinske tjenestene som leveres, og de aller fleste pasientkonsultasjoner leveres av allmennleger som har en fastlegeavtale. Fastlegen skal fungere som en primærhelsekontakt for pasientene, og er ofte det første kontaktpunktet når noen trenger medisinsk hjelp eller rådgivning. Dette innebærer både akutte situasjoner og langsiktig helseoppfølging, herunder forebyggende tiltak, kronisk sykdomsbehandling og helserelaterte livsstilsråd.

Fastleger i Norge har i dag ansvaret for å vurdere hvilke pasienter som skal henvises videre til spesialisthelsetjenesten, en oppgave som ofte omtales som «portvaktrollen». Henvisningsordninger finnes i mange land, men praktiseringen kan variere betydelig. Henvisningsvurderinger er komplekse og krever en balansert vurdering av pasientens medisinske tilstand, ressurstilgangen i spesialisthelsetjenesten samt økonomiske og organisatoriske hensyn. Ved siden av bred medisinsk kunnskap trenger fastlegen også forståelse for helsevesenets strukturer og ressurser for å kunne gi gode råd.

I dette kapittelet starter vi med en beskrivelse av etableringen av fastlegeordningen (7.1). Deretter løfter vi fram diskusjonen av legenes avlønningsordninger og diskuterer økonomiske insentiver generelt (7.2), for fastlegene (7.3) og kommunene (7.4). Videre i kapittelet diskuteres kapasitetsutfordringene i fastlegeordningen fra 2016, og hvordan disse utfordringene er forsøkt håndtert (7.5). Til slutt diskuteres hva som påvirker henvisninger til spesialisthelsetjenestene (7.6).

7.1 Innføring av fastlegeordningen – fra legemangel til pasientmangel

Fastlegeordningens organisering og finansiering ble utviklet som et svar på 1990-tallets utfordringer i allmennlegetjenesten. Relevante kilder med situasjonsbeskrivelser av primærhelsetjenesten fra 1990-tallet inkluderer St.meld. nr. 23 (1996–1997) og økonomievalueringen utført i forsøkskommunene (Iversen & Lurås, 1996). Beskrivelsene av allmennlegetjenesten fra tiden før fastlegereformen har fortsatt høy grad av aktualitet.

Regionale forskjeller i tilgjengelighet til allmennleger preget 1990-tallets allmennlegetjeneste. I usentrale kommuner var det stor utskiftning av leger, og bruken av korttidsvikarer hadde et betydelig omfang. I deler av Nord-Norge var det vanlig med hyppige bytter av allmennlege, og pasienter måtte ofte vente flere uker på konsultasjon. I Sør-Norge var situasjonen samtidig preget av langt bedre muligheter for kort ventetid på legetime, og pasientene hadde gjerne flere leger å velge mellom.

I St.meld. nr. 23 (1996–1997) beskrives problemene fra et pasientperspektiv, fra legenes perspektiv og fra myndighetenes perspektiv:

- *Pasientenes perspektiv:* Pasientene opplever at det er «vanskelig å slippe til». Det oppleves vanskelig å nå legen på telefon. Mange leger tar ikke imot nye pasienter, og ventetiden for timeavtale er for lang. Pasientene opplever ofte å få ny lege, og at legen har for lite tid.
- *Legenes perspektiv:* Allmennlegene opplever usikkerhet om hvem som er deres pasienter. Journalarkivene kan inneholde journaler fra flere tusen pasienter, men mange av journalene er for pasienter som bare har oppsøkt legekontoret for engangskonsultasjon. Det gis beskrivelser av legekantor som har ti ganger så mange journaler som antall pasienter som praksisen skulle dekke. Det beskrives som vanskelig å gjøre en god jobb når det er uklart hvilke pasienter som er enkelt-legens ansvar. Rollen som portvakt beskrives som utfordrende, såkalt «doktorshopping» er et kjent fenomen, og det er store variasjoner i legenes forskrivningspraksis.
- *Myndighetenes perspektiv:* Myndighetene opplever at det store mangfoldet i avlønnings- og tilknytningsformer for allmennlegene gjør det vanskelig for både statlige og kommunale myndigheter å få god nok

oversikt til å kunne lage gode planer for virksomheten. Det er vanskelig å styre, og dårlig kontroll over utgiftene til tjenesten. Det beskrives som nødvendig med flere leger som blir værende over tid.

I forkant av fastlegereformen i 2001 ble det gjennomført et forsøk i perioden 1993–1996 i kommunene Åsnes, Lillehammer, Trondheim og Tromsø. Etter forsøksperioden valgte kommunene å fortsette forsøksordningen fram til fastlegeordningen ble nasjonal.

Den nasjonale fastlegeordningen (FLO) ble innført fra 1. juni 2001. Fastlegereformen innebar to sentrale endringer: innføring av system med pasientlister og ny modell for betaling av privatpraktiserende allmennleger. Med pasientlister ble lege-pasienttilknytningen formalisert. Listesystemet skulle etablere bedre muligheter for kontinuerlig og personlig oppfølging av én allmennlege over tid. Målsetningen var at listesystemet skulle forbedre kontinuiteten og kvaliteten på behandlingen, blant annet ved å gi legen bedre innsikt i den enkeltes behandlingshistorikk.

Stykkprisbetaling basert på normaltariffen ble videreført i fastlegeordningen. Reformen innebar at ordningen med et fast årlig driftstilskudd til privatpraktiserende allmennleger ble avskaffet. Det faste driftstilskuddet i forskjellige klasser (se Tabell 7.1) ble erstattet av per capita-betaling, som innebærer at legen mottar en fast sats per person på listen.

I en del kommuner ble løsninger med kommunalt ansatte allmennleger videreført. Ifølge Godager mfl. (2005, side 33) var 18 % av legeårsværkene lønsmottakere i 1999 og 2000. Med fastlegereformen ble fastlønnandelen redusert til 13 %.

Figur 7.1

I januar 2001 ble innbyggerne invitert til å velge sin fastlege. De kunne angi de fastlegealternativene de foretrakk mest. Valget kunne gjøres via telefon, brev eller internett, og fristen for å melde inn sine ønsker var satt til 1. mars 2001.

"Jeg vil ha fastlege – hva gjør jeg nå?"
Du har fire muligheter når du skal velge fastlege.
1. Du kan fylle ut svarskjemaet og sende det inn.
2. Du kan ringe til svarstelefonen: 800 31 111. Søk for å ha fastlege nummeret ditt, pin-koden (tallkoden) fra svarskjemaet og legeversiklen klar når du ringer.
3. Du kan bruke internett: www.fastlegeordningen.dep.no (Husk fastlege nummeret og pin-koden.) Svarstelefon og internett er også tilgjengelig på samisk/engelsk/urdu.
4. Hvis du ikke svarer, blir du tildelt en fastlege i nærheten av der du bor.
Hvis du vil ha brosjyren på nynorsk, samisk, engelsk eller urdu, kan du ringe informasjonstelefonen som står under punkt A på legeversiklen.

"Hva er en fastlege?"
En fastlege er en allmennpraktiserende lege som har inngått avtale med kommunen om å delta i fastlegeordningen.

"Hvem gjelder ordningen for?"
Alle innbyggere som er registrert i Folkeregistret får tilbud om fastlege. De som er født før 1. mars 1985 får eget brev i posten og kan velge fastlege selv.

"Blir det dyrere å gå til en fastlege?"
Nei, legebetalen vil koste det samme som før.

"Blir det kortere ventetid for å få time hos legen?"
Et av hovedmålene med den nye ordningen er at det skal bli lettere å få time hos legen. En bestemt lege eller en gruppe leger får et spesielt ansvar for deg. Ordningen har vært prøvd i fire kommuner, og der har ventetiden blitt kortere.

"Hvordan velger jeg fastlege?"
Sammen med denne brosjyren har du fått et svarskjema, en oversikt over fastleger i ditt nærområde (legeversiklen), en veiledning og en svarskjema i veiledningen vil du det hvordan du går fram for å velge en fastlege. Du kan bruke vedlagte svarskjema, internett eller svarstelefon.

"Hva er fastlegeordningen?"
Fastlegeordningen er en ny og bedre måte å organisere legetjenesten på. Den gir deg rett til å få en allmennpraktiserende lege som din fastlege. Alle fastleger får en liste med innbyggere. De som står på denne listen har fastlevert til å få time.

"Hvorfor innføres fastlegeordningen?"
Den nye ordningen har tre hovedmål:
- å skaffe alle som ønsker det tilgang til en fast allmennlege
- å skape trygghet gjennom bedre tilgjengelighet til lege
- å skape bedre og mer langsiktige forhold mellom leger og pasienter.

"Når trer fastlegeordningen i kraft?"
Ordningen innføres fra 1. juni 2001. Hvis du ønsker en bestemt fastlege, må du svare innen 1. mars.

Svarfrist: 1. mars

Nå innføres fastlegeordningen
I denne brosjyren finner du svar på de vanligste spørsmålene om fastlegeordningen. Hvis du fortsatt lurer på noe, får du mer informasjon på internett: www.fastlegeordningen.dep.no. Du kan også ta kontakt med din kommune (du finner telefonnummeret på den vedlagte legeversiklen).

Hovedmodellen i fastlegeordningen ble privatpraktiserende næringsdrift, med en betalingsmodell som kombinerte den nasjonalt satte per capita-satsen med stykkprisbetalingen fra normaltariffen. Stykkprisbetalingen bestod av egenbetaling betalt av pasienter og refusjoner fra Rikstrygdeverket (senere Helfo). Inntektene fra per capita -betalingen skulle utgjøre omtrent 30 % av fastlegenes totale inntekt (Godager & Lurås, 2005; Godager mfl., 2005; Sandvik, 2006).

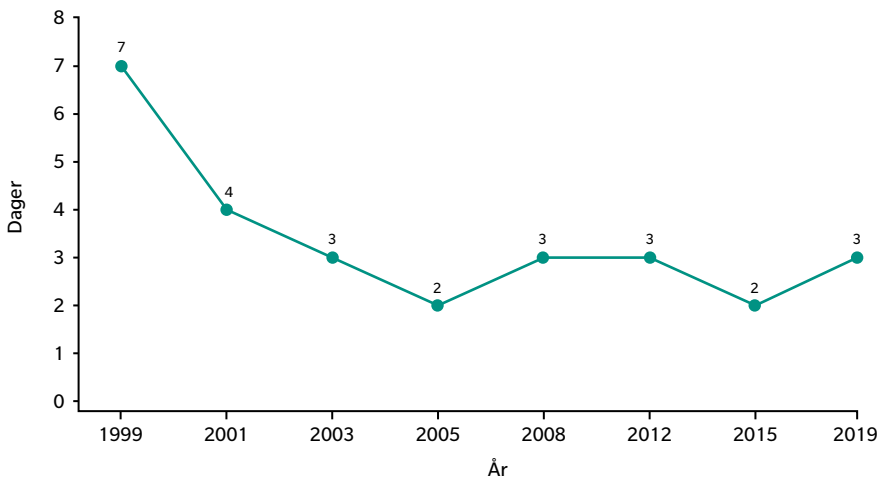
Per capita-betalingen oppmuntret legene til å ta listansvar. Samtidig oppmuntret ordningen kommunene til å lyse ut flere legehjemler enn før. Dersom kommunene lyktes i å tiltrekke seg leger ved å betale per capita-tilskudd, oppstod en situasjon der kommunens utgifter til allmennleger ble uavhengige av antallet allmennleger som praktiserer i kommunen. Denne kostnadsnøytraliteten for kommunene medførte at det ikke lenger var penger å spare på å være tilbakeholdne med å lyse ut nye legehjemler.

Innføring av fastlegeordning sammenfaller med en betydelig reduksjon i ventetid for time hos allmennlege. Med ventetid menes her tiden fra en pasient kontakter legekontoen til konsultasjonen finner sted. I Figur 7.2 beskrives hvordan ventetiden til konsultasjon med allmennlege har utviklet

seg over tid. Informasjonen om ventetid for perioden 1999–2015 er hentet fra Godager og Iversen (2016), mens beskrivelser for 2019 er fra Ekspertutvalget for allmennlegetjenesten (2023). Ventetidsinformasjonen ble samlet inn som en del av Statistisk sentralbyrås levekårsundersøkelse. Intervjuene i 2001 ble gjennomført i løpet av første halvår. Observasjonene fra 1999 og 2001 beskriver derfor situasjonen før innføringen av fastlegeordningen. Median ventetid ble redusert fra syv dager i 1999 til tre dager i 2003. Fra 2003 til 2019 har median ventetid for time hos fastlege holdt seg relativt stabil på 2–3 dager.

Figur 7.2

Median ventetid til time 1999–2019. Alle rådata er fra SSBs levekårsundersøkelser



Kilder: Ekspertutvalget for allmennlegetjenesten (2023), Godager og Iversen (2016)

7.2 Økonomiske incentiver

Fastlegereformen innebar avgjørende incentivendringer for leger og kommuner, noe som resulterte i betydelige endringer i den norske allmennlegetjenesten. Ved å kombinere per capita- og stykkprisbetaling har myndighetene to separate styringsverktøy med ulike mål: Per capita-betaling oppmuntrer

leger til å ha en fast pasientliste og ansvar for langsiktig medisinsk oppfølging, mens stykkprisbetaling motiverer legene til å være tilgjengelige når pasientene trenger konsultasjon.

Fastlegereformen synliggjorde en overskuddskapasitet i allmennlegetjenesten på nasjonalt nivå. Ved utgangen av 2001 var legenes samlede tilbud av listeansvar (summen av listetakene) 4,9 millioner listeplasser (Abelsen mfl., 2021). På samme tid var folkemengden 4,5 millioner.

Kontrasten til 1990-tallets legemangel var stor. Samtidig var endringene en forventet virkning av å innføre per capita-basert betaling. Før fastlegereformen beskrev Iversen og Lurås (1998) hvordan en situasjon med mangel på leger under et eksisterende betalingssystem kan snu og bli til overskuddskapasitet under et annet betalingssystem.

Tabell 7.1

Betaling av privatpraktiserende allmennleger i år 2000

Basistilskudd	
Basistilskudd for privatpraktiserende allmennleger i kommuner med forsøk med fastlegeordning (Lillehammer, Åsnes, Trondheim, Tromsø)	Basistilskudd for privatpraktiserende allmennleger i øvrige kommuner
Basistilskudd avhenger av sammensetning og antall personer på listen.	Basistilskudd avhenger av tildelt driftstilskuddsklasse:
Betaling per person på listen	Driftstilskuddsklasse 1: 236 300
De første 500 på listen: 363	Driftstilskuddsklasse 2: 332 200
Overskytende: 261	Driftstilskuddsklasse 3: 430 600
Studenter: 217	
Tillegg over 75 år: 60	Gjennomsnittlig basistilskudd i år 2000:
Tillegg spes. allm.med.: 114	400 132 kroner
Tillegg for utekontor: 60	
Gjennomsnittlig basistilskudd i år 2000: 587 692 kroner	
Gjennomsnittlig listelengde for fastleger i forsøkskommunene var 1596 personer i 1999.	
Takster fra normaltariff	
2ad Konsultasjon hos allmennpraktiserende lege	110
2cd Tilleggstakst for tidsbruk ved lange konsultasjoner. For tidsbruk utover 20 min per påbegynte 15 min.	75
2dd Tillegg per konsultasjon hvis legen er spesialist i allmennmedisin	45

Kilde: (Godager mfl., 2005, s. 40)

I Tabell 7.1 og Tabell 7.2 beskriver vi utviklingen i sentrale komponenter i betalingen av privatpraktiserende allmennleger før og etter innføringen av den nasjonale fastlegeordningen i 2001. Tabell 7.1 beskriver betalingsordningen i år 2000. Vi ser at legene i forsøkskommunene hadde pasientlister og per capita betaling, mens øvrige leger mottok et fast årlig driftstilskudd på mellom 236 000 kroner per år og 430 600 kroner per år. I år 2000 utgjorde konsultasjonstaksten 2ad 110 kroner, og den såkalte «tidstaksten» 2cd utgjorde 75 kroner. I tillegg mottok leger som var spesialister i allmennmedisin taksten 2dd per konsultasjon, og dette tillegget utgjorde 45 kroner.

Tabell 7.2

Betaling av privatpraktiserende allmennleger 2001–2024. Løpende priser i kroner

			År	
	2001	2019	2020	2023
Basistilskudd				
Per capita -sats			De første 1000 på listen: 577 overskytende: 499	Pasienttilpasset basistilskudd. Gjennomsnitt per listeperson: 844
	278	499	Gjennomsnitt per liste- person: 566	
Gjennomsnittlig listelengde (4.kvartal)	1 194	1 090	1 073	1 010
Gjennomsnittlig basistilskudd	331 932	543 910	607 318	852 440
Takster fra normaltariiff				
2ad Konsultasjon hos allmennpraktiserende lege	110	160	160	188
2cd Tilleggstakst for tidsbruk ved lange konsultasjoner. For tidsbruk utover 20 min per påbegynte 15 min.	95	211	211	249
2dd Tillegg per konsultasjon hvis legen er spesialist i allmennmedisin	51	99	99	116

*Kilde: Godager, mfl. (2005) og Tyrihjell mfl. (2024)

Tabell 7.2 beskriver utviklingen i betalingsordningen fra 2001 til 2023. I perioden 2001–2019 var per capita-satsen den samme, uavhengig av lengde og sammensetning av pasientlista. Per capita-satsen økte fra 278 per person på listen i 2001 til 499 i 2019.

I 2001 var konsultasjonstaksten (2ad) 110 kroner, mens den såkalte «tidstaksten» (2cd) var 95 kroner. Leger med spesialisering i allmennmedisin mottok i tillegg taksten 2dd per konsultasjon, og denne taksten var på 51 kroner. I 2019 hadde konsultasjonstaksten (2ad) økt til 160 kroner, tidstaksten (2cd) var 211 kroner, og tillegget for spesialister i allmennmedisin (2dd) var 99 kroner per konsultasjon.

7.3 Analyse av insentivvirkninger for legene

I Tabell 7.3 beskriver vi hvordan tre ulike måter å betale allmennleger på gir ulike økonomiske insentiver. Vi beskriver tre betalingsordninger: (1) stykkprisbetaling kombinert med per capita-betaling, (2) stykkprisbetaling kombinert med fast driftstilskudd og (3) fast lønn. I Tabell 7.3 skiller vi også mellom to alternative måter å øke aktiviteten i allmennpraksis. I alternativ A) økes aktiviteten ved å levere flere konsultasjoner til eksisterende pasienter. I alternativ B) økes aktiviteten ved å ta inn en ny pasient og tilby konsultasjoner til denne pasienten.

Fra og med 2023 er den gjennomsnittlige per capita-satsen 844 kroner, og denne satsen brukes i eksempelet. I betalingsordningen modellen «per capita + stykkpris» blir inntekten større ved å inkludere en ekstra listeinnbygger og gi denne tre ekstra konsultasjoner (gir 1756 kroner i økt inntekt) enn ved å gi tre ekstra konsultasjoner til eksisterende listeinnbyggere (gir 912 kroner i økt inntekt). I modellen «driftstilskudd + stykkpris» er inntektsøkningen lik enten legen velger å inkludere en ekstra listeinnbygger med tre konsultasjoner eller gir tre ekstra konsultasjoner til eksisterende pasienter; i begge tilfeller øker inntekten med 912 kroner. Med fastlønn er allmennlegens inntekt uavhengig av aktiviteten.

Tabell 7.3*Økonomiske insentiver ved tre måter å betale allmennleger*

	Betalingsordning		
	Per capita + stykkpris	Driftstilskudd + stykkpris	Fastlønn
Marginalinntekt ved å levere 3 ekstra konsultasjoner som hver utløser takstene 2ad (188 kr) og 2dd (116 kr)			
...dersom konsultasjonene leveres til pasienter legen behandler fra før:	$0 + 3 \times [188 + 116] = 912$	$0 + 3 \times [188 + 116] = 912$	$0 + 0 = 0$
...dersom konsultasjonene leveres til 1 ny pasient:	$844 + 3 \times [188 + 116] = 1\,756$	$0 + 3 \times [188 + 116] = 912$	$0 + 0 = 0$

Insentivmekanismene for «per capita + stykkpris», «driftstilskudd + stykkpris» og fastlønn er beskrevet i Iversen (2016), Godager mfl. (2021) og Pedersen mfl. (2022). Egenskapene som gjengis her, og oppsummeres i Tabell 7.7, har teoretisk forankring og støtte i empirisk litteratur.

Et særtrekk ved modeller som inkluderer per capita-betaling, er at de oppmuntrer til god tilgjengelighet i form av å bli inkludert på en fastleges liste for nye pasienter. Dette skyldes at det gir større inntekt å tilby få tjenester til mange pasienter enn mange tjenester til få pasienter. Modeller med stykkpris-betaling oppmuntrer til en annen form for tilgjengelighet. Når allmennleger kompenseres med større takstinntekter for å yte flere tjenester til pasientene, oppmuntrer betalingsmåten legene til å møte pasientenes behov for tjenester idet behovene oppstår. Insentivet til tjenestetilgjengelighet skiller begge stykkprisordningene fra ordningen med fastlønn. Et annet aspekt ved «per capita + stykkpris» og «driftstilskudd + stykkpris» er at de innebærer en viss usikkerhet for legene, fordi næringsdrift gir variasjon i inntekter og kostnader. Som vist i Tabell 7.7 gir fastlønn minst usikkerhet for legene.

7.4 Analyse av insentivvirkninger for kommunene

Kommunens ansvar for å betale fastlegene basistilskudd ble videreført da fastlegeordningen ble innført. I kommuner der allmennlegetjenestene leveres av privatpraktiserende fastleger som mottar per capita-betaling, blir kommunenes utgifter til allmennlegetjenester uavhengige av antallet fastleger i kommunen. Dette skyldes at summen av basistilskuddene til fastlegene blir bestemt av folketallet og kompensert av staten gjennom inntektssystemet for kommunene. Siden øvrige deler av fastlegenes inntekter kommer fra pasientbetaling og refusjoner fra folketrygden, blir ordningen med per capita-betaling av fastlegene en betalingsmodell som er utgiftsnøytral for kommunene. Begrepet utgiftsnøytral refererer her til at kommunenes utgifter til denne tjenesten forblir konstante, uavhengig av antallet praktiserende fastleger i kommunen.

Tabell 7.4

*Legene mottar **per capita-betaling**. Økonomiske konsekvenser av å øke antall leger fra 10–11*

	Per lege	Sum for dagens 10 leger	Sum etter å ha rekruttert lege nr. 11	Endring ved rekruttering av lege nr. 11
Per capita betaling	0,9 mill	9 mill	9 mill	0 mill
Utgifter til kontor mm*	0 mill	0 mill	0 mill	0 mill
Øvrige driftsutgifter*	0 mill	0 mill	0 mill	0 mill
Sum kommunale utgifter til fastlegeordning	0,9 mill	9 mill	9 mill	0 mill
Kommunens inntekter fra takster	0 mill	0 mill	0 mill	0 mill
Netto utgift til fastlegeordning	0,9 mill	9 mill	9 mill	0 mill

* Utgifter til kontor og øvrige driftsutgifter dekkes av fastlegene selv som næringsdrivende og påvirker ikke kommunen

Dersom kommunen benytter fast lønn eller fast driftstilskudd for å betale allmennlegene, blir kommunens utgifter til allmennlegetjenesten større dersom kommunen velger å ansette en ekstra lege. Kommunen må dermed balansere fordelene ved å rekruttere en ekstra allmennlege mot behovet for kutt i andre kommunale tjenester.

Med bruk av eksempler vil vi nå illustrere hvordan insentivene for kommunene påvirkes av om allmennlegene mottar fastlønn, fast driftstilskudd eller per capita-betaling. Vi illustrerer insentivforskjellene ved hjelp av eksempler der utgangspunktet er en kommune som i dag har 10 allmennleger og vurderer å rekruttere allmennlege nummer 11.

I Tabell 7.4 beskriver vi utgiftsvirkningen for en kommune som bruker per capita-tilskudd til betaling av allmennlegene. I Tabell 7.5 beskriver vi utgiftsvirkningen for en kommune som bruker fastlønn til betaling av allmennlegene. Til slutt beskriver vi i Tabell 7.6 utgiftsvirkningen for en kommune som bruker driftstilskudd til betaling av allmennlegene.

I Tabell 7.4 ser vi at dersom allmennleger betales ved bruk av en statlig fastsatt per capita-sats, kan kommunen øke tallet på fastleger uten å redusere andre kommunale tjenester.

I eksempelet vil rekruttering av allmennlege nummer 11 ikke påvirke kommunens utgifter til allmennlegetjenester.

Tabell 7.5

*Legene mottar fastlønn. Kommunen mottar takstinntektene.
Økonomiske konsekvenser av å øke antall leger fra 10 til 11*

	Per lege	Sum for dagens 10 leger	Sum etter å ha ansatt lege nr. 11	Endring ved ansettelse av lege nr. 11
Lønn	1,5 mill	15 mill	16,5 mill	1,5 mill
Utgifter til kontor mm.	0,25 mill	2,5 mill	2,75 mill	0,25 mill
Øvrige driftsutgifter	0,25 mill	2,5 mill	2,75 mill	0,25 mill
Sum kommunale utgifter til fastlegeordning	2,0 mill	20 mill	22 mill	2 mill
Kommunens inntekter fra takster	1,16 mill	11,6 mill.	11,6 mill	0 mill
Netto utgift til fastlegeordning	0,84 mill	8,4 mill	10,4 mill	2 mill

I Tabell 7.5 ser vi hvordan valget av fastlønn for allmennleger kan påvirke kommunens økonomi. Når kommunen bruker fastlønn som betalingsmodell, vil ansettelse av flere fastleger føre til økte utgifter til allmennlegetjenester. Med en gitt budsjettramme betyr dette nødvendigvis at kommunen må kutte ned på andre tjenester for å dekke de økte utgiftene. Dette er en viktig forskjell mellom kommuner med selvstendig næringsdrivende fastleger som mottar per capitabetaling, og kommuner der fastleger er ansatt med fastlønn. I kommuner med ansatte fastleger vil økt kapasitet for allmennlegetjenester ha en alternativkostnad – for eksempel færre lærerstillinger i skolen.

I eksempelet fører ansettelse av allmennlege nummer 11 til at lønnsutgiftene øker med 1,5 millioner kroner, mens utgifter til kontor og øvrige driftsutgifter øker med 0,5 millioner kroner. Samlet øker dermed kommunens utgifter til allmennlegetjenester med 2 millioner kroner. Ettersom disse utgiftene må dekkes fra kommunens rammebevilgning, vil økningen i antall allmennleger medføre at kommunen må redusere leveransen av andre kommunale tjenester.

Tabell 7.6

Legene mottar fast driftstilskudd. Økonomiske konsekvenser av å øke antall leger fra 10–11

	Per lege	Sum for dagens 10 leger	Sum etter å ha rekruttert lege nr. 11	Endring ved rekruttering av lege nr. 11
Driftstilskudd	0,9 mill	9 mill	9,9 mill	0,9 mill
Utgifter til kontor mm.	0 mill	0 mill	0 mill	0 mill
Øvrige driftsutgifter	0 mill	0 mill	0 mill	0 mill
Sum kommu- nale utgifter til fastlegeordning	0,9 mill	9 mill	9,9 mill	0,9 mill
Kommunens inntekter fra takster	0	0	0	0
Netto utgift til fastlegeordning	0,9 mill	9 mill	9,9 mill	0,9 mill

Utgifter til kontor og øvrige driftsutgifter dekkes av fastlegene selv som næringsdrivende og påvirker ikke kommunen.

I Tabell 7.6 ser vi at dersom kommunens betaling av allmennleger gjøres med bruk av et fast driftstilskudd, mens legen mottar egenbetaling og refusjon fra Helfo-takster og dekker sine egne driftskostnader, vil rekruttering av flere fastleger innebære å redusere andre kommunale tjenester. Fastleger har dermed en alternativkostnad i form av for eksempel færre lærere, siden hver ny fastlege øker kommunens utgifter tilsvarende størrelsen på driftstilskuddet. I eksemplet fører rekruttering av allmennlege nummer 11 til at utgiftene øker med 0,9 millioner kroner. Ettersom kommunens utgifter til allmennlegetjenester må dekkes fra kommunens rammebevilgning, vil økningen i antall allmennleger medføre at kommunen må redusere leveransen av andre kommunale tjenester.

I Tabell 7.7 oppsummeres virkningene av de tre ulike betalingsordningene: fastlønn, kombinasjonen av driftstilskudd og stykkpris, samt kombinasjonen av per capita-betaling og stykkpris. Hver av disse modellene skaper ulike insentiver som påvirker legenes og kommunenes beslutninger:

Fastlønn gir legen stor økonomisk sikkerhet og forutsigbarhet, men skaper få insentiver til høy aktivitet eller tilgjengelighet. Siden legens inntekt er uavhengig av hvor mange pasienter som behandles, eller hvor mange tjenester som ytes, gir denne modellen ingen direkte økonomiske insentiver til å øke aktiviteten eller utvide åpningstider. For kommunene er dette ikke en utgiftsnøytral modell, da hver ny legestilling medfører direkte økte kostnader.

Tabell 7.7

Sammenlikninger av egenskaper ved tre betalingsmåter slik betalingsmåtene beskrives i internasjonal litteratur om ulike metoder for betaling av allmennleger

	Fastlønn	Driftstilskudd + stykkpris	Per capita + stykkpris
Oppmuntrer til å yte mange tjenester per pasient	Nei	Ja	Nei
Oppmuntrer til stort samlet tjenestevolum	Nei	Ja	Ja
Oppmuntrer til tilgjengelighet i form av åpningstider	Nei	Ja	Ja
Oppmuntrer til tilgjengelighet for nye pasienter i form av åpen liste	Nei	Nei	Ja
Liten grad av usikkerhet for legen knyttet til arbeidstid og inntekt	Ja	Nei	Nei
Legens inntekt er uavhengig av pasientenes tjenestebehov	Ja	Nei	Nei
Utgiftsnøytral for kommunene	Nei	Nei	Ja

Driftstilskudd + stykkpris skaper sterke insentiver for høy aktivitet per pasient og god tilgjengelighet i form av åpningstider, siden legen tjener mer ved å levere flere tjenester. Modellen oppmuntrer imidlertid ikke til å ta inn nye pasienter, fordi driftstilskuddet er fast og uavhengig av antall pasienter. Legen bærer dessuten en betydelig økonomisk usikkerhet knyttet til pasientenes tjenestebehov. Som med fastlønn er modellen ikke utgiftsnøytral for kommunene, da hver ny legehjemmel øker kommunens utgifter tilsvarende driftstilskuddet.

Per capita + stykkpris er den eneste modellen som oppmuntrer til tilgjengelighet for nye pasienter gjennom åpne lister, fordi inntekten øker med antall pasienter på listen. Den stimulerer også til høyt samlet tjenestevolum og god tilgjengelighet i form av åpningstider, men ikke til å yte unødvendig mange tjenester per pasient. Som med driftstilskuddsmodellen bærer legen økonomisk usikkerhet knyttet til variasjon i tjenestebehov. Det som er unikt med denne modellen, er at den er utgiftsnøytral for kommunene: Kommunens utgifter bestemmes av innbyggertallet, ikke av antall fastleger.

Hovedmodellen i fastlegeordningen med per capita + stykkpris representerer dermed en balanse mellom legens insentiver til aktivitet og kommunens behov for utgiftskontroll. Samtidig oppmuntrer den til god tilgjengelighet for innbyggerne.

I Tabell 7.8 beskrives hvordan allmennleger betales i 24 europeiske land.¹ Vi ser at Norge, sammen med 7 andre land, har restriksjoner på å etablere seg i allmennpraksis. Dette innebærer reguleringer som begrenser hvor og hvordan leger kan etablere seg som allmennlege, for eksempel gjennom krav om avtale med kommune eller helsemyndigheter.

1 Vi merker oss at kildeinformasjonen er av eldre dato. I skrivende stund har OECD ikke publisert rapportene som presenterer resultatene fra spørreundersøkelsene om betaling og organisering som de gjennomførte i 2023.

Tabell 7.8*Betaling av allmennleger i Europa*

Land	Vanligste praksistype	Dominerende betalingsmåte	Etablerings-restriksjoner?
Belgia	Privat praksis	Stykkprisbetaling	Nei
Danmark	Privat praksis	Stykkprisbetaling/Per Capita	Ja
Finland	Offentlige legesentre	Lønn/Per Capita/Stykkprisbetaling	Nei
Frankrike	Privat praksis	Stykkprisbetaling	Nei
Hellas	Privat praksis	Lønn	Nei
Island	Offentlige legesentre	Lønn	Nei
Irland	Privat praksis	Stykkprisbetaling	Nei
Italia	Offentlige legesentre	Per Capita	Ja
Luxembourg	Privat praksis	Stykkprisbetaling	Nei
Nederland	Privat praksis	Stykkprisbetaling/Per Capita	Nei
Norge	Privat praksis	Stykkprisbetaling/Per Capita	Ja
Polen	Privat praksis	Per Capita	Nei
Portugal	Offentlige legesentre	Lønn	Nei
Slovakia	Privat praksis	Per Capita	Nei
Spain	Offentlige legesentre	Lønn/Per Capita	Nei
Storbritannia	Privat praksis	Lønn/Per Capita/Stykkprisbetaling	Nei
Sverige	Offentlige legesentre	Lønn	Nei
Sveits	Privat praksis	Stykkprisbetaling	Ja
Tsjekkia	Privat praksis	Stykkprisbetaling/Per Capita	Nei
Tyskland	Privat praksis	Stykkprisbetaling	Ja
Tyrkia	Offentlige legesentre	Stykkprisbetaling/Lønn	Ja
Ungarn	Privat praksis	Per Capita	Ja
Østerrike	Privat praksis	Stykkprisbetaling/Per Capita	Ja

Kilde: Iversen (2016); Paris mfl. (2010)

Vi ser at privat praksis er den vanligste praksisformen i Norge og 16 andre land. Offentlig legesentre er den vanligste praksisformen i syv av landene. Når det gjelder avlønning, ser vi at det i ni av landene (inkludert Norge) er vanligst med en kombinasjon av ulike betalingsmåter til allmennleger. I syv av landene er den vanligste betalingsformen ren stykkprisbetaling, mens det i fire av landene brukes ren per capita-betaling til avlønning av hoveddelen

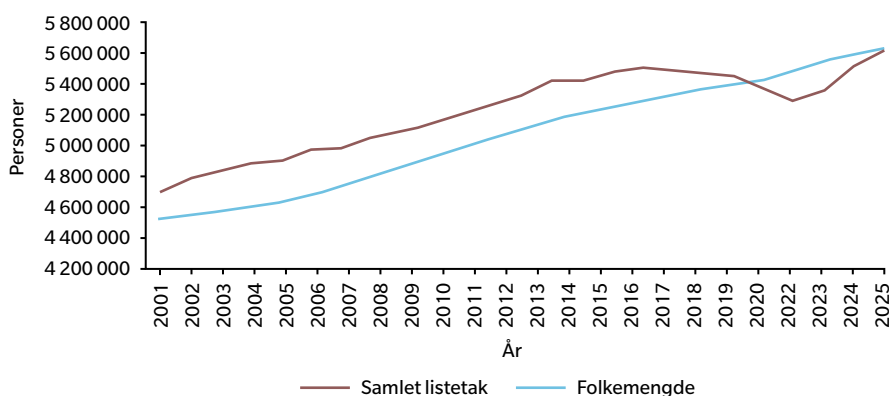
av allmennlegene. Tilsvarende ser vi at det i fire av landene brukes lønn til avlønning av hoveddelen av allmennlegene.

7.5 Kapasitetsproblemer og endringer i betalingen av fastlegene

I årene etter innføringen av fastlegeordningen i 2001 var det overskuddskapasitet i allmennlegetjenesten, og det samlede tilbudet av listeplasser oversteg etterspørselen. Mange fastleger hadde åpne lister. I Figur 7.3 beskrives utviklingen av folkemengde og samlet listetak i fastlegeordningen 2001–2025.

Figur 7.3

Utviklingen av folkemengde og samlet listetak i fastlegeordningen 2001–2025



Kilde: Helsedirektoratet

Samlet listetak kan ses på som den tilbudte kapasiteten i fastlegeordningen, mens folkemengden er et godt mål på etterspørselen etter plass på fastlegeliste. De første årene etter fastlegereformen vokste kapasiteten i fastlegeordningen i takt med folkemengden. Deretter bremsset veksten, og i perioden 2016–2020 ble overskuddskapasiteten gradvis redusert. Som illustrert i Figur 7.3 vokste

det samlede listetaket frem til 2017. Etter dette avtok kapasiteten, samtidig som befolkningen fortsatte å øke. Dette resulterte til slutt i at den totale kapasiteten på nasjonalt nivå ble lavere enn antall innbyggere.

Flere faktorer kan ha bidratt til denne utviklingen. Eksempler på foreslåtte årsaker er økt arbeidsmengde per pasient, strengere krav til fastlegene i forbindelse med forskriftsendringer i 2012, endrede preferanser blant nyutdannede leger og en aldrende pasientpopulasjon med mer komplekse helseproblemer.

Konsekvensene av kapasitetsproblemene ble betydelige. I fjerde kvartal 2023 var mer enn 214 000 innbyggere plassert på fastlegelister som manglet fast lege. Ved utgangen av 2023 stod over 350 000 innbyggere på venteliste for å bytte fastlege, og om lag 45 % av innbyggerne i Norge bodde i en kommune der ingen fastleger hadde åpen liste (Tyrihjel mfl., 2024).

Innføring av knekkpunkt

Som et tiltak for å møte de økende kapasitetsutfordringene lanserte Helse- og omsorgsdepartementet i 2020 *Handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020–2024*. På samme tid ble det innført et såkalt «knekkpunkt» i basistilskuddet. Knekkpunkt i basistilskuddet innebar at per capita-satsen ble differensiert etter listestørrelse: en høyere sats (577 kroner per person) for de første 1000 personene på listen og en lavere sats (499 kroner per person) for de påfølgende pasientene. Formålet med tiltaket var å gi fastlegene økonomiske insentiver til å redusere sine listelengder og dermed få mer tid til hver pasient.

Imidlertid fungerte ordningen med knekkpunkt også som en form for «omvendt overtidsbetaling», der marginalbetaling for listeansvar var lavere for fastleger med lange lister enn for fastleger med korte lister. Dette var motsatt av tradisjonelle overtidsordninger i arbeidslivet, der mer arbeid belønnes med høyere timebetaling. Effekten av knekkpunktmodellen på rekruttering til fastlegeyrket er vanskelig å isolere, men samlet listetak fortsatte å falle. Etter innføringen av knekkpunktmodellen fulgte en periode med rask nedgang i kapasiteten i fastlegeordningen (Figur 7.3).

Hurtigarbeidende ekspertutvalg

Kapasitetsproblemene i fastlegeordningen krevde ytterligere tiltak. I 2022 nedsatte regjeringen et hurtigarbeidende ekspertutvalg for allmennlegetjenesten.

Formålet med utvalget var å gi konkrete forslag til tiltak for at innbyggere skulle få en fastlege å gå til, og for å gjøre ordningen bærekraftig over tid. Ekspertutvalget fikk et bredt mandat som omfattet både organisering og finansiering av fastlegeordningen. Utvalget skulle også vurdere om det var oppgaver som kunne løses av annet personell under ledelse av fastlegen, eller om det var oppgaver som kunne flyttes ut av ordningen.

Økninger i basistilskudd og innføring av risikojustering

I samsvar med ekspertutvalgets anbefalinger kom vesentlige endringer i basistilskuddene allerede fra mai 2023. Knekkpunktmodellen ble avskaffet og erstattet med et *pasienttilpasset basistilskudd*. Det pasienttilpassede basistilskuddet representerte en betydelig endring i beregningene av basistilskuddene i fastlegeordningens hovedmodell for betaling av fastlegene. Mens basistilskuddet tidligere var likt per innbygger uavhengig av innbyggernes karakteristika, er pasienttilpasset basistilskudd *risikojustert*. Det vil si at beregningen av basistilskuddene tar hensyn til to sentrale faktorer:

- Forventet tjenestebehov blant innbyggerne på fastlegens liste,
- Geografiske forhold knyttet til innbyggernes bosted

Begrepet risikojustering benyttes om egenskaper ved forsikringsavtaler og betalingsavtaler, og risikojustering på helseområdet handler om å utforme avtaler som tar hensyn til at sykdomsrisiko og tjenestebehov varierer mellom ulike befolkningsgrupper.

En persons framtidige behov for fastlegetjenester er usikkert, og det er derfor vanskelig å forutsi tjenestebehov og kostnader på forhånd. Siden fastleger har et sørge-for-ansvar for egne listeinnbyggere, innebærer usikkerhet om pasienters tjenestebehov at usikkerhet om kostnader (i form av fastlegers arbeidstid) overføres til pasientenes fastlege via sørge-for-ansvaret.

I forbindelse med innføringen av det pasienttilpassede basistilskuddet ble det også gjennomført en vesentlig økning i de samlede bevilgningene til fastlegenes basistilskudd. Ifølge Tyrihjel mfl. (2024) økte gjennomsnittlig basistilskudd per innbygger med 28 % i 2023. Økningen var differensiert geografisk, med størst økning i usentrale kommuner med lavt utdanningsnivå, hvor basistilskudd per innbygger økte med hele 52 %. I sentrale kommuner

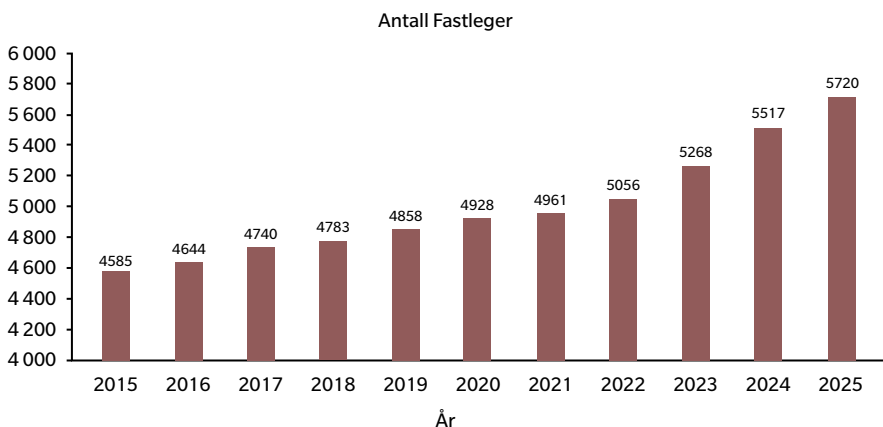
med høyt utdanningsnivå var økningen mindre, men fortsatt betydelig med 23 %.

Det gjennomsnittlige basistilskuddet per listeperson økte fra 566 kroner i 2020 til 844 kroner i 2023. For en fastlege med 1000 pasienter på listen innebar dette en økning i årlig basistilskudd fra om lag 566 000 kroner til 844 000 kroner, en økning på 278 000 kroner.

Etter innføringen av større basistilskudd med risikojustering begynte kapasiteten å vokse igjen. For første gang siden 2017 økte samlet listetak i 2023, og økningen i listetak i løpet av 2023 på mer enn 64 tusen listeplasser var den største siden 2014 (Tyrihjell mfl., 2024). Kapasitetsøkningen som kom i løpet av 2024 skulle vise seg å bli vesentlig større. I 2024 økte kapasiteten i fastlegeordningen med mer enn 152 tusen listeplasser (Tyrihjell mfl., 2024). I Figur 7.4 ser vi at veksten i antall fastleger tiltok fra og med 2023. Antallet fastleger har vanligvis økt med 1–2 % per år. Til sammenlikning var den relative økningen 4,2 % i 2023, 4,7 % i 2024 og 3,6 % i 2025. I henhold til Helsedirektoratets fastlegestatistikk var antall innbyggere plassert på fastlegelister uten fast lege redusert til 118 000 ved utgangen av 2025.

Figur 7.4

Antall fastleger per 31.12. for årene 2015–2025



Kilde: Helsedirektoratet

7.6 Henvisninger til spesialisthelsetjenesten

Portvaktordningen, også kjent som portnerordning, er en viktig del av helsevesenet i mange land, inkludert Norge. I Norge trenger pasienter henvisning fra fastlegen for å få tilgang til offentlig finansiert behandling i spesialisthelsetjenesten. I en tid hvor pasientrettigheter og valgfrihet ofte blir vektlagt, kan det argumenteres for at en portvaktordning fremstår som utdatert, og at det er mer naturlig at pasientene selv avgjør når de har behov for spesialisthelsetjenester. Men er det så enkelt? I det følgende vil vi presentere noen eksempler som viser hvordan portvaktordningen faktisk kan ha betydelige fordeler.

Allmennleger, med sin medisinske utdanning, er i stand til å gjøre mer presise diagnostiske vurderinger enn personer uten denne faglige bakgrunnen. Dette gjør dem godt kvalifisert til å vurdere hvilket behandlingsnivå som er mest egnet for pasienten – om behandlingen bør fortsette i primærhelsetjenesten eller om det er behov for spesialisthelsetjeneste. Videre har allmennlegene kompetanse til å identifisere hvilken type spesialist som vil være mest passende for pasientens spesifikke helseproblemer. Dersom en pasient selv søker deler av spesialisthelsetjenesten som ikke er relevant for det aktuelle helseproblemet, kan det føre til forsinkelser i igangsettingen av adekvat behandling og øke kostnadene for samfunnet. Dermed kan portvaktordningen forbedre samfunnsøkonomisk effektivitet og sikre høyere kvalitet på helsetjenestene.

Diagnostisk presisjon og henvisningsrater

Et sentralt begrep for å forstå portvaktfunksjonen er «diagnostisk presisjon». Begrepet defineres av to komponenter:

- **Sensitivitet:** Sannsynligheten for at en person med behandlingsbehov blir vurdert til å ha dette behovet.
- **Spesifisitet:** Sannsynligheten for at en person uten behandlingsbehov blir vurdert til ikke å ha dette behovet.

Begge disse egenskapene påvirker henvisningsraten, som kan uttrykkes som:

$$r = ps_1 + (1-p)(1-s_2), \text{ der:}$$

- r er henvisningsraten
- p er prevalens (forekomst av behandlingsbehov)
- s_1 er sensitivitet
- s_2 er spesifisitet

Uttrykket viser at henvisningsraten kan være høy av tre ulike årsaker:

1. Høy prevalens, p .
2. Høy sensitivitet, s_1 .
3. Lav spesifisitet, s_2 .

Høy sensitivitet betyr at få pasienter opplever feilvurderinger der pasienter med reelt behandlingsbehov ikke blir henvist. Lav spesifisitet, derimot, innebærer at det blir mange unødvendige henvisninger. Siden henvisningsrater påvirkes av tre ulike faktorer, bør man være forsiktig med å bruke henvisninger som et mål for kvaliteten i primærhelsetjenesten.

Utfall ved portvaktbeslutninger

Når en henvisningsvurdering gjennomføres, kan resultatet bli ett av følgende utfall:

1. Sann positiv (A): Pasienten har behandlingsbehov og blir henvist.
2. Falsk positiv (B): Pasienten har ikke behandlingsbehov, men blir henvist.
3. Sann negativ (C): Pasienten har ikke behandlingsbehov og blir ikke henvist.
4. Falsk negativ (D): Pasienten har behandlingsbehov, men blir ikke henvist.

Hvert av de fire utfallene resulterer i et velferdsnivå for samfunnet. Korrekte beslutninger (A og C) gir større velferd enn ukorrekte beslutninger (B og D). Når det foreligger et behandlingsbehov er det ønskelig med organisering av helsetjenesten som øker sannsynligheten for utfall A der pasienter med behandlingsbehov får nødvendig behandling i spesialisthelsetjenesten, og reduserer sannsynligheten for utfall D. Når det *ikke* foreligger et behandlings-

behov er det ønskelig med organisering av helsetjenesten som øker sjansen for utfallet C, og reduserer sannsynligheten for utfallet B med unødvendige spesialisthelsetjenestebehandlinger.

Portvaktordninger kan altså begrunnes med at de bidrar til mer effektiv bruk av samfunnets ressurser. Den samfunnsøkonomiske gevinsten ved en portvaktordning kommer fra økt sannsynlighet for korrekte vurderinger om hensiktsmessigheten av bruk av spesialisthelsetjenester når vurderingen gjøres av en allmennlege, sammenliknet med pasientens egenvurdering. Fra et samfunnsøkonomisk perspektiv er ordninger med allmennlegen som portvakt til spesialisthelsetjenesten mer fordelaktige for samfunnet når:

- Kostnaden ved å gjennomføre henvisningsvurderinger er lavere.
- Fastleger har bedre diagnostisk presisjon enn sine pasienter.
- Velferdsgevinsten ved levering av nødvendige spesialisthelsetjenester er større.
- Kostnadene ved unødvendige henvisninger er større.

Det finnes også situasjoner hvor det kan være fordelaktig for samfunnet å ikke ha en portvaktordning. For eksempel er det ikke krav om henvisning for akutt behandling av livstruende traumer. I slike tilfeller er kostnaden ved å gjennomføre en henvisningsvurdering høy på grunn av forsinkelsene det medfører i behandlingen. Dessuten er pasienten selv ofte i stand til presist å vurdere behovet for spesialisthelsetjenester i akutte situasjoner.

Den diagnostiske presisjonen til leger antas også å være påvirkbar. Faktorer som antas å påvirke allmennlegenes diagnostiske presisjon, er tilgang til diagnostisk utstyr, legens kompetanse og erfaring, og kontinuitet i lege-pasient-forholdet. Kontinuitet i lege-pasient-forholdet varierer geografisk, noe som kan bidra til geografisk variasjon i henvisningsrater.

Portvaktordninger i ulike land

Det er stor variasjon i hvordan portvaktordninger praktiseres i ulike land. Enkelte land har ingen portvaktordning. I disse landene kan pasientene oppsøke spesialister på eget initiativ. Andre land har ordninger der pasienter kan få redusert sin egenbetaling ved å skaffe seg henvisning. Norge og flere

andre land har streng portvaktordning der henvisning kreves for å motta elektive spesialisthelsetjenester.

I Europa har land som Norge, Nederland, Italia, Spania og England portvaktordninger der henvisning kreves i de fleste tilfeller. Land som Østerrike, Tyskland og Island har ikke portvaktordning, mens Danmark, Belgia, Frankrike og Sveits har systemer med redusert egenbetaling ved henvisning.

Tabell 7.9

Land med og uten krav til henvisning

Primærlegens portnerrolle	Land
Henvisning kreves i de fleste tilfeller	Finland, Italia, Nederland, Norge, Spania, Storbritannia
Ingen portnerrolle	Østerrike, Tyskland, Island, Sverige
Redusert egenbetaling med henvisning	Belgia, Danmark, Frankrike, Sveits

Kilde: Godager og Iversen (2017)

7.7 Oppsummering

Allmennlegetjenestene, med fastlegeordningen som bærebjelke, spiller en avgjørende rolle i det norske helsevesenet. Da fastlegeordningen ble innført i 2001, representerte den et paradigmeskifte i organiseringen og finansieringen av primærhelsetjenesten. Overgangen fra faste driftstilskudd til per capita-betaling kombinert med stykkprisbetaling endret insentivstrukturen for både leger og kommuner. Dette bidro raskt til å snu situasjonen fra *legemangel* til *pasientmangel*.

De økonomiske insentivene har vist seg å være kraftfulle styringsverktøy. Per capita-betalingen motiverer fastlegene til å ta listansvar for flere pasienter, mens stykkprisbetalingen gir insentiver for aktivitet og tilgjengelighet. Kombinasjonen gjør det mulig med lavere stykkpriser enn det som ville vært mulig dersom legene bare mottok stykkprisbetaling. For kommunene medførte fastlegeordningen at utgiftene til allmennlegetjenesten ble uavhengig av

tallet på allmennleger i kommunen. Dette gjorde det mer attraktivt å opprette nye fastlegestillinger. Samspillet mellom disse faktorene bidro til reduserte ventetider og bedre kontinuitet i lege-pasient-forholdet.

Etter hvert oppstod kapasitetsutfordringer og ny *legemangel*. Svaret på dette var å øke fastlegenes basistilskudd og å innføre et pasienttilpasset basistilskudd som innebar risikojustering fra 2023. Etter disse tiltakene har kapasitetsutviklingen snudd. Tallet på fastleger har økt sterkt i årene 2023–2025, og det har bidratt til at kapasiteten i fastlegeordningen, målt ved samlet listetak, har økt betydelig.

SPØRSMÅL OG OPPGAVER TIL KAPITTEL 7

1. Sammenlign effektene av per capita-betaling versus stykkprisbetaling for legenes atferd, og forklar hvorfor kombinasjonen av disse to betalingsformene ble valgt i den norske fastlegeordningen.
2. Beskriv kapasitetsutviklingen i fastlegeordningen fra 2001–2024 ved hjelp av figur 7.3. Hvilke faktorer bidro til overgangen fra overskuddskapasitet til kapasitetsmangel, og hvordan forsøkte myndighetene å løse problemene?
3. Forklar begrepene sensitivitet og spesifisitet, og analyser hvordan disse påvirker henvisningsraten. Diskuter de fire mulige utfallene ved portvaktbeslutninger og deres samfunnsøkonomiske konsekvenser.
4. Sammenlign de økonomiske konsekvensene for kommunene ved bruk av henholdsvis per capita-betaling, fastlønn og driftstilskudd til allmennlegene (tabellene 7.4–7.6). Hvorfor er per capita-modellen «utgiftsnøytral» for kommunene?
5. Evaluer innføringen av «knekkpunkt» i basistilskuddet i 2020 og de senere endringene med pasienttilpasset basistilskudd fra 2023. Hvilke effekter hadde disse tiltakene på kapasiteten i fastlegeordningen?
6. Diskuter fordeler og ulemper ved portvaktordningen sammenlignet med systemer uten henvisningskrav. Under hvilke omstendigheter kan det være samfunnsøkonomisk fordelaktig å ikke ha en portvaktordning?
7. Større oppgave: Kvantitativ analyse av kommuneøkonomi ved rekruttering av fastleger.

En gruppe kommuner i Yttersida fylke ønsker å øke antallet fastleger i sine respektive kommuner. De ønsker å analysere konsekvensene for kommunenes økonomi ved rekruttering av en ekstra fastlege.

Det er fire kommunetyper i Yttersida fylke (Tabell 7.10):

- To kommunestørrelser: småkommuner (6000 innbyggere, 5 fastleger) og mellomstore kommuner (12000 innbyggere, 10 fastleger)

- To ulike betalingsmodeller benyttes: ansatte fastleger (fastlønn) eller næringsdrivende fastleger (per capita + stykkpris)

Kommuner med næringsdrivende fastleger:

- Per capita -sats: 900 kroner per pasient per år
- Takstinntekter fra normaltariffen: 968 kroner per innbygger i gjennomsnitt
- Driftsutgifter: 500 000 kroner per lege per år (dekkes av fastlegene selv)

Kommuner med ansatte fastleger:

- Lønn: 1 500 000 kroner per lege per år
- Takstinntekter beholdes av kommunen: 968 kroner per innbygger
- Driftsutgifter: 500 000 kroner per lege per år (dekkes av kommunen)

For hver av kommunetypene A, B, C og D (se Tabell 7.10), regn ut:

- Kommunenets netto utgifter til fastlegeordningen med nåværende antall leger
- Gjennomsnittslagens inntekt med nåværende bemanning
- Kommunenets netto utgifter til fastlegeordningen etter rekruttering av én ekstra fastlege
- Gjennomsnittslagens inntekt etter rekruttering av én ekstra fastlege
- Endringen i kommunenets netto utgifter som følge av rekrutteringen
- Endringen i gjennomsnittslagens inntekt som følge av rekrutteringen

Tabell 7.10

To betalingsmåter og to kommunestørrelser gir fire forskjellige kommunetyper

	Mellomstore kommuner: 12 000 innbyggere og 10 fastleger	Småkommuner: 6 000 innbyggere og 5 fastleger
Ansatte fastleger med fast lønn	Kommunetype A	Kommunetype C
Næringsdrivende fastleger	Kommunetype B	Kommunetype D

Bruk Excel eller tilsvarende verktøy for beregningene, og sett opp resultatene i en samlet tabell.

Øien, H. & Hagen, T. P. (2026). Pleie- og omsorgstjenestene. I T. P. Hagen, G. Godager, J. Kinge & E. Aas (Red.), *Organisering og finansiering av helse- og omsorgstjenester: En innføring* (s. 177–203). Fagbokforlaget. <https://doi.org/10.55669/oa180908>

8

Pleie- og omsorgstjenestene

Henning Øien og Terje P. Hagen

Kostnadene i pleie- og omsorgstjenestene var i 2023 om lag 202 milliarder kroner, tilsvarende 36 805 kroner per innbygger. Dette utgjorde nesten 40 % av de samlede kostnadene i helsetjenestene i Norge.

I dette kapittelet går vi nærmere inn på organiseringen av pleie- og omsorgstjenestene og hvordan tildeling av tjenestene skjer (8.1). Omsorgstrappa er et begrep som beskriver det kommunale tilbudet av tjenester. Logikken i omsorgstrappa er at kommunene skal tilby differensierte tjenester, og at brukerne i utgangspunktet skal være på et så lavt nivå i trappa som samtidig er forsvarlig. Tradisjonelt har pleie- og omsorgstjenestene vært innrettet mot eldre brukere. Eldre brukere over 80 år utgjør fortsatt hoveddelen av mottakerne, men de siste årene har etterspørselsøkningen i hovedsak kommet fra yngre brukere, altså brukere under 80 år. Vi presenterer data om endringene og diskuterer mulige årsaker (8.2).

Brukere med særlig høye kostnader er en utfordring for kommunene, både på grunn av kostnadene og fordi dette er brukere med store behov som ofte trenger spesiell kompetanse. Vi presenterer data om disse brukerne og viser hvordan staten gjennom en øremerket tilskuddsordning avlaster kommunene for noen av utgiftene (8.3).

I Norge er egenbetalingen for offentlige tjenester generelt sett lav. Pleie- og omsorgstjenestene er imidlertid et område med brukerbetaling (8.4). Egenbetalingene varierer mye mellom tjenestene; for eksempel kan man betale opptil 80 % av inntekten for langtidsopphold i sykehjem, mens hjemmesykepleie er gratis for brukerne. Til sist i kapittelet (8.5) diskuterer vi effekter av konkurranseutsetting innenfor pleie- og omsorgstjenestene. I Norge benyttes konkurranseutsetting i lav grad, men som vi skal se, påvirkes både kostnadsnivå og lønnsnivå for de ansatte der det benyttes.

8.1 Organisering og tildeling av tjenester

I kapittel 6 så vi at kommunenes inntektsnivå i høy grad var bestemmende for hvor mye helse- og omsorgstjenester kommunene kunne tilby. Jo høyere inntektsnivået er, desto høyere volum av tjenester kan kommunene tilby. På

denne måten setter inntektene en begrensning på hva kommunene kan tilby av tjenester. Kommunene står overfor en budsjettrestriksjon.

Hvordan sammensetningen og fordelingen av tjenestene faktisk blir, avhenger imidlertid ikke bare av kommunenes inntektsnivå (det vi grovt kan kalle tilbudssiden). Det avhenger også av etterspørselen etter tjenester: hvilke behov for tjenester som finnes blant befolkningen i kommunen, og hvordan disse behovene kanaliseres inn mot de kommunale tjenestene. Kommunene skaffer seg informasjon om behovene dels gjennom det politiske systemet og dels gjennom direkte kontakt med brukerne.

Tildelingskontorene

Selve tildelingen av tjenester til brukere og pasienter skjedde tidligere ute i de tjenesteytende enhetene, for eksempel i fagteam, inntaksnemnder eller inntaksmøter. Etter tusenårsskiftet har flere kommuner opprettet egne tildelingskontorer (Gjerde mfl., 2016). Tildelingskontorene går under ulike navn som bestillerkontor, inntakskontor, forvaltningskontor eller koordinerende enhet. Tildelingskontorene skal sørge for å tildele tjenester etter behovsvurderinger av pasientene. Opprettelsen av slike kontorer startet i de større byene, men ble formalisert etter at helse- og omsorgsloven av 2011 (§ 7-3) stilte krav om at kommunene skal ha en koordinerende enhet. Utbredelsen av tildelingskontor må også forstås på bakgrunn av samhandlingsreformens ambisjoner om å gi kommunene en mer sentral rolle i helsetjenestene. Ved utgangen av 2013 oppga 60 % av kommunene i en nasjonal survey (N = 234) at reformen hadde bidratt til utskilling av tildelingsfunksjonen i en egen enhet. Formålet med etableringen av egne tildelingskontor blir gjerne beskrevet som å få til «økt kvalitet på vedtakene» og «mer og bedre samordning» (Ljunggren mfl., 2014).

Tildelingskontoret er ofte kontaktledd til sykehuset når det gjelder utskrivingsklare pasienter, og blir dermed en koordinerende institusjon mellom sykehuset og det kommunale tjenestetilbudet. I tillegg til tildeling, koordinering og kvalitetssikring av tjenester kan tildelingskontorene være tillagt planleggingsoppgaver, utarbeiding av statistikk, klagesaksbehandling og økonomiske oppgaver knyttet til vederlagsberegning og beregning av brukernes egenandeler.

Vedtaksbaserte tjenester

Etter helse- og omsorgstjenesteloven (§ 3-1) har kommunen plikt til å sørge for nødvendige tjenester til alle som oppholder seg i kommunen (det vi kaller et sørge for-ansvar). Det er en helse- og sosialfaglig vurdering av den enkelte pasient eller brukers behov som skal være avgjørende for hva kommunen er forpliktet til å yte i den enkelte sak. I denne vurderingen må den enkeltes behov avveies mot fellesskapets behov, og kommunenes økonomiske situasjon kan tas i betraktning (Prop. 91 L (2010–2011), s. 345). I helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd er det angitt enkelte viktige tjenester som kommunen plikter å ha tilbud om. Tjenestene som etter helse- og omsorgstjenesteloven (§ 3-2) skal tilbys er:

- helsetjenester i hjemmet
- plass i institusjon, herunder sykehjem
- personlig assistanse, herunder praktisk bistand, opplæring og støttekontakt
- nødvendig pårørendestøtte
- brukerstyrt personlig assistanse – BPA

For tildeling av disse tjenestene gjelder forvaltningslovens krav om enkeltvedtak – det skal fattes *formelle* vedtak om tildeling av tjenestene. I tillegg skal vedtakene baseres på reglene som finnes for habilitet, veiledningsplikt og taushetsplikt. Reglene skal sikre at partene har tillit til forvaltningens saksbehandling, og at de avgjørelsene som tas, er riktige. For andre typer tjenester, eller hvis tjenestene nevnt over bare skal ytes for en periode på inntil 14 dager, kreves ikke formelle vedtak i kommunen.

En utredning starter med at kommunen blir kjent med et (mulig) hjelpebehov. Dette kan skje på flere måter: En pasient/bruker henvender seg direkte til kommunen eller sender en søknad om tjenester, en pårørende eller nabo kontakter kommunens hjemmebaserte tjenester, en hjemmehjelp oppdager tegn til begynnende problemer, eller et oppsøkende team avdekker et hjelpebehov. Henvendelsen kan også komme fra fastlegen, fra spesialisthelsetjenesten, fra Pasient- og brukerombudet eller andre. Kommunen plikter å vurdere innkomne henvendelser løpende, og starte utredning og iverksette nødvendige tjenester innen forsvarlig tid, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1.

Når pasient/brukers behov skal utredes, må det gjøres en konkret vurdering av hvilke opplysninger som skal innhentes. Det er bare relevante

opplysninger som skal innhentes, det vil si opplysninger som kan si noe om pasientens/brukerens tjenestebehov. Kommunene er pålagt å samle inn personopplysninger, informasjon om funksjonsevne i dagliglivets aktiviteter samt andre relevante helseopplysninger, inkludert mottak og bruk av tjenester.

Måling av funksjonsevne

Funksjonsvurderingene gir informasjon om aktiviteter i dagliglivet, kroppsfunksjoner og noen kognitive funksjoner. Vurderingene gir grunnlag for å vurdere grad av behov for bistand og helsehjelp. Alle opplysningene om funksjon skal registreres uavhengig av: 1) om personen har behov for bistand på registreringstidspunktet, 2) årsak, diagnose, alder og 3) hvor personen befinner seg.

Eksempel: Har brukeren behov for bistand/assistanse til å ta på og av seg klær og fottøy?

Dette vurderes på en skårinndeling som går fra 1 til 5:

- Skår 1 skal benyttes når brukeren ikke har problemer med å utføre handlingen.
- Skår 2: Brukeren har problemer med å utføre handlingen, men klarer den selv.
- Skår 3: Personen trenger noe bistand til en eller flere av aktivitetene. Et eksempel kan være der personen fint kan kle på seg selv når klærne er lagt fram, eller trenger bistand til å få av og på strømper og ellers klarer alle andre aktiviteter i beskrivelsen.
- Skår 4 skal benyttes hvis personen trenger bistand til alle aktiviteter og er delaktig sammen med bistandsyter.
- Skår 5 skal benyttes hvis personen trenger hjelp til alt og ikke er delaktig.

Informasjonen skal registreres i individbasert pleie- og omsorgsstatistikk (IPLOS-registeret). Brukerens funksjonsevne vurderes basert på 18 indikatorer som dekker både personlige (for eksempel personlig hygiene, påkledning) og instrumentelle aktiviteter i dagliglivet (for eksempel håndtering av økonomi, matlaging). IPLOS-registeret fungerer som en journal for pleie- og omsorgstjenesten og danner grunnlaget for nasjonal statistikk innen helse- og omsorgssektoren. I tillegg til de lovpålagte opplysningene er det vanlig at kommunene, ofte gjennom et hjemmebesøk, samler inn informasjon om sosiale forhold, bosituasjon og familieforhold.

Pasienter og brukere har rett til å medvirke ved utforming og gjennomføring av helse- og omsorgstjenester. Kommunen må derfor aktivt hente inn pasientens/brukerens synspunkter når tjenestetilbudet utformes, og skal ikke vente på at pasienten/brukeren selv tar initiativ til dette.

Når pasientens eller brukerens hjelpebehov er tilstrekkelig klarlagt, må kommunen ta stilling til om vedkommende har rett til nødvendige helse- og omsorgstjenester etter pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 a. Hvis svaret er ja, må kommunen deretter ta stilling til hvordan behovet for helse- og omsorgstjenester skal oppfylles. Kommunen står langt på vei fritt når det gjelder på hvilken måte den skal oppfylle «sørge for»-ansvaret, så lenge de tjenestene som tilbys, oppfyller pasientens eller brukerens rett til nødvendige og forsvarlige tjenester.

Kommunen avgjør om den selv skal yte tjenesten, eller om tjenesten skal kjøpes fra en annen tjenesteleverandør (se kapittel 8.6). Hvis det anses hensiktsmessig og forsvarlig, og involverte personer ønsker det, kan kommunen også legge til rette for at tjenesten kan utføres av pårørende eller andre frivillige omsorgsytere, som da kan gis tilbud om omsorgsstønad. Uansett hvem som gis ansvaret for å utføre tjenestene, er det kommunens ansvar å sikre at tilbudet oppfyller retten til nødvendige og forsvarlige tjenester. Brukeren har lovfestet klageadgang.

Hva inngår i begrepet «nødvendige helse- og omsorgstjenester»?

Pasient- og brukerrettighetsloven slår fast at pasient og bruker har rett til «nødvendige helse- og omsorgstjenester fra kommunen» (§ 2-1, andre ledd). Denne rettigheten har vært til stede siden kommunehelsetjenesteloven ble innført i 1982, og innebærer at en domstol kan avgjøre hvorvidt en innbygger har mottatt «nødvendig helsehjelp» (Halvorsen, 2014). Tidligere var ikke slike tjenester rettighetsbaserte. Kommunene kunne tilby en rekke helse- og omsorgstjenester, men innbyggere hadde ikke mulighet til å gå til sak for å kreve tjenester. Rettskravet på ytelser må baseres på en avveining mellom borgernes behov og tilgjengelige tjenester. Lovverket krever at nødvendig hjelp skal være forsvarlig og basert på en individuell helsefaglig vurdering, men hjelpen er ikke ubegrenset. Tjenesten må være nødvendig, og kommunen må ha ressurser til å yte den (Prop. 91 L, 2010–2011, s. 340).

Begrepet «nødvendige helse- og omsorgstjenester» er altså ikke klart definert i loven, og vurderingen hviler derfor på medisinsk skjønn (Halvorsen, 2014, s. 147). En positiv definisjon ville ha krevd en kartlegging av alle helse-tilstander og tilhørende tjenesteutløsning, noe som er vanskelig og lite hensiktsmessig. To personer med samme diagnose kan ha vidt forskjellige

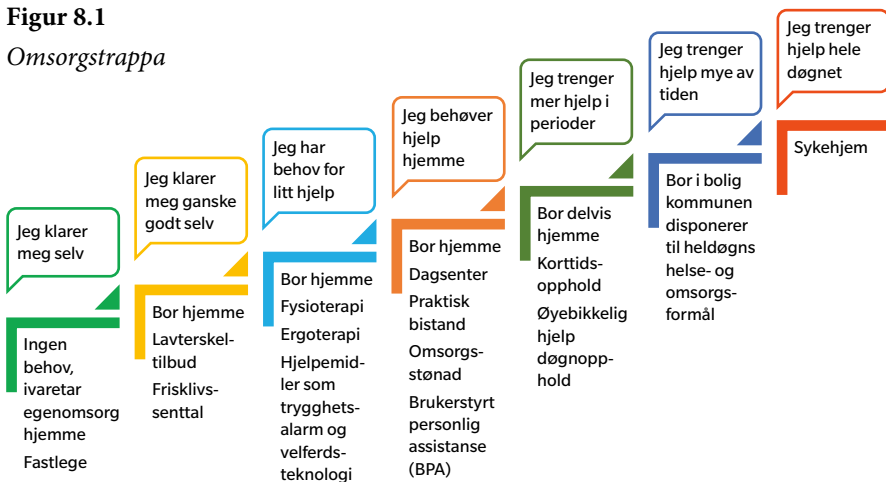
hjelpebehov, og det samme hjelpebehovet kan kreve ulike typer tjenester basert på personlige preferanser. Syse poengterer at terskelen for hva som regnes som nødvendige helsetjenester avhenger både av pasientens tilstand og ressursene som finnes rundt vedkommende. I norsk helsevesen skal det gjøres en individuell helsefaglig vurdering, som deretter veies opp mot samfunnets tilgjengelige ressurser.

8.2 Tilbudet av tjenester: «Omsorgstrappa»

Mange kommuner bruker begrepet omsorgstrapp for å beskrive tilbudet av tjenester. Målet med omsorgstrappa er todelt. For det første skal den illustrere hierarkiet i tjenesteproduksjonen: Tjenestene nederst i trappen er de som krever minst ressursinnsats fra kommunene, mens de som er på toppen, er de som krever størst ressursinnsats. For det andre gir omsorgstrappa retningslinjer for handling. Ideen er at pasienter med det laveste hjelpebehovet skal gis tjenester på det laveste trinnet, og at økende hjelpebehov møtes med økende og mer omfattende tjenestetilbud av ulike art – en beveger seg oppover trappen.

Figur 8.1

Omsorgstrappa

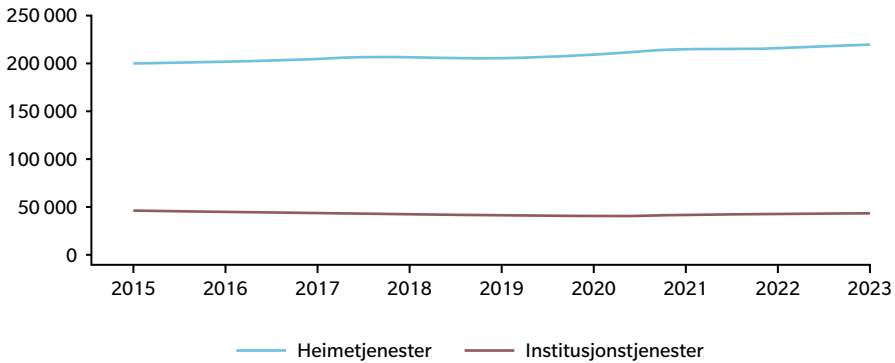


Kilde: Eigersund kommunes hjemmeside (lastet ned 22.7.2025)

En analyse gjort av Helsedirektoratet (2016) av de drøyt 60 000 nye brukerne av pleie- og omsorgstjenester i 2008 viste at mer enn en tredjedel ikke mottok tjenester det påfølgende året. Blant dem som fikk tjenester det påfølgende året, hadde et flertall startet som mottakere av hjemmetjenester. Det betyr at brukerne startet et godt stykke oppe i omsorgstrappa (trinn 4 i figur 8.1). På grunnlag av analysene delte Helsedirektoratet inn brukerne i tre grupper:

- *Personer med midlertidig behov.* Dette kan være pasienter utskrevet fra sykehus som trenger hjemmesykepleie i en overgangsperiode, eller som trenger opptrening eller rehabiliteringsopphold i institusjon i kommunal regi. Denne gruppen omfatter de som ikke fikk tjenester det påfølgende året.
- *Personer med permanente behov for bistand.* Brukergrupper med langvarige behov kan være hjemmeboende eldre med f.eks. demens, unge funksjonshemmede som bor i kommunale omsorgsboliger med hel-døgnspersonell, eller beboere i langtidsopphold i institusjon.
- *Personer som dør de første årene etter første tjeneste.* 40 % mottar hjemmesykepleie og/eller praktisk bistand de siste årene før død og 70 % har hatt kort- eller langtidsopphold i institusjon.

Som vi så i kapittel 5.5, skjedde det en betydelig omstilling av pleie- og omsorgstjenestene i perioden 1987 til 2007, med nedbygging av institusjons-plasser og utbygging av hjemmetjenestene. Denne trenden har fortsatt senere. Figur 8.2 viser antall brukere fordelt på disse to tjenestetypene i perioden 2015–2023.

Figur 8.2*Antall brukere per år fordelt på hjemmetjenester og institusjonstjenester (2015–2023)***Kilde: SSB, Tabell 12003**

Det er en svak nedgang i antall som har vært i institusjonsopphold i løpet av året, fra om lag 46 400 i 2015 til om lag 43 600 i 2020. Deretter er antallet stabilt. Blant brukere som mottar hjemmetjenester, er det en jevn økning i hele perioden, fra om lag 201 100 i 2015 til om lag 220 900 i 2023.

Nærmere om sykehjemmene

Et interessant trekk ved sykehjemspopulasjonen er at gjennomsnittsalderen er fallende, fra 85 år i starten av 2017 til 82,8 år ved utgangen av 2021 (Hagen mfl., 2024). Om lag 77 % av pasientene var 80 år eller eldre ved inngangen til 2017. Prosentandelen i denne aldersgruppen faller til om lag 70 % ved utgangen av analyseperioden. I relative endringer er dette en reduksjon på om lag 10 %.

De største diagnosegruppene blant pasienter i langtidsopphold er hjertelidelser (46–47 % av alle pasienter), demens (41–44 % av alle pasienter) og nevrologiske lidelser som slag og hjerneblødning (19–24 % av alle pasienter) (Tabell 8.1). Dette er diagnoser som alle har en klar aldersgradient, og som tradisjonelt har vært de viktigste diagnosegruppene i kommunale sykehjem. Den sterkeste veksten fra 2018 til 2021 har vi blant pasienter med lungelidelser (Kols med mer), psykiske lidelser, rusmisbruk og psykisk utviklingshemming. I 2018 er antallet med rusmisbruk og psykisk utviklingshemming på et lavt

nivå. Dette må en ta hensyn til når en fortolker de relative endringene. Det er også økning i pasienter med ulike former for kreft.

Tabell 8.1

Diagnoser blant pasienter i langtidsopphold i kommunale institusjoner, 2018 og 2021

Diagnoser gruppert	Antall 2018 (A)	Andel 2018 (B)	Antall 2021 (C)	Andel 2021 (D)	Absolutt endring (C-A)	Relativ endring 2018–2021 ((D/B)*100)-100
Hjertelidelser	21271	45,5	22122	47,6	851,0	4,7
Demens	19228	41,1	20296	43,7	1068,0	6,3
Nevrologiske lidelser	10545	22,6	10985	23,7	440,0	4,9
Psykiske lidelser	9067	19,4	11009	23,7	1942,0	22,3
Brudd	6149	13,1	6378	13,7	229,0	4,5
Lungelidelser	5778	12,4	7888	17,0	2110,0	37,5
Diabetes	5420	11,6	5997	12,9	577,0	11,4
Kreft	4430	9,5	5095	11,0	665,0	15,8
Rusmisbruk	959	2,1	1368	2,9	409,0	43,7
Psykisk utviklingshemming	568	1,2	698	1,5	130,0	23,8
Andre	32873	70,3	33755	72,7	882,0	3,4
Antall unike pasienter	46762		46432			
Antall uten diagnosekoder	6825		5789			

Resultatene indikerer at konkurransen om langtidsplassene blir hardere: Et økende antall yngre pasienter (< 80 år) får nå langtidsopphold. Betyr dette at terskelen for å få langtidsplass i sykehjem heves, kanskje særlig for de eldre pasientene? Eller betyr det at behovene for langtidsplass faktisk er høyere i de yngre aldersgruppene? En måte å undersøke dette på er å sammenlikne de nyinnlagte pasientenes *funksjonsevne* mellom ulike tidsperioder og mellom aldersgrupper.

Høye verdier på disse variablene indikerer lavt funksjonsnivå og stort behov for hjelp. Vi deler de nyinnlagte pasientene i aldersgruppene 0–59 år, 60–79 år og 80 år og over, og sammenlikner funksjonsevnen blant nyinnlagte

i 2018 og 2021. Variablene som beskriver funksjonsevne, er basert på data fra året før henvisningen: fra 2017 for dem som var nyinnlagt i 2018, og fra 2020 for dem som var nyinnlagt i 2021.

Tabell 8.2

Funksjonsevne blant nyinnlagte til langtidsopphold etter aldersgrupper og år (gjennomsnitt), 2018 og 2021

Aldersgruppe (N)	Funksjonsmål	2018	2021	Signifikanstest (Wilcoxon)
> 80 år N=9823 i 2018 N=9443 i 2021	Sosial fungering	2,20	2,30	p < 0,001
	Kognitiv svikt	2,25	2,36	p < 0,001
	Egen helse	3,27	3,30	p=0,018
	Husholdning	3,61	3,63	p=0,117
	Omsorg	2,55	2,62	p < 0,001
60–79 år N=2020 i 2018 N=2290 i 2021	Sosial fungering	2,61	2,69	p=0,019
	Kognitiv svikt	2,55	2,62	p=0,019
	Egen helse	3,54	3,57	p=0,479
	Husholdning	3,71	3,76	p=0,125
	Omsorg	2,69	2,75	p=0,173
0–59 år N=746 i 2018 N=757 i 2021	Sosial fungering	3,11	3,09	p=0,833
	Kognitiv svikt	2,81	2,78	p=0,716
	Egen helse	3,77	3,75	p=0,474
	Husholdning	3,81	3,66	p=0,015
	Omsorg	2,92	2,80	p=0,071

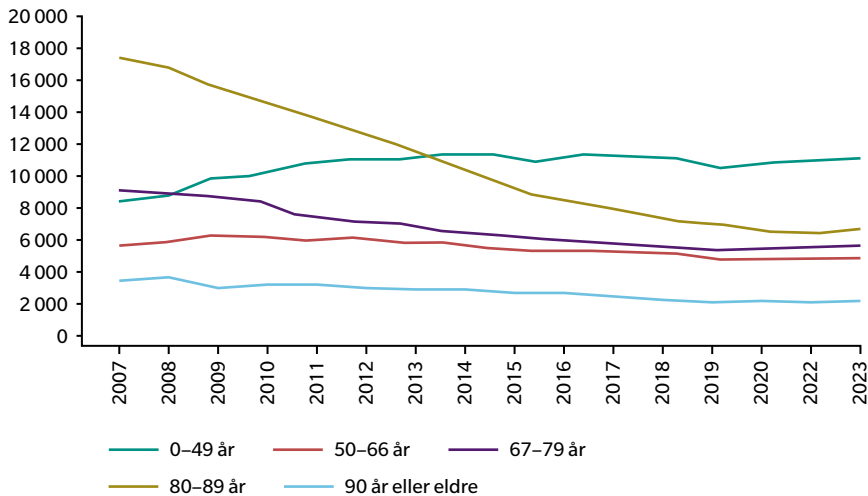
Det er en signifikant reduksjon i funksjonsevnen (høyere verdier på funksjonsmålene) til de nyinnlagte pasientene i den eldste aldersgruppen fra 2018 til 2021. Endringen er signifikant for fire av de fem funksjonsmålene. Det er også en reduksjon i funksjonsevne i den nest yngste gruppen, men ikke alle endringene i funksjonsmålene er signifikante. For den yngste aldersgruppen er det ingen signifikante endringer over tid.

Dette indikerer at terskelen for å få langtidsplass for de eldre har blitt høyere over tid når vi betrakter landet som helhet. Samtidig ser vi at funksjonsevnen er lavere og hjelpebehovet større jo lavere aldersgruppene er. Selv om terskelen for å få langtidsplass blir høyere for de eldre pasientene, er den enda høyere for de yngre gruppene. Dette gjelder også for funksjonsmålet «kognitiv svikt», der vi i utgangspunktet hadde forventet at den eldste aldersgruppen hadde de høyeste verdiene (dårligst funksjonsevne).

Nærmere om hjemmetjenestene

En høyere terskel for å få sykehjemsplass medfører at eldre personer i økende grad tilbys hjemmetjenester. Dette har økt andelen eldre med høyt bistandsnivå også i hjemmetjenesten. Samtidig er dette bare en av årsakene til at antall brukere i hjemmetjenesten har økt. Den viktigste årsaken til endringen er den sterke økningen av yngre brukere med store hjelpebehov etter HVPU-reformen (Brevik, 2010a). I tillegg til at HVPU-reformen ga en sterk økning i antall brukere, får yngre brukere tildelt flere timer hjemmetjenester enn eldre brukere med samme omsorgsnivå (Kjelvik, 2011).

Hjemmetjenestene omfatter som nevnt flere tjenester, blant annet praktisk bistand, helsetjenester i hjemmet (blant annet hjemmesykepleie) og omsorgsboliger. Praktisk bistand inkluderer hjelp til å handle mat, matlaging, vask av klær og bolig, og hjelp til egenomsorg, samt opplæring i personlig stell og egenomsorg. Figur 8.3 viser antall brukere som får praktisk bistand (enten praktisk bistand alene eller praktisk bistand i kombinasjon med helsetjenester i hjemmet) etter aldersgruppe i perioden 2007–2024.

Figur 8.3*Antall mottakere av praktisk bistand***Kilde: SSB**

For brukere under 50 skjer det en økning fra om lag 8800 brukere i 2007 til 11400 brukere i 2023. For alle de andre aldersgruppene skjer det en reduksjon. For aldersgruppen 80–89 år er reduksjonen markant, med en reduksjon i antall brukere fra om lag 17600 i 2007 til om lag 7100 i 2023. I samme tidsperiode har befolkningen i aldersgruppen 80–89 år økt fra om lag 185 000 til om lag 210 700 i 2023. Dette betyr at brukerandelene reduseres fra 0,095 (9,5 %) i 2007 til 0,034 (3,4 %) i 2023.

Brukere og brukerandeler

Tabell 8.1 viser antall brukere etter aldersgrupper. Antall brukere vil imidlertid være avhengig av flere forhold, blant annet størrelsen på befolkningsgruppen. Antall brukere kan relateres til størrelsen på aldersgruppen ved følgende formel:

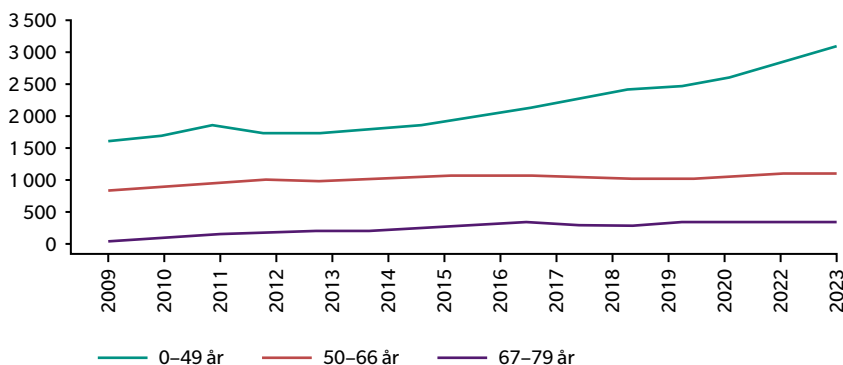
$$\text{Andel brukere} = \frac{\text{Antall brukere}}{\text{Antall i aldersgruppen}}$$

Brukerstyrt personlig assistanse (BPA-ordningen) er et alternativ til tildeling av tjenester, f.eks. i form av praktisk bistand. Ordningen er særlig rettet inn mot organisering av hjelp for sterkt funksjonshemmede som har behov for bistand i dagliglivet, både i og utenfor hjemmet. Gjennom ordningen har brukeren rollen som arbeidsleder og påtar seg større ansvar for organisering og innhold i forhold til sine behov. Innen de timerammer som kommunens vedtak om praktisk bistand angir, kan brukeren i prinsippet styre hvem han/hun vil ha som hjelper(e), hva assistenten(e) skal gjøre, hvor og til hvilke tider hjelpen skal gis. Målet med ordningen er å bidra til at brukeren får et aktivt og mest mulig uavhengig liv til tross for sterk funksjonshemming. Tjenesten skal være en del av de samlede kommunale omsorgstjenestene og knyttes til personen – ikke til boligen.

Ordningen har vært prøvd ut siden 1994 og ble rettighetsfestet fra 1. januar 2015 (§ 2-1 d i pasient- og brukerrettighetsloven). Som figuren under viser, skjedde det en klar økning i antallet som fikk tildelt BPA etter 2015. Det ble ikke bare flere brukere; det skjedde også en økning i antall timer som ble tildelt den enkelte. I 2009 fikk en bruker i aldersgruppen 0–49 år i gjennomsnitt tildelt 29 timer per uke. Dette økte til 51 timer per uke i 2023.

Figur 8.4

Antall mottakere av brukerstyrt personlig assistanse (BPA), 2009–2023

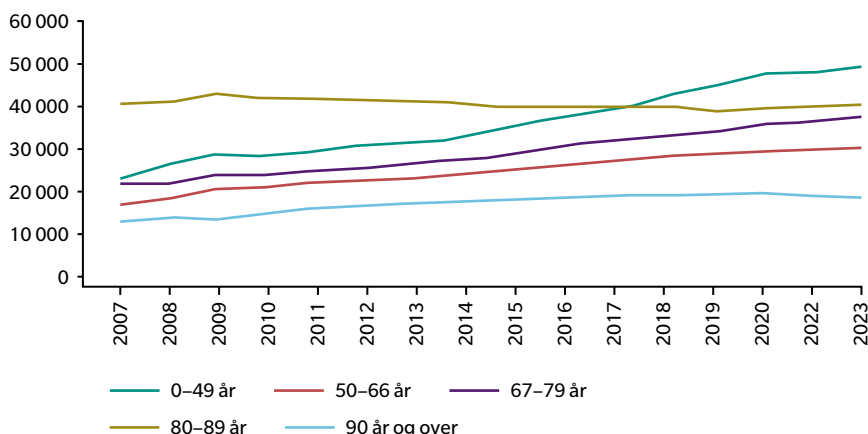


Vi ser at økningen primært skjer i aldersgruppen 0–49 år. Rettigheten til BPA gjelder kun til brukerne er 67 år. Det er imidlertid noen brukere også i aldersgruppene over 80 år.

Figur 8.5 viser antall brukere av helsetjenester i hjemmet (hjemmesykepleie, fysio- og ergoterapitjenester).

Figur 8.5

Antall mottakere av helsetjenester i hjemmet (2007–2023)



For helsetjenester i hjemmet er antall brukere i aldersgruppen 80–89 år om lag stabilt i perioden. Siden antall innbyggere i aldersgruppen har økt, innebærer det reduserte brukerandeler – fra 0,22 i 2007 til 0,19 i 2023. I aldersgruppen 90 år og over skjer det en økning i antall brukere som får tjenester fram til 2017. Etter 2017 er antallet brukere i den eldste aldersgruppen nokså stabilt. Det skjer en økning i antall brukere i alle aldersgruppene under 80 år i hele perioden. I de lavere aldersgruppene skjer det også en økning i antall tildelte timer per uke.

En viktig del av hjemmetjenestene er omsorgsboligene. Dette er boliger som blir betraktet som *brukerens private hjem*. Utviklingen av pleie- og omsorgssektoren i nyere tid har vært kjennetegnet ved en kraftig tilvekst av omsorgsboliger og en vridning i antall brukere fra tradisjonelle institusjonsplasser (sykehjem) til omsorgsboliger. Omsorgsboliger har siden 1994 mottatt ulike typer etableringstilskudd gjennom Husbanken, og er derfor formet etter retningslinjene for disse tilskuddene. Viktige kriterier for å få tilskudd er at kommunene må ha etablert hjemmetjeneste som er tilgjengelig døgnet rundt, og at boligen må være tilrettelagt for muligheten til å motta døgntjenester. Brukeren eier eller leier boligen og mottar pleie- og

omsorgstjenester etter behov på samme måte som brukere som bor i private hjem. Ettersom omsorgsboliger er å anse som en privat bolig, er beboerne omfattet av det samme regelverket for helsetjenester og pleie- og omsorgstjenester. Omsorgsboliger er alt fra selvstendige boliger til bokollektiver med personalbase og heldøgnsbemanning.

8.3 Kostnadskrevende brukere

Det er godt kjent at en liten gruppe med tjenestemottakere står for en stor andel av de totale kostnadene i helsevesenet. En systematisk litteraturstudie, som inkluderer 55 studier fra vestlige land (med sterk overvekt av studier fra USA og Canada), viser at de 1 %, 5 % og 10 % mest kostnadskrevende brukerne i snitt står for henholdsvis 24 %, 55 % og 68 % av kostnadene til helse-tjenester innenfor et gitt år (Wammes mfl., 2018). Disse kostnadskrevende brukerne, som i internasjonal språkbruk ofte kalles «high cost users», er en interessant gruppe for beslutningstakere. Det er fordi brukerne legger beslag på betydelige ressurser, og man tror at de mottar et dårlig tjenestetilbud som følge av mangelfull koordinering mellom institusjoner i tjenestene (Amelung mfl., 2021). Av disse årsakene har det også blitt innført flere helsepolitiske reformer og tiltak de siste tiårene som tar sikte på å dempe kostnadsveksten og bedre kvaliteten i tjenestetilbudet for denne gruppen av tjenestemottakere. Samhandlingsreformen hadde for eksempel fokus på å bedre samhandlingen for pasienter med kroniske lidelser (Helsedepartementet, 2009).

For å kunne utvikle og sette inn målrettede tiltak rettet mot høykostnadsbrukerne/kostnadskrevende pasienter må en vite mest mulig om hvem de er. Hva er deres alder, sosioøkonomiske status, diagnoser og mønstre for tjenestebruk? Dette vet vi en del om fra den eksisterende forskningslitteraturen. Litteraturgjennomgangen til Wammes mfl. (2018) viser at de mest kostnadskrevende brukerne typisk har flere kroniske sykdommer (multimorbiditet), mer alvorlige psykiske lidelser, lavere sosioøkonomisk status og at de er eldre enn de øvrige tjenestemottakerne i befolkningen. Det finnes også flere studier som viser at pasienter i den siste fasen av livet, uavhengig av alder, er

overrepresentert blant høykostnadsbrukerne (Hakkinen mfl., 2008; Melberg mfl., 2013; Zweifel mfl., 1999).

Det finnes lite forskning om høykostnadsbrukere i Norge. Et viktig bidrag er Kalseth og Halvorsen (2020). I studien skiller de mellom kostnader for helsetjenester (fastlege, spesialisthelsetjenester for somatikk og mental helse og reseptbelagte medisiner) og pleie- og omsorgstjenester. Resultatene viser at kostnader for pleie- og omsorgstjenester utgjør om lag 25–30 % av de samlede kostnadene for de fleste aldersgruppene under 75 år. Dette er relativt høyt sammenliknet med andre vestlige land. Andelen stiger deretter kraftig for de eldre aldersgruppene. Fra åttiårsalderen utgjør kostnader for pleie- og omsorgstjenester over 50 % av de samlede kostnadene. Analysen viser at brukerandelene for de fleste pleie- og omsorgstjenestene (antall brukere per 100 personer) er lave for de yngre aldersgruppene. Til gjengjeld viser den at kostnaden per bruker i snitt er betydelig høyere for de yngre aldersgruppene innenfor flere av pleie- og omsorgstjenestene.

Høykostnadsbrukerens profil

En analyse av Holte mfl. (2023), som kun omfatter bruk av pleie- og omsorgstjenester, definerer høykostnadsbrukere som de 5 % av mottakerne av pleie- og omsorgstjenester som har de høyeste kostnadene. Ved denne definisjonen er grensen for å bli definert som høykostnadsbruker kr. 968 000. Analysen identifiserte 13 676 pasienter som høykostnadsbrukere. For pasientene som er definert som høykostnadsbrukere (tabell 8.3), er gjennomsnittskostnaden knapt 2,2 millioner kroner (medianverdien er 1,6 mill. kr). For pasienter som defineres i gruppen av ikke-høykostnadsbrukere, er gjennomsnittskostnaden vel 186 000 kroner (median 42 575 kroner). De samlede kostnadene for de 5 prosentene som defineres som høykostnadsbrukere, var 29,7 mrd. kroner, eller om lag 39 % av totale utgifter til pleie- og omsorgstjenester slik disse ble definert i studien.

Analysen viser videre at det er betydelige forskjeller mellom de to gruppene når det gjelder hvilke tjenester som benyttes, og som dermed genererer kostnader. For høykostnadsbrukerne skapes nesten 90 % av kostnadene gjennom bruk av hjemmetjenester. Den høyeste kostnaden er forbundet med praktisk bistand – opplæring (36,2 %). Formålet med «praktisk bistand – opplæring» er å gjøre den enkelte mest mulig selvstendig i dagliglivet, dvs. at en

gir opplæring i husarbeid og matstell, personlig hygiene, påkledning og det som kalles boveiledning. I gjennomsnitt benyttes nærmere 790 000 kroner på disse tjenestene. Det er videre høye kostnader til helsetjenester i hjemmet (hjemmesykepleie, fysio- og ergoterapi) og «praktisk bistand – daglige gjøremål», som omfatter bistand til dagliglivets praktiske gjøremål, egenomsorg og personlig stell. BPA-ordningen utgjør også høye kostnader blant høykostnadsbrukerne – knapt 170 000 kroner årlig.

Tabell 8.3

Gjennomsnittlige kostnader per tjenestemottaker, totalt og etter tjenestetype, gruppert etter om pasienten er klassifisert som ikke-høykostnadsbruker eller høykostnadsbruker. 2019

Kostnadstyper	Ikke-høykostnadsbrukere		Høykostnadsbrukere	
	Gjennomsnitt	%-andel av kostnader	Gjennomsnitt	%-andel av kostnader
Avlastning utenfor institusjon	4730	2,5	31737	1,5
Avlastningsopphold (i institusjon)	3842	2,1	139995	6,4
BPA	3139	1,7	169882	7,8
Dagopphold	1683	0,9	1530	0,1
Helsetjenester i hjemmet	46737	25,1	617909	28,4
Langtidsopphold	86971	46,7	28288	1,3
Nattopphold	85	0,1	364	0,0
Praktisk bistand – daglige gjøremål	10984	5,9	329615	15,2
Praktisk bistand – opplæring	9126	4,9	785922	36,2
Tidsbegrensede opphold	18053	9,7	66433	3,1
ØHD/KAD	785	0,4	2068	0,1
Totale pleie- og omsorgskostnader	186135	100,0	2173743	100,0

Gjennomsnittsalderen for pasientene i analysen er 65 år, men det er variasjon mellom de to gruppene. Blant brukerne i gruppen av ikke-høykostnadsbrukere er gjennomsnittsalderen 66 år, mens gjennomsnittsalderen blant høykostnadsbrukerne er 46 år.

Antall diagnoser for kroniske lidelser er signifikant høyere i ikke-høykostnadsgruppen enn i gruppen av høykostnadsbrukere, selv om forskjellene

ikke er store (1,6 vs. 1,5 diagnoser). Derimot er det store forskjeller mellom de to gruppene når vi ser på enkeltdiagnoser. I gruppen av ikke-høykostnadsbrukere er 40,2 % registrert med en hjertelidelse, 30,5 % med en psykisk lidelse og 19,6% med nevrologiske lidelser. Blant høykostnadsbrukerne er 56,1 % registrert med en psykisk utviklingshemming, 30,4 % med en psykisk lidelse og 29,6 % med en nevrologisk lidelse. Funksjonsevnen er klart dårligere blant brukerne i høykostnadsgruppen enn blant brukerne i gruppen av ikke-høykostnadsbrukere.

Statlige tilskudd til ressurskrevende brukere

I Norge har vi en egen toppfinansieringsordning, en øremerket tilskuddsordning, for brukere med særlig ressurskrevende helse- og omsorgstjenester. Ordningen innebærer at kommuner kan søke staten om delvis refusjon for lønnsutgifter knyttet til disse brukerne. Formålet med ordningen er å «legge til rette for at kommunene kan gi et godt tjenestetilbud til mottaker som har krav på omfattende helse- og 19 omsorgstjenester» (Rundskriv IS-4/2023). Det er kun direkte lønnsutgifter som dekkes, og det gis refusjon for 80 % av utgiftene som overstiger et fastsatt innslagspunkt (i 2023: 1 526 000 kroner). Brukere over 67 omfattes ikke av ordningen, og det er ingen begrensninger med tanke på diagnoser hos brukeren. En viktig begrunnelse for ordningene er at det har vist seg vanskelig å finne kriterier som fanger opp kommunenes behov på dette området, og som derfor kan benyttes i rammeoverførings-systemet. Variasjoner i etterspørselen etter ressurskrevende tjenester er også mer krevende å håndtere for små kommuner. Dette gjør det vanskelig å løse problemet gjennom en generell rammeoverføring.

Antallet mottakere det kompenseres for i ordningene har økt fra 3 398 i 2004 til 8 129 i 2022, og utbetalinger i løpende millioner kroner har økt fra 1 506 i 2004 til 8 129 i 2022 (NOU 2022:10). Det er med andre ord en svært ekspansiv ordning. Borge mfl. (2015) har gjennomført en analyse av ordningen. I analyseperioden 2007–2014 var det en kraftig vekst i tilskuddet til ressurskrevende brukere (20,6 pst. årlig endring). En utfordring med ordningen er at den ikke gir kommunene sterke insentiver til kostnadskontroll. Det er også vanskelig å utforme kriterier for rammefinansiering som fanger opp variasjonen i ressurskrevende brukere. En mulig modifisering diskutert av forfatterne er å knytte toppfinansieringen til kommunestørrelse, siden

større kommuner vil kunne håndtere svingninger i antallet ressurskrevende brukere per år bedre enn små kommuner. En analyse av Lunder mfl. (2020) vurderte både toppfinansieringsordningen og det såkalte PU-tilskuddet i inntektssystemet for kommunene. PU-tilskuddet gis for personer med psykisk utviklingshemming som er 16 år og eldre, og bidrar til å øke rammetilskuddet til kommuner som har et høyt antall personer med denne diagnosen relativt til innbyggertallet. Evalueringen finner få tegn til at ordningene påvirker omfang, innretning og organisering av tjenestetilbudet, men stiller derimot spørsmål ved om de er rause nok til å kompensere for utgiftsbehovet som de aktuelle brukerne har, særlig i mindre kommuner.

8.4 Egenbetalingsordninger

Kommunene har innført egenbetalinger (også beskrevet som brukerbetalinger eller egenandeler) for en rekke ulike tjenester. For enkelte tjenester, som de tekniske tjenestene renovasjon og vannforsyning, kan brukerne betale tilnærmet selvkost – det vil si den faktiske kostnaden for å levere tjenesten. For andre tjenester, som helse- og omsorgstjenester, er egenbetalingen betydelig lavere. Grunnen til dette er at den offentlige helse- og omsorgstjenesten skal sikre at «borgerne skal motta likeverdige tjenester etter behov, uavhengig av økonomi» (NOU 2018:16, s. 24). Kommunenes mulighet til å kreve egenbetaling for pleie- og omsorgstjenester er derfor regulert i en egen forskrift (forskrift 16. desember 2011 nr. 1349), og mulighetene er sterkt begrenset. Kommunene kan i praksis kreve egenbetalinger for praktisk bistand i hjemmet og for korttids- og langtidsopphold i institusjon/sykehjem. Disse egenandelene dekker cirka 1 og 15 % av utgiftene til henholdsvis hjemme- og institusjonstjenester (NOU 2018:16). For helsetjenester i hjemmet er det ingen egenandeler.

Inntektsgradering og skjermingsordninger

Det er to hovedgrunner til at vi har egenbetalingsordninger i pleie- og omsorgstjenesten. For det første ønsker man å legge en pris på tjenester med lav nytte, og der etterspørselen ikke utelukkende bestemmes av behovet.

For disse tjenestene, der praktisk bistand kan stå som eksempel, ønsker en å begrense forbruket. For det andre bidrar egenbetaling til finansiering av tjenestene og til å opprettholde tilliten til skattesystemet, ved at de som bruker tjenesten, også er med på å finansiere den direkte. Dette gjelder dels praktisk bistand, men kanskje i enda høyere grad egenbetaling for sykehjem. Derimot ønsker en ikke egenbetaling for helsetjenester som personer med funksjonsnedsettelse er avhengige av, slik som helsetjenester i hjemmet.

I tilfellene hvor kommunene kan kreve egenbetalinger i pleie- og omsorgstjenesten, er det lagt inn krav om inntektsgradering og skjermingsordninger. Inntektsgradering innebærer at egenbetalingene er lavere for personer med lavere inntekter, slik at belastningen på privatøkonomien reduseres. Det finnes også skjermingsordninger for å hindre at personer med store behov for tjenester møter egenbetalinger som blir for belastende (se tabell 8.4 med eksempel fra Trondheim kommune).

Tabell 8.4

Inntektsgradering. Eksempel fra Trondheim kommune, 2024

Eksempel på inntektsgradering. Praktisk bistand i Trondheim kommune (2024)			
Inntekt i G*	Inntekt i kroner	Pris i kr per time	Maks utgift i kr per måned
Inntil 2G	237 240	230	230
2–3G	237 241–355 860	563	1689
3–4G	355 861–474 480	563	2252
Over 4G	474 481	563	2815

*Grunnbeløpet (G) i folketrygden per 01.05.2023 var kr 118 620

Kommunen kan ta betaling for langtidsopphold i institusjon, herunder sykehjem. Betalingen dekker alle utgifter forbundet med oppholdet, inklusive husleie, mat, utgifter til medikamenter, legetjenester og andre kommunale helsetjenester. Betalingen er relativt høy, men dette må ses i sammenheng med at den dekker både husleie og mat. Av inntekter inntil folketrygdens grunnbeløp, fratrullet et fribeløp, kan det kreves betalt 75 % årlig. Betalingen skal begrenses slik at enhver har i behold til eget bruk minst 25 % av folketrygdens grunnbeløp i tillegg til fordelingen av fribeløpet. Av inntekter utover folketrygdens grunnbeløp betales inntil 85 %. Det skal gjøres fradrag i beregningen av

vederlaget dersom beboeren har forsørgeransvar eller pga. hensynet til hjemmeboende ektefelle. Egenbetalingen kan imidlertid ikke overstige kostnaden ved tilbudet.

For korttidsopphold i institusjon kan kommunen kreve egenandel etter satser fastsatt av staten.

Effekter av egenbetalingsordningene i pleie- og omsorgstjenestene

Siden egenbetalingen for sykehjem varierer med inntekten, mens egenbetalingen for omsorgsboliger ikke gjør det, kan dette gi kommuner og bydeler økonomiske insentiver. Mer konkret kan det gi insentiver til å velge sykehjemsplasser for personer med høy inntekt som trenger omsorg, og hjemmebasert omsorg i omsorgsboliger for personer med lav inntekt. Er det slik? Dette er en problemstilling som nylig er undersøkt av Hernæs mfl. (2023). Studien bruker empiriske data fra Oslo kommune for å belyse problemstillingen. Forfatterne finner ingen støtte for et slikt syn. Det betyr at tildelingen av offentlige omsorgstjenester (i alle fall i dette tilfellet) bestemmes av individuelle behov, og at økonomiske insentiver ikke påvirker tildelingen.

8.5 Konkurransetsetting og bruk av private tilbydere

Innslaget av konkurranseutsetting og bruk av private tilbydere i pleie- og omsorgstjenestene er lite i Norge når vi sammenlikner med andre land. Et unntak er barnevernet, som vi ikke kommer til å dekke i detalj i denne boken. I kapittelet om spesialisthelsetjenestene skal vi også se at det er store innslag av private tilbydere innen psykisk helsevern og rus- og avhengighetsbehandling.

Sentrale begreper

Med *konkurranseutsetting* menes at produksjonen av en offentlig tjeneste eksponeres for konkurranse. Konkurransetsetting må ikke forveksles med privatisering, som innebærer at det offentlige selger deler av eller hele

virksomheten til en privat aktør. Ved konkurranseutsetting har politiske myndigheter fortsatt ansvaret for virksomheten. Selve konkurransen kan organiseres på ulike måter. I diskusjoner om offentlig tjenesteyting tenker en seg vanligvis at konkurransen organiseres som en anbudskonkurranse mellom offentlig eide og privateide foretak, eller som i spesialisthelsetjenestene mellom private aktører. En offentlig myndighet definerer hvilke tjenester som skal leveres, og har dermed rollen som «arrangør» eller «bestiller». Den finansierer også tjenesten på vegne av innbyggerne.

Private tilbydere er av to typer. Det kan være *ideelle* organisasjoner som Røde Kors eller Norsk Folkehjelp, og det kan være *kommersielle organisasjoner* som f.eks. Norlandia eller Aleris. Som vi så i del A av boken, har private aktører alltid hatt en viss plass i de norske helsetjenestene. Innslaget av private aktører var langt større på midten av forrige århundre enn i dag.

Et tredje begrep som går igjen i diskusjonen om organiseringen av pleie- og omsorgstjenestene, er *fritt brukervalg*. Ved fritt brukervalg kan en bruker som er tildelt tjenester, velge mellom for eksempel offentlige og private leverandører. Fritt brukervalg innebærer som regel at kommunen har inngått kontrakt med private leverandører, men i prinsippet kan en også tenke seg valg mellom offentlige leverandører.

Omfanget av private aktører i pleie- og omsorgstjenestene

En analyse fra SSB (Abrahamsen mfl., 2019) viser at andelen brukere som mottar tilbud fra private, er relativt lav innenfor de tjenestekområdene som er undersøkt – institusjonsplasser, hjemmetjenester og avlastningsplasser (Tabell 8.5). Om lag 85 % av brukerne får tilbud av kommunale organisasjoner, mens andelen som mottar avlastningstjenester fra kommunale organisasjoner, er litt lavere (80 %).

Tabell 8.5*Brukere av IPLOS-tjenester, etter KOSTRA-funksjon og sektor.**Per 31.12.2017. Antall og prosent*

	Totalt	Kommunale	Private kommer- sielle	Private ideelle	Andel med feil eller manglende org.nr.
Institusjonstjenester	42 765	85 %	6 %	5 %	3 %
Hjemmetjenester	188 750	85 %	2 %	0 %	15 %
Dagaktivitetstilbud	22 993	80 %	2 %	2 %	15 %

Kilde: KOSTRA, PLOS-registeret, SSB. Reprodusert fra Abrahamsen mfl. (2019)

Vi ser også at den private andelen fordeler seg om lag likt mellom frivillige og kommersielle organisasjoner. Organiseringen i Norge er på dette punktet svært forskjellig fra Danmark og Sverige, der innslaget av private er langt høyere (Bjørn mfl., 2019).

Innslaget av private aktører i pleie- og omsorgstjenestene er lavt, og det finnes også få studier av effekter av privatisering. To spørsmål som er undersøkt, er om privatisering av sykehjem påvirker sykefravær og lønnsnivå (Øien mfl., 2023). Studien benytter et landsdekkende utvalg der også Oslo inkluderes. Oslo er særlig interessant fordi innslaget av private sykehjem er større enn i andre kommuner, og fordi Oslo er et eget forhandlingsområde for lønn. Studien finner ingen entydige forskjeller i sykefravær mellom offentlig og privat drevne sykehjem. Det er heller ingen vesentlige forskjeller i lønnsnivå hos heltidsansatte utenfor Oslo. For deltidsansatte ligger derimot månedslønnen henholdsvis 6 og 2 % lavere ved kommersielle og ideelle sykehjem sammenliknet med kommunale sykehjem. I Oslo er det vesentlige lønnsforskjeller mellom ansatte i private og offentlige sykehjem. Ansatte ved kommersielle sykehjem i hovedstaden tjener 14 % mindre enn ansatte ved kommunale sykehjem. Månedslønnen for ansatte ved ideelle sykehjem er 8 % lavere enn ved kommunale sykehjem. Forskjellene er størst for deltidsansatte. En del av forklaringen er at lønnsnivået i de kommunale sykehjemmene i Oslo ligger over landsgjennomsnittet.

Et hovedargument for å konkurranseutsette drift av offentlige tjenester er kostnadskontroll og kvalitetsinnovasjon. I Oslo ble det i 2001 mulig å konkurranseutsette sykehjem, med mål om å tilby bedre tjenester til lavere kostnader og gi brukerne større valgfrihet (Bystyremelding I/98). Teoretiske argumenter taler for at privat produksjon av offentlige tjenester kan gi billigere og bedre tjenester (Hart mfl., 1997). I den enkleste modellen er kvalitet og kvantitet kontraktsfestet, mens innsatsen for kostnadsreduksjon forblir privat informasjon. Privat drift blir derfor kostnadseffektiv, ettersom private aktører beholder besparelsene, i motsetning til offentlige ansatte med fast lønn som har færre incentiver for kostnadsreduksjon. I virkeligheten er det imidlertid vanskelig å kontraktsfeste kvalitet og innovasjon som kan redusere kostnader og bedre kvaliteten. Dette åpner for kvalitetsforringende kostnadsbesparelser, og i slike tilfeller kan offentlig tjenesteyting være mer effektiv.

Det er utfordrende å måle effektene av konkurranseutsetting på kvalitet i sykehjem. Kvalitet er ofte vanskelig å observere og kvantifisere, og dermed også vanskelig å kontraktsfeste. Kvalitet vurderes gjerne gjennom innsats-, prosess- og resultatindikatorer, der økonomisk litteratur ofte setter søkelys på utfallsindikatorer som helseutfall for pasientene. I tillegg kan pasientpreferanser ved valg av sykehjem føre til seleksjonsskjevhet. Sykehjem i områder med sykere eldre kan ha mer komplekse pasientgrupper enn sykehjem i områder med friskere eldre, noe som kompliserer målingen av faktisk kvalitet.

Det finnes noen analyser av kommunale kostnader ved konkurranseutsetting. Analyser utført av Oslo Economics (2013) og NyAnalyse (2016) viser at enhetskostnadene for sykehjemsdrift i Oslo er lavere ved privat enn ved offentlig drift. Disse rapportene konkluderer med at Oslo kommune har spart penger på konkurranseutsetting. Imidlertid er det lite diskusjon om hvordan kostnadsbesparelsene faktisk oppnås. Det er mulig at en del av besparelsene går på bekostning av ansatte, noe som antydes i studien diskutert over om lønnsbetingelser for ansatte i kommersielle sykehjem.

8.6 Oppsummering

Dette kapittelet analyserer pleie- og omsorgstjenestenes organisering, utvikling og utfordringer. Tjenestene kostet 202 milliarder kroner i 2023 og utgjør nesten 40 % av helsetjenestenes totale kostnader.

Kommunene har etablert tildelingskontor for å koordinere vedtaksbaserte tjenester som hjemmesykepleie og institusjonsplasser. Begrepet «nødvendige helse- og omsorgstjenester» er ikke klart definert i loven og hviler på medisinsk skjønn og ressursavveining. Omsorgstrappa beskriver hierarkiet i tjenester, der målet er at brukere skal få tjenester på lavest mulig nivå som samtidig er forsvarlig.

Mens eldre over 80 år fortsatt utgjør hoveddelen av mottakerne, har etterspørselsøkningen hovedsakelig kommet fra yngre brukere. Dette skyldes særlig HVPU-reformen og økte behov innen psykisk helse og rus. Sykehjemmenes gjennomsnittsalder har sunket fra 85 til 82,8 år, og terskelen for å få langtidsopphold har økt for eldre. Hjemmetjenestene har ekspandert kraftig, med vekst i alle aldersgrupper under 80 år.

De 5 % mest kostnadskrevende brukerne står for 39 % av totale utgifter. Disse er typisk yngre (gjennomsnitt 46 år), har psykisk utviklingshemming eller alvorlige psykiske lidelser, og mottar hovedsakelig hjemmetjenester. Staten kompenserer kommunene gjennom toppfinansieringsordningen for brukere med kostnader over 1,5 millioner kroner.

Kommunene kan kreve egenbetaling for praktisk bistand og institusjonsopphold, men ikke for helsetjenester i hjemmet. Ordningene er inntektsgradert med skjermingsmekanismer, og egenbetalingen kan utgjøre opptil 80 % av inntekten for sykehjemsbeboere.

Norge har lavt innslag av private tilbydere (ca. 15 % av brukerne) sammenliknet med andre nordiske land. Studier viser at private sykehjem kan ha lavere kostnader, men også lavere lønnsnivå for ansatte.

SPØRSMÅL OG OPPGAVER TIL KAPITTEL 8

1. Analyser utviklingen i brukersammensetningen i pleie- og omsorgstjenestene. Hvordan har HVPU-reformen og endringer i psykisk helsevern påvirket tjenestenes profil og ressursbehov?
2. Diskuter begrepet «nødvendige helse- og omsorgstjenester» og utfordringene ved å operasjonalisere dette i praksis. Hvordan balanseres individuelle behov mot tilgjengelige ressurser?
3. Forklar logikken bak «omsorgstrappa» og vurder om denne modellen fungerer i praksis når terskelen for institusjonsopphold øker og yngre brukere får mer omfattende hjemmetjenester.
4. Analyser profilen til kostnadskrevende brukere (tabell 8.3). Hvilke utfordringer skaper disse brukerne for kommunene, og hvordan fungerer toppfinansieringsordningen som løsning?
5. Sammenlign egenbetalingsordningene for ulike pleie- og omsorgstjenester. Hvilke prinsipper ligger bak forskjellene, og hva er de fordelings- og effektivitetsmessige konsekvensene?
6. Evaluer Norges lave grad av konkurranseutsetting i pleie- og omsorgstjenestene sammenliknet med andre nordiske land. Hvilke fordeler og ulemper kan dette ha?
7. Diskuter funnene om lønnsnivå og arbeidsforhold i private versus offentlige sykehjem. Hvilke implikasjoner har dette for kvalitet og bærekraft i tjenestene?
8. Analyser endringene i funksjonsevne blant nyinnlagte i sykehjem (tabell 8.2). Hva forteller dette om utviklingen i tjenestens rolle og brukernes behov?
9. Vurder utviklingen av BPA-ordningen (brukerstyrt personlig assistanse). Hvilke prinsipper ligger bak denne tjenesten, og hvorfor har den vokst så kraftig etter 2015?
10. Kritisk analyse: Diskuter spenningen mellom målsettingen om «lavest mulig nivå i omsorgstrappa» og realitetene rundt ressursbegrensninger og økende kompleksitet i brukernes behov.

Del C

Spesialisthelsetjenestene

Også denne delen starter med en historisk introduksjon (kapittel 9) der hovedvekten legges på endringer i eierskapet til og organisering av sykehusene. Av spesiell viktighet her er diskusjonene på 1970-, 1980- og 1990-tallet som ledet fram til dagens modell der spesialisthelsetjenestene er organisert innenfor fire helseregioner.

Hovedtemaet i kapittel 10 er betalings- eller finansieringssystemene for sykehusene. Norge har vært gjennom tre distinkte perioder; kurdøgnfinansiering (fram til 1980), rammefinansiering (1980–1997) og aktivitetsbasert finansiering (1997-) som speiler de grunnleggende betalingsmåtene vi gjorde rede for i kapittel 3. Her illustrerer vi effektene av de tre modellene nærmere og diskuterer avveiningene forbundet med om aktivitetsbasert finansiering bør være høy eller lav.

Helseforetaksmodellen som ble innført i 2002, er ofte utsatt for kritikk, særlig for det mange mener er mangelfull politisk styring. I kapittel 11 gjør vi rede for hvordan styringen skjer, fra departementet, via de regionale helseforetakene og helt ned til den enkelte tjenesteleverandør. I kapittelet går vi også inn på bruken av private leverandører.

Hagen, T. P. (2026). Sykehusenes organisering. I T. P. Hagen, G. Godager, J. Kinge & E. Aas (Red.), *Organisering og finansiering av helse- og omsorgstjenester: En innføring* (s. 207–227). Fagbokforlaget. <https://doi.org/10.55669/oa180909>

9

Sykehusenes organisering

Terje P. Hagen

I kapittel 5 diskuterte vi argumenter for og mot å legge anskaffelsen av primærhelsetjenestene til kommunene. Hovedargumentet *for* en slik løsning var at en kunne oppnå god tilpasning til lokale ønsker om nivået på tjenestene. I tillegg kan en tilnærmet fast økonomisk ramme å prioritere innenfor god kostnadskontroll for staten. Argumentene *mot* å legge disse tjenestene til kommunene var i første rekke at det kunne bli uønskede variasjoner i tjenestetilbudet, og at det var vanskelig å hente ut stordriftsfordeler i en situasjon med små kommuner.

De fleste sykehusene i Norge ble etablert av frivillige organisasjoner eller av kommunene (kapittel 9.1). Etter en kort beskrivelse av denne fasen diskuterer vi hvordan organiseringen av sykehusene har endret seg.

Den første strukturerende fasen kom i 1960-årene, da fylkeskommunene overtok ansvaret for sykehusene fra kommunene, og dels også fra de frivillige organisasjonene. Hovedargumentet var at fylkeskommunene hadde større økonomisk bæreevne enn kommunene. Også fylkeskommunene ble imidlertid for små for de mest spesialiserte tjenestene. I 1974 ble landet delt inn i fem helseregioner, som alle hadde et spesialisert regionsykehus som del av sitt tilbud (9.2).

Fritt sykehusvalg ble et aktuelt tema i løpet av 1980- og 90-årene (9.3). Utviklingen skjedde gradvis: Først ble det mulig å velge innen den enkelte region, deretter i hele landet. I dag finnes det også muligheter for å benytte utenlandske sykehus dersom det ikke finnes behandlingsalternativer i Norge.

Den fylkeskommunale styringsmodellen kom under press i løpet av 1990-årene (9.4). Etter en turbulent periode med store budsjettoverskridelser ble sykehusene bestemt overført til staten fra 2002. Staten beholdt helseregionene som styringsenhet og etablerte fem regionale helseforetak (RHF) som iverksettende organer. Antall RHF-er ble redusert til fire fra 2007. RHF-ene organiserte sykehus og klinikker i helseforetak som i størrelse og geografisk utstrekning nesten sammenfalt med de gamle fylkeskommunene.

9.1 Fylkeskommunene overtar

Det første norske sykehuset var trolig Trondhjems Hospital, som ble etablert på 1200-tallet. På den tiden var imidlertid medisinen virkemidler dårlig utviklet. De moderne sykehusene ble etablert fra tidlig på 1800-tallet, etter at kunnskapen om at smitte ble spredt av bakterier ble kjent. Neste utbyggingsfase kom da anestesimidlene ble oppdaget, og det ble mulig å gjennomføre operasjoner under narkose. Etter hvert vokste de tredelte sykehusene fram, med en indremedisinsk, en kirurgisk og en anesthesiologisk avdeling.

Sykehus

Sykehus er en helseinstitusjon som er godkjent for innleggelse, undersøkelse og behandling av pasienter og fødende kvinner som trenger spesialisert helsetjeneste. Til sykehusene hører sengeavdelinger, poliklinikker og laboratorier. Tradisjonelt har man skjelnet mellom somatiske sykehus, som hovedsakelig behandler kroppens sykdommer, og psykiatriske sykehus, som behandler psykiske lidelser. Dette skillet er av mindre betydning nå i og med at psykiatriske avdelinger ofte inngår som en del av det totale sykehustilbudet.

Kilde: Store norske leksikon (lastet ned 11.7.2024)

Mange norske sykehus ble etablert i tiden 1900–1940. På midten av 1940-tallet var det ca. 400 sykehus i Norge, varierende fra sykestuer med noen få senger til store institusjoner med flere hundre senger (Schiøtz, 2003). Utbyggingen skjedde i regi av by- og fylkeskommuner, humanitære organisasjoner og større private bedrifter. Et interessant fenomen ved sykehusutbyggingen i mellomkrigstiden var at det ved tildeling av vassdrags- og industrikonsesjoner, med hjemmel i konsesjonslovene, ble forutsatt at helsetjenesten på stedet skulle bygges ut. Etableringen av sykehusene i Sauda og Rjukan er eksempler.

I 1950 var hver femte sykehusseng privat eid og drevet. Så sent som i 1963 var hver tredje sykehusseng privat, først og fremst fødehem og sykestuer (Schiøtz, 2003). Tabell 9.1 viser en oversikt over sykehusene i Oslo kommune og enkelte samlede tall for landet i 1965.

Tabell 9.1*Sykehus lokalisert i Oslo kommune (1965)*

Sykehus	Offentlig (O) eller privat (P)	Antall sen- ger 31.12	Innlagte pasienter	Kurdøgn
Rikshospitalet	O	1155	20430	306813
Oslo militære sykehus	O	65	701	12036
Ullevål sykehus	O	1912	36988	585241
Aker sykehus	O	633	12130	227209
Vor Frue Hospital	P	145	1973	36055
Røde Kors Klinikk	P	125	2121	38307
Diakonissehuset	P	252	2209	88153
Oslo sanitetsforenings revma. sykehus	P	147	1204	48606
Wergelandsveiens klinikk	P	54	1457	16231
Betanien hospital	P	90	2222	24062
Menighetsøsterhjemmet	P	84	2130	29546
Sophies Minde	P	110	2209	35797
Det norske Diakonhjem	P	132	1507	46376
Det norske Radiumhospital	O	345	5449	119084
Kronprinsesse Märthas institutt*	O	77	1257	27698
Det norske hjem for sukkersyke barn	P	15	141	3297
Tøyen sykehjem	O	141	60	49682
Adamstuen sykehjem	O	140	44	46528
Solvang sykehjem	O	232	120	80017
Oslo totalt		5 845	94 325	1 820 738
Landet totalt		25 013	440 309	8 089 799

Kilde: SSB Sykehusstatistikk, 1965

* Kronprinsesse Märthas institutt var privat inntil 1965

Rikshospitalet og Oslo militære sykehus var statlige sykehus som hadde hele landet som opptaksområde. De øvrige offentlige sykehusene var eid

og drevet av Oslo kommune. Innslaget av private sykehus var betydelig i alle de store byene, Oslo inkludert. Diakonissehuset, Vor Frue hospital og Menighetssøsterhjemmet inngår i dag i Lovisenberg sykehus, som er en privat stiftelse. Vi merker oss videre at sykehus og sykehjem rapporteres på samme måte i statistikken fra 1960-tallet, selv om sykehjemmene også da var institusjoner der pasienter hadde langtidsopphold. Holder vi de statlige sykehusene og sykehjemmene utenfor, utgjør de private sengene om lag 25 % av det totale sengetallet i Oslo dette året.

Antall kurdøgn (liggedøgn) var i perioden fram til 1980 det som utgjorde finansieringsgrunnlaget for sykehusene. Staten refunderte i denne perioden opp mot 70 % av kostnadene ved et kurdøgn. De øvrige inntektene fikk sykehusene fra kommunen eller private donorer.¹

I løpet av 1960-årene ble det klart at fylkeskommunene skulle ha det overordnede ansvaret for sykehusdriften i Norge. Dette ble mulig etter at bykommunene fra 1964 ble innlemmet i fylkeskommunene. Formaliseringen av fylkeskommunenes ansvar skjedde gjennom Sykehusloven av 1969. Endringen var ledd i det Borgan (2012) kaller en «offentlig revolusjon»: «Det offentlige tok gjennom lov om sosial omsorg av 1964 et hovedansvar for å yte omsorg til voksne hjelpetrequende. Denne loven la sammen med folketrygdloven av 1967 og sykehusloven av 1970 et lovmessig grunnlag for en omfattende utbygging og vekst i omsorgssektoren». Sykehusloven ga fylkeskommunene ansvar for å bygge ut og drive både sykehus og sykehjem: «Enhver fylkeskommuneskal sørge for planlegging, utbygging og drift av de institusjoner og tjenester ... slik at behovet for nødvendig ambulansetransport, undersøkelse, behandling og opphold i helseinstitusjon blir dekket for befolkningen innen området».

Den første av disse lovene ble fremmet av regjeringen Gerhardsen (AP), de to neste av regjeringen Borten (H, KrF, SP, V). Det var altså bred politisk enighet om den 'offentlige revolusjon'.

Det ble imidlertid snart klart at det også var behov for å samordne sykehustilbudet mellom fylkeskommunene, særlig det høyspesialiserte tjenestetilbudet. Stortingsmelding nr. 9 (1974–1975), «Sykehusutbygging m.v. i et regionalisert helsevesen», etablerte hovedprinsippene for den organiseringen

1 Ved å dividere antall kurdøgn på antall innlagte pasienter får vi gjennomsnittlig liggetid for innlagte pasienter. For Ullevål sykehus var gjennomsnittlig liggetid i 1965 knapt 16 dager.

av helsesektoren som eksisterte fram til den statlige overtakelsen av sykehusene i 2002. Regjeringen hadde følgende målsettinger: 1) å rette opp den geografisk skjeve fordelingen av sykehus tilbud og spesialister mellom fylkene, og 2) å oppnå at hver pasient kunne behandles på det laveste nivå som effektivt kan ta seg av lidelsen (LEON-prinsippet). For å nå målene ble to nyordninger foreslått: økt regionalt samarbeid og rammefinansiering av helseinstitusjoner. Samtidig ble det lagt planer for utbygging av primærhelsetjenesten.

Bedre regional samordning skulle blant annet realiseres ved inndeling av landet i fem helseregioner. Innen regionene skulle helsetjenesten deles i tre nivåer: primærhelsetjenesten (kommunehelsetjenesten), fylkeshelsetjenesten og regionhelsetjenesten. Tabell 9.2 gir oversikt over helseregionene som ble etablert fra midten av 1970-tallet. Som vi ser, var Akershus fylke delt mellom Helseregion sør og Helseregion øst. Vestregionen (Asker og Bærum) ble lagt til Helseregion sør, mens kommunene øst og sør for Oslo ble lagt til Helseregion øst.

Meldingen understreket også at man burde satse på å bygge ut de laveste leddene i det regionaliserte helsevesen, for å unngå at pasienter unødige måtte henvises til høyere nivå grunnet manglende kapasitet i lavere ledd. For å sikre samordning mellom nivåene foreslo man å innføre et omfattende planleggings- og godkjenningssystem. Man innførte 1- og 4-årsplaner for utvikling av fylkeskommunenes helsestell, samt «perspektivskisser» som et underlag for regjeringens helsepolitiske målsettinger. For å sikre sentral styring og geografisk utjevning (særlig av medisinske spesialiteter) skulle fylkeshelseplanene godkjennes av departementet. For å gjennomføre det regionale planarbeidet ble det opprettet regionale helseutvalg (NOU 1996:5).

Tabell 9.2

Helseregioner og regionsykehus (1976–2001)

Helseregion	Geografisk område	Regionsykehus
I	Oslo, Hedmark, Oppland	Ullevål sykehus
II	Østfold, Akershus, Buskerud, Vestfold, Telemark, Aust-Agder, Vest-Agder	Rikshospitalet
III	Rogaland, Hordaland, Sogn- og Fjordane	Haukeland sykehus
IV	Møre og Romsdal, Sør-Trøndelag, Nord-Trøndelag	Regionsykehuset i Trondheim (RiT)
V	Nordland, Troms, Finnmark	Regionsykehuset i Tromsø (RiTø)

Rammefinansieringssystemet ble foreslått innført i stedet for kurpengesystemet (se nærmere beskrivelse i kapittel 10). Hovedbegrunnelsene for innføring av rammefinansieringssystemet var bedre fordeling og bedre kostnadskontroll. Systemet ble iverksatt fra 1980. Ambisjonene om store plansystemer ble imidlertid aldri realisert. Departementet avgrenset sin styringsiver til å godkjenne det som ble kalt større endringer i fylkeskommunenes helseplaner.

Den neste systematiske utredningen av sykehustjenestene etter St.meld. nr. 9 (1974–75) ble gjort i NOU 1987: 25, «Sykehustjenester i Norge. Organisering og finansiering» (Eilertsenutvalget). Eilertsenutvalget påpeker at de offentlige utgiftene til helseformål utgjorde en stigende andel av bruttonasjonalproduktet gjennom 1970-årene, mens det i 1980-årene skjedde en utflating eller reduksjon. I perioden fra 1980 til 1986 var veksten i kommunehelsetjenesten høyere enn i fylkeshelsetjenesten, slik målsettingen hadde vært. Innenfor fylkeshelsetjenesten hadde de somatiske sykehustjenestene lavest vekst i perioden, samtidig som det var en markert økning i utgiftene til psykisk helsevern. Fordelingen av utgifter mellom fylkeskommunene viste utjevning.

Utvalget diskuterte videre plasseringen av eier- og driftsansvaret for sykehusene. Følgende modeller ble diskutert: fylkeskommunene, staten og kommunene i fellesskap. Utvalgets flertall vektla følgende forhold:

- Driftsansvaret for alle sykehus bør primært ligge på ett og samme forvaltningsnivå.
- Fylkeskommunen var et resultat av et omfattende reformarbeid med desentralisering, demokratisering og effektivisering som mål. Man mente det var uaktuelt å gjennomføre forvaltningsmessige endringer som på dette tidspunktet ville bryte med desentraliseringspolitikken.
- Man kunne vanskelig tenke seg at fylkeskommunen ville bli opprettholdt som selvstendig forvaltningsnivå dersom denne skulle bli fratatt ansvaret for institusjonshelsetjenesten.
- Statlig overtakelse ville svekke den folkevalgte kontrollen med institusjonshelsetjenesten ved at avstanden mellom den politiske styringen og selve virksomheten ville øke.

På denne bakgrunnen konkluderte flertallet med at fylkeskommunen bør være det forvaltningsnivået som har eieransvar og driftsansvar for sykehusene,

og at de statlige sykehusene burde integreres sterkere i det fylkeskommunale forvaltningsapparatet. Man ønsket ikke i fremtiden et statlig eid Rikshospital.

Utvalgets mindretall ønsket at staten skulle ha ansvaret for sykehusdriften. Premissene for dette synet var likhet i tjenestetilbudet uavhengig av bosted, en mer effektiv ressursutnyttelse nasjonalt sett, og at man ville lette prioriteringer og samordning, blant annet i forholdet mellom universitetene og sykehusene.

Regjeringen fremmet i St.meld. nr. 41 (1987–88) forslag om at Rikshospitalet skulle overtas av en eller eventuelt flere fylkeskommuner i et sameie. Det ble imidlertid ingen endring av eierstruktur etter Stortingets behandling av meldingen, men Sosial- og helsedepartementet fikk utvidede fullmakter i styringen av lands- og regionfunksjoner.

Eilertsenutvalget framhevdde at rammefinansieringssystemet var en relativt enhetlig og enkel ordning. Systemet ga mulighet for en rimelig geografisk fordeling av ressursene, og gjorde det mulig å kontrollere de totale kostnadene. På den negative siden ble det framhevet at systemet ikke ga insentiver til produksjon og kostnadseffektivisering i sykehusene. Utvalgsflertallets konklusjon og tilråding var derfor å opprettholde rammefinansieringen av fylkeskommunene. For å øke effektiviteten ved sykehusene ble det foreslått å prøve ut stykkprisordninger. Forsøksordninger burde omfatte alle sykehus i minst to fylker, og strekke seg over noen år. Staten skulle betale stykkprisandelen på ca. 20 % av totalbudsjettet. Et forsøk med delvis stykkprisfinansiering av fire sykehus i Hordaland og Nordland ble gjennomført i perioden 1991–1993.

Gjennom Eilertsenutvalgets innstilling ble to av de store spørsmålene om organisering og finansiering løftet fram i den offentlige diskusjonen: 1) Skal fylkeskommunene eller staten eie sykehusene, og 2) skal sykehusene fortsatt rammefinansieres, eller skal Norge innføre aktivitetsbasert finansiering.

9.2 Regionalisering og selskapsorganisering

Det første spørsmålet ble på nytt diskutert i en offentlig utredning – NOU 1995: 5 Hvem skal eie sykehusene? (Hellandsvikutvalget). I mandatet ble utvalget bedt om «å utrede følgende to alternativer til dagens finansieringsordning for regionsykehusene:

- En ordning med statlig overtakelse av kapitalkostnadene
- En ordning med full statlig overtakelse av drifts- og eieransvar»

Det var i utvalget bred enighet om at bedre samordning mellom fylkeskommunene innenfor hver helseregion var nødvendig. Dette hadde blant annet sammenheng med de store kapitalbehovene ved regionsykehusene. Utvalget var også enig om at statlig overtakelse av kapitalkostnadene ikke var en attraktiv løsning, da dette ville frata fylkeskommunene motivasjonen til å interessere seg for disse kostnadenes størrelse, samt for vedlikehold av bygninger og utstyr. Det ble også påpekt at regionsykehusene har regionfunksjoner, samtidig som de er sentral- og lokalsykehus. Det vil neppe være praktisk mulig å skille kapitalkostnadene ved de ulike funksjonene fra hverandre. At staten overtar regionsykehusenes kapitalkostnader, vil derfor måtte innebære en subsidiering av de fylkene som har regionsykehus i forhold til de andre fylkene i regionen. Dette vil være en hindring for å få til den regionale samordningen av tjenestene.

Utvalget avviste også en ordning der staten overtok regionsykehusene. At regionsykehusene har regionfunksjoner samtidig som de er sentral- og lokalsykehus, samt at det er en betydelig gråsoner i funksjonsfordelingen, var også på dette punktet vesentlig for utvalgets vurderinger.

Konklusjonene var altså at verken en statlig overtakelse av regionsykehusenes kapitalkostnader eller en full statlig overtakelse av bare regionsykehusene vil ivareta ønsket om en bedre regional samordning av sykehustjenestene. En slik samordning krever en beslutningsmyndighet som omfatter hele helseregionens tilbud av sykehustjenester. Dette var grunnlaget for at utvalget gikk videre og vurderte alternative eierskap for et regionalisert sykehusvesen basert på tre alternative modeller:

- Regionalisert sykehusvesen med fylkeskommunen som eier – løst formalisert regionalt samarbeid.
- Formalisert interfylkeskommunalt samarbeid – interfylkeskommunalt selskap.
- Regionalisert sykehusvesen med staten som eier.

Modellen med et løst formalisert samarbeid mellom fylkeskommunene kan i prinsippet baseres på to tilnærminger som ikke utelukker hverandre: enten

ved at de regionale helseutvalgene gis beslutningsmyndighet etter kommunelovens § 27, eller ved at staten med hjemmel i sykehusloven går sterkere inn og fastlegger regionale løsninger.

Formell organisering av interfylkeskommunale sykehusselskaper innebærer at fylkeskommunene innen den enkelte helseregion går sammen og danner ett sykehusselskap. Dette gir samlet sett 5 såkalte regionale sykehusselskap, f.eks. kalt Nordnorsk Sykehusselskap, Midtnorsk Sykehusselskap, osv. Det regionale sykehusselskapet overtar eiendomsretten til alle fylkeskommunale somatiske og psykiatriske helseinstitusjoner innen den enkelte helseregion. De enkelte fylkeskommuners eierandel i selskapet kan fastsettes på flere måter, f.eks. på bakgrunn av det enkelte fylkes andel av totalbefolkningen innenfor helseregionen.

Modellen med statlig overtakelse innebar ifølge utredningen etablering av et forvaltningsorgan med spesielle fullmakter, kalt Statens sykehusforvaltning. Statens sykehusforvaltning bygges opp med en relativt beskjeden sentral ledelse, og fem regionkontorer lokalisert i tilknytning til regionsykehusene. Stortinget vedtar de økonomiske rammene for virksomheten, og legger overordnede føringer for Statens sykehusforvaltnings beslutninger i spørsmål som angår struktur og organisering.

Hellandsvikutvalget diskuterte de tre alternativene i detalj, men kom ikke til enighet. Utvalget delte seg i tre like store fraksjoner. Også det såkalte Oppgavefordelingsutvalget (NOU 2000: 22) diskuterte spørsmålet om eierskapet til sykehusene, men uten å komme til enighet.

Tre typer somatiske sykehus

I 1980- og 90 -årene delte en gjerne de somatiske sykehusene inn i tre grupper:

Lokalsykehusene betjener spesifikke lokalsamfunn og kommuner, utgjør det laveste nivået av spesialisering og gir spesialisthelsetjenester for mindre alvorlige tilstander. De har gjerne akuttberedskap på tre avdelinger – en indremedisinsk, en kirurgisk og en fødeavdeling. Lokalsykehusene utfører også radiologiske tjenester og laboratorietjenester.

Sentralsykehusene er større institusjoner som gjerne har et fylke som opptaksområde. Disse sykehusene tilbyr mer spesialisert behandling enn lokalsykehusene og kan ha akuttberedskap også innen grenspesialiteter.

Region- eller universitetssykehusene er høytspesialiserte sykehus som har en hel helseregion som opptaksområde. De har både lokal- og sentralsykehusfunksjoner i tillegg til høyt spesialiserte funksjoner (tredjelinjetjeneste), f.eks.: hjertekirurgi, nevrokirurgi og større traumefunksjoner. Sykehusene samarbeider med universitetene om utdanning av medisinstudenter og har omfattende forskningsaktiviteter.

Alternativet med eierskap gjennom selskaper fikk en nærmere diskusjon gjennom NOU 1999: 15 «Hvor nært skal det være?» (Sørensen-utvalget). Gjennom denne NOU-en fikk vi en nærmere beskrivelse av sykehusenes tilknytningsformer til fylkeskommunen, og av hvordan styringen under ulike tilknytningsformer kan utformes. Hovedskillet går mellom styring av sykehus som forvaltningsorganer og styring av sykehus som selskaper (egne rettssubjekter), jf. diskusjonen i kapittel 1.

De politisk-demokratiske styringsmulighetene er ulike i disse to modellene og betegnes henholdsvis som etatsstyring (forvaltningsmodellen) og eierstyring (selskapsmodellen), se NOU 1999:15, kapittel 4. Etatsstyring gir mulighet til å styre alle sider ved en virksomhet, også den løpende driften. I praksis kan det også innenfor forvaltningsorganmodellen legges rammer for hvilke sider av sykehuset som skal underlegges politisk-demokratisk styring. Etatsstyring kan for eksempel utformes i et målstyringsperspektiv. Da utøver fylkeskommunen/staten den strategiske styringen av virksomheten ved å klargjøre og tydeliggjøre overordnede mål, bestemme hvilke rammer virksomheten skal virke innenfor, vedta hovedprioriteringer og stille resultatkrav. Innenfor rammen av disse beslutningene får virksomhetsledelsen et helhetlig ansvar for hvordan driften gjennomføres. Samtidig vil det ikke være noen garanti for at overordnet myndighet ikke likevel utøver løpende styring av virksomheten. Dette følger særlig av det helhetlige politiske og juridiske ansvaret overordnet myndighet har for virksomheten.

Dersom en virksomhet er organisert som selskap, må styringen utøves gjennom eierposisjonen. Muligheten for å styre alle sider av virksomheten vil da reduseres som følge av de formelle kravene som stilles i utøvelsen av styringen. I praksis betyr dette at den politisk-demokratiske styringen skjer gjennom formelle styringskrav, ofte formulert i oppdragsdokumenter, og gjennom formelle vedtak i selskapenes styre.

I tillegg til styringsmulighetene som ligger i etatsstyring og eierstyring, kan kontraktstyring nyttes. Ved kontraktstyring fokuseres det på at det aktuelle offentlige organet (fylkeskommunen/stat) disponerer de økonomiske ressursene som det offentlige har avsatt til helsetjenester. Med basis i disse midlene inngås det så kontrakter med sykehusene.

Et bredt flertall i utvalget som utredet sykehusenes tilknytningsformer, gikk inn for å stille fylkeskommunene fritt i valget mellom forvaltningsorganmodellen og selskapsmodellen. Dette ble fulgt opp av Bondevik I-regjeringen

(Ot.prp. nr. 25 (1999–2000)) og fikk gjennomslag i Stortinget. To av fylkeskommunene, Buskerud og Møre og Romsdal, innførte selskapsmodeller på slutten av 1990-tallet.

Som vi har sett så langt i dette kapitlet, skjedde en regionalisering av sykehustjenestene fra midten av 1970-tallet. Dette må tolkes som at fylkeskommunene den gang var for små til å tilby et komplett tilbud av spesialisthelsetjenester til befolkningen. Behovet for regional samordning økte i løpet av 1990-årene, som følge av store kapitalbehov i regionsykehusene. I løpet av 1990-årene ble det også gjentatte diskusjoner om sykehusenes tilknytningsformer, og det ble argumentert for større grad av fristilling gjennom selskapsdannelser. Både regionalisering og selskapsorganisering var sentrale elementer i styringsmodellen som ble etablert da staten overtok sykehusene fra fylkeskommunene.

Det var imidlertid ikke disse forholdene ved organiseringen som var den utløsende årsaken til sykehusreformen av 2002, men styringsmessige problemer som oppstod i etterkant av innføringen av innsatsstyrt finansiering. Før vi går inn på de forholdene, skal vi introdusere et annet element som var et viktig debatttema i 1990-årene – fritt sykehusvalg.

9.3 Fritt sykehusvalg/rett til valg av behandlingssted

Spørsmålet om fritt valg av behandlingssted/fritt sykehusvalg ble først reist av forbrukermyndighetene midt på 1980-tallet. De var opptatt av pasientenes valgfrihet, og trakk fram helsesektoren som ett av flere områder der valgfriheten burde økes. Etter en periode med økende politisk interesse for temaet ble det satt ned et offentlig utredningsutvalg som gikk gjennom pasientrettighetene, blant annet mulighetene for å velge sykehus (NOU 1992:8). Utredningen ble fulgt opp av stortingsmeldingen «Samarbeid og styring» og et pilotprosjekt med fritt sykehusvalg for somatiske helsetjenester i Helseregion II i perioden 1994–1996. Helseregion II omfattet Agder-fylkene, Telemark, Vestfold, Buskerud og deler av Akershus. Et par år senere, blant annet på bakgrunn av erfaringene fra pilotprosjektet, foreslo Bondevik I-regjeringen

(KrF, Sp, V) en egen lov om pasientrettigheter, hvor fritt sykehusvalg var en viktig del. Pasientrettighetsloven trådte i kraft 1. januar 2001.

Etter at ordningen i første omgang kun omfattet somatiske pasienter, ble fritt sykehusvalg av BondevikII-regjeringen (H, KrF, V) utvidet til også å omfatte pasienter i barne- og ungdomspsykiatrien fra 2003 og pasienter i tverrfaglig spesialisert rusbehandling fra 2004. Samme år fikk pasientene også en formell rett til å velge behandling hos private institusjoner som hadde en kontrakt (avtale) med de regionale helseforetakene. I praksis hadde imidlertid privat sykehusbehandling vært omfattet av ordningen også tidligere, dersom disse sykehusene hadde avtale med fylkeskommunene eller (fra 2002) med de regionale helseforetakene. Det var et krav i denne fasen at vurderingen av pasientene skulle skje ved offentlige sykehus, mens selve behandlingen også kunne skje ved et privat sykehus.

Ordningen ga altså pasienter rett til å velge mellom behandlingssteder som eies av eller har avtale med et regionalt helseforetak. Ordningen gjaldt i hele landet og for alle typer tjenester som tilbys av den offentlige helsetjenesten. Formålet med ordningen var å sikre valgfrihet og medbestemmelse for pasienten, å bidra til lik tilgang på helsetjenester og å bidra til bedre utnyttelse av ressurser og kapasitet i spesialisthelsetjenesten.

Retten til valg av behandlingssted er nært forbundet med tre andre ordninger og prosesser i spesialisthelsetjenesten:

- Anbudsprosessen der de regionale helseforetakene inngår kontrakter med de private sykehusene og godkjenner disse institusjonene (se kapittel 11).
- Ordningen der pasientene henter informasjon om variasjoner i ventetider mellom sykehusene (ventetider for utredning og behandling på Helsenorge).
- Prosessen og kriteriene for innvilgelse av rett til behandling og tilhørende behandlingsfrister.

Retten til valg av behandlingssted er regulert gjennom pasient- og brukerrettighetsloven. Loven gir pasienten rett til å velge behandlingssted på to stadier i behandlingsforløpet. For det første har pasienten rett til å velge hvilken offentlig eller privat virksomhet henvisningen fra fastlegen skal sendes til og vurderes ved. Valgretten omfatter bare virksomheter som har rett til å tildele

pasient- og brukerrettigheter. Det vil si virksomheter som er godkjent av det offentlige (som regel et regionalt helseforetak) for å kunne vurdere henvisningen og gi pasienten en formell rett til nødvendig spesialisthelsetjeneste og en individuell juridisk frist for når behandlingen skal skje.

For det andre: Dersom pasienten får innvilget rett til helsehjelp, har pasienten også rett til å velge ved hvilken offentlig eller privat virksomhet helsehjelpen skal ytes. Om pasienten får rett til helsehjelp, bestemmes av pasientens behov, om pasienten har nytte av helsehjelpen, og om kostnaden står i rimelig forhold til den forventede nytten av helsehjelpen. Valg av behandlingssted omfatter alle offentlige virksomheter og private virksomheter som har avtale med et regionalt helseforetak.

Retten til valg av behandlingssted gjelder for pasienter som skal ha planlagt behandling. Ved akutte behandlinger bestemmes behandlingsstedet av avstanden til nærmeste akutt sykehus og om akutt sykehuset har de nødvendige tjenestene. Eksempelvis vil en pasient med et enkelt brudd i en arm som regel behandles ved et lokalsykehus, mens pasienten blir sendt til et regionsykehus ved for eksempel hjerteinfarkt, slag eller større skader.

Det er to unntak fra regelen om fritt valg av behandlingssted. For det første gjelder retten ikke ved tvangsinnleggelser i psykisk helsevern og rusbehandling. For det andre kan sykehusene avvise pasienter fra andre bostedsregioner som benytter retten til fritt sykehusvalg når de av kapasitetsmangel må prioritere pasienter fra egen bostedsregion.

Fra 2015 utvidet Solberg-regjeringen (FrP, H) ordningen med fritt sykehusvalg til det som ble kalt fritt behandlingsvalg. Fritt behandlingsvalg innebar at pasientens valgrett ble utvidet til også å omfatte private institusjoner som var godkjent for å levere spesialisthelsetjenester mot betaling fra staten. Disse kom dermed i tillegg til offentlige institusjoner og private institusjoner som var eid av eller hadde inngått avtale med et regionalt helseforetak etter anbudsprosesser. Selve godkjenningen av disse institusjonene ble lagt til Helfo. Godkjenningsordningen i fritt behandlingsvalg ble avviklet av Støre-regjeringen (AP, SP) fra 1. januar 2023. Samtidig ble navnet på fritt sykehusvalgsordningen endret til «valg av behandlingssted» for å synliggjøre at pasientens rett til å velge knytter seg til hvor behandlingen skal skje, ikke hvilken behandling pasienten skal tilbys.

9.4 Sykehusreformen av 2002

De lange ventetidene til planlagt behandling var et sentralt politisk tema på slutten av 1980-tallet og i 1990-årene (NOU 1987: 25, St.meld. nr. 50 (1993–1994)). På begynnelsen av 1990-tallet ble det innført en ventetidsgaranti som, sammen med økte budsjetter, skulle redusere problemet. Det sterkeste virkemidlet som ble innført, var imidlertid innsatsstyrt finansiering (ISF) fra 1. juli 1997 (se nærmere beskrivelse i kapittel 10). Innføringen av ISF førte til økning i antall behandlede pasienter. For eksempel var det en gjennomsnittlig årlig økning på 3,2 % i sykehusaktivitet for inneliggende pasienter fra 1997 til 2000, sammenliknet med gjennomsnittlig vekst på rundt 2 % fra 1992 til 1996 (Biørn mfl., 2003). Aktivitetsøkningen hadde sin bakgrunn i flere forhold: økning i teknisk effektivitet på 2 % på grunn av ISF-reformen, økte bevilgninger til sykehussektoren og underskuddsoppbygging i sykehus og fylkeskommuner.

Innføring av ISF fikk imidlertid noen effekter som ble betegnet som dysfunksjonelle for systemet (Hagen & Kaarbøe, 2006). For det første ble fylkeskommunene mer økonomisk avhengige av statlige øremerkede bevilgninger. Andelen av sykehusenes utgifter som kom fra fylkeskommunenes «frie inntekter» falt fra 72 % i 1996 til mindre enn 44 % i 2001. For det andre, siden ISF ikke dekket marginale kostnader (bare 40–50 % av den standard nasjonale kostnaden per DRG-poeng ble faktisk refundert), førte økt produksjon til underskudd og krav om tilleggsbevilgninger fra staten. Tilleggsbevilgninger ble gitt, men styringssystemet ble på denne måten lite transparent. Var det staten gjennom innføring av ISF som hadde ansvaret for de store underskuddene, eller var det fylkeskommunene som ikke klarte å styre aktiviteten som var ansvarlig?

Etter at Stoltenberg I-regjeringen (AP) kom til makten våren 2000, startet arbeidet med den statlige overtakelsen av sykehusene. Den utløsende årsaken var helt klart den ansvarsuklarhet som var skapt av innføringen av innsatsstyrt finansiering, eller som Helseminister Tore Tønne (AP) konkluderte:

En eier som ikke har ansvar for og hånd om finansieringen, er i realiteten en svak eier. Og en finansieringsansvarlig som ikke har et tilhørende beslutningsansvar, blir også en svak aktør. Det eneste som kan gi et normalt eieransvar, er å samle disse funksjonene. I praksis er det bare staten som kan ta en slik rolle

Statsråd Tore Tønne (AP), 3. april 2001, Politeknisk forening

I tillegg til de styringsmessige problemene skapt av ISF, var behovet for bedre regional samordning et viktig argument for den statlige overtakelsen av spesialisthelsetjenestene.

Det var fire hovedelementer i forslaget til ny sykehuslov (Ot.prp. nr. 66 (2000–2001)):

- For det første skulle staten overta ansvaret for alle offentlige sykehus og andre deler av spesialisthelsetjenesten. Omtrent 100 000 ansatte eller 60 000 årsverk og 60 % av fylkeskommunenes budsjetter ble følgelig overført fra fylkene til staten. Primærhelsetjenesten ble ikke berørt.
- For det andre ble helseministeren gitt ansvaret for den overordnede generelle ledelsen av spesialisthelsetjenesten. Sykehusene skulle finansieres av generelle skatter, og helseministeren skulle stå som garantist for sykehusene i tilfelle konkurs.
- For det tredje opprettholdt staten de fem helseregionene opprettet i 1974 som den organisatoriske enheten for koordinering og styring. Dette innebar at de nye organisasjonene ville starte med oppdaterte beskrivelser av tilbud og etterspørsel, og med ferdige planer for omstrukturering. Regioninndelingen ble endret fra 2007 da Helse Sør og Helse Øst ble slått sammen (Figur 9.1).
- Det siste elementet i reformen innebar at både helseregionene og sykehusene ble organisert som helseforetak, dvs. egne rettssubjekter med ansvar for personell og kapital.

Reformen ble vedtatt med stemmene fra AP, Fremskrittspartiet og Høyre.

Et viktig spørsmål de regionale helseforetakene (RHF-ene) tidlig måtte ta stilling til, var organiseringen av forholdet mellom RHF-ene og helseforetakene (Nerland, 2007). Skulle man benytte en bestiller-utfører-modell eller en hierarkisk styringsmodell mellom RHF-ene og helseforetakene? Bestiller-utfører-modellen innebar konkurranse mellom sykehusene om kontrakter med RHF-ene. Sykehusene som ga det beste tilbudet av pris og kvalitet, gikk seirende ut av konkurransen og fikk økt sin andel av det planlagte behandlingsvolumet innen det enkelte RHF. Den hierarkiske modellen innebar at sykehusene ble integrert gjennom store enheter (foretak). Også ved denne modellen hadde man mål om effektivitets- og kvalitetsgevinster, men ved denne organiseringen skulle de hentes ut gjennom spesialisering og stordrift.

De to modellene ble diskutert i alle RHF-ene, og alle valgte den siste modellen (Nerland, 2007). Hierarkisk styring ble dermed valgt foran den markedsbaserte modellen. Man kan forstå valget med utgangspunkt i transaksjonskostnadsanalyse (Williamson, 1985). Kostnadene forbundet med å gjennomføre konkurranseutsetting er høye på grunn av mangel på informasjon om kvalitet og fordelingseffekter. Særlig kvalitetsproblemet er betydelig, og informasjons- og kontrollbehovene kan lett bli så store at kostnadsøkningen ved disse aktivitetene overgår eventuelle kostnadsgevinster hentet ut ved konkurranse.

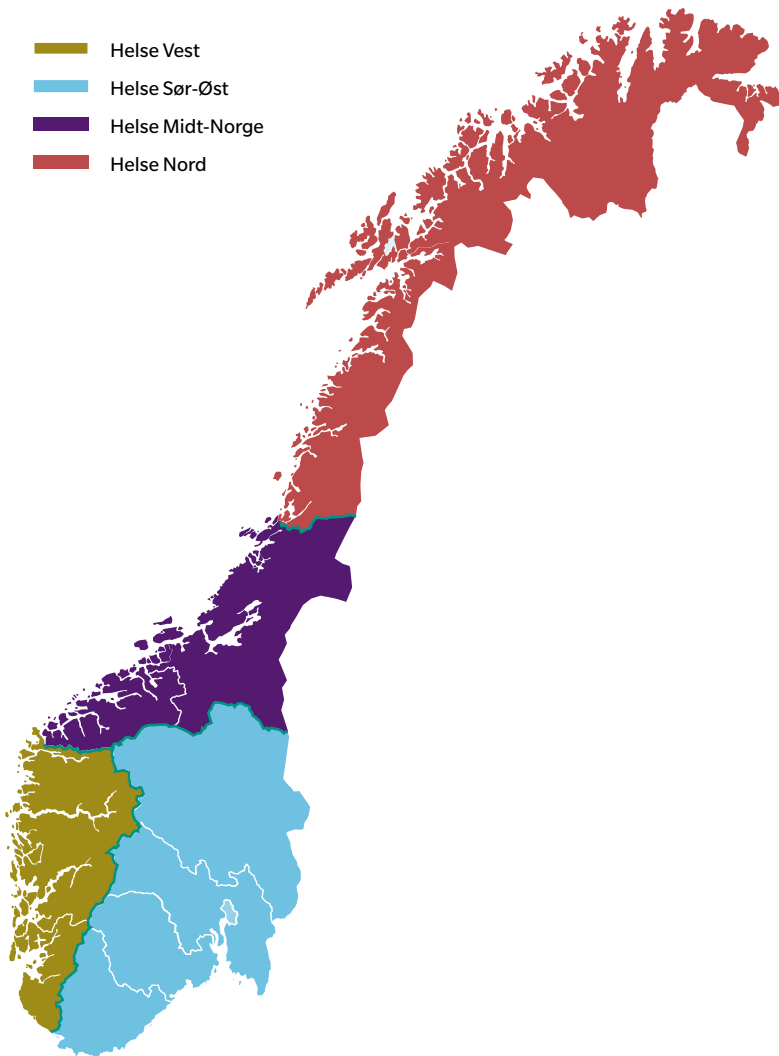
Valgene man gjorde i 2002 og 2003, ser vi konsekvensene av i dag. Sykehusene innen et helseforetak spesialiseres, blant annet ved at akuttberedskap og kostnadskrevende prosedyrer sentraliseres. Modellen har dermed ledet til spesialisering mellom sykehusene. Spesialiseringen gjør at det vanskelig å gå over til en bestiller-utfører-modell i framtiden, fordi det nå er i ferd med å bli etablert lokale monopoler.

De regionale helseforetakene (RHF-ene) er organisert direkte under Helse- og omsorgsdepartementet og blir styrt gjennom styrer oppnevnt av departementet. Helse- og omsorgsdepartementet styrer videre de regionale helseforetakene gjennom lover, vedtekter, foretaksmøter og oppdragsdokumenter:

- Gjennom foretaksmøtet fattes beslutninger som er av vesentlig betydning for RHF-et, for eksempel om låneopptak og større investeringer.
- Gjennom oppdragsdokumentene stiller Helse- og omsorgsdepartementet krav om hvilke oppgaver som skal utføres i det påfølgende året. Oppdragsdokumentene til de regionale helseforetakene gis normalt ut én gang per år, like etter at beslutningen om neste års statsbudsjett foreligger i Stortinget.

Figur 9.1

Regionale helseforetak 2007–



Under RHF-ene er alle offentlige sykehus og klinikker organisert som helseforetak (HF). Sykehuset Innlandet HF har for eksempel eieransvaret for pre-hospitale tjenester, som ambulanse, og for alle somatiske og psykiatriske sykehus og klinikker som er offentlige i Innlandet fylke. RHF-ene har også ansvar for å inngå avtaler med private, ikke-kommersielle sykehus, som for

eksempel Haraldsplass diakonale sykehus (Bergen) og Lovisenberg sykehus (Oslo). I tillegg har de ansvar for å inngå kontrakter med kommersielle sykehus, gjerne etter bruk av anbudskonkurranse (mer om dette i kapittel 10). Tabell gir oversikt over helseforetakene per 31.12.2023.

De fleste helseforetakene organiserer sykehus med behandlingsansvar. Tre av RHF-ene har organisert sykehusapotekene i egne foretak, og tre av RHF-ene har organisert drift og utvikling av IT-systemene som egne helseforetak (Sykehuspartner, Hemit og Helse Nord IKT).

Det eksisterer også fem helseforetak som eies i fellesskap av de fire RHF-ene: - Helsetjenestens driftsorganisasjon for nødnett, som benyttes av akuttmedisinske kommunikasjonssentraler (AMK), legevaktsentraler (LVS) og akuttmottak (AM). - Luftambulansetjenesten, som har ansvaret for den flyoperative delen av ambulansetjenesten i Norge. Tjenesten driver egne fly og helikoptre og baser for disse tjenestene, og kjøper i tillegg tjenester fra private leverandører. - Sykehusbygg, som er et nasjonalt kompetansemiljø for sykehusplanlegging og -bygging. - Sykehusinnkjøp, som har som formål å forvalte felles innkjøpsavtaler for alle helseforetak, for eksempel når det gjelder innkjøp av utstyr og medikamenter. - Pasientreiser, som har ansvaret for pasientreiser som ikke rekvireres av sykehusene, dvs. reiser der pasienten selv tar initiativ til reise (det kan f.eks. være tilfeller der pasienten benyttet mulighetene som ligger i ordningen for valg av behandlingssted).

Tabell 9.3

Helseforetak per 31.12.2023

Region	Helseforetak
Helse Sør-Øst RHF	Akershus universitetssykehus HF
	Oslo universitetssykehus HF
	Sunnaas sykehus HF
	Sykehusapotekene HF
	Sykehuspartner HF
	Sykehuset Innlandet HF
	Sykehuset Telemark HF
	Sykehuset i Vestfold HF
	Sykehuset Østfold HF
	Sørlandet sykehus HF
	Vestre Viken HF

Region	Helseforetak
Helse Vest RHF	Helse Bergen HF Helse Fonna HF Helse Førde HF Helse Stavanger HF Sjuehusapoteka Vest HF
Helse Midt-Norge RHF	Hemit HF Helse Møre og Romsdal HF Helse Nord-Trøndelag HF St. Olavs hospital HF Sykehusapotekene i Midt-Norge HF
Helse Nord RHF	Helgelandssykehuset HF Finnmarkssykehuset HF Nordlandssykehuset HF Sykehusapotek Nord HF Universitetssykehuset Nord-Norge HF Helse Nord IKT HF
Felleseide helseforetak	Helsetjenestens driftsorganisasjon for nødnett HF Luftambulansetjenesten HF Sykehusbygg HF Sykehusinnkjøp HF Pasientreiser HF

9.5 Oppsummering

Kapittelet beskriver den omfattende transformasjonen av norsk sykehusorganisering, fra frivillig/kommunal drift til dagens statlige helseforetaksmodell.

De første moderne sykehusene ble etablert på 1800-tallet av kommuner, humanitære organisasjoner og private bedrifter. I 1950 var hver femte sykehus-seng privat eid. Gjennom Sykehusloven av 1969 overtok fylkeskommunene ansvaret for sykehusene som del av den «offentlige revolusjon» på 1960-tallet.

Stortingsmelding nr. 9 (1974–75) foreslo etablering av fem helseregioner med hvert sitt regionsykehus for å rette opp geografiske ulikheter. Samtidig ble det foreslått å innføre rammefinansiering i stedet for kurpengesystemet for bedre kostnadskontroll. Overgangen til rammefinansiering skjedde fra 1980.

Eilertsen-utvalget (1987) og Hellandsvikutvalget (1995) diskuterte eierskap og organisering uten å komme til enighet. Sørensen-utvalget (1999)

beskrev forskjellene mellom forvaltningsorganmodellen og selskapsmodellen, hvor sistnevnte ga større fristilling fra politisk styring.

Pasientene fikk etter hvert rett til å velge behandlingssted. En kan velge mellom offentlige sykehus og private sykehus med avtale med de regionale helseforetakene.

Innføringen av innsatsstyrt finansiering (1997) skapte styringsmessige problemer, med ansvarsuklarhet mellom stat og fylker. Dette bidro til at staten overtok alle sykehus i 2002 og organiserte dem i fem (senere redusert til fire) regionale helseforetak (RHF) som eier underliggende helseforetak (HF). RHF-ene valgte hierarkisk styring fremfor bestiller-utfører-modeller, noe som har ført til spesialisering og utvikling av lokale monopoler.

SPØRSMÅL OG OPPGAVER TIL KAPITTEL 9

1. Analyser argumentene for og mot fylkeskommunalt versus statlig eierskap av sykehus som ble diskutert av Eilertsen-utvalget og Hellandsvikutvalget.
2. Sammenlign etatsstyring, eierstyring og kontraktstyring som styringsformer for sykehus. Hvilke fordeler og ulemper har hver modell?
3. Analyser hvordan innføringen av innsatsstyrt finansiering (ISF) i 1997 skapte styringsmessige problemer som førte til sykehusreformen i 2002. Hva var kjernen i «ansvarsuklarheten»?
4. Diskuter hvorfor alle RHF-ene valgte hierarkisk styring fremfor bestiller-utfører-modeller etter 2002.
5. Vurder konsekvensene av spesialiseringen som har funnet sted innenfor helseforetakene. Hvilke fordeler og ulemper har dette skapt, og hvordan påvirker det fremtidige organisasjonsvalg?
6. Analyser tabell 9.1 som viser sykehusstrukturen i Oslo i 1965. Hva forteller dette om endringene i balansen mellom offentlige og private aktører i norsk sykehussektor?
7. Kritisk vurdering: Har sykehusreformen av 2002 løst de problemene den var ment å adressere? Diskuter både styringsmessige gevinster og eventuelle nye utfordringer som har oppstått.

Kinge, J. M. & Hagen, T. P. (2026). Finansieringssystemene i spesialisthelsetjenesten.
I T. P. Hagen, G. Godager, J. Kinge & E. Aas (Red.), *Organisering og
finansiering av helse- og omsorgstjenester: En innføring* (s. 229–252).
Fagbokforlaget. <https://doi.org/10.55669/oa180910>

10

Finansieringssystemene i spesialisthelsetjenesten

Jonas Minet Kinge og Terje P. Hagen

De grunnleggende betalingsmodellene er presentert i kapittel 3 i boken. I Norge har vi benyttet flere av de mulige modellene for finansiering av sykehus: kurdøgnfinansiering, som er en retrospektiv finansieringsform fra 1945 til og med 1979; rammefinansiering, som er en prospektiv finansieringsform med faste budsjetter fra 1980 til 1997; og innsatsstyrt finansiering (ISF), som er en prospektiv finansieringsform med innslag av aktivitetsbasert finansiering fra 1997 og videre. Etter å ha beskrevet disse modellene nærmere (10.1), gir vi en nærmere beskrivelse av hvordan den såkalte basisrammen for RHF-ene etableres (10.2). Deretter diskuterer vi effektene av overgangen fra ramme-finansiering til ISF, med særlig vekt på effekter for aktivitet og ventetider, kvalitet og kostnadskontroll (10.3).

Som vi så i kapittel 9, ble valg av behandlingssted (tidligere kalt fritt sykehusvalg og fritt behandlingsvalg) innført gradvis fra 1990-årene. Hvilke effekter har valg av behandlingssted for ventetidene til behandling (10.4)? Vi avslutter kapittelet med en diskusjon av avveiningene en står overfor når en velger finansieringsmodell for sykehusene.

10.1 Tre finansieringsepoker

Kurdøgnfinansiering 1945–1979

Kurdøgnfinansiering ble introdusert i Norge i 1945 og gradvis utfaset i løpet av 1970-tallet (Nerland, 2001). Gjennom ordningen dekket kommunene eller fylkeskommunen (fra 1970 kun fylkeskommunene) sykehusenes samlede kostnader basert på to forhold: antall liggedøgn (kurdøgn) og den faktiske kostnaden for et liggedøgn. Kurdøgnsystemet var altså et retrospektivt aktivitetsbasert finansieringssystem (se kapittel 3, Tabell 3.1). Staten dekket så kommunenes og fylkeskommunenes kostnader etter den samme modellen.

Kompensasjonen per pasientdøgn (kurdøgnssatsen) var i starten lik for alle sykehusene. Dette ble senere endret slik at de spesialiserte sykehusene fikk høyere kurdøgnssats. Det var et mål for helsepolitikken i denne perioden at det skulle investeres i sykehus, og at sykehusene skulle bygges ut. Siden kurdøgnfinansiering var en nokså raus ordning, ga den stimulanser til å øke investeringene i bygningsmassen.

Det var flere utfordringer med kurdøgnfinansieringssystemet. For det første gir kostnadskompenserende finansieringssystemer svake incentiver for helseprodusentene til å holde utgiftene nede. Ved å refundere sykehusene basert på liggedøgn, ga man sykehusene incentiver til å forlenge liggetiden for å oppnå høyest mulig inntekt. Sykehusene ble også motivert til å prioritere innleggelse framfor poliklinisk behandling (Carlsen, 1990). «Det kan rett og slett ha vært lønnsomt å la pasienter ligge lengst mulig, fremfor utskrivning eller overføring til billigere institusjoner på lavere nivå. Fylkeskommunen på sin side fikk incentiver til å prioritere investeringer i nye sengeplasser på bekostning av vedlikehold, kvalitetsheving og effektivisering av eksisterende tilbud» (Nærland, 2001).

Utgiftene til helsesektoren økte følgelig vesentlig. I løpet av 1970-tallet ble imidlertid myndighetene mer opptatt av å dempe utgiftsveksten. Etter hvert reduserte derfor staten kompensasjonsgraden til fylkeskommunene. Fylkeskommunene måtte dermed finansiere en økende andel av sykehuses drifts- og kapitalutgifter gjennom skatteinntektene. Dette ble starten på arbeidet med å legge om til full rammefinansiering.

Rammefinansiering 1980–1997

Staten hadde to målsettinger med introduksjonen av rammefinansiering: bedre kostnadskontroll og begrensning i utbyggingstakten av sykehusene. Rammefinansiering innebærer at helseprodusentene får overført en fast sum.

I den første perioden etter 1980 ble den økonomiske rammen bestemt av historiske kostnader. Etter hvert ble de økonomiske rammene basert på antall innbyggere i opptaksområdet, og justert for variasjoner i alderssammensetning og sosioøkonomiske forhold (NOU 1997: 8). Ettersom rammeoverføringen var fast og ikke direkte avhengig av tjenesteyternes aktivitet, økte dette fylkeskommunenes innflytelse. Fylkeskommunen fordeler nå ressursene selv, i stedet for at sykehusenes budsjett bestemmes av sykehusenes aktivitet i form av antall pasientdøgn.

Omleggingen ga fylkeskommunene og staten bedre kostnadskontroll. Det viste seg imidlertid at budsjettrammene var «myke» i betydningen at de i noen grad kunne påvirkes av sykehusene (Nærland, 2001). Ved å gå med underskudd kunne sykehusene «presse» fylkeskommunene til tilleggsbevilgninger. Dette skapte igjen underskudd i fylkeskommunene som måtte dekkes av staten.

En frikobling mellom tildelte budsjetter og faktisk aktivitet, sammen med en mangel på data om kostnader og aktiviteter, førte til informasjonsasymmetri. Både fylkeskommunene og sykehusene hadde insentiver til å utnytte denne asymmetrien til egen fordel.

En annen utfordring var at rammefinansieringen heller ikke ga sykehusene tilstrekkelige insentiver til å øke behandlingen av pasienter, noe som skapte køer. Videre manglet myndighetene styringsinformasjon. Sykehusene hadde ikke insentiver til å produsere god statistikk for styringsformål, noe som igjen påvirket helsepolitikernes bruk av denne informasjonen (Carlsen, 1990).

For å bedre sykehusenes insentiver til å effektivisere driften ble det foreslått å innføre en form for stykkprisfinansiering på 1990-tallet (jf. diskusjonen i kapittel 9 om Eilertsens-utvalgets forslag). Man startet et prøveprosjekt i 1990, hvor fire sykehus var involvert. Her ble 40 % av sykehusenes utgifter dekket basert på stykkprisfinansiering, og de resterende 60 % ble gitt til sykehusene av fylkeskommunen som basistilskudd.

Innsatsstyrt finansiering 1997-

På bakgrunn av forsøket ble innsatsstyrt finansiering (ISF) innført fra 1. juli 1997 (HOD, 2000). Hovedmålet var at sykehusene skulle gi flere pasienter raskere behandling, uavhengig av om de hadde behov for innleggelse, dagbehandling eller poliklinisk konsultasjon. Ordningen skulle ivareta flere av fordelene med rammefinansiering, samtidig som den skulle inneholde en aktivitetsbasert komponent basert på diagnoserelaterte grupper (DRG) (se kapittel 3).

Ordningen liknet på prøveordningen fra 1990, men fylkeskommunen dekket i 1997 kun 70 % av forventet kostnad. De resterende 30 % ble dekket av staten gjennom DRG-baserte refusjoner. Allerede i 1998 ble satsen i ISF økt til 45 % og så til 50 % i 1999 (HOD, 2000). Ordningen eksisterer fortsatt (2025), men andelen av inntektene som har vært knyttet til aktivitet, har variert fra opptil 60 % og ned til dagens nivå på 30 %. Tabell 10.1 gir full oversikt over variasjonene i den aktivitetsbaserte komponenten i perioden 1997–2025.

Tabell 10.1*Andel innsatsstyrt finansiering i Norge 1997–2025*

År	Andel ISF	År	Andel ISF	År	Andel ISF
1997:	30%- %–35 %	2007:	40 %	2017:	50 %
1998:	45 %	2008:	40 %	2018:	50 %
1999:	50 %	2009:	40 %	2019:	50 %
2000:	50 %	2010:	40 %	2020:	50 %
2001:	50 %	2011:	40 %	2021:	50 %
2002:	55 %	2012:	40 %	2022:	50 %
2003:	60 %	2013:	40 %	2023:	40 %
2004:	40 %	2014:	50 %	2024:	40 %
2005:	60 %	2015:	50 %	2025:	30 %
2006:	40 %	2016:	50 %	2026:	30 %

Kilder: Helsedirektoratets årlige notater om ISF-regelverket (1997–2024), Hagen mfl. (2001), Godager mfl. (2023), Statsbudsjettet for 2025

I 1997 inkluderte ISF kun døgnbehandling på somatisk sykehus. Fra 1999 ble også somatiske polikliniske konsultasjoner og dagbehandling inkludert. Poliklinisk behandling innen psykisk helsevern og rus- og avhengighetsbehandling ble gradvis inkludert fra og med 2017, mens døgnbehandling innen psykisk helsevern har forblitt rammefinansiert.

Hvor stor andel av finansieringen som er aktivitetsbasert, er avgjørende for egenskapene til finansieringsmodellen. Tabell 10.2 viser at med lav ISF-andel i finansieringen vil insentivene nærme seg insentivene i en modell med ren rammefinansiering. Valg av finansieringsmodell – uten ISF eller med *høy* eller *lav* ISF-andel – avgjør hvilke konsekvenser økt aktivitet får for sykehuset. Tabellen beskriver virkninger for sykehuset av å øke antallet behandlinger med 1 når marginalkostnaden er C. Eksemplet er hentet fra Godager mfl. (2022).

Tabell 10.2*Finansieringsmodell og sykehusets beslutning om endret aktivitet*

Sykehusets finansieringsmodell	Marginal inntekt	Marginal profitt	Kommentar
I) Basisbevilgning (Ren rammefinansiering)	0	-C	Sykehuset får kostnadsøkning ved å behandle flere pasienter uten å få inntektsøkning. Økning i antall behandlinger gir dermed redusert økonomisk overskudd. Sykehuset står overfor finansielle insentiver som ikke oppmuntrer til økt aktivitet.
II) Basisbevilgning + lav ISF-andel ($A > 0$)	A	A-C	Sykehuset får kostnadsøkning ved å behandle flere pasienter, men mottar også en inntektsøkning. Med lav ISF-andel vil inntektsøkning ofte bli mindre enn kostnadsøkningen ($A < C$). Sykehuset står uansett overfor finansielle insentiver som oppmuntrer til større aktivitet sammenliknet med en situasjon med ren rammefinansiering.
III) Basisbevilgning + høy ISF-andel ($B > A$)	B	B-C	Sykehuset får kostnadsøkning ved å behandle flere pasienter, men mottar også en inntektsøkning. Med høy ISF-andel kan inntektsøkning bli større enn kostnadsøkningen ($B > C$). Sykehuset står overfor finansielle insentiver som oppmuntrer til større aktivitet enn sykehus som mottar rammefinansiering kombinert med lav ISF-andel.

Kilde: Godager mfl. (2022)

Sykehus med ren rammefinansiering står overfor finansielle insentiver som ikke oppmuntrer til økt aktivitet. Grunnen er at økt aktivitet vil medføre kostnadsøkninger som sykehuset ikke kompenseres for i form av større betaling. Ved innsatsstyrt finansiering vil aktivitetsøkninger framstå mer fordelaktige (eller mindre ufordelaktige) sammenliknet med en situasjon der sykehus bare mottar ren rammefinansiering.

På denne måten representerer ISF en økonomisk risikodeling mellom stat og sykehus. Staten (som betaler) kompenserer sykehusene økonomisk

for økt aktivitet, mens sykehusene selv bærer den økonomiske risikoen for at den økte aktiviteten koster mindre enn hva ISF-andelen er. Dette impliserer også at aktivitetsøkninger framstår mer fordelaktige (eller mindre ufordelaktige) dersom ISF-andelen er *høy* sammenliknet med en situasjon der ISF-modellen har *lav* ISF-andel, og dersom det i basisbevilgningen budsjetteres med aktivitetsvekst.

På den annen side: Dersom sykehusene ikke opprettholder aktiviteten, vil ISF innebære en reduksjon i inntektene. Dette er ikke tilfelle med rammefinansiering, da inntekten er uavhengig av *aktivitet*. Ved en økning av rammen fra et år til det neste kan aktivitetsveksten da bli lavere enn forventet, fordi sykehusene tar ut den økte bevilgningen på andre måter enn ved å øke aktiviteten, f.eks. ved å endre vaktordninger slik at belastningen på de ansatte blir mindre eller ved høy lønnsvekst. En nedgang i aktivitet kan imidlertid føre til at staten velger å redusere rammebevilgningen i framtiden.

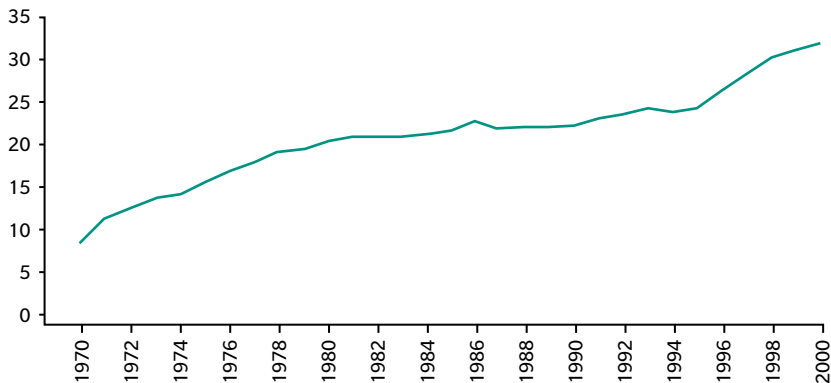
Dette siste poenget er viktig, fordi det illustrerer at effektene av ISF må forstås i den konteksten finansieringsordningen opererer i. For eksempel kan insentivene ISF gir til å øke aktiviteten være forskjellige, avhengig av om det budsjetteres med aktivitetsøkninger i basisbevilgningen eller ikke. I Norge har det fra 90-tallet blitt satt konkrete styringsmål i form av vekst i antall DRG-poeng i de årlige budsjettene, med målsetning om å opprettholde eller øke aktiviteten. Fra 2016 har aktivitetskravet vært tonet ned eller fjernet i de årlige budsjettene.

Utgiftsvekst 1970–2000

Figur 10.1 viser endringen i driftskostnader for somatiske spesialisthelsetjenester i perioden 1970–2000. Her ser vi tydelige endringer i veksttakt de årene endringer i finansieringssystemet ble gjennomført (1980 og 1997). Rammefinansieringen innebar at utgiftsveksten ble dempet, og innføringen av ISF førte til at den økte igjen.

Figur 10.1

Brutto driftsutgifter til somatiske sykehus, 1970–2000 (i milliarder 1999-kroner)



Kilde: Statistisk sentralbyrå

Teoretisk kan vi forstå disse effektene som resultater av at risikoen ved aktivitets- og kostnadsvariasjoner fordeles mellom ulike aktører. Ved kurdøgnfinansieringen plasserer man risikoen både for kostnads- og aktivitetsvariasjoner hos den som finansierer tjenestene. Ved rammefinansiering plasserer man risikoen både for kostnads- og aktivitetsvariasjoner hos den som utfører tjenestene. Ved ISF fordeler man risiko for aktivitetsvariasjoner hos den som finansierer, og risikoen for kostnadsvariasjoner hos dem som utfører tjenestene.

ISF gir altså sterkere incentiver til kostnadseffektivitet enn kurdøgnfinansiering, og kanskje også noe sterkere incentiver til kostnadseffektivitet enn rammefinansiering (for en nærmere diskusjon, se Hagen & Iversen, 1998).

10.2 Statens finansiering av RHF-ene

Statens finansiering av RHF-ene har endret seg etter at staten overtok sykehusene. Dagens modell (2025) følger i hovedsak anbefalingene fra NOU 2019: 24 Inntektsfordeling mellom regionale helseforetak. Finansieringen

av spesialisthelsetjenesten er i hovedsak todelte og består av en aktivitetsuavhengig del og en del som bestemmes av hvor mange og hva slags pasienter som behandles (ISF). Det vesentlige unntaket fra denne hovedregelen er at døgnbehandling innenfor psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling er rammefinansiert, og inngår som en del av den aktivitetsuavhengige basisbevilgningen.

Basisrammen

Den aktivitetsuavhengige finansieringen, også kalt basisrammen, består av tre komponenter (dette er tilsvarende som innad i RHF-ene – se neste kapittel): en kostnadskomponent, en behovskomponent og en mobilitetskomponent.

Kostnadskomponenten er etablert på grunnlag av analyser av kostnadsforskjeller mellom helseforetakene. Selve forslaget er basert dels på predikerte verdier (75 %) og dels på historiske kostnader slik det går fram av Tabell 10.3.

Tabell 10.3

Kostnadsindeks for somatiske tjenester

Helseregion	Historiske kostnader 2003–2005	Dagens indeks	Historiske kostnader 2015–2017	Utvalgets forslag
Helse Sør-Øst	0,987	0,985	0,975	0,977
Helse Vest	0,956	0,980	0,952	0,974
Helse Midt-Norge	1,024	1,020	1,030	1,010
Helse Nord	1,121	1,095	1,208	1,182

Kilde: NOU 2019: 24

Modellen innebærer at Helse Nord gis en kompensasjon for aktiviteten i somatisk sektor som ligger 18,2 % over landsgjennomsnittet. Hovedforklaringen er at Helse Nord skårer høyt på kriterier som beskriver spredtbygdhet og reiseavstander.

Behovskomponenten er etablert på grunnlag av analyser av faktisk forbruk av helsetjenester på individnivå. I analysene identifiseres variabler som er assosiert med variasjonen i forbruket. Variablene inngår som kriterier

i behovskomponenten. Tabell 10.4 viser kriteriene og kriterievektene for somatiske helsetjenester.

Tabell 10.4

Kriterier og kriterievekter i behovskomponenten for somatiske tjenester

Kriterier	Vekter	Sum
Andel av aldersgruppen 0–5 år	0,050	
Andel av aldersgruppen 6–12 år	0,032	
Andel av aldersgruppen 13–17 år	0,025	
Andel av aldersgruppen 18–29 år	0,059	
Andel av aldersgruppen 30–39 år	0,049	
Andel av aldersgruppen 40–49 år	0,049	
Andel av aldersgruppen 50–59 år	0,058	
Andel av aldersgruppen 60–69 år	0,091	
Andel av aldersgruppen 70–79 år	0,115	
Andel av aldersgruppen 80–89 år	0,068	
Andel av aldersgruppen 90 år og eldre	0,012	
Andel menn	0,013	Kjønn og alderskriterier: 0,621
Dødelighet (0–19 år)	0,061	
Dødelighet (20–39 år)	0,035	
Dødelighet (40–79 år)	0,080	
Dødelighet (80 år og eldre)	0,003	
Andel med uføretrygd eller arbeidsavklaringspenger (18–66 år)	0,066	
Andel sykmeldte (18–66 år)	0,084	
Andel ikke i arbeid (18–66 år)	0,052	Helse og sosiale kriterier: 0,379
Sum	1,000	1,000

Kilde: NOU 2019:24

Alderskriteriene er her, som i mange andre slike analyser, de viktigste elementene i fordelingsmodellen. En kriterievekt på 0,115 for aldersgruppen 70–79 år innebærer at 11,2 % av utgiftene som fordeles gjennom denne modellen,

fordeles på grunnlag av RHF-enes befolkningsandeler i denne aldersgruppen. Tabell 10.5 viser behovsindeksene for de fire RHF-ene.

Tabell 10.5

Behovsindeks for somatiske tjenester. Regional fordeling per innbygger basert på dagens behovsnøkkel og forslag til ny behovsnøkkel. Målt i forhold til landsgjennomsnittet (=1)

Region	Dagens indeks	Ny indeks
Helse Sør-Øst	0,999	1,000
Helse Vest	0,934	0,955
Helse Midt-Norge	1,023	1,023
Helse Nord	1,122	1,071
Norge	1,000	1,000

* Dagens behovsnøkkel er den nøkkelen som eksisterte før 2022 og ny indeks er den som eksisterer fra 2023

Fortolkningen av indeksene er som følger: En indeks på 1,023 (Helse Midt-Norge) innebærer at en gjennomsnittspasient i Midt-Norge har 2,3 % høyere behov for somatiske spesialisthelsetjenester enn gjennomsnittspasienten for landet.

Det siste hovedelementet i statens inntektsfordelingsmodell er en justering for bruk av høyspesialiserte, nasjonale funksjoner. Dette er det vi kan kalle mobilitetskomponenten. Elementet innebærer en viss nettostrøm av inntekter inn til Helse Sør-Øst som følge av at OUS Rikshospitalet har mange nasjonale funksjoner (mer om dette i kapittel 11).

Finansiering av investeringer

Stortingets bevilgninger til RHF-ene skal dekke kostnader til arbeidskraft, bygninger, utstyr, medikamenter og andre forbruksvarer i spesialisthelsetjenesten. Innenfor dette beløpet prioriterer, planlegger og beslutter de regionale helseforetakene investeringer, blant annet i sykehusbygg. I tillegg kan de regionale helseforetakene få tilført likviditet i form av investeringslån fra staten til investeringsprosjekter over 500 mill. kroner. Investeringslånene

bevilges og utbetales over de årlige statsbudsjettene i tråd med framdriften i prosjektene (NOU, 2023: 8).

Departementet godkjenner ikke de enkelte sykehusinvesteringene i de regionale helseforetakene. Det følger av helseforetaksloven § 30 at foretaksmøtet i regionalt helseforetak treffer vedtak i saker som antas å være av vesentlig betydning for foretakets virksomhet, eller løsningen av fastsatte målsettinger eller oppgaver. Derimot skal RHF-ene, som ledd i styringsdialogen med departementet, legge fram resultatene etter konseptfasen av et investeringsprosjekt. I praksis skjer dette ved at det regionale helseforetaket legger fram søknad om lån til investeringen. Departementet og Stortinget vil derfor indirekte bestemme investeringsnivået i det enkelte RHF.

Et viktig moment etter innføringen av helseforetaksmodellen fra 2002 er at avskrivninger på helseforetakenes kapital (i all hovedsak bygninger og utstyr) belastes de årlige regnskapene. Disse avskrivningene utgjør en likviditet som, sammen med positive økonomiske resultater, gir handlingsrom for reinvesteringer. De regionale helseforetakene kan også tilføre likviditet til helseforetakene i form av interne lån.

Avskrivninger representerer kostnaden ved bruk av kapital – kapitalslit. Dersom investeringsnivået er høyere enn kapitalslitet, innebærer dette at helseforetakene øker verdien på sin kapital. Dette kan skje ved å oppgradere kvaliteten på kapitalen (bygninger eller utstyr), eller ved å utvide arealet eller utstyrsparken. Avskrivningsbeløpene gjenspeiler kostnaden på investerings-tidspunktet. I 2021 investerte helseforetakene for 16,8 mrd. kroner i bygg, utstyr og immaterielle verdier (NOU, 2023: 8). Investeringsnivået i helseforetakene har jevnt over vært høyere enn de årlige avskrivningene. Det har dermed vært en økning i helseforetakenes realkapital.

10.3 Nærmere om aktivitetsbasert finansiering

Overgang fra rammefinansiering til ISF medfører at en andel av sykehusenes inntekter avhenger av antall og sammensetning av pasientene, slik disse er klassifisert i DRG-systemet. At pasientene nå medfører inntekter, kan oppmuntre til å utnytte kapasiteten bedre, slik at en kan behandle flere pasienter.

Bedre utnyttelse av kapasiteten, for eksempel ved bedre utnyttelse av operasjonsstuene, forventes samtidig å medføre økt sykehuseffektivitet (Godager, Iversen & Kaarbøe, 2022).

Samtidig gir ikke innføring av ISF garanti for at sykehusene behandler de «riktige» pasientene. Dersom prisene i DRG-systemet ikke er riktige, eller dersom kostnadsstrukturen ved sykehusene varierer, kan det være at sykehusene prioriterer behandling av de pasientene som gir høyest inntekt i forhold til kostnadene. Det kan også være at en reduserer kvaliteten i pasientbehandlingen for å tilpasse kostnadene til inntektene (Ellis, 1998). Hvilke effekter kan vi observere i Norge?

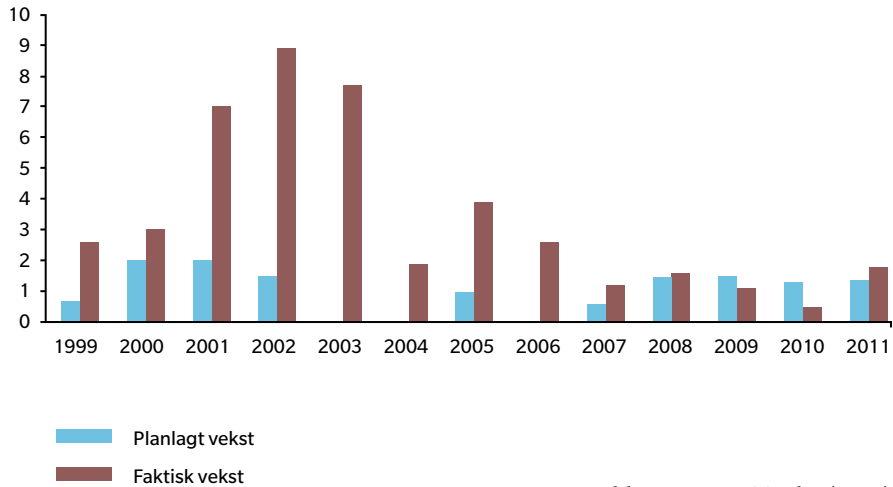
Aktivitet og ventetider

Innføringen av ISF førte til sterkere aktivitetsvekst enn under finansieringssystemet basert på rammer. For eksempel var det en gjennomsnittlig årlig økning på 3,2 % i sykehusaktivitet for inneliggende pasienter fra 1997 til 2000, sammenliknet med gjennomsnittlig vekst på rundt 2 % fra 1992 til 1996 (Biørn mfl., 2003).

Aktivitetsøkningen hadde sin bakgrunn i flere forhold: økning i teknisk effektivitet på 2 % på grunn av ISF-reformen (se nærmere beskrivelse under), økte bevilgninger til sykehussektoren og underskuddsoppbygging i sykehus og fylkeskommuner. Det ble faktisk et styringsmessig problem at aktivitetsveksten ble sterkere enn planlagt, slik dette er illustrert i Figur 10.2. Siden den aktivitetsbaserte komponenten i ISF ikke dekket (marginal)kostnadene ved denne veksten, fikk vi store underskudd.

Figur 10.2

Planlagt og realisert vekst i somatiske spesialisthelsetjenester mål i DRG-poeng (1999–2011)

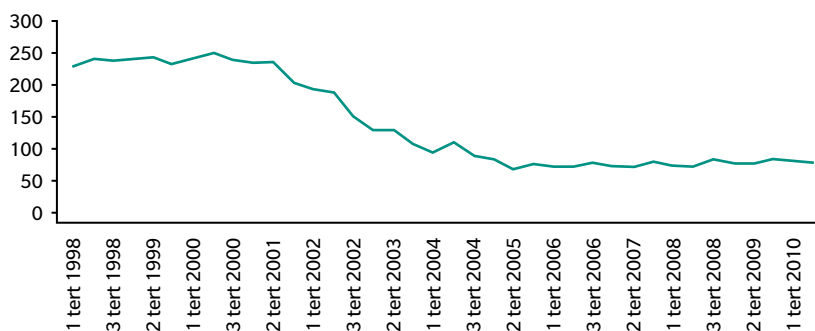


Kilde: Hagen og Tjerbo (2013)

Den betydelige aktivitetsveksten i perioden etter innføringen av ISF hadde effekter for ventetidene til behandling. Figur 10.3 viser ventetidene for avviklede pasienter i perioden fra 1998 (første året da ventetider ble systematisk registrert) til 2010. Etter 2010 var ventetidene til behandling relativt stabile inntil pandemien bidro til reduksjon i sykehusenes aktiviteter i 2020, og ventetidene igjen økte.

Figur 10.3

Ventetider til elektiv behandling (start av behandlingsforløpet) innen somatiske helse-tjenester, 1998–2010



Kilde: Helsedirektoratet

Reduksjonen i ventetider starter i 2. tertial 2000, i overkant av to år etter innføringen av ISF. I de påfølgende årene skjer det en betydelig reduksjon i ventetider, som sammenfaller med den sterke økningen i aktivitet.¹

Effektivitet

Biørn mfl. (2003) undersøkte effekten av innføring av ISF på sykehuseffektiviteten. Studien omfatter data for 48 somatiske sykehus over en periode på ni år: fem år før reformen og fire år etter reformen. I den empiriske analysen inngikk to produkter: Innleggelser ble målt ved antall DRG-poeng, og poliklinisk aktivitet ble målt ved refusjonsinntekter. Ressursbruk ble målt enten ved legeårsverk, andre årsverk og øvrige driftsutgifter, eller ved sykehusets samlede driftsutgifter. Relativ effektivitet ble beregnet med DEA-metoden (se del E). Teknisk effektivitet ble beregnet ved hjelp av det første settet av

1 En årsak til reduksjon i de registrerte ventetidene var også at en 'ryddet' i ventelistene, f.eks. tok ut pasienter som var døde.

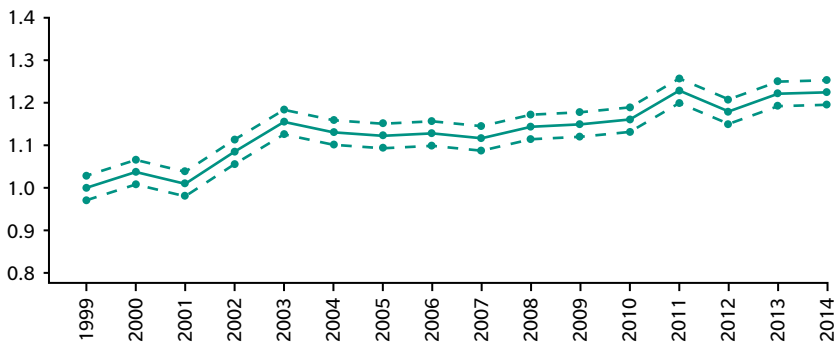
mål på ressursbruk, mens kostnadseffektivitet ble beregnet ved hjelp av det andre målet på ressursbruk.

Forfatterne finner en positiv sammenheng mellom ISF og teknisk effektivitet. Sammenhengen mellom ISF og kostnadseffektivitet er mer sammensatt, og i noen tilfeller til og med negativ. Forfatterne antyder en mulig forklaring: Innføring av ISF gikk sammen med et sterkt signal til sykehusene om å øke antall behandlede pasienter for å redusere ventelistene. Dette var vellykket, siden antallet innlagte pasienter målt i DRG-ekvivalenter økte. Denne økningen kan ha medført økte lønnskostnader som følge av et stramt arbeidsmarked. Sykehusene måtte altså enten kjøpe de ansattes fritid (overtidsarbeid) eller leie inn arbeidskraft.

Anthun mfl. (2017) analyserer produktivitetsveksten i norske sykehus i perioden 1999–2014. Dataperioden deres startet dermed etter at ISF var innført, men før Sykehusreformen, da staten overtok eierskapet til sykehusene. De finner en betydelig vekst i produktivitet i første del av analyseperioden. I siste del av dataperioden finner de at produktivitetsveksten var betydelig mindre (Figur 10.4).

Figur 10.4

Produktivitet i somatiske sykehus, 1999–2014



Kilde: Anthun mfl. (2017)

Som vi ser, øker produktiviteten fra 1999 til 2000 og videre fra 2001 til 2003. Reduksjonen fra 2000 til 2002 er vanskelig å tolke, men kan skyldes ukontrollert ressursbruk ved overføringen av sykehusene fra fylkeskommunene til

staten dette året. At produktivitetsveksten går ned i 2004, kan både skyldes at mulighetsrommet på dette tidspunktet er fullt utnyttet, eller at ISF-satsen settes ned (se tabell 10.1).

Erfaringene fra Norge når det gjelder aktivitet og effektivitet har paralleller i andre land. Godager m.fl (2022) viser til Farrar mfl. (2009) som undersøker om innføring av Payment by Results (PbR) i National Health Service (NHS) i England fra 2003 har hatt effekter på ressursbruk og kvalitet. PbR er den engelske varianten av ISF. Sykehus i Skottland og sykehus i England som ikke hadde innført PbR, blir brukt som kontrollgruppe. Forfatterne finner større reduksjon i liggetid og større økning i andel dagbehandlinger i tiltaksgruppen sammenlignet med kontrollgruppen. De finner ingen endringer i kvalitetsvariablene i tiltaksgruppen sammenlignet med kontrollgruppen og konkluderer med at reduksjon i enhetskostnadene kan ha blitt oppnådd uten at kvaliteten på sykehusoppholdet har blitt redusert. Kvalitet ble målt ved dødelighet i sykehus, dødelighet de første 30 dagene etter utskrivning og akutte reinnleggelser. Studien til Farrar mfl. (2009) ble fulgt opp av Aragón mfl. (2022). De studerte effekten på liggetid av innføringen av PbR i det engelske helsesystemet. Etter 10 år med PbR finner de reduksjon i liggetid på mellom 20 og 70 prosent. Så lenge det er sammenheng mellom liggetid og kostnader, ville denne reduksjonen i liggetid også innebære at PbR medfører reduksjon i kostnader sammenlignet med tidligere finansieringsmåte. Som vi skal se senere, kan reduserte liggetider i sykehus føre til økte kostnader i primærhelsetjenesten.

Prioriterer sykehusene «lønnsomme» pasienter?²

Flere DRG-er skiller mellom tilfeller med og uten komorbiditet eller komplikasjoner. Tilfeller med komplikasjoner har en større vekt og dermed større utbetaling enn tilfeller uten komplikasjoner. ISF gir dermed en økonomisk oppmuntring til å være nøye med å registrere komplikasjoner. Et viktig spørsmål er om økning i prisforskjell mellom kompliserte og ukompliserte pasienter medfører at flere pasienter blir registrert som kompliserte – såkalt

2 Dette og neste underkapittel er basert på Godager, m.fl. (2022).

oppkoding eller DRG-kryp. Flere studier har undersøkt om denne oppmuntringen til oppkoding kan spores i data.

Januleviciute mfl. (2016) undersøker om prisendringer som et resultat av endringer i DRG-vekter for ulike behandlinger påvirker antall behandlede pasienter og pasientsammensetningen ved norske sykehus. De utnytter prisendringer som oppstår ved at enkelte DRG-vekter for norske sykehus endres over 5-årsperioden 2003–2007. Forfatterne finner at en 10 % økning i prisen fører til omtrent 0,8–1,3 % økning i antall pasienter innenfor medisinske DRG-er (både akutt tilfeller og elektive pasienter). De finner ingen priseffekt for DRG-er som er kirurgiske (både akutte og elektive pasienter). De finner dessuten at en 10 % økning i prisforholdet mellom pasienter med og uten komplikasjoner øker andelen pasienter som er kodet med komplikasjoner med 0,3–0,4 prosentpoeng.

Utgangspunktet for Melberg mfl. (2016) er hypotesen om at aktivitetsbaserte betalingssystemer gjør at sykehus fokuserer på de diagnosegruppene som er mest fordelaktig gitt kostnader og refusjonssatser. De tester hypotesen ved å utforske sammenhengen mellom endringer i refusjonssatsene og endringer i antall registrerte behandlingsepisoder for alle diagnoserelaterte grupper i Norge mellom 2006 og 2013. Resultatene viser at sykehus økte antall innleggelser i en bestemt DRG-gruppe fire ganger mer når refusjonen ble økt i forhold til endringen i DRG-grupper med reduserte satser. Fortegnet på resultatet er konsistent over tidsperioder og undergrupper som kirurgiske versus medisinske DRG-er, og innleggelse versus poliklinikk. Effekten er mindre, men fortsatt statistisk signifikant etter å ha fjernet DRG-er som kan ha blitt påvirket av oppkoding. Innleggelser som sykehuset har liten kontroll over, som antall fødsler, viste små eller ingen effekter, mens innleggelser der skjønn har en større rolle, er mer påvirket. Forfatterne konkluderer at sykehusenes pasientinntak og rapportering ser ut til å bli påvirket av økonomiske oppgjørsordninger.

Martinussen og Hagen (2009) undersøker om sykehusene velger bort kostnadskrevende pasienter etter at ISF ble innført i 1997, samt etter Sykehusreformen i 2002. I denne perioden fikk sykehus ISF-refusjon for dagkirurgiske DRG-er uavhengig av om pasienten ble dagbehandlet eller innlagt. Pasientenes ventetider brukes som indikatorer på pasientprioritering, og liggetid er en indikator på alvorlighet innenfor hver diagnose. Resultatene viser enkelte tegn på seleksjon av pasienter, særlig i den første perioden etter at ISF

ble innført, og særlig innenfor mindre ortopediske operasjoner. De finner ikke at Sykehusreformen bidrar til videre økning i seleksjonen av pasienter. Forfatterne konkluderer med at seleksjon av pasienter kan forekomme med ISF, spesielt hvis refusjonssystemet er grovmasket.

Huitfeldt (2021) undersøker effekten av en reduksjon i DRG-vektene for dagkirurgi. Huitfeldt finner ingen tegn på at sykehus i større grad flytter pasienter fra dagbehandling til innleggelse for diagnosegrupper som er utsatt for store prisendringer, sammenliknet med grupper som er utsatt for små prisendringer. Huitfeldt finner heller ingen forskjeller i innleggesratene. Når Huitfeldt sammenlikner sykehus med høy utnyttelse av sengekapasitet før reformen, med sykehus med lavere utnyttelse av sengene, gir resultatene ingen støtte til hypotesen om at kapasitetsbegrensninger er til hinder for innleggelse. Huitfeldt konkluderer med at innenfor ortopedisk kirurgi påvirker ikke prisene hvordan pasientene blir behandlet.

Kvalitet

ISF oppmuntrer til kortere liggetider, siden kortere liggetider kan gi rom for å behandle flere pasienter og dermed oppnå større inntekter. Kortere liggetider kan samtidig innebære en risiko for økning i akutte reinnleggelser dersom forverring av tilstanden oppstår etter utskriving. Dismuke og Guimaraes (2002) gjennomførte en av de første studiene i Europa av om aktivitetsbasert finansiering kan påvirke sykehusoppholdets kvalitet. Med individdata fra Portugal fra 1992–1994 undersøker de om dødeligheten i sykehus av cerebrovaskulære sykdommer har endret seg etter at Portugal introduserte aktivitetsbasert finansiering av sykehusene. Forfatterne finner ingen tegn på at dødeligheten i sykehus har økt.

ISF-satsen i Norge har variert mellom år fra 40 prosent til 60 prosent. En høyere ISF-sats vil kunne medføre kortere liggetider og større sjanse for reinnleggelse. Yin mfl. (2016) undersøker om størrelsen på andelen av sykehuskostnadene som refunderes gjennom ISF, har betydning for sjansen til å oppleve uplanlagt reinnleggelse innen 30 dager etter utskriving. Datamaterialet består av akuttinnleggelse av pasienter eldre enn 70 år i perioden 2000 – 2007. Trettidagers reinnleggesrate er 6,6 prosent. De finner at sjansen for å oppleve reinnleggelse avhenger av pasient- og sykehuskarakteristika. De finner ingen sammenheng mellom størrelsen på ISF-satsen og sjansen for reinnleggelse.

Hagen mfl. (2006) undersøker utvikling i effektivitet og pasienttilfredshet etter før og etter innføring av ISF i Norge. Data er på sykehusavdelingsnivå. Data om pasienttilfredshet blir hentet fra de nasjonale PasOpp-undersøkelsene. Forfatterne finner at ISF går sammen med større teknisk effektivitet. De finner ingen sammenheng mellom innføring av ISF og pasienttilfredshet. Samtidig finner de at reduksjon i ventetid før sykehusbehandling påvirker pasienttilfredsheten positivt. De argumenterer for at ISF kan ha påvirket pasienttilfredshet indirekte, gjennom reduksjonen i ventetid som har funnet sted i perioden.

Kort oppsummering

Empiriske studier fra Norge og fra land med spesialisthelsetjeneste som likner den norske, tyder på at overgang fra rammefinansiering til ISF medfører økning i antallet behandlede pasienter, reduksjon i liggetid og økning i teknisk effektivitet. Mange studier viser at endringer i relative priser innenfor ISF påvirker prioriteringer, men effektene er ikke store. En studie av ortopedisk kirurgi finner ingen slike effekter. Det finnes få studier av sammenhengen mellom ISF og behandlingskvalitet. Studiene vi kjenner, viser ingen sammenheng.

10.4 Valg av behandlingssted

Rett til valg av behandlingssted ble presentert i kapittel 9. Her gjengir vi kort noen analyser av effekten av ordningen.

En analyse av Ringard og Hagen (2011), basert på data fra 2004, viste at 13 prosent av de elektive pasientene innen utvalgte diagnoser selv valgte sykehus og samtidig valgte et annet sykehus enn det som var nærmest. Effektene på ventetidene for de som benyttet ordningen med fritt sykehusvalg var betydelige. De som selv valgte sykehus, og valgte et sykehus som ikke var nærmest, fikk i gjennomsnitt kortere ventetider enn de som benyttet det nærmeste sykehuset. Selv om ventetidene for de som selv aktivt velger sykehus går ned, trenger ikke det bety at de samlede ventetidene går ned. Dersom fritt sykehusvalg også fører til bedre utnyttelse av kapasiteten, eller at sykehusene øker effektiviteten for å tiltrekke seg pasienter, kan imidlertid også de samlede ventetidene gå ned.

Når det gjelder spørsmålet om hvem som bruker ordningen med fritt sykehusvalg, er resultatene sprikende. Det ser likevel ut som om sannsynligheten for å benytte ordningen med fritt sykehusvalg øker noe med økende utdanning (Kaarbøe & Carlsen, 2014). I en analyse av data fra Statistisk sentralbyrås levekårsundersøkelse undersøker Godager og Iversen (2004) sosioøkonomiske forskjeller og finner at tilbøyeligheten til å benytte seg av retten til fritt sykehusvalg varierer avhengig av den enkeltes utdanningsnivå. Dersom personer med høyere utdanning lykkes bedre med å skaffe seg rask tilgang til helsetjenester enn personer uten høyere utdanning, kan valgfrihet medføre eller forsterke ulikhet i tilgjengelighet til helsetjenester.

10.5 Diskusjon av dilemmaene

Resultatene over fanger opp essensen i ISF: På den ene siden bidrar ISF-ordningen til økt aktivitet, kortere liggetider og til at flere pasienter får behandling. På den annen side innebærer finansieringsordningen en risiko for at prioriteringen av pasientgrupper, det være seg mellom tjenesteområder eller innen somatikken, påvirkes av økonomiske betraktninger og dermed kan avvike fra prioriteringene fastsatt i lov og forskrift. ISF vil også påvirke risikofordelingen mellom betaler og utfører av helsetjenestene, og gi lavere kostnadskontroll enn et rammefinansieringssystem. En utvidelse av bruken av rammefinansiering, eksempelvis gjennom å redusere ISF-andelen eller ved å utvide bruken av rammefinansiering til flere tjeneste-områder/pasientgrupper, kan redusere risikoen for at faktiske prioriteringer avviker fra prioriteringene fastsatt i lov og forskrift. Dette har imidlertid en kostnad, ettersom vi må forvente at kostnadene ved pasientbehandling blir høyere og aktivitetsveksten blir lavere, sammenliknet med tilfellet hvor ISF-andelen opprettholdes.

Et eksempel på en utvidelse av bruken av rammefinansiering innen somatikken kan være å rammefinansiere øyeblikkelig hjelp-behandlinger, mens elektive behandlinger beholder sin aktivitetsbaserte finansiering. Et argument for en slik finansiering kan være at sykehusene har liten kontroll over øyeblikkelig hjelp-pasienter, slik at aktivitetsbasert finansiering av dem har liten innvirkning. Dette argumentet kan imidlertid ikke begrunnes i den

empiriske gjennomgangen vi har gjennomført, da to norske studier finner at aktiviteten økte også for øyeblikkelig hjelp-DRG-er. En mulig forklaring på dette funnet er at sykehusene kan påvirke andelen øyeblikkelig hjelp-pasienter som legges inn.

På den annen side kan det være samspillseffekter mellom ressurser brukt på øyeblikkelig hjelp og elektiv behandling, eksempelvis at både behandlingspersonell og behandlingsrom kan brukes til begge typer pasientbehandling. I tillegg kan en tenke seg at det er samspillseffekter knyttet til kvaliteten av behandlingen, eksempelvis at behandling av elektive pasienter gir økt kompetanse hos behandlingspersonell som kommer øyeblikkelig hjelp-pasienter til gode. Samspillseffektene kan imidlertid også være negative, for eksempel hvis lengre ventetid for elektive behandlinger fører til en forverring i helse-tilstanden og flere øyeblikkelig hjelp-besøk. Samspillseffekter mellom elektiv og øyeblikkelig hjelp-behandling kompliserer bildet rundt hva effektene kan bli av å rammefinansiere øyeblikkelig hjelp-behandling, mens man beholder ISF for elektive behandlinger.

En risiko er at sykehusene vrir ressurser mot elektiv behandling fordi disse behandlingene er delvis aktivitetsfinansierte. Dette kan redusere kapasiteten til øyeblikkelig hjelp-behandlinger. Det innebærer igjen en risiko for at færre pasienter blir innlagt som øyeblikkelig hjelp-pasienter, og at de heller sendes tilbake til primærhelsetjenesten eller til eget hjem. Det kan også være en risiko for redusert kvalitet dersom pasientene skrives ut for tidlig for å frigjøre kapasitet til nye pasienter.

Sammenhengen mellom konkurranse og kvalitet er ikke entydig. For det første avhenger den av i hvilken grad pasientenes valg av sykehus styres av kvalitet. For det andre avhenger den av i hvilken grad sykehusene ønsker å bruke kvalitet for å tiltrekke seg pasienter. Dette vil igjen avhenge av hvordan sykehuset er finansiert, om det er en kø av pasienter som venter på behandling, og hvilket tjenestevolum sykehuset opererer på.

Sykehus kan for eksempel finne det nødvendig å bremse etterspørselen ved å gjøre behandlingstilbudet mindre attraktivt for pasientene. Dette kan skje dersom et kvalitetsnivå som lot seg opprettholde ved et moderat tjenestevolum, blir kostbart å opprettholde ved et større tjenestevolum. Det vil dermed være nødvendig med detaljkunnskap, blant annet om sykehusenes målsetninger og kostnadsstruktur, for å forutse hvordan endringer i konkurranse vil påvirke aktivitet, kostnader og tjenestekvalitet.

Med utgangspunkt i resonnementet ovenfor er det ikke overraskende at vår litteraturgjennomgang både finner studier som finner en positiv sammenheng mellom konkurranse og kvalitet, og studier som finner ingen eller en negativ sammenheng mellom konkurranse og kvalitet. Det som imidlertid er klart, er at finansieringsordningene sykehusene står overfor, er med på å påvirke effektene av konkurranse. En avgrensning i bruken av ISF vil føre til at det er mindre økonomisk gunstig for sykehusene å tiltrekke seg pasienter. Dette vil bidra til å svekke konkurransen i spesialisthelsetjenesten. Basert på vår litteraturoversikt er det usikkert hvilke effekter endringen vil ha for tjenestekvalitet på norske sykehus.

10.6 Oppsummering

Kapittelet har beskrevet og analysert utviklingen av finansieringssystemer for norske sykehus gjennom tre distinkte epoker, og deres effekter på aktivitet, effektivitet og kvalitet. De tre epokene omfatter kurdøgnfinansiering (1945–1979), som var retrospektiv og kostnadsrefunderende, rammefinansiering (1980–1997) med faste budsjetter, og innsatsstyrt finansiering (ISF) fra 1997, som kombinerer fast basisbevilgning med aktivitetsbasert betaling. ISF-andelen har variert betydelig over tid, fra 30–35 % ved innføring til opptil 60 %, og er i dag redusert til 30 %.

Dagens finansieringsmodell for RHF-ene består av en aktivitetsuavhengig basisramme med tre komponenter: kostnadskomponent (kompenserer for geografiske kostnadsforskjeller), behovskomponent (basert på demografiske og sosioøkonomiske faktorer) og mobilitetskomponent (justerer for bruk av nasjonale funksjoner). Investeringer finansieres gjennom avskrivninger og statlige investeringslån for prosjekter over 500 millioner kroner.

Overgangen til ISF medførte betydelig aktivitetsøkning (fra 2 % til 3,2 % årlig vekst) og kraftig reduksjon i ventetider. Studier viser økt teknisk effektivitet på 2 %, men også risiko for «oppkoding» og prioritering av lønnsomme pasienter. Effektene på kvalitet er mer usikre, med begrenset evidens for negative konsekvenser på dødelighet eller reinnleggelser.

Ordningen med fritt sykehusvalg har gitt pasienter mulighet til å velge behandlingssted, med 13 % av elektive pasienter som aktivt velger et annet sykehus enn det nærmeste. Dette gir kortere ventetider for brukerne, men kan skape sosioøkonomiske ulikheter da høyere utdannede bruker ordningen mer enn andre.

Om en skal benytte ISF eller rammefinansiering representerer en fundamental avveining mellom økt aktivitet/effektivitet og risiko for feilprioritering og svekket kostnadskontroll. Valg av ISF-andel påvirker insentivstrukturen betydelig, og redusert ISF kan gi bedre prioriteringer, men lavere aktivitet og høyere kostnader per pasient.

SPØRSMÅL TIL KAPITTEL 10

1. Analyser de tre finansieringsepokene for norske sykehus. Hvilke problemer førte til overgangen mellom systemene, og hvordan adresserte hvert system de forrige systemenes svakheter?
2. Forklar hvordan ISF-andelen påvirker sykehusenes insentiver ved hjelp av tabell 10.2. Hvorfor har norske myndigheter valgt å variere ISF-andelen over tid?
3. Vurder effektene av ISF på sykehusaktivitet og ventetider (figur 10.2 og 10.3). Hvilke positive og negative konsekvenser hadde den sterke aktivitetsveksten etter 1997?
4. Diskuter funnene om «oppkoding» og prioritering av lønnsomme pasienter under ISF. I hvilken grad representerer dette et problem for likeverdig behandling?
5. Analyser den nye finansieringsmodellen for RHF-ene med kostnads-, behovs- og mobilitetskomponent. Hvordan bidrar hver komponent til utjevning av forskjeller mellom regionene?
6. Sammenlign produktivitetsutviklingen i norske sykehus (figur 10.4) med innføringen og endringene i ISF-systemet. Hva kan forklare variasjonene i produktivitetsvekst?
7. Evaluer ordningen med valg av behandlingssted. Hvilke effekter har den hatt på ventetider og likhet i helsetjenestene?
8. Diskuter dilemmaet mellom aktivitetsbasert finansiering og rammefinansiering. Under hvilke omstendigheter bør hver finansieringsform foretrekkes?
9. Beregningsoppgave: Et sykehus behandler en ekstra pasient som koster 50 000 kroner. Ved 40 % ISF-andel mottar sykehuset 60 000 kroner i ISF-refusjon. Hva blir marginalprofitten, og hvordan endres denne ved 30 % ISF-andel?
10. Kritisk analyse: Vurder forslaget om å rammefinansiere øyeblikkelig hjelp-behandlinger mens elektive behandlinger beholder ISF. Hvilke fordeler og ulemper kan dette ha?

Hagen, T. P. (2026). Helseforetaksmodellen og «sørge for»-ansvaret. I T. P. Hagen, G. Godager, J. Kinge & E. Aas (Red.), *Organisering og finansiering av helse- og omsorgstjenester: En innføring* (s. 253–268). Fagbokforlaget. <https://doi.org/10.55669/oa180911>

11

Helseforetaksmodellen og «sørge for»-ansvaret

Terje P. Hagen

Helseforetaksmodellen som ble etablert i 2002, er ofte utsatt for kritikk. Dette gjelder særlig på to områder: manglende politisk styring og manglende åpenhet (Slagstad, 2017). I dette kapitlet gjør vi nærmere rede for hvordan den statlige styringen av de regionale helseforetakene (RHF-ene) formelt sett skjer (11.1). Begrepene oppdragsdokument, lovstyring, bevilgningsstyring og eierstyring er her sentrale. Eierstyringen skjer gjennom foretaksmøtet og RHF-enes styrer.

RHF-ene har et såkalt «sørge for»-ansvar som innebærer at de er ansvarlige for å tilby nødvendige spesialisthelsetjenester til befolkningen i sitt opp-taksområde. RHF-ene iverksetter «sørge for»-ansvaret gjennom helseforetakene de eier og gjennom avtaler med private leverandører. I de følgende delkapitlene gjør vi rede for hvordan HF-ene utfører sin styring overfor disse leverandørene av tjenester. Et sentralt element i styringen av helseforetakene er RHF-enes inntektsfordelingsmodeller (11.2). Dette er modeller som har sterke likhetstrekk med statens inntektsfordelingsmodeller overfor RHF-ene, men som er langt mer finmaskede. Logikken er imidlertid den samme – RHF-ene kompenserer helseforetakene for variasjoner i kostnader og behov.

RHF-ene inngår videre avtaler med fire typer private leverandører (11.3): private sykehus med befolkningsansvar, private kommersielle sykehus, avtale-spesialister og private leverandører innen psykisk helsevern og rusbehandling. Et særlig interessant fenomen er bruken av anbudskonkurranser overfor de private kommersielle sykehusene (11.4).

11.1 De regionale helseforetakene

Dagens modell for organisering av spesialisthelsetjenestene ble, som vi har sett, etablert fra og med januar 2002. Staten tok da over eierskapet for sykehusene og andre offentlige institusjoner som drev spesialisthelsetjenester fra fylkeskommunene og organiserte tjenestene underlagt fem, fra 2007 redusert til fire regionale helseforetak (RHF):

- Helse Sør-Øst RHF
- Helse Vest RHF

- Helse Midt-Norge RHF
- Helse Nord RHF

I 2024 ble det bestemt at RHF-ene skal kalles helseregioner; Helseregion Nord, Helseregion Vest, osv. Det ble videre bestemt at helseforetakene, som er organisasjonene som har det løpende ansvaret for tjenesteproduksjonen, skulle kalles sykehus (Innst. 387 S (2023–2024)). Endringene vil trolig tre i kraft fra 2026 eller 2027. Navneendringene innebærer imidlertid ingen endringer i prinsippene for styring. Vi benytter foreløpig de «gamle» navnene da disse er godt innarbeidet.

Lovstyring, bevilgningsstyring og eierstyring

Hvordan skjer styringen av sykehusene med foretaksmodellen? Stortinget styrer for det første gjennom å vedta reglene i helselovgivningen og andre lover (*lovstyring*). Den mer detaljerte styringen gjennom forskrifter er overlatt til Helsedepartementet, eventuelt Kongen i statsråd, samt gjennom myndighetskrav, herunder veiledere og retningslinjer utarbeidet av blant annet Helsedirektoratet. Eksempler på styring gjennom lov gjelder f.eks. pasientenes rett til nødvendig helsehjelp.

Staten har videre ansvar for å finansiere spesialisthelsetjenesten (*bevilgningsstyring*). Stortinget gjør årlige vedtak om størrelsen på bevilgningene til de fire regionale helseforetakene, herunder andelen aktivitetsbasert finansiering for de somatiske sykehusene. Stortinget kan også stille vilkår til bevilgningene, for eksempel ved å kreve at bestemte sykehus eller funksjoner ved sykehusene skal opprettholdes. Videre vedtar Stortinget lånetilsagn til store investeringer, som nye sykehusbygg. Den helsepolitiske «bestillingen» og tildelingen av midler skjer i hovedsak gjennom de årlige oppdragsdokumentene fra departementet. Her videreføres Stortingets vilkår overfor foretakene, og departementet kan stille ytterligere vilkår, for eksempel ved fastsetting av bestemte mål.

Oppdragsdokumentet for Helse Nord (2024)

Her er et lite utdrag fra oppdragsdokumentet til Helse Nord for 2024:

Kvalitative mål:

- Ansatte i spesialisthelsetjenesten skal oppleve det som trygt å melde om uønskede hendelser og forbedringspunkter, og helseforetakenes system

og kultur for tilbakemelding, oppfølging og læring skal bidra til færre pasientskader.

Indikatorer:

- Antall kliniske behandlingsstudier i helseforetakene som inkluderer pasienter i 2024 skal økes med minst 15 pst. sammenliknet med 2023, jf. målene i Nasjonal handlingsplan for kliniske studier.
- Antall utdanningsstillinger for sykepleiere innen anestesi-, barn-, intensiv-, operasjon- og kreftsykepleie, samt jordmødre skal økes sammenliknet med 2023.

Oppdrag 2024:

- Helse Nord RHF skal utarbeide oversikt over framtidig behov for legespesialister sett i lys av faglig utvikling, oppgavedeling og avgang i tjenesten, jf. også oppdrag i 2023 om å utarbeide nasjonale oversikter på personellområdet. På dette grunnlaget skal Helse Nord RHF særlig vurdere behovet for å opprette LIS-stillinger i breddespesialiteter som generell kirurgi og indremedisin. Vurderingene av framtidig behov for legespesialister skal oversendes Helse- og omsorgsdepartementet innen 1. oktober 2024.
- De regionale helseforetakene skal kartlegge muligheter for kombinerte stillinger i samarbeid med helseforetak og kommuner, særlig innen svangerskap-, føde- og barselomsorgen og psykisk helse.

Eierstyring utøves gjennom oppnevning av styrer og vedtak i foretaksmøtene i regionale helseforetak. Departementet fører også tilsyn med at virksomheten drives i tråd med vilkår i oppdragsdokumentet og vedtak i foretaksmøter. Eierstyringen kan være ganske detaljert.

Nærmere om eierstyringen

Foretaksmøtet er foretakets øverste styringsorgan, både på regionalt og lokalt nivå. I de regionale helseforetakene utgjør Helse- og omsorgsdepartementet ved statsråden foretaksmøtet. Statsråden har altså all makt i dette organet.

I helseforetakene er det styret for det regionale helseforetaket som utgjør foretaksmøtet. I praksis vil styrelederen for RHF-et lede foretaksmøtene i helseforetakene. Foretaksmøtet har all myndighet både på regionalt nivå og på helseforetaksnivå, og kan instruere styret i alle saker. Foretaksmøtet kan også omgjøre styrets beslutninger, noe som har skjedd f.eks. i lokaliseringsspørsmål.

Hvert RHF har et eget styre oppnevnt av helse- og omsorgsministeren. Styrene i helseregionene er helse- og omsorgsministerens redskap for

å gjennomføre regjeringens helsepolitikk. På samme måte har helseforetakene egne styrer, som er RHF-ets redskap for å gjennomføre deres politikk. Styrenes ansvar er forvaltning av foretaket i vid forstand og å føre tilsyn med at virksomheten drives i samsvar med lover og forskrifter. Styrene har ansvar for at virksomheten drives i samsvar med den nasjonale helsepolitikken, og for at foretakets samlede ressurser brukes på beste måte for å oppfylle virksomhetens formål.

Styrenes form

Etter helseforetaksreformen i 2002 har to forhold ved styrene vært diskutert.

Det første spørsmålet gjelder om styremedlemmene skal være aktive politikere. Dette kravet ble fjernet av regjeringen Solberg (H, FrP) ved valget av nye styrer i 2014. Begrunnelsen var at den stadig sterkere politiseringen av styrene hadde gått på bekostning av rekrutteringen av personer med bakgrunn og kompetanse som er viktig for å løse de oppgavene og utfordringene de regionale helseforetakene og helseforetakene står overfor. Videre ble det framhevet at størrelsen på styrene i flere sammenhenger hadde vært til hinder for gode prosesser og grundige diskusjoner. Styrene for de regionale helseforetakene ble så redusert til inntil ti medlemmer, hvorav inntil sju medlemmer er oppnevnt av eier.

Det andre spørsmålet gjaldt om styremøtene skulle være åpne. Her har hovedregelen vært at møtene skal være åpne, men at møtene kan lukkes av personvern-hensyn, av hensyn til forsvarlig gjennomføring av økonomi-, lønns-, eller personalforvaltningen til foretaket og i saker som gjelder offentlige anskaffelser.

Både RHF-ene og helseforetakene skal ha en daglig leder, en administrerende direktør. Daglig leder har ansvar for den daglige driften av virksomheten innenfor rammen av styrets instruksjon. Styret skal fastsette instruks for stilingen og føre tilsyn med daglig leder.

Dette betyr at den demokratiske styringen formelt sett skjer i en rett linje fra Helse- og omsorgsministeren og nedover i systemet. Ved innføringen av helseforetaksmodellen i 2002 ble det forutsatt at eierstyringen skulle konsentreres om overordnede forhold. Dette ble blant annet beskrevet slik på side 42 i Ot.prp. nr. 66 (2000–2001): «En av reformens sentrale intensjoner er å gi de regionale helseforetakene betydelige frihetsgrader i sin daglige drift, samtidig som det skal legges til rette for at sentrale, nasjonale helsepolitiske målsettinger oppfylles.»

Betyr dette at helseministeren «abdiserer»? Graden av politisk styring vil i høy grad være betinget av den parlamentariske situasjonen. Generelt gjelder

det at styringen fra statsråden blir sterkere i perioder med mindretallsregjeringer enn i perioder med flertallsregjeringer. Samtidig er det slik at en del viktige saker ikke kan avgjøres av styret for de regionale helseforetakene. Disse sakene undergis politisk behandling og avgjøres derfor av departementet (statsråden) i foretaksmøtet. Dette gjelder saker som antas å være av vesentlig betydning for foretakets virksomhet, og som kan ha vesentlige samfunnsmessige virkninger. Følgende eksempler er gitt i helseforetaksloven § 30: vedtak om nedleggelse av sykehus, omfattende endringer i sykehusstrukturen i helseregionen, omfattende endringer i tjenestetilbudet, vedtak om endringer i antallet helseforetak i helseregionen og vedtak om endringer i opptaksområdet for helseforetak.

En gjennomgang av protokoller fra foretaksmøter i regionale helseforetak viser at det i noen tilfeller fattes vedtak som kan henføres til helseforetaksloven § 30 (se NOU 2016:25). Som eksempler nevnes omorganisering av fødselsomsorgen i flere regioner, avvikling av sengeposten ved Sørlandet sykehus avdeling Farsund, omstilling i Helse Sør-Øst RHF («hovedstadsprosessen»), bruk av Aker sykehus som samhandlingsarena, funksjons- og oppgavefordeling mellom lokalsykehus i Helse Førde HF, sammenslåing av helseforetakene i Møre og Romsdal, anmodning om at utviklingsplan for sykehusene i Møre og Romsdal bør drøfte alternativer med både ett og to sykehus for Romsdal og Nordmøre, og avvikling av akuttfunksjoner i Kragerø og på Rjukan. Dette er i hovedsak spørsmål som angår funksjonsfordelingen mellom sykehusene.

De regionale helseforetakenes funksjon og oppgaver

Det regionale helseforetaket har ifølge spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a første ledd ansvaret for å sørge for at personer med fast bopel eller oppholdssted innen helseregionen tilbys spesialisthelsetjeneste, inklusive rett til øyeblikkelig og nødvendig helsehjelp. Dette omtales ofte som «sørge-for»-ansvaret og er parallelt med det som gjelder for kommunene. Sørg-for-ansvaret kan oppfylles ved at det regionale helseforetaket selv tilbyr tjenestene gjennom sine egne helseforetak/sykehus, eller ved at en kjøper tjenester fra private tjenesteytere, institusjoner og privatpraktiserende spesialister.

I praksis delegerer de regionale helseforetakene selve tjenesteproduksjonen til helseforetakene (sørg-for-ansvaret kan ikke delegeres). RHF-enes styring av helseforetakene skjer i prinsippet på samme måten som departementet styrer RHF-ene. Unntaket er at RHF-ene ikke styrer ved å gi lover

eller forskrifter. Styringen skjer som bevilgningsstyring og/eller eierstyring. Særlig er bevilgningsstyringen av helseforetakene vesentlig mer detaljert enn bevilgningsstyringen mellom departementet og RHF-ene. I det følgende går vi gjennom det største regionale helseforetakets (Helse sør-øst) inntektsfordelingsmodell.

11.2 Regionale inntektsfordelingsmodeller

Inntektene til de regionale helseforetakene, som igjen fordeles ut til helseforetak og sykehus internt i regionene, kan overordnet inndeles i en basisramme og aktivitetsbaserte inntekter. Med regionale inntektsfordelingsmodeller menes økonomiske modeller som fordeler basisrammen i de regionale helseforetakene til helseforetak og sykehus med definerte opptaksområder.

I den regionale inntektsfordelingsmodellen i Helse sør-øst RHF (HSØ), som vi skal se nærmere på her, fordeles ressursene først til fire ulike modellementer – somatikk, psykisk helsevern (PHV) og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), prehospitale tjenester og forskning. Den relative fordelingen av inntekter mellom tjenesteområdene i inntektsmodellen gjenspeiler hvordan kostnadene historisk har fordelt seg. Både i dagens nasjonale inntektsmodell og inntektsmodellen i HSØ består hvert modellement i hovedsak av tre komponenter:

- en kostnadskomponent som kompenserer opptaksområdene for ufor-skyldte merkostnader i pasientbehandlingen,
- en behovskomponent som fordeler inntekter ut fra befolkningens behov, og
- en mobilitetskomponent som gir økonomisk kompensasjon for behandling utført for pasienter tilhørende andre opptaksområder.

Innenfor hvert tjenesteområde vil først størrelsen og fordelingen av kostnadskomponenten bestemmes, og det resterende vil deretter fordeles i behovskomponenten. Til slutt gjøres det en omfordeling mellom opptaksområdene basert på pasientmobilitet.

Kostnadskomponenten

Kostnadskomponenten skal kompensere for uforskyldte kostnadsulemper mellom helseforetak og sykehus. Variasjonen i kostnadsnivået mellom helseforetakene og sykehusene for somatiske tjenester i HSØ er beskrevet i Tabell 11.1. Det er betydelige forskjeller. De høyeste kostnadene finner en ved OUS og de laveste ved Sykehuset i Vestfold.

Tabell 11.1

Kostnader per DRG-poeng ved helseforetakene og sykehusene i Helse sør-øst RHF (2019)

	Kostnad per DRG-poeng
Akershus universitetssykehus HF	47 532
Sykehuset Innlandet HF	46 187
Oslo universitetssykehus HF	57 317
Diakonhjemmet Sykehus	50 159
Lovisenberg Diakonale Sykehus	47 877
Sørlandet sykehus HF	49 281
Sykehuset i Telemark HF	44 975
Sykehuset i Vestfold HF	43 377
Vestre Viken HF	44 800
Sykehuset Østfold HF	48 595

I prinsippet kan en tenke seg mange variabler som påvirker kostnadsnivået i sykehusproduksjonen. Hvilke variabler som forklarer kostnadsvariasjonen, bestemmes gjennom regresjonsanalyser av nasjonale og regionale data. Variablene diskuteres og fastsettes i dialog med helseforetakene. For somatiske tjenester i HSØ ble det bestemt å kompensere for forskning (målt ved antall vitenskapelige publikasjoner – forskningspoeng), undervisningsaktiviteter (målt ved antall leger i spesialisering – LIS1) og spredtbygdhet (målt ved reiseavstander til nærmeste akuttinntak).

Behovskomponenten

På samme måte som for kostnadskomponenten kan en tenke seg mange variabler som forklarer variasjon i behov. Hvilke variabler som skal inkluderes

i den endelige modellen, bestemmes derfor gjennom regresjonsanalyser av faktisk forbruk av helsetjenester. Variasjon i faktisk forbruk av helsetjenester mellom pasienter og helseforetak forklares ved karakteristika ved pasientene, slik som alder, utdanningsnivå og sosiale og helsemessige forhold. De variablene som gir signifikante effekter, er kandidater for å inngå i kriteriesettet som til slutt benyttes til fordeling av ressurser. Tabell 11.2 viser det forventede behovet for tjenester i de ulike opptaksområdene i HSØ, basert på regionens kriteriesett.

Tabell 11.2

Behovsindekser for opptaksområdene i HSØ (2019)

Helseforetak/sykehus	Indeks
Akershus universitetssykehus	0,985
Sykehuset Innlandet HF	1,107
Oslo universitetssykehus HF	0,982
Diakonhjemmet sykehus	0,885
Lovisenberg diakonale sykehus	0,799
Sørlandet sykehus HF	1,027
Sykehuset Telemark HF	1,091
Sykehuset i Vestfold HF	1,052
Vestre Viken HF	0,983
Sykehuset Østfold HF	1,077

Gjennomsnittet for regionen er satt til 1,000. En indeksverdi på 1,077 (Østfold) betyr at behovene for somatiske helsetjenester per innbygger ligger 7,7 % over gjennomsnittet for regionen. Den høyeste indeksen finner vi i Innlandet. Hovedårsaken er en høy andel av innbyggerne i eldre aldersgrupper. Vi ser også at Lovisenberg opptaksområde har den laveste behovsindeksen. Her er hovedårsaken en relativt ung befolkning. Et interessant moment er for øvrig at Lovisenberg har en betydelig høyere behovsindeks for psykisk helsevern og rusbehandling enn for somatiske tjenester. I HSØs analyser i 2019 var behovsindeksen for psykisk helsevern for Lovisenberg opptaksområde på om lag 1,30.

Mobilitetskomponenten

Mobilitetskomponenten i HSØ består av flere delelementer. De viktigste er finansiering av ordinær pasientmobilitet med 80 prosent av DRG-pris (90 prosent i Oslo-området) og et abonnement for høyspesialisert behandling.

Bakgrunnen for det siste delelementet er at Oslo universitetssykehus HF har funksjoner som utføres for hele regionen, samt nasjonale funksjoner. Bakgrunnen for en egen ordning for høyspesialisert behandling er at DRG-systemet kompenserer for kostnader for gjennomsnittspasienten i en DRG. Det er ikke egne DRG-er for all høyspesialisert behandling. Det er rimelig å anta at kostnader ved høyspesialisert behandling er høyere enn snittet i en DRG. Det skal ikke være en kostnadsulempe å ha en regional eller nasjonal funksjon. Derfor må det etableres en ordning som kompenserer for disse merkostnadene.

11.3 Avtaler med private leverandører

Avtalene de regionale helseforetakene har med de private tilbyderne, kan deles i fire grupper:

- Avtaler med private sykehus med befolkningsansvar. Disse avtalene omfatter Diakonhjemmet sykehus og Lovisenberg diakonale sykehus i Oslo. Dette er sykehus som i prinsippet har de samme oppgavene og funksjonene som helseforetakene, og de finansieres på samme måte som helseforetakene (altså innenfor inntektsfordelingsmodellen som er beskrevet i 11.2).
- Avtaler som er inngått med private leverandører etter anbudskonkurranser. Dette gjelder blant annet avtaler med private kommersielle sykehus om leveranser av bestemte tjenester, f.eks. dagkirurgiske inngrep (se kapittel 11.4).
- Avtaler med avtalespesialistene. Denne gruppen består av selvstendig næringsdrivende leger og psykologer som har inngått driftsavtale med regionalt helseforetak.

- Avtaler med private leverandører etter forhandlinger. Dette gjelder avtaler med leverandører av tjenester innen psykisk helsevern og rusbehandling der anbudskonkurranser ikke er benyttet.

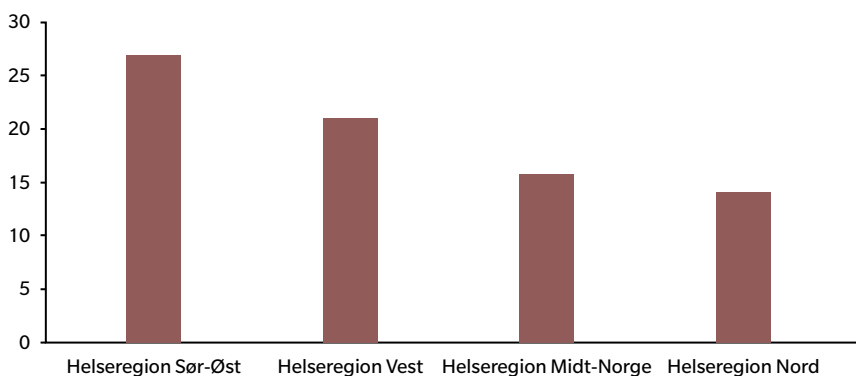
Avtalespesialistene

Avtalespesialistene er praktiserende spesialister, som regel leger eller psykologer, som har driftsavtale og får driftstilskudd fra RHF-ene. Avtalespesialister vurderer og behandler tilstander som ikke krever innleggelse, tilsvarende sykehusenes poliklinikker. De spesialistene som har avtale med RHF-ene, får refusjoner fra Helfo, noe som gjør at pasientenes egenandeler er tilsvarende som i sykehusenes poliklinikker. Avtalespesialistene kan tilby vurdering og behandling ved henvisning fra fastlegen eller annet helsepersonell med henvisningsrett. Uten henvisning gjelder ikke spesialistens driftsavtale, og pasientene må selv dekke alle kostnader ved behandlingen. Det finnes også enkelte spesialister som ikke har avtale med RHF-ene. Disse er fullt ut finansiert av pasientenes egenbetaling.

Det er en viss geografisk skjevfordeling av avtalespesialistene, som vist i figur 11.1. De fleste private avtalespesialistene har sin praksis i tettbygde strøk, hvor pasientgrunnlaget er størst.

Figur 11.1

Antall årsverk avtalespesialister per 100 000 innbyggere (2018)



Den samlede aktiviteten hos avtalespesialistene er relativt stor. I 2018 ble det gjennomført nesten 11,8 millioner polikliniske konsultasjoner i spesialisthelsetjenesten. En fjerdedel av konsultasjonene var hos private avtalespesialister.

Private leverandører innen psykisk helsevern og avhengighetsbehandling

Psykisk helsevern og TSB omfatter spesialisthelsetjenestens undersøkelse og behandling av mennesker med psykiske lidelser og rus- og avhengighetslidelser. På dette feltet er det noe større innslag av private leverandører enn innen somatiske tjenester. I 2021 var for eksempel 10 % av døgnplassene innen psykisk helsevern i private institusjoner. Den største andelen private er innenfor rusfeltet, der over 30 % av RHF-enes utgifter dekker aktiviteter ved private avtalespesialister og institusjoner.

Til forskjell fra somatiske helsetjenester benyttes det ikke lenger anbuds-konkurranser ved innkjøp av tjenester i psykisk helsevern og TSB. Pris og kvalitet forhandles mellom de private sykehusene og RHF-ene.

11.4 Bruk av anbudskonkurranser

Akershus fylkeskommune startet med forhandlinger om prisene for tjenester kjøpt ved private kommersielle sykehus alt i 1999. Etter at staten og RHF-ene overtok ansvaret for spesialisthelsetjenesten, økte bruken av de private, kommersielle sykehusene som leverandører av offentlig finansierte helsetjenester.

Fra 2002 var tre reformer med på å definere hvordan elektiv dagkirurgisk virksomhet var organisert. For det første: ISF var innført fra 1. juli 1997 og ble utvidet til å omfatte private kommersielle sykehus fra 2001. Den aktivitetsbaserte komponenten i ISF var, som vi har sett, i utgangspunktet 30 %. Den ble senere økt og hadde sin høyeste andel i 2003 og 2005 med 60 %. For det andre: Fra 2002 ble det åpnet opp for at RHF-ene kunne bruke anbuds-konkurranser overfor private kommersielle sykehus. Aktiviteten ved private kommersielle sykehus ble samtidig trappet opp som et ledd i strategien for å redusere ventetidene til denne typen behandling. For det tredje: Gjennom

Lov om pasientrettigheter fra 2000 ble pasientene gitt rett til fritt sykehusvalg, rett til vurdering innen 30 dager, rett til fornyet vurdering mv. Fra 2004 ble retten til fritt sykehusvalg utvidet til å omfatte private kommersielle sykehus som hadde kontrakt med de regionale helseforetakene.

Ved valg av finansieringsmodell for de private kommersielle sykehusene hadde RHF-ene i hovedsak tre alternativer: Man kunne benytte standardiserte refusjoner, for eksempel slik de var definert gjennom DRG-prisene; man kunne forhandle prisene; eller man kunne benytte anbudskonkurranser. Det fantes erfaringer fra liknende beslutningssituasjoner i andre land. I England, Danmark, Australia og New Zealand kunne pasientene i denne perioden motta behandling ved private kommersielle sykehus eller klinikker med kontrakt med offentlige forsikringsordninger, der utgiftene ble dekket fullt ut, eventuelt med unntak for en egenandel. Anbudskonkurranse og bruk av selektive kontrakter hadde imidlertid i liten grad vært benyttet. Hovedregelen var standardiserte refusjoner, mens Danmark i samme periode forhandlet prisene mellom regionene og de private sykehusene.

Effekter på prisene som betales

RHF-ene benyttet først forhandlinger, deretter anbudskonkurranse (Hagen mfl., 2018). Innføringen av anbudskonkurranse var en sterkt medvirkende årsak til at prisene som RHF-ene betalte til de private kommersielle sykehusene, ble redusert fram til 2007. Da var prisen i gjennomsnitt 55 % av DRG-pris (Figur 11.2).

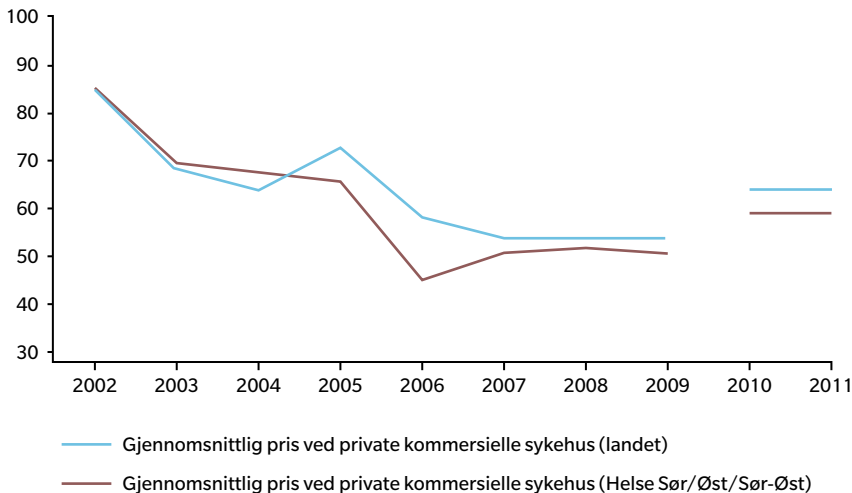
En økning i den gjennomsnittlige prisen fra 2004 til 2005 skyldtes at Helse Midt-Norge i 2005 betalte full DRG-pris (standardiserte takster) for aktiviteten ved private kommersielle sykehus. Helse Sør-Øst var den regionen som betalte de laveste prisene, i gjennomsnitt 52–53 % av DRG-pris før omleggingen av vektene for dagopphold.

Fra 2010 skiller ISF mellom vektene for innlagte pasienter og pasienter som behandles ved dagopphold. I figuren er sammenlikningen for 2010 og 2011 gjort med utgangspunkt i dagvektene. Gjennomsnittlig pris for landet var da om lag 65 % av DRG-pris, i Helse Sør-Øst om lag 60 %. Det er særlig for de ortopediske inngrepene prisene var lave. For andre typer kirurgi og for polikliniske konsultasjoner var prisene ved de private kommersielle sykehusene ikke alltid lavere enn DRG-prisen. Stikkprøver fra Helse Midt-Norge for 2013

viser at prisene for dagkirurgisk ortopedi var om lag 60 % av DRG-pris, og for andre dagkirurgiske prosedyrer om lag 70 % av DRG-pris.

Figur 11.2

Priser ved private kommersielle sykehus, 2002–2011 (prosent av nasjonale DRG-priser)



Seleksjon og kvalitet

To forhold er særlig interessante ved bruk av anbudskonkurranser og private sykehus. For det første: Skjer det seleksjon av pasienter inn til de private sykehusene? For det andre: Er kvaliteten i de private sykehusene like god som i det offentlige?

En analyse av Holom mfl. (2018) undersøker om det er forskjeller i sosioøkonomisk status og kompleksitet, målt ved komorbiditeter, mellom pasienter som ble behandlet ved offentlige og private kommersielle sykehus. Konklusjonene er at det er noen forskjeller i pasientpopulasjonen mellom de to sykehustypene. Pasienter med lavt utdanningsnivå og lav inntekt har noe lavere sannsynlighet for å bli behandlet ved private enn ved offentlige sykehus, mens det ikke ble funnet klare mønstre med hensyn til alder og kjønn. Videre hadde pasienter med komorbiditet og tidligere sykehusinnleggelse lavere sannsynlighet for behandling ved private sykehus enn ved offentlige.

Kvalitetsvariasjoner mellom private kommersielle og offentlige sykehus ble undersøkt av Holom og Hagen (2017). Kvalitet ble målt ved akutte reinnleggelser innen 30 dager etter utskrivning for pasienter som fikk satt inn hofte- eller kneprotese. De private sykehusene hadde de letteste pasientene (færre komorbiditeter). Justert for dette fant en ingen signifikante kvalitetsforskjeller mellom sykehustypene. En nyere analyse av Slydahl (2025), basert på pasienter som fikk satt inn hofteproteser, konkluderer med noe bedre kvalitet ved de private sykehusene sammenliknet med de offentlige sykehusene. Kvalitetsforskjellene er likevel svært små. En mulig årsak til at det kan være litt bedre kvalitet hos private, er at disse stort sett benytter meget erfarent helsepersonell.

Holom og Hagen (2017) fant også at de fleste akutte reinnleggelsene, uavhengig av hvor pasienten initialt ble operert, skjedde ved de offentlige sykehusene.

11.5 Oppsummering

Kapittelet beskriver styringsstrukturen i norsk spesialisthelsetjeneste, der staten styrer fire regionale helseforetak (RHF) som igjen organiserer tjenester gjennom egne helseforetak og private leverandører.

Staten utøver kontroll gjennom tre styringsmekanismer: lovstyring (helselovgivning), bevilgningsstyring (årlige budsjetter og oppdragsdokumenter) og eierstyring (oppnevning av styrer og foretaksmøter). Helseministeren har omfattende makt gjennom foretaksmøtene. Der behandles også viktige strukturelle beslutninger (nedleggelser, store omorganiseringer) politisk etter helseforetaksloven § 30.

RHF-enes «sørge for»-ansvar innebærer ansvar for å sikre nødvendige spesialisthelsetjenester til befolkningen i opptaksområdet, enten gjennom egne helseforetak eller private leverandører. Dette ansvaret kan ikke delegeres, men tjenesteproduksjonen kan overlates til andre.

RHF-ene bruker økonomiske modeller for å fordele midler til helseforetakene basert på tre komponenter: kostnadskomponent (kompenserer for forskjeller i produksjonskostnader, som forskning og spredtbygdhet),

behovskomponent (justerer for demografiske og sosioøkonomiske forskjeller i befolkningens behov) og mobilitetskomponent (kompenserer for pasientstrømmer mellom opptaksområder).

RHF-ene samarbeider med fire typer private aktører: private sykehus med befolkningsansvar (Diakonhjemmet og Lovisenberg), private kommersielle sykehus gjennom anbudskonkurranser, avtalespesialister (selvstendige leger/psykologer med driftsavtaler) og private leverandører innen psykisk helse og rusbehandling gjennom forhandlinger.

Bruken av anbudskonkurranser overfor private kommersielle sykehus fra 2002 førte til betydelige prisreduksjoner – ned til 55 % av DRG-priser i 2007. Studier viser at private sykehus behandler noe enklere pasienter. Etter justering for pasientsammensetningen er kvaliteten ved de private sykehusene litt bedre på noen enklere prosedyrer, men forskjellene er små.

SPØRSMÅL OG OPPGAVER TIL KAPITTEL 11

1. Analyser de tre styringsmekanismene staten bruker overfor RHF-ene (lov-, bevilgnings- og eierstyring). Hvordan sikrer denne modellen både politisk kontroll og operasjonell autonomi?
2. Diskuter spenningen mellom desentralisert drift og sentralisert styring i helseforetaksmodellen. Hvilke saker må behandles politisk etter helseforetaksloven § 30, og hvorfor?
3. Forklar hvordan den regionale inntektsfordelingsmodellen i Helse Sør-Øst fungerer. Hvorfor har ulike helseforetak så forskjellige kostnader per DRG-poeng (tabell 11.1)?
4. Analyser behovsindeksene i tabell 11.2. Hvorfor har Lovisenberg lavest indeks for somatikk, men høyest indeks for psykisk helsevern, og hva forteller dette om målgruppene?
5. Sammenlign de fire typene avtaler RHF-ene har med private leverandører. Hvilke fordeler og ulemper har hver avtaleform for RHF-ene og for pasientene?
6. Evaluer bruken av anbudskonkurranser overfor private kommersielle sykehus. Hvordan påvirket dette prisene (figur 11.5), og hvilke effekter hadde det på kvalitet og pasientseleksjon?
7. Diskuter den geografiske skjevfordelingen av avtalespesialister (figur 11.2). Hvilke konsekvenser har dette for likeverdige helsetjenester, og hvordan kan problemet adresseres?
8. Analyser hvorfor anbudskonkurranser ikke lenger brukes innen psykisk helsevern og rusbehandling. Hvilke særtrekk ved disse tjenestene gjør forhandlinger mer hensiktsmessige?
9. Vurder funnene om kvalitetsforskjeller mellom private og offentlige sykehus. Hvorfor er det viktig å justere for pasientsammensetning når man sammenlikner kvalitet?
10. Kritisk analyse: Er helseforetaksmodellen egnet for demokratisk styring av helsetjenester? Diskuter balansen mellom politisk kontroll og faglig autonomi i dagens system.

Del D

Samhandling mellom nivåene

I Norge er helsetjenestene organisert på to ulike politiske nivåer – staten har ansvaret for spesialisthelsetjenestene, og kommunene har ansvar for primærhelsetjenestene, inkludert pleie- og omsorgstjenestene. En slik organisering kan lede til utfordringer med samhandlingen. Det kan for eksempel være rasjonelt for et sykehus å skrive pasienten ut tidlig for på den måten å redusere sine utgifter i rehabiliteringsfasen. Disse utgiftene vil da falle på kommunene. Kommunene kan på sin side ha insentiver til å legge pasienter inn på sykehus uten å benytte lokale alternativer.

I kapittel 12 beskrives og analyseres disse problemene. I kapittel 13 diskuterer vi effektene av noen av forsøkene som er gjennomført for å bøte på problemene.

Holte, J. H., Tjerbo, T. & Hagen, T. P. (2026). Pasientflyt og samhandling. I T. P. Hagen, G. Godager, J. Kinge & E. Aas (Red.), *Organisering og finansiering av helse- og omsorgstjenester: En innføring* (s. 271–286). Fagbokforlaget. <https://doi.org/10.55669/oa180912>

12

Pasientflyt og samhandling

Jon Helgheim Holte, Trond Tjerbo og Terje P. Hagen

Økt spesialisering i helsetjenesten og flere pasienter med kroniske sykdommer gjør at mange pasienter trenger oppfølging av flere tjenesteleverandører – ofte over lang tid. For å sikre at disse pasientene mottar god behandling, og at tilgjengelige ressurser utnyttes på en effektiv måte, er det viktig at samhandlingen mellom de ulike aktørene fungerer. God samhandling har imidlertid vist seg vanskelig å få til i praksis. I dette kapittelet beskrives først hvorfor samhandlingsproblemene oppstår, og hva som er alternative modeller for integrering av helsetjenestene (12.1). Et grunnleggende problem i Norge er samhandlingen mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Vi gir oversikt over hvordan pasientflyten inn til sykehusene skjer, og hvordan utskrivninger planlegges og iverksettes (12.2). Deretter følger en nærmere beskrivelse av hva samhandlingsproblemene består i, og vi viser eksempler på hvor mange kontakter en pasient med en akuttinnleggelse for KOLS har de følgende årene (12.3).

12.1 Modeller for spesialisering og modeller for integrasjon

Spesialisering i eller mellom organisasjoner er nødvendig av (minst) tre årsaker. For det første bidrar spesialisering til høyere effektivitet. Aktivitetene kan strømlinjeformes, og det kan hentes ut stordriftsfordeler i produksjonen ved at faste kostnader fordeles på flere behandlede pasienter. For det andre gir spesialiseringen muligheter for kvalitetsheving. Ved å behandle én type pasienter (f.eks. en bestemt krefttype) kan leger og sykepleiere bygge opp kunnskap om det spesifikke problemet og bidra med høyere kvalitet enn om en skulle behandle flere pasienttyper (f.eks. også pasienter med hjerteproblemer og ortopediske lidelser). For det tredje gir spesialisering bedre muligheter for innovasjon. Spesialisering bidrar til akkumulering av kunnskap og ekspertise, noe som gir grunnlag for å generere nye ideer til behandlingsopplegg og uttesting av disse gjennom godt designede forsøk. Spesialisering leder imidlertid også til et sterkere behov for koordinering.

Mer spesialisering tvinger frem samhandlingsproblemer fordi de spesialiserte enhetene eller spesialistene må koordinere seg imellom. Et sykehus kan

for eksempel bli beskyldt for ikke å se «hele pasienten», men bare det spesifikke problemet som en spesialisert avdeling er forutsatt å kunne løse. Dette kan illustreres ved at en eldre pasient med hoftebrudd blir skrevet ut fra sykehus, mens kommunen pasienten skrives ut til, ikke har fått relevant informasjon om at pasienten har svært dårlig balanse og derfor trenger tett oppfølging.

At primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten i dag er lagt til ulike forvaltningsnivåer, kan gjøre at koordineringen av pasientforløpene svikter, f.eks. fordi finansieringsmodellene motiverer til å velte behandling med tilhørende kostnader over på «den andre» parten. Vi kan altså ha samhandlingsproblemer både innad i en organisasjon (innad i sykehuset eller innad i kommunen) og mellom organisasjoner (mellom primærhelsetjenesten og sykehusene).

Økonomisk og organisatorisk integrasjon

De to viktigste variablene for å forstå samhandling mellom nivåene i ulike land er økonomisk integrasjon og organisatorisk integrasjon (Shih mfl., 2008). Dersom et forsikringsselskap eller staten finansierer alle helsetjenester og koordinerer fordelingen av ressurser mellom dem direkte, kan vi si at det er full økonomisk integrasjon.

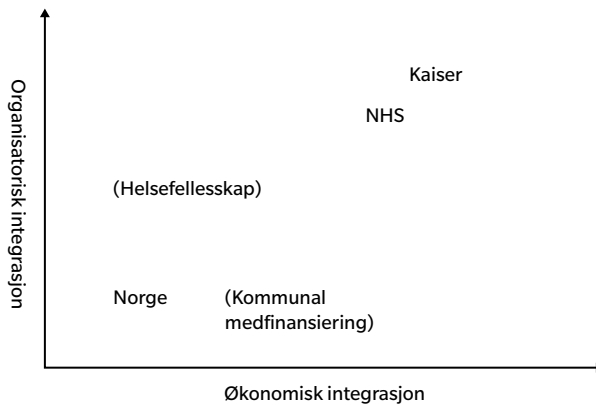
Organisatorisk integrasjon betyr at leveringen av tjenester ses i sammenheng, og at ansvaret for tjenestene ligger på samme nivå. For eksempel vil staten kunne utvikle modeller som krysser grensene mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten dersom den har det organisatoriske ansvaret for begge disse tjenestene. Det kan skje ved at staten lar helseforetakene overta primærhelsetjenesten, eller ved at fylkeskommunene får ansvaret for begge tjenestene, slik modellen er i Finland.

Økonomisk og organisatorisk integrasjon er vanligvis tett sammenbundet.

Figur 12.1

Klassifikasjon av samhandlingsmodeller etter type og grad av integrasjon.

Figuren er basert på Shi mfl. (2008), med egne tillegg



Figur 12.1 viser eksempler på land og organisasjoner der det er variasjon i økonomisk og organisatorisk integrasjon i tjenestene. Den amerikanske helseorganisasjonen Kaiser Permanente (KP) blir ofte brukt som et eksempel på et høyt integrert system. Kaiser er både en leverandør av forsikring og av helsetjenester. Dermed er både finansiering og organisering av tjenestene lagt til den samme aktøren, og vi kan si at det er et integrert system både finansielt og organisatorisk. Fordi integrasjonen er høy, kan de utvikle ulike organisatoriske og finansielle modeller som brukes i hele organisasjonen (og dermed også for leverandører av alle tjenester), noe som ellers ikke ville vært mulig. Det gjør også at de kan utvikle incentivbaserte styringsinstrumenter som fungerer på tvers av alle tjenester, og som kan «følge» pasienten.

Det er nærliggende å sammenlikne Norge med National Health Service (NHS) i Storbritannia. Dette er et skattebasert system (som i Norge), men midlene fordeles fra staten til forskjellige geografiske partnerskap kalt «Integrated Care Systems» (se The King's Fund (2022) for en beskrivelse av systemet). Disse har igjen styringsorgan kalt «Integrated Care Boards» (ICBer), som har det overordnede ansvaret for tjenester til befolkningen i sitt område. Formålet med dette systemet er å gjøre NHS mer integrert også organisatorisk. ICbene har ansvaret for både primær- og spesialisthelsetjenester. Dette gjør at NHS kan plasseres relativt langt nord-øst i figuren.

Helsevesenet i Norge er relativt godt integrert innenfor henholdsvis primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Samtidig har primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten forskjellige budsjetter, og de er plassert på to ulike forvaltningsnivåer. Dette har fordeler, for eksempel ved at Stortinget kan bestemme hvor mye ressurser som kan fordeles på de ulike nivåene. Det har også ulemper, ved at det kan lede til ansvarsuklarhet om visse tjenester. Nyere reformer i det norske helsevesenet kan forstås som forsøk på å redusere disse ulempene uten å endre på de grunnleggende trekkene ved systemet. For eksempel kan kommunal medfinansiering (se kapittel 13), som ble forsøkt mellom 2012 og 2015, ses som et forsøk på å øke den økonomiske integrasjonen, mens den organisatoriske integrasjonen forble uendret. Kommunene fikk ansvaret for 20 prosent av kostnadene forbundet med innleggelser av noen grupper pasienter fra sin kommune. Formålet var å skape incentiver til forbedret pasientflyt og kostnadsreduksjoner, men altså uten å samle tjenestene på samme forvaltningsnivå.

Helsefellesskapene (se kapittel 13), som er en samarbeidsorganisasjon mellom kommunehelsetjenesten og sykehusene, er også et forsøk på å forbedre den organisatoriske integrasjonen uten å endre på graden av økonomisk integrasjon. Det kan forstås som et forsøk på å styrke den organisatoriske samhandlingen, men igjen uten å endre de grunnleggende trekkene ved systemet. Systemet er fortsatt ikke integrert økonomisk eller finansielt: Primærhelsetjenesten er kommunenes ansvar, og spesialisthelsetjenesten er statens ansvar. Det er to ulike budsjetter, to ulike forvaltningsnivåer og to ulike organisasjoner.

12.2 Pasientflyt mellom primær- og spesialisthelsetjenesten i Norge

Vi beskriver pasientflyt mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten ved tre faser eller prosesser:

- Innleggelsesfasen beskriver prosessen der pasienten overføres til spesialisthelsetjenesten. Dette kan skje som følge av et akutt behov for

helsehjelp som kan være avgjørende for liv og helse, eller det kan skje ved behov for elektiv eller planlagt helsehjelp, for eksempel fordi tilstanden til pasienten ikke er alvorlig nok eller bare endres sakte.

- Kommunikasjonsfasen beskriver prosessen der sykehus og kommunehelsetjenesten utveksler informasjon om pasienten.
- Utskrivningsfasen beskriver prosessen der pasienten utskrives til hjemmet eller kommunale tjenester.

Innleggesfasen

I Norge har andelen *akutte innleggelser* ved somatiske sykehus vært relativt stabil mellom 60 og 65 % i en lang periode, mens det har vært en økning i akutte innleggelser innen psykisk helsevern og TSB. Ved akutte tilfeller bestemmes behandlingsstedet i høy grad av avstander til nærmeste akutt-sykehus, og av om akuttsykehuset har de nødvendige tjenestene. Eksempelvis vil en pasient med et enkelt brudd som regel behandles ved nærmeste lokal-sykehus, mens pasienten blir sendt til et regionsykehus ved for eksempel hjerteinfarkt, slag eller større skader.

De akuttmedisinske tjenestene er viktige i denne fasen av behandlingsforløpet. Disse tjenestene består av:

- Akuttmedisinsk kommunikasjonssentral (AMK-sentral) er en nød-meldesentral som svarer på det medisinske nødnummeret 113, gir råd og veiledning til innringerne og koordinerer ambulansetransporter. AMK-sentralene bestemmer hvilken type hjelp som trengs i de ulike situasjonene (ambulansebil, -båt eller -helikopter, politi, brann-/redningstjeneste og liknende), og hvilken hastegrad (prioritet) henvendelsen skal få. AMK-sentralene er bemannet av helsepersonell, vanligvis sykepleiere og ambulansearbeidere. AMK-sentralene drives av de regionale helseforetakene.
- Legevaktsentralene (LV-sentralene) formidler legevakt, hjemmesykepleie, jordmor og i noen grad ambulanser. Koordineringen av ambulansene skjer i samarbeid med AMK-sentralene. Kommunene har ansvar for LV-sentralene.
- Luftambulansekoordinator (LA-koordinator) er en funksjon ved en av AMK-sentralene i helseforetakene. Per dags dato er det LA-sentral i Oslo, Bergen, Trondheim og Tromsø.

- Flykoordineringssentralen (FKS) er en nasjonal funksjon som ligger i Tromsø, og som koordinerer ambulansefly i hele landet. Det er medisinsk koordinerende punkt (MKP) som får bestillinger. Denne funksjonen er i Ålesund, Lørenskog og Tromsø.

Ved *elektive innleggelser eller konsultasjoner* kreves som hovedregel henvisning fra fastlegen, legevakten, private spesialister eller fra sykehusenes egne poliklinikker. I slike tilfeller vil pasienten ha rett til valg av behandlingssted, noe som innebærer at en pasient etter å ha blitt henvist kan velge hvor utredning og behandling skal skje. Ordningen gir pasienter rett til å velge mellom behandlingssteder som eies av eller har avtale med et regionalt helseforetak. Ordningen gjelder i hele landet og for alle typer tjenester som tilbys av den offentlige helsetjenesten (se nærmere beskrivelse i kapittel 9).

Kommunikasjonsfasen

Etter at sykehusbehandlingen har startet, gjør sykehuset en vurdering av om pasienten har behov for tjenester fra kommunen etter utskrivning. Kommunale tjenester omfatter i denne sammenheng hjemmesykepleie, praktisk bistand, psykiske helsetjenester, sykehjem/helsehus, kreftkoordinator og demenskoordinator. Dersom dette er tjenester det er behov for, etableres en kommunikasjonsprosess mellom sykehuset og kommunehelsetjenesten, der en avklarer tidspunkt for utskrivning og hvilke tjenester pasienten bør få fra kommunen.

Kommunikasjonsprosessen skjer i form av meldingsutveksling mellom sykehuset (ofte en sengeavdeling) og kommunen (sykepleietjenesten eller Inntakskontoret). «Melding om utskrivningsklar pasient» sendes når pasienten er utskrivningsklar, og når pasienten har eller skal ha helsetjenester fra kommunen. Meldingen besvares av kommunen med tilbakemelding på utskrivningsklar pasient og tidspunkt for når kommunen kan ta imot pasienten. Dersom kommunen ikke er klar til å ta imot pasienten når den meldes utskrivningsklar, må kommunen betale en avgift til sykehuset. Avgiften bestemmes av en sats per dag utover tidspunktet for når pasienten er definert som utskrivningsklar. I 2025 var satsen kr. 5981 per dag.

Utskrivningsfasen

Ved utskrivning kobles de prehospitale tjenestene på nytt inn. Ofte vil det da være tale om pasienttransport. Transporten kan i en del tilfeller skje ved ambulanse, men like viktig er drosjer, Helseekspressen og offentlige eller private transportmidler, for eksempel av pårørende.

12.3 Samhandlingsproblemer

I høyspesialiserte helsesystemer med sterk grad av funksjonsdeling – slik som det norske – er det viktig at de ulike delene (tjenestene) henger godt sammen. Dette forutsetter kanaler for informasjonsdeling, forum for dialog og en tydelig ansvarsdeling som sikrer at pasientene gis helhetlige helsetilbud. Det er bred politisk og faglig enighet om at de sentrale helsepolitiske målene om høy kvalitet og kostnadseffektivitet ikke kan oppnås uten velfungerende samhandling, både på mikronivå (samarbeid mellom helsepersonell knyttet til enkeltpasienter) og på høyere nivå (samarbeid mellom profesjonsgrupper og organisasjoner knyttet til strategisk planlegging og utvikling av tjenestetilbud) (Auschra, 2018; Meld. St. 9 (2023–2024); NOU 2023:8; Valentijn mfl., 2013). I praksis har det imidlertid vist seg vanskelig å veve de forskjellige delene i helsevesenet sammen på en god måte.

Samhandlingsreformen av 2012 omfattet en rekke tiltak for å sikre god samhandling mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten. Etter hvert har det også blitt lagt mer vekt på behovet for å bedre samhandlingen innad i sykehus og innad i kommunehelsetjenesten (Meld. St. 11 (2015–2016); Meld. St. 26 (2014–2015)). Likevel viser forskning og en serie med evaluerings- og tilsynsrapporter fra det siste tiåret at samhandlingen på mange områder fortsatt fungerer dårlig (Helsetilsynet, 2016; Helsetilsynet, 2019; Leonardsen, 2021; Norges forskningsråd, 2016; NOU 2023:8; Riksrevisjonen, 2017; 2018; Rødal mfl., 2020; Rohde mfl., 2020).

På mikronivå rapporteres det at helsepersonell i møte med pasienter ofte ikke har tilgang til all nødvendig *informasjon* (f.eks. medikamentbruk, diagnoser, funksjon) (NOU 2023:8). Dette kan hindre dem i å ta veloverveide beslutninger om behandling, eller det kan tvinge dem til å bruke tid på å hente

inn tilleggssopplysninger. Videre rapporteres det at helsepersonell i ulike virksomheter med fordel kunne hatt mer *dialog/tettere samarbeid* om hvordan de i fellesskap kan gi best mulig behandling for enkeltpasienter (NOU 2023:8). I det følgende sitatet forklarer en fastlege hvordan forsinkelser og brudd i informasjonsoverføring på tvers av sykehus og innad i kommunehelsetjenesten skaper kluss i den første tiden etter at pasienter skrives ut fra sykehus.

Det at fastlege ikke får utskrivningsnotat – ikke får melding om hva som har skjedd med pasienten er svært uheldig og kan føre til forsinkelser når det gjelder å iverksette endringer og oppfølgingskontakt. Det hender epikrise kommer etter noen uker og at det der står at pasienten skulle vært til kontroll hos fastlege etter en uke for eksempel. Ofte har ikke hjemmetjenesten iverksatt tiltak rundt dette, og legen har ikke informasjonen. Generelt ønsker legene tettere kontakt med pleie- og omsorgstjenesten. PLO-meldinger fra hjemmesykepleien til lege inneholder ikke alltid informasjon (Hentet fra Helsetilsynet (2016)).

I Norge er det spesielt krevende å få til god samhandling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten, der avstanden i strukturelle, økonomiske og kulturelle forhold er størst. Riksrevisjonen har for eksempel vist at fastleger og sykehusleger ikke samarbeider godt nok om henvisningene i innleggelsesfasen (Riksrevisjonen, 2018), og Helsetilsynet har dokumentert alvorlig svikt i samhandlingen mellom sykehus og kommune i utskrivningsfasene (Helsetilsynet, 2016). Samtidig meldes det også om utfordringer knyttet til informasjonsutveksling, kommunikasjon og uklare ansvarsforhold internt *innenfor* de kommunale helse- og omsorgstjenestene, og på tvers av og innad i sykehus (Helsetilsynet, 2019; Leonardsen, 2021).

På høyere nivå har de lovpålagte samarbeidsavtalene, som ble innført med samhandlingsreformen, bidratt til å tydeliggjøre ansvars- og oppgavefordelingen mellom kommunene og sykehusene (NOU 2023:8). Avtalene har også bidratt til å veve de to nivåene tettere sammen. Samtidig har det fra kommunens side blitt framhevet at avtalene ikke alltid etterleveres i praksis, og at maktbalansen i kommune-sykehus-relasjonen oppleves som ujevn, siden sykehusene har den endelige beslutningsmyndigheten, f.eks. om når pasienter skal defineres som utskrivningsklare (Rødal mfl., 2020). I sykehusmeldingen

for 2020–2023 blir det framhevet at samhandlingen mange steder preges av at sykehus og kommuner opptrer som *parter* i en meglingssituasjon. Da søker de å finne fram til løsninger for å dele ansvar og avklare økonomiske konsekvenser, framfor å opptre som *partnere* som i fellesskap søker å utvikle gode tjenestetilbud og samhandlingsmodeller som sikrer at de samlede ressursene anvendes på en best mulig måte (Meld. St. 7 (2019–2020)). Helsefellesskapene har blitt introdusert og er i ferd med å etableres nettopp for å løse disse utfordringene og bedre samhandlingen på alle nivåene i helsevesenet.

Hvilke pasienter rammes?

Samhandlingsproblemene i helsevesenet rammer først og fremst pasienter som har behov for oppfølging av flere tjenestetilbydere, innad i og på tvers av primær- og spesialisthelsetjenestene, over lengre tid. Blant disse pasientene er det særlig de som *ikke* har kapasitet (evne/ressurser) til å manøvrere i det kompliserte nettverket av tjenester på egen hånd eller med assistanse fra andre (familie/venner), som opplever negative hendelser som følge av mangelfull samhandling.

Særlig fire pasientgrupper er spesielt utsatt for å bli rammet av samhandlingsproblemer (NOU 2023: 8). Disse bør derfor prioriteres særskilt når kommunen og sykehusene i fellesskap skal utvikle det fremtidige tjenestetilbudet: 1) Barn og unge, 2) Personer med flere kroniske tilstander, 3) Personer med alvorlige psykiske lidelser og rusmiddelproblemer og 4) eldre med skrøpeligheit.

Hva er konsekvensene?

Det er godt dokumentert at mange pasienter med sammensatte tjenestebehov opplever frustrasjon og utrygghet fordi de ulike tjenestene ikke henger sammen på en god måte. Konkret kan dette for eksempel handle om at pasienter eller deres pårørende opplever det som krevende å manøvrere i nettverket av ulike tilbydere (informasjonsinnhenting, timebestilling, transport osv.). Det kan også oppleves frustrerende at de gjentatte ganger må fortelle om sin sykehistorie og situasjon til forskjellige tjenestetilbydere som ikke har tilgang til de samme journalopplysningene. En undersøkelse gjennomført i regi av Helsedirektoratet viser at foreldrene til barn med alvorlig sykdom

i snitt brukte om lag 19 timer i uken på å lete etter relevant informasjon og koordinere tjenester til barnet.

Anekdotisk meldes det fra mange hold at samhandlingsproblemene ikke bare påvirker pasienttilfredsheten, men også har en negativ effekt på en rekke andre, mer objektive utfallsmål, slik som for eksempel feilmedisinering, unødvendige sykehusinnleggelser, overbehandling, dødelighet og kostnader. Mangelfull informasjonsutveksling om medikamentbruk har blitt framhevet som et særlig sårbart område, med risiko for feilmedisinering som i verste fall kan få fatale følger for pasienter (Helsetilsynet, 2016). Denne typen uønskede effekter kan for eksempel oppstå som følge av manglende kommunikasjon eller svikt i informasjonsoverføring mellom siloorganiserte helsetjenester (der ingen ser helheten og summen av hvert enkelt behandlingstilbud i verste fall kan skade pasienten). Effektene kan også henge sammen med spredt lokalisering av tjenestetilbud, som tvinger svært sårbare pasienter til å reise mye rundt omkring.

Det er utfordrende å måle og talfeste hvilken effekt samhandlingsproblemene har på denne typen utfallsmål, men en serie med tilsyns- og evalueringsrapporter konkluderer med at samhandlingsproblemene gir økt risiko for svikt i pasientbehandling og dårlig ressursutnyttelse (Helsetilsynet, 2016, 2019; NOU 2023: 8; Riksrevisjonen, 2017, 2018). I forskningslitteraturen finnes det også flere studier som viser at fragmentert helsetjenestebruk er assosiert med pasientens helseutfall og kostnader (Joo, 2023; Prior mfl., 2023). I denne litteraturen måles ikke kvaliteten på samhandlingen direkte, men studiene viser at det ofte går dårligere med pasienter som har oppstykkete pasientforløp, som involverer kontakt med mange forskjellige behandlere, sammenliknet med de som forholder seg til færre behandlere.

Hvorfor er det vanskelig å få til god samhandling?

Problemet med manglende samhandling er, som nevnt, ikke unikt for Norge. I nær sagt alle vestlige land med moderne og høyspesialisert helsevesen rapporteres det om liknende problemer knyttet til informasjonsutveksling, kommunikasjon og uklare ansvarsforhold. Dette gjelder også i helsesystemer med høyere grad av formell integrasjon. På samme måte som i Norge er det i en rekke andre land gjennomført omfattende reformer for å bedre samhandlingen, uten at det har resultert i en umiddelbar løsning på problemene.

Det finnes mange ulike forklaringer på hvorfor det er krevende å veve de forskjellige helsetjenestene sammen på en god måte. I den såkalte regnbu-modellen for samhandling skiller Valentijn mfl. (2013) mellom *funksjonell integrasjon* (definert som tekniske hjelpemidler for å oppnå integrasjon på de forskjellige nivåene i helsesystemet – det handler for eksempel om å sikre at systemer for informasjonsdeling og finansiering understøtter samhandling) og *normativ integrasjon* (definert som ikke-tekniske hjelpemidler for integrasjon – det handler for eksempel om å sikre at ansatte i ulike virksomheter har felles visjon, mål og kulturell forståelse). Det første omtales som «the hard stuff», og det andre som «the soft stuff». I modellen framheves det at begge deler er avgjørende for at man skal lykkes med å skape integrerte helsetjenester (Agency for Clinical Innovation, 2016; Valentijn mfl., 2013).

Når det gjelder *funksjonell* integrasjon, har det blitt framhevet at både *systemet for informasjonsutveksling og finansiering av helsetjenestene i Norge* fungerer som barrierer mot velfungerende samhandling. Sykehusutvalget understreker for eksempel at det haster med å få på plass IKT-løsninger som muliggjør informasjonsdeling (særlig for medikamenter) og dialog mellom alle de ulike aktørene i helse- og omsorgstjenestene. Helt siden visjonen om en En innbygger – én journal ble lansert for over ti år siden (Meld. St. 9 (2012–2013)), har det blitt jobbet med å utvikle velfungerende IKT-løsninger for samhandling. Flere løsninger er under utprøving nå, eks. Helseplattformen og Pasientens Legemiddelliste (PLL), men det er fortsatt ikke etablert et ferdig utviklet nasjonalt system som understøtter samhandling mellom helsepersonell på tvers av alle de forskjellige helse- og omsorgstjenestene (NOU 2023:8).

Finansieringssystemet, med separate budsjetter for kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, har blitt pekt på som en av hovedårsakene til at samhandlingen mange steder preges av at helseforetak og kommuner opptrer som parter framfor partnere (NOU 2023:8). Som påpekt i NOU 2023:8 kan dette bidra til at tiltak som gir gevinster for sykehus og kostnader for kommuner, eller omvendt, ikke blir gjennomført, selv om de ut fra en helhetlig vurdering av nytte og kostnader burde ha blitt iverksatt. Det kan for eksempel være en risiko for at sykehusene ikke prioriterer tiltak som potensielt kunne bidratt til å redusere behovet og kostnadene for pleie- og omsorgstjenester i kommunen. Motsatt er det en risiko for at kommunen ikke prioriterer tiltak som potensielt kunne bidratt til å hindre sykehusinnleggelser. Mer konkret meldes det om at betalingsmodellene for de ulike tjenestene hindrer eller

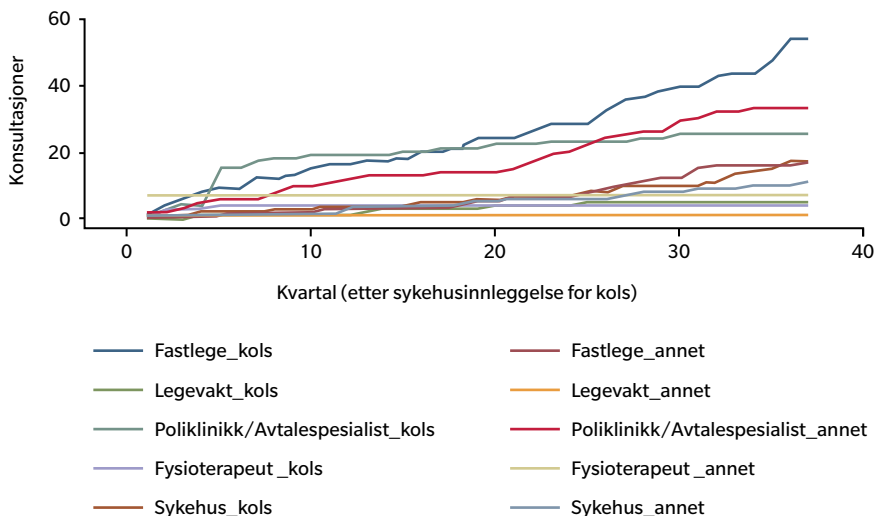
vanskeliggjør implementeringen av nye samhandlingsløsninger med dokumentert positiv effekt (eks. tverrsektorielle team og gjensidig konsultasjon). Med bakgrunn i dette foreslo Sykehusutvalget nylig å innføre det de kaller «samhandlingsbudsjetter», noe som er under utprøving i Helse Nord RHF fra 2025.

Komplekse tjenestereiser over lengre tid

Selv om det er allment kjent at mange av pasientene med sammensatte tjenestebehov benytter tjenester fra mange ulike tilbydere over lang tid, og at samhandlingsproblemer har negativ effekt på pasienttilfredshet og -utfall og kostnader, finnes det få studier som viser hvordan tjenestebruken til pasienter med sammensatte tjenestebehov utvikles over lengre tid i det virkelige liv. Dette undersøkes for tiden i Norge som en del av det pågående forskningsprosjektet INOREG (Moger mfl., 2023).

De foreløpige resultatene fra denne studien, som setter søkelys på pasienter med KOLS eller MSD som en av ofte flere diagnoser, viser stor variasjon i tjenestebruken blant pasienter med like diagnoser. Resultatene viser også at for pasientene med omfattende tjenestebruk er hver tjenesteprofil som oftest helt unik. Figur 12.2 illustrerer hvordan tjenesteprofilen til en reell pasient med flere samtidige lidelser utvikles etter en akutt sykehusinnleggelse for KOLS og fram til pasientens død 9 år senere.

I løpet av denne perioden har pasienten, i relasjon til sin KOLS-sykdom, hatt 53 konsultasjoner hos fastlege, 25 polikliniske kontakter, 18 sykehusinnleggelser, 5 konsultasjoner på legevakt og 4 konsultasjoner hos fysioterapeut. I tillegg har pasienten for andre helseplager hatt 17 kontakter hos fastlege, 22 besøk ved poliklinikk, 11 kontakter hos avtalespesialist, 11 sykehusinnleggelser, 7 konsultasjoner hos fysioterapeut og ett besøk ved legevakt. Figuren viser hvordan disse kontaktene fordeles utover tidsperioden. I tillegg har pasienten mottatt kommunale pleie- og omsorgstjenester i store deler av denne perioden.

Figur 12.2*Antall konsultasjoner av ulike typer etter innleggelse for KOLS*

Dette eksempelet illustrerer hvordan enkelte pasienter må forholde seg til svært mange forskjellige behandlere innad i og på tvers av primær- og spesialisthelsetjenestene. Over lengre tid må de manøvrere i et komplekst nettverk av tilbydere for forskjellige – og ofte relaterte – helseplager. Det er uklart om akkurat denne pasienten på noen måte ble «rammet» av samhandlingsproblemer. Likevel viser eksempelet hvor omfattende og kompleks tjenestebruk enkelte pasienter kan ha over tid, og det er godt dokumentert at dårlig samhandling har uheldige konsekvenser for en del av disse pasientene. Reformene og tiltakene for samhandling, som beskrives nærmere i det neste kapittelet, tar sikte på å bedre situasjonen for denne typen pasienter.

12.4 Oppsummering

Samhandlingsutfordringene oppstår som konsekvens av spesialisering og organisatorisk fragmentering mellom forvaltningsnivåer. Spesialisering er nødvendig for effektivitet, kvalitet og innovasjon, men skaper samtidig utfordringer for koordineringen. Organisatorisk fragmentering kan forsterke disse utfordringene.

Vi skiller mellom økonomisk integrasjon (koordinert finansiering) og organisatorisk integrasjon (samlet ansvar for tjenester). Norge har lav grad av begge typer integrasjon sammenliknet med systemer som Kaiser Permanente (USA) eller NHS i Storbritannia. Norske reformer som kommunal medfinansiering og helsefellesskap representerer forsøk på å øke integrasjonen, samtidig som grunnstrukturen beholdes.

Pasientflyten mellom primær- og spesialisthelsetjeneste kan beskrives i tre faser: innleggelsesfasen (60–65 % akutte innleggelser), kommunikasjonsfasen (meldingsutveksling om utskrivningsklare pasienter) og utskrivningsfasen (koordinering av transport og oppfølging). Systemet inkluderer også komplekse aktører som AMK-sentraler, legevaktsentraler og transporttjenester.

Til tross for Samhandlingsreformen i 2012 fungerer samhandlingen fortsatt dårlig på mange områder. På mikronivå mangler helsepersonell ofte nødvendig informasjon om pasienter, og kommunikasjon på tvers av organisasjoner svikter. På makronivå opplever kommuner og sykehus seg som «parter i en meglingssituasjon» snarere enn partnere. Særlig utsatte pasientgrupper er barn og unge, personer med kroniske tilstander, personer med psykiske lidelser/rusproblemer og skrøpelige eldre.

Samhandlingsproblemer fører til pasientfrustrasjon, risiko for feilmedisinering, unødvendige innleggelser og økte kostnader. Problemene skyldes både funksjonell integrasjon («hard stuff» – IT-systemer og finansiering) og normativ integrasjon («soft stuff» – kultur og felles forståelse). Separate budsjetter for kommune- og spesialisthelsetjeneste skaper økonomiske insentiver som motvirker samarbeid.

SPØRSMÅL OG OPPGAVER TIL KAPITTEL 12

1. Analyser forholdet mellom spesialisering og samhandlingsproblemer i helsevesenet. Hvorfor er spesialisering nødvendig, og hvilke utfordringer skaper spesialiseringen i et pasientforløp?
2. Sammenlign Norge med Kaiser Permanente og NHS ved hjelp av figur 12.1. Hvilke fordeler og ulemper har de ulike gradene av økonomisk og organisatorisk integrasjon?
3. Beskriv de tre fasene i pasientflyten mellom primær- og spesialisthelsetjeneste. Hvor i prosessen oppstår de største samhandlingsutfordringene, og hvorfor?
4. Diskuter hvorfor separate budsjetter for kommune- og spesialisthelsetjeneste skaper samhandlingsproblemer. Gi konkrete eksempler på hvordan dette påvirker beslutninger om pasientbehandling.
5. Analyser de fire særlig utsatte pasientgruppene for samhandlingsproblemer. Hvilke felles kjennetegn har disse gruppene, og hvorfor er de ekstra sårbare?
6. Analyser KOLS-pasientens tjenestereise i figur 12.2. Hvilke samhandlingsutfordringer kan identifiseres, og hvordan kunne disse vært adressert?
7. Kritisk vurdering: Er det mulig å løse samhandlingsproblemene uten større strukturelle endringer i det norske helsevesenet? Vurder fordeler og ulemper ved ulike integrasjonsmodeller.

Tjerbo, T., Holte, J. H. & Hagen, T. P. (2026). Reformers i samhandlingen. I T. P. Hagen, G. Godager, J. Kinge & E. Aas (Red.), *Organisering og finansiering av helse- og omsorgstjenester: En innføring* (s. 287–305). Fagbokforlaget. <https://doi.org/10.55669/oa180913>

13

Reformer i samhandlingen

Trond Tjerbo, Jon Helgheim Holte og Terje P. Hagen

Gjennom samhandlingsreformen av 2012 ble det iverksatt flere tiltak for å bedre samhandlingen mellom kommunene og sykehusene, herunder kommunal medfinansiering av innleggelser ved sykehusene, kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter og etablering av øyeblikkelig hjelp døgnenheter (ØHD eller KAD). Vi beskriver endringene og viser hvilke effekter de viktigste tiltakene hadde (13.1).

Effektene av de ulike virkemidlene var varierende. Et fellestrekk ved tiltakene var imidlertid at de ledet til større belastning på kommunene. I forlengelse av reformen ble det derfor tatt flere initiativer som beskrives videre i kapittelet: nasjonalt læringsnettverk for gode pasientforløp (13.2), Helsefelleskapene (13.3) og en rekke lokale initiativer, der særlig det som kalles Pasientsentrerte helsetjenesteteam i Tromsø har interesse (13.4).

Det er økende diskusjon om samhandlingsproblemene også i andre nordiske land. Vi gir oversikt over denne diskusjonen avslutningsvis i kapitlet (13.5).

13.1 Samhandlingsreformen av 2012

Med iverksettelsen av Samhandlingsreformen fra 2012 fikk kommunene en mer framtrædende rolle i helsetjenestene. Særlig fire virkemidler ble benyttet for å stimulere kommunene til økt innsats i forebygging, tidlig intervensjon og på andre måter å etablere alternativer til bruk av spesialisthelsetjenester:

1. En egen lov om folkehelsearbeid definerte et klarere ansvar på kommunene for forebygging,
2. etablering av kommunale øyeblikkelig hjelp døgnenheter (ØHD/ KAD) skulle bidra til å hindre innleggelse av eldre pasienter,
3. kommunal medfinansiering av innleggelser og konsultasjoner ved sykehusene skulle motivere kommunene til å utvikle andre alternativer til bruk av sykehus og
4. betaling for utskrivningsklare pasienter skulle stimulere kommunene til å ta hjem disse pasientene raskere.

I tillegg til disse virkemidlene som var rettet direkte mot kommunene, ble det utviklet et avtaleverk mellom kommunene og helseforetakene med mål om å forbedre samhandlingsrutinene. Hva ble effekten av de ulike tiltakene?

Kommunal medfinansiering

Kommunal medfinansiering (KMF) var et av de viktigste virkemidlene i Samhandlingsreformen. KMF innebar at kommunene ble belastet for en andel av behandlingskostnadene i spesialisthelsetjenesten, og hadde som formål å gi kommunene insentiv til å utvikle alternative tilbud til sykehusbehandling og til å satse mer på forebygging. Ordningen ble implementert fra 1. januar 2012 og regulert i Forskrift om kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten og kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter (FOR 2011-11-18 nr 1115), kapittel 2:

Kommunen skal medfinansiere behandlingen av kommunens pasienter i spesialisthelsetjenesten etter systemet for diagnoserelaterte grupper (DRG-systemet). Medfinansieringsplikten gjelder ikke for innleggelser og polikliniske konsultasjoner gruppert til diagnoserelaterte grupper med følgende hovedinnhold a) kirurgiske inngrep, b) fødsler, c) behandling av nyfødte barn, d) behandling med nærmere bestemte kostbare legemidler.

Medfinansieringen omfattet med andre ord medisinske diagnoser. Medfinansieringsandelen ble satt til 20 prosent av prisen for ett DRG-poeng, men skulle ikke overstige mer enn 20 prosent av inntil fire DRG-poeng for ett enkeltopphold. Gjennom KMF-ordningen fikk kommunene overført ca. fem milliarder kroner per år fra sykehusenes budsjetter.

Tanken bak kommunal medfinansiering er at når en innleggelse har en kostnad, vil kommunen vurdere å bruke egne tjenester framfor å legge inn pasienten ved et sykehus. Danmark innførte en ordning tilsvarende kommunal medfinansiering fra 2007. Den danske ordningen er mangelfullt evaluert, men analysene som finnes, for eksempel Vrangbaek og Sorensen (2013), klarte ikke å dokumentere effekter av ordningen.

I Norge ble tiltaket evaluert av Askildsen mfl. (2016). Konklusjonene var at analysene ikke ga indikasjon på at kommunal medfinansiering reduserte

forbruket av medisinske spesialisthelsetjenester. Tvert imot fant en i noen av analysene indikasjoner på at tiltaket påvirket medisinsk behandling positivt, altså økte forbruket. I de fleste tilfeller var imidlertid disse effektene så små at de ikke kunne regnes som økonomisk signifikante. En mulig årsak til svake effekter kan være at tiltaket ikke treffer dem som tar de relevante beslutningene om behandling. Gitt den faktiske beslutningsstrukturen i helsetjenesten er det god grunn til å tro at det er tilfellet, siden det er kommunen som betaler prisen for en innleggelse, mens innleggelsen besluttes av fastlegen eller legevakten. Ordningen med KMF ble opphevet fra 1.1. 2015.

Betaling for utskrivningsklare pasienter

Kommunal finansiering av utskrivningsklare pasienter i spesialisthelsetjenesten ble innført som et ledd i samhandlingsreformen fra 1. januar 2012. Ordningen er regulert i forskrift om kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten og kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter (FOR 2011-11-18 nr 1115), kapittel 3 (§ 7-15):

Når en pasient legges inn på sykehus, skal helsepersonellet på sykehuset gjøre en vurdering av om pasienten kan ha behov for hjelp fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten etter utskrivning fra sykehuset. Viser vurderingen at pasienten kan ha behov for slik hjelp, skal sykehuset varsle kommunen om dette innen 24 timer etter innleggelsen. Betalingsplikten inntreffer fra og med det døgnet pasienten blir erklært utskrivningsklar og kommunen har gitt beskjed om at den ikke kan ta imot pasienten. Betalingsplikten inntreffer også dersom kommunen ikke har svart på varselet om utskrivningsklar pasient.

Som ledd i reformen overførte staten rundt 560 millioner kroner fra sykehusene til kommunene, slik at kommunene kunne etablere tilbud til disse pasientene. Kommunene betalte i 2012 4 000 kroner per døgn for pasienter som ble definert som utskrivningsklare, men ikke utskrevet. Betalingssatsen er senere justert med prisstigningen og var i 2024 kr 5745 per døgn.

Det ble tidlig vist at den nye betalingsordningen for utskrivningsklare pasienter var assosiert med reduserte liggetider for pasientene som ble meldt

utskrivningsklare (Hagen mfl., 2013). Avhengig av analysemetodene ble tiden fra pasienten ble meldt utskrivningsklar til pasienten ble skrevet ut, redusert med 3,4–3,9 dager. Reduksjonen var særlig stor for eldre pasienter, for eksempel pasienter med hoftebrudd.

Betrakter en betalingsordningen for utskrivningsklare pasienter isolert, vil hypotesen under bestemte forutsetninger være at reinnleggelsene øker fordi pasientene skrives ut tidligere, og liggetiden dermed går ned. I forbindelse med implementeringen av Samhandlingsreformen kan en imidlertid argumentere for at kommunene forventer høyere pleiebelastning som følge av kortere liggetider ved sykehusene. Kommunene kan da tilpasse seg ved å øke innsatsen i omsorgstjenestene, slik de også har fått ressurser til. Beck Olsen & Hagen (2015) finner i den sammenheng at det skjer en generell økning i årsverksinnsatsen i kommunenes pleie- og omsorgstjenester etter innføringen av Samhandlingsreformen. Dette har blant annet ledet til økning i legeressursene i sykehjem, økning i antall korttidsopphold i sykehjem og økning i antall pasienter som får hjemmesykepleie. Som følge av dette er det ikke a priori klart at en eventuell reduksjon i liggetidene etter 2012 leder til flere akutte reinnleggelser.

Melberg og Hagen (2016) gir en nærmere analyse av både akutte reinnleggelser og dødelighet som følge av reformen. Konklusjonene var at det ikke skjedde endringer i reinnleggingsratene som følge av Samhandlingsreformen, men at det ble observert en generell trend i retning høyere reinnleggingsrater i analyseperioden (2009–2015). Denne trenden har fortsatt senere. Det ble heller ikke funnet effekter av Samhandlingsreformen på dødeligheten, verken generelt eller for utvalgte diagnoser (forfatterne undersøkte spesielt slag, hoftebrudd, hjertesvikt og KOLS/astma).

Øyeblikkelig hjelp døgneheter (ØHD/KAD)

Ifølge lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) av 2011 skal kommunene tilby døgnopphold for helse- og omsorgstjenester til pasienter og brukere med behov for øyeblikkelig hjelp. Plikten gjelder kun for de pasienter og brukere som kommunen har mulighet til å utrede, behandle eller yte omsorg til. Planen var at alle kommuner skulle ha et slikt tilbud, kalt kommunale øyeblikkelig hjelp døgneheter eller kommunale akutte døgneheter, fra 1. januar 2016. I etableringsperioden fikk

kommunene overført midler etter hvert som tilbudene ble etablert. Halvparten av midlene ble gitt som øremerkede tilskudd fra staten ved Helsedirektoratet. Den andre halvparten ble overført fra de regionale helseforetakene til kommunene. I fortsettelsen benytter vi forkortelsen ØHD om disse enhetene.

Målet med ØHD-ene var at tilbudet skulle bidra til å avlaste sykehusene for øyeblikkelig hjelp-innleggelser (Helsedirektoratet, 2014). Loven legger ikke føringer for hvilke pasientgrupper det kommunale tilbudet skal opprettes for, men visse retningslinjer er gitt gjennom Helsedirektoratets veileder. Eksempelvis kan dette være pasienter med forverring av kroniske sykdommer som hjertesvikt, astma/KOLS og diabetes, eller pasienter med behov for medikamentjusteringer.

ØHD-modellen har paralleller internasjonalt og i Norge. England har lenge hatt såkalte «community hospitals» (Heaney mfl., 2006). Flere land har eksperimentert med intermediære enheter. Intermediære enheter har imidlertid primært vært orientert mot rehabilitering etter sykehusopphold, og ikke mot å hindre innleggelser (Garasen mfl., 2008; Melis mfl., 2004). I Norge har vi lenge hatt sykestuer i små kommuner med lange avstander til sykehus i Finnmark, og tidligere også i Nordland (Aaraas, 1995). Sykestuemodellen ligger nært ØHD-modellen når det gjelder målsettinger, men er ikke etablert i større, sentrale kommuner. Hallingdal sjukestugu (HSS) er også langt på vei basert på den samme tenkningen som ØHD-ene, ved at et av målene er å redusere bruken av kostbare sykehustjenester (Lappegard & Hjortdahl, 2012, 2014). HSS er imidlertid drevet i regi av Vestre Viken HF og ikke av kommunene. HSS har også innslag av spesialisthelsetjenester, i og med at Vestre Viken driver poliklinikk i lokalene.

Reduserer så innføring av ØHD-ene innleggelsene ved somatiske sykehus? Spørsmålet er analysert av Swanson mfl. (2014), Swanson mfl. (2015) og Hagen & Tjerbo (2023b). Konklusjonene er at innføring av ØHD-ene reduserte antall akuttinnleggelser for pasienter over 80 år ved indremedisinske avdelinger med 2–3 %. Effekten var størst i kommuner der ØHD-ene hadde god legeberedskap (lege på vakt 24/7) eller var samlokalisert med legevakt (3 %). Det var videre primært de folkerike kommunene som hadde lege på vakt 24 timer sju dager i uken og/eller ØHD-er som var samlokalisert med legevakt. Det var også i kommuner med innbyggertall over 5000 en fant effekter av ØHD-ene på antallet innleggelser.

At et godt tilbud av legeressurser ved ØHD-ene er viktig for bruken av ØHD-ene, er observert i andre studier, for eksempel Skinner (2015a). God legedekning ved ØHD-ene gjør at innleggende leger får tiltro til kvaliteten i ØHD-ene, og at ØHD-ene dermed i høyere grad enn ellers benyttes som erstatning for sykehus. At en finner effekter av ØHD-ene i kommuner med folketall over 5000 innbyggere, kan reflektere at småkommunene, som gjerne ligger lengre fra sykehusene, i utgangspunktet har hatt lavere reinnleggelsesrater enn kommuner som ligger nærmere sykehus. Det kan også ha sin årsak i at de små kommunene tidligere har hatt ordninger som likner på ØHD-ene, for eksempel forsterkede sykehjemsplasser (Grimsmo & Løhre, 2014).

Oppsummering

Effektene av de ulike virkemidlene har altså vært varierende. KMF hadde ingen dokumenterte effekter og ble raskt avviklet. ØHD-ene hadde effekter som forventet, men er likevel omstridde i kommunene i dag, primært som følge av at plassene er dyre i drift. Betalingsordningen for utskrivningsklare pasienter reduserte liggetidene uten at det skjedde økninger i dødeligheten og reinnleggelsesratene. Ordningen har imidlertid ført til stor belastning på kommunenes pleie- og omsorgstjenester, særlig etter at ordningen også ble innført for psykisk helsevern og TSB fra 2018. Den økte belastningen på kommunene har avfødt flere initiativer som beskrives kort i det følgende.

13.2 Nasjonalt læringsnettverk for gode pasientforløp

For å støtte kommuner og helseforetak i arbeidet med å bedre overgangene i pasientforløpet, samt å sikre brukernes behov for helhetlige, trygge og koordinerte tjenester, ble satsingen Nasjonalt læringsnettverk for gode pasientforløp gjennomført i perioden 2014–2023 (KS & FHI, 2022; Melby mfl., 2024). Prosjektet ble utviklet og iverksatt i samarbeid mellom KS og FHI, med finansiering fra HOD, for å realisere flere mål (Tabell 13.1).

Tabell 13.1

Målene i læringsnettverk for gode pasientforløp

Effektmål	Brukeren/pasienten opplever å være likeverdig partner i utarbeidelsen av sitt pasientforløp. Pasientens helsetjeneste i kommuner og sykehus er systematisert i helhetlige, koordinerte og trygge pasientforløp. Kommuner og sykehus arbeider kontinuerlig med å bedre overgangene i pasientforløpet. Helsefremmende mestring er sentralt i arbeidet med gode pasientforløp i kommunene og sykehus. Kommuner og sykehus samarbeider som partnere om det gode pasientforløpet.
Resultatmål	Alle pasienter/brukere har systematisk oppfølging i sitt pasientforløp (basert på Helhetlige pasientforløp i hjemmet (HPH)-modellen). Tidlig intervensjon, forebygging og helsefremmende mestring er satt i system. Samvalg og personsentrert tilnærming er en naturlig del av pasientforløpet. Alle pasienter/brukere blir kartlagt og fulgt opp ut fra «hva er viktig for deg?»-skjemaet. Fastlegens rolle er integrert i pasientforløpet. Ledere etterspør resultater fra gode pasientforløp.

Kilde: Melby mfl., 2024.

Det har blitt etablert flere læringsnettverk over hele landet. Hvert læringsnettverk har blitt satt sammen av kommuner og helseforetak fra samme region, og organisert som et prosjekt med varighet på 18 måneder. Sluttevalueringen av prosjektet konkluderer med at det er liten tvil om at satsingen har satt forbedring av – og samarbeid om – overganger i pasientforløp på kartet (Melby mfl., 2024). Evalueringen avdekker flere eksempler på at satsingen, enten indirekte eller direkte, har forbedret tjenestetilbudet. Det gir en indikasjon på at det er flere tilfeller der arbeidet har medført bedre og mer sømløse overganger. Forskerne kan imidlertid ikke fastslå at satsingen faktisk har medført bedre tjenesteoverganger hos de som har deltatt i læringsnettverk. De peker på at den eksisterende samhandlingskulturen ser ut til å ha vært en sentral faktor for hvorvidt man har fått til et velfungerende samarbeid på tvers av tjenestenivåer. Det vil si at de ser ut til å ha lyktes best i områder der det allerede var etablert en god samhandlingskultur før satsingen ble innført. Rapporten er tydelig på at det gjenstår mye arbeid før utfordringene knyttet til samhandling

og det å klare å tilrettelegge for helhetlige, koordinerte og trygge pasientforløp er ferdig løst (Melby mfl., 2024).

13.3 Helsefellesskapene

Helsefellesskapene er et forsøk på å løse samhandlingsutfordringer uten å endre de grunnleggende organisatoriske og finansielle rammene for helse-tjenesten. Det er noen likhetstrekk mellom helsefellesskapene og Integrated Care Systems (ICS) i NHS. Både ICS og Helsefellesskapene legger vekt på lokal tilpasning, pasientsentrert fokus og forebygging. I motsetning til NHS er det norske helsevesenet ikke et integrert system, og dette legger begrensninger på potensialet i Helsefellesskapene. Uten en felles økonomi og felles organisering er det vanskelig å gjøre store forbedringer og endringer i pasientflyten mellom primær- og spesialisthelsetjenesten.

Prinsippene de norske Helsefellesskapene bygger på er (jf. KS og Helse- og omsorgsdepartementet, 2024):

- En tydeligere samarbeidsstruktur med en tredelt struktur (partnerskapsmøte, strategisk samarbeidsutvalg og faglig samarbeidsutvalg).
- Økt samordning mellom kommuner. Dette vil gjøre det mulig for kommunene å stå mer samlet i møter med helseforetaket.
- Bedre beslutningsprosesser. De formelle rammene endres ikke. Det norske systemet er ikke et integrert system. Likevel er KS og staten enige om at det bør tilstrebes konsensusbeslutninger.

Følgende grupper skal prioriteres: Barn og unge, personer med psykiske lidelser og rusproblemer, skrøpelige eldre og kronikere.

De norske Helsefellesskapene kan føre til økt fokus på samhandling og videreutvikling av tjenester. På grunn av mangelen på integrasjon er det likevel klare begrensninger ved modellen. Så lenge tjenestene tilbys av ulike forvaltningsnivåer, er det lite sannsynlig at Helsefellesskapene vil kunne føre til endringer utover å løse rene koordineringsspørsmål der begge parter ser seg tjent med løsningen.

13.4 Lokale samhandlingsmodeller

Samhandlingsreformen, Helsefelleskap og Nasjonale læringsnettverk for gode pasientforløp har blitt introdusert fra sentralt hold («ovenfra»), med intensjon om å løse de grunnleggende samhandlingsutfordringene i helsevesenet. Målet har vært å legge til rette for at det skal være mulig å etablere velfungerende samhandlingsmodeller lokalt, uten hindring fra IKT, økonomiske, juridiske eller organisatoriske barrierer. Parallelt med at disse nasjonale reformene og tiltakene har blitt introdusert, har det blitt iverksatt mange lokale prosjekter som på ulike måter tar sikte på å bedre samhandlingen mellom sykehus og kommuner. En nasjonal kartleggingsundersøkelse fra 2020 viser at det finnes om lag 140 prosjekter i Norge som kommunen og sykehusene selv mener at kan fungere som eksempler på gode samhandlingsmodeller (Rohde mfl., 2020). Det reelle antallet er antageligvis enda høyere siden flere kommuner og sykehus ikke svarte på undersøkelsen. Flere av disse prosjektene springer ut fra deltakelsen i Nasjonale læringsnettverk og har blitt iverksatt som en respons på samhandlingsreformen.

De fleste prosjektene kan best karakteriseres som utviklingsprosjekter. Her justerer man kursen underveis gjennom prøving og feiling, og søker å forbedre samhandlingen mellom sykehus og kommuner – framfor å innføre en fiks ferdig samhandlingsmodell for å oppnå klart definerte mål (Rohde mfl., 2020). For øvrig er det stor variasjon i hvordan disse prosjektene har blitt innrettet. For eksempel har noen prosjekter blitt rettet mot bestemte målgrupper (multimorbiditet, eldre, yngre, psykisk helse og rus, demens, gravide osv.), mens andre prosjekter tar sikte på å bedre samhandlingen mellom sykehus og kommuner på et mer overordnet nivå – uten å definere en bestemt målgruppe for prosjektet. Noen prosjekter er brede, i den forstand at mange forskjellige aktører både i spesialist- og kommunehelsetjenesten (og i enkelte tilfeller også andre tjenester, eks barnevern) har blitt involvert. Andre prosjekter er avgrenset til å omfatte noen få aktører – og det er nok det vanligste. Finansieringen har i noen tilfeller blitt dekket med prosjektmidler, for eksempel samhandlingsmidler fra de regionale helseforetakene. I andre tilfeller har samhandlingsmodellene blitt finansiert innenfor ordinære budsjetter, enten ensidig fra sykehus eller kommune eller i fellesskap. I mange tilfeller har prosjektene blitt utviklet og gjennomført i fellesskap mellom sykehus og kommuner, men det finnes også eksempler på at prosjektene har

blitt drevet fram mer ensidig enten fra kommune- eller sykehussiden, særlig i den innledende fasen.

Flere av disse samhandlingsprosjektene har gitt lovende resultater, og etter hvert har flere prosjekter blitt overført helt eller delvis til en normal driftsfase (Rohde mfl., 2020). Samtidig meldes det om at de ytre rammevilkårene bidrar til å sette kjepper i hjulene for utviklingen og implementeringen av denne typen lokale samhandlingsmodeller. Sykehusutvalget påpeker for eksempel at det nåværende finansieringssystemet kan virke som en barriere mot at samhandlingsmodeller med dokumentert positiv effekt blir implementert/videreført (NOU 2023:8). I tillegg legger de vekt på at det ikke er mulig å skape gode pasientforløp uten et IKT-system som muliggjør samhandling mellom personell på tvers av virksomheter.

Pasientsentrerte helsetjenesteteam (Tromsø)

I det følgende trekker vi fram Pasientsentrerte helsetjenesteteam (PSHT) som eksempel på et lokalt samhandlingsprosjekt. Prosjektet ble initiert av ansatte ved Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN). Her har de forsøkt å bedre samhandlingen mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten ved å etablere tverrfaglige team. Teamene skal sørge for at pasienter med sammensatte og kroniske sykdommer som trenger ekstra oppfølging, spesielt etter utskrivelse fra sykehus, gis et helhetlig helsetilbud med utgangspunkt i hva som er viktig for pasienten (UNN, 2024). Tanken er at teamene skal fungere som et bindeledd mellom sykehus og kommunehelsetjenesten. De kan bidra til å tette sprekke i grenseflatene mellom de to nivåene, der man har sett at pasienter ofte faller gjennom, blant annet på grunn av uklare ansvarsforhold (se problembeskrivelse i foregående kapittel) (Hofstad, 2022). Det overordnede målet er at PSHT skal bidra til å skape en sømløs helsetjeneste på tvers av nivåer med pasienten i sentrum.

Det første teamet ble opprettet i Tromsø i 2013. Det består av ansatte både fra sykehuset (UNN) og kommunen, og inkluderer leger, sykepleiere, spesialsykepleiere, fysioterapeut, ergoterapeut, farmasøyt og helsesekretær. Senere har prosjektet blitt utvidet ytterligere, med etablering av team i Harstad, Narvik, Midt-Troms og Nord-Troms. Tilbudet skal i dag være tilgjengelig for alle pasienter i UNN sitt opptaksområde (UNN, 2024). Det er kun i Tromsø at teamet er satt sammen med ansatte fra både UNN og kommunen. De øvrige

teamene inkluderer kun ansatte fra sykehuset. De ansatte i disse teamene samarbeider tett med ansatte i kommunene, men formelt er altså ikke tilknytningen (integrasjonsintensiteten) like sterk som i Tromsø.

Til å begynne med var det kun sykehuset og fastleger som kunne henvise pasienter til PSHT. Etter hvert har sykepleiere og helsefagarbeidere også fått lov til å henvise pasienter, og det har blitt åpnet opp for at pårørende og pasienter selv kan ta direkte kontakt med PSHT. PSHT vil da foreta endelig beslutning om hvem som innvilges plass i ordningen (Hofstad, 2022; UNN, 2024).

Teamene følger opp pasienter innenfor en tidsavgrenset periode, som regel under en måned. Det er likevel rom for individuell tilpasning, og rekorden tilhører en pasient som ble fulgt opp et helt år (Hofstad, 2022). Flesteparten av pasientene er eldre, men slik ordningen fungerer i dag, er det ingen alderskrav. Det finnes også eksempler på at pasienter helt ned til 30-årene har blitt fulgt opp av pasientsentrerte helseteam (Hofstad, 2022).

Teamene er lokalisert ved sykehus og reiser ut til kommunene (ambulerende) for å tilby oppfølging og veiledning ved behov. For pasienter som skrives ut fra sykehus, organiserer PSHT nødvendig opplæring for pasient, pårørende og personale som vil ha ansvar for den langsiktige oppfølgingen i kommunen. Teamene bistår også med behandling hjemme (eller eventuelt i kommunal institusjon) den første tiden etter utskrivning (UNN, 2024). Teamet tilbyr i tillegg proaktiv oppfølging av pasienter i kommunen, med mål om å unngå framtidige sykehusinnleggelser. I den forbindelse kan teamet foreta tverrfaglige vurderinger og utredninger, og sette i gang behandling/ tiltak i samarbeid med fastlege (UNN, 2024).

Ifølge en studie som ble publisert i 2019 har PSHT oppnådd oppsiktsvekende gode resultater (Berntsen mfl., 2019). Pasientene som ble fulgt av PSHT hadde mindre bruk av øyeblikkelig hjelp døgntilbud (KAD/ØHD), målt både i antall innleggelser (10 prosent reduksjon) og antall liggedager (32 prosent reduksjon). De hadde også betydelig lavere dødelighet etter 3 måneder (61 % reduksjon) og 6 måneder (43 % reduksjon) sammenliknet med pasienter fra en kontrollgruppe. Samtidig hadde PSHT-pasientene over dobbelt så mange planlagte polikliniske konsultasjoner sammenliknet med kontrollpasientene.

Forskerne framhever selv at det er en del usikkerhet knyttet til resultatene, særlig fordi det har vært vanskelig å konstruere en kontrollgruppe som fullt ut er sammenliknbar med gruppen som har blitt fulgt opp av PSHT. Dette er ikke en randomisert kontrollert studie. Likevel gir studien en tydelig indikasjon

på at PSHT (slik prosjektet ble innrettet i den første fasen) har hatt en positiv virkning for dem som har blitt fulgt opp av pasientsentrert helseteam.

Andre eksempler

Det finnes også en rekke andre prosjekter som på forskjellige måter har forsøkt å bedre samhandlingen mellom kommuner og sykehus gjennom å etablere team. For eksempel var AHUS tidlig ute med å etablere ambulerende team med ansatte fra sykehus som reiser ut til kommunen for å tilby veiledning og oppfølging til pasienter, pårørende og ansatte (Rohde mfl., 2020). Etter hvert har det også blitt etablert liknende team flere andre steder.

I det nylig avsluttede pilotprosjektet Strukturerte tverrfaglige oppfølgingsteam har team blitt introdusert som et sentralt virkemiddel for å omsette innholdet i Helsedirektoratets nasjonale veileder «Oppfølging av personer med store og sammensatte behov» til praksis i kommunene (Kalseth mfl., 2024). I de seks kommunene som deltok i denne piloten, har det for hver enkelt pasient med omfattende og sammensatte tjenestebehov blitt etablert et team bestående av en koordinator og andre fagpersoner som på ulike måter er involvert i oppfølgingen av pasienten. Koordinatoren leder teamet og har ansvar for å sørge for at teamet til enhver tid tilpasses pasientens behov, med utgangspunkt i hva som er viktig for pasienten. Intensjonen er at oppfølgingsteamene skal spille en sentral rolle i å sikre at de lovregulerte koordineringsordningene med koordinator og individuell plan blir ivaretatt på en god måte. Fra sentralt hold har det også blitt gjort forsøk med primærhelseteam, først og fremst for å bedre samhandlingen internt i kommunen (Aandahl mfl., 2024).

Prosjekt X

Regjeringen har nylig varslet at de ønsker å gjennomføre en større helsereform, som skal gi bedre sammenheng i helse- og omsorgstjenestene. Det legges opp til at en del av reformarbeidet skal bygge på erfaringer fra forskjellige lokale samhandlingsmodeller mellom kommuner og sykehus. Disse utprøvingene kalles Prosjekt X og består av 14 utvalgte prosjekter fra hele landet, herunder Tromsø/UNN og Ahus (Dette er Prosjekt X - regjeringen.no).

13.5 Samhandlingsmodeller i andre nordiske land

De nordiske landene hadde i en lang periode nokså lik organisering av helse-tjenestene. Primærhelsetjenestene var i hovedsak et kommunalt ansvar, mens sykehusene var et fylkeskommunalt ansvar. Vi kaller dette den klassiske nordiske modellen. Finland var unntaket. Her lå ansvaret for både primærhelsetjenester og spesialisthelsetjenester hos kommunene. Sykehusene ble styrt og finansiert gjennom «samkommuner» der den enkelte kommune bidro til finansieringen avhengig av befolkningsstørrelsen. I alle landene var og er finansieringen av helsetjenestene skattebasert, mens det har vært variasjon i hvor stor andel av finansieringen som har kommet fra henholdsvis lokale, regionale og statlige skatter, og i hvilken grad kommunene og regionene har kunnet variere skattesatsene.

Dansk og finsk reform

Den norske sykehusreformen av 2002 kom først. Den danske strukturreformen av 2007 hadde elementer fra den norske sykehusreformen ved at amtskommunene (danskenes svar på fylkeskommunene) ble slått sammen til fem større regioner som fikk tildelt eierskapet til sykehusene. Reformen skilte seg fra den norske ved at regionene fortsatt ble styrt av folkevalgte forsamlinger (WHO mfl., 2007). Reformen hadde i tillegg følgende elementer:

- Sammenslåing av kommuner: Reformen førte til en betydelig reduksjon i antall danske kommuner, fra 270 til 98.
- Overføring av flere oppgaver til kommunene, f.eks. arbeidsmarkedsmidler.
- En bedre modell for fordeling av ressurser mellom regioner og mellom kommuner.

Det meste av primærhelsetjenestene, inklusive pleie- og omsorgstjenestene, ble liggende i kommunene, mens primærlegene fulgte med amtskommunene over til regionene.

Finlands problem var i første rekke at kommunene som hadde et bredt oppgaveansvar, var små. Små kommuner med store oppgaver har både i Finland og Norge gitt to problemer – vansker med rekruttering av kvalifisert

personell til distriktskommunene og vansker med å håndtere risiko som er forbundet med variasjoner i etterspørselen.

Finlands svar på problemene var den mest radikale reformen i Norden på dette feltet så langt (WHO mfl., 2019). Fra januar 2023 ble det etablert 21 fylker med ansvaret for velferdstjenestene. Velferdsfylkene er styrt av politisk valgte representanter og har ansvaret for å organisere primær- og sekundærhelsetjenester samt sosiale tjenester og redningstjenester for sine innbyggere. Finansieringen bestemmes i hovedsak av staten, men velferdsfylkene fastsetter og innkrever brukerbetaling. Hvert velferdsfylke er organisert i samarbeidsområder rundt de fem universitetssykehusene. Samarbeidsområdene bestemmer organiseringen av tjenester på universitetssykehusnivå og fordeler ansvarsområder mellom sykehusene.

Ny dansk reform

Den danske regjeringen vedtok senhøstes 2024 en reform som flytter fokus og ressurser fra sykehus og spesialisert pleie mot primær, digital og hjemmebasert pleie (Indenrigs- og sundhetsministeriet, 2024). Antall regioner vil bli redusert fra 5 til 4 ved at hovedstadsregionen og Region Sjælland ble slått sammen. En ny styringsstruktur med 17 samarbeidende Sundhedsråd ble lagt til den eksisterende strukturen (som altså består av regioner og kommuner). Sundhetsrådene styres gjennom et indirekte demokrati bestående av folkevalgte fra regionene og kommunene. Finansieringen kommer fra regionene, og en betydelig del av finansieringen øremerkes utvikling av primærhelsetjenester, inklusive det som kalles «digital omsorg». Sundhetsrådene vil ha det operative ansvaret for sykehusene og spesialisert hjemmesykepleie, rehabilitering og lokal akuttpleie. Dette er tjenester som dels flyttes fra regionene og dels flyttes fra kommunene. Allmennpraksis vil forbli en viktig komponent som portvoktere og omsorgsledere i den nye strukturen.

Svensk «status quo»

Sverige gjennomførte reformer som innebar sammenslåing av kommuner på 1960-tallet og etablering av store regioner rundt de største byene (Stockholm, Göteborg og Malmö) på 1980-tallet. Svenske kommuner og regioner er i tillegg

kjennetegnet av noe større muligheter for å variere de lokale og regionale skattesatsene enn de andre nordiske landene.

Sverige har gjennomført en større utredning om integrasjonsspørsmålene (Vårdansvarskommittén) i 2025. Komiteen foreslo ingen større endringer. Sverige beholder ansvaret for sykehusene på landstingsnivå (Sveriges svar på fylkeskommunene) og ansvaret for pleie- og omsorgstjenestene på kommunenivå. I Sverige, som i Danmark, ligger ansvaret for allmennlegene på landstingsnivå.

Fellestrekk?

Er det noen fellestrekk ved reformene utover at de har beveget seg bort fra den klassiske modellen?

- **Størrelse:** Alle landene organiserer nå primærhelsetjenestene innenfor større geografiske enheter enn tidligere. Sverige etablerte større kommuner på 60-tallet, Danmark på 2000-tallet og Norge (delvis) fra 2020. Finland flyttet primærhelsetjenesten fra kommunene til fylkene fra 2023, etter at det viste seg vanskelig å gjennomføre en reform som ga større kommuner.
- **Sykehus:** Også sykehusene styres i dag innenfor større geografiske områder enn tidligere i alle landene. Den siste endringen i Danmark er imidlertid verdt å merke seg: Man flytter ansvaret for sykehusene tilbake til enheter som i geografisk utstrekning ikke er så ulik de gamle amtskommunene.
- **Folkevalgt ansvar:** Ingen av de andre nordiske landene har så langt fulgt Norge og flyttet ansvaret for sykehusene til staten. De har derimot beholdt et regionalt folkevalgt ansvar. Den danske modellen med direkte valg til kommunene og regionene og indirekte representasjon i de nye helsefellesskapene er kompleks, men også nyskapende.
- **Integrasjon:** Både Finland og Danmark gjennomfører reformer der nå det meste av ansvaret for helsetjenestene legges på ett nivå, mens Norge og Sverige viderefører to-nivåmodellen.

Diskusjon: Hva kan Norge gjøre og ikke gjøre?

Stat eller region? Vi merker oss at alle landene har valgt enten stat eller region; ingen har valgt stat og region som hovedmodell for å styre sykehusene. Mange i Norge ser for seg at man kan moderere helseforetaksmodellen ved å velge lokale representanter til helseforetakenes styrrer, eller eventuelt styre de lokale helseforetakene gjennom en samkommunemodell. Årsaken til at dette ikke er et reelt alternativ, er det parlamentariske ansvarsprinsippet. Statsråden, som er generalforsamlingen/foretaksmøtet for de regionale helseforetakene, står ansvarlig overfor Stortinget. Ved uenighet mellom Stortingsflertallet og et lokalt styre vil statsråden da enten måtte skifte ut dette styret (som da i praksis ikke lenger blir lokalt valgt) eller gå av. Et lokalt sykehusstyre vil altså ligge i den parlamentariske styringskjeden. Det kan ikke være ansvarlig overfor sin kommune eller direkte overfor velgerne i lokalområdet.

Kan den statlige modellen endres? Ingen av de andre nordiske landene har valgt foretaksorganisering for sine sykehus, og mange i Norge tar til orde for å fjerne foretaksorganiseringen (og det tilhørende regnskapsprinsippet). Dette er mulig, f.eks. ved at man gjør RHF-ene om til direktorater. I så fall vil styrene for RHF-ene bli fjernet, og direktoratene lagt direkte under statsråden. Investeringsprosjekter blir da rasjonert gjennom en beslutningsprosess tilsvarende nasjonal transportplan. Man kan diskutere om man skal ha ett eller fire direktorater. Man kan også legge de lokale helseforetakene direkte under departementet, slik man nå ser i England. Om det er en god idé å fjerne det regionale nivået, kan diskuteres.

Er en regional folkevalgt modell mulig? Å føre sykehusene tilbake til fylkeskommunene vil være en stor og kostnadskrevende prosess. I dag vil det i tillegg være mismatch mellom dagens foretaksstruktur og dagens fylkeskommunestruktur. Etter reverseringen av regionreformen har en reetablert noen enheter som er for små til å drive sykehus. Det gjelder f.eks. Finnmark fylkeskommune, som har et folketall litt i overkant av Frogner bydel i Oslo. Finansieringen av universitetssykehusene må også tenkes gjennom i en slik modell. Antakelig må staten legge sterke føringer på hvordan pengestrømmene mellom fylkeskommuner med og uten eierskap til et universitetssykehus skal organiseres.

Integrerte tjenester? Både den danske og finske modellen med integrasjon av primærhelsetjenester og spesialisthelsetjenester er tiltalende fordi den kan fjerne spillet mellom kommuner og sykehus som av og til oppstår om

ansvaret for ressurskrevende pasienter. I Norge er Helsefellesskapene tiltenkt en tilsvarende rolle, men dette er organisasjoner uten klart beslutningsansvar og med begrensede ressurser. Det er to muligheter for en tilsvarende modell i Norge – enten tar staten over størstedelen av primærhelsetjenesten og legger den under helseforetakene, eller så reetableres fylkeskommunene som en integrert helseorganisasjon. Skal vi tippe at sannsynligheten for begge modellene er nokså liten? Spørsmålet utredes av et utvalg (Helsereformutvalget) som avgir innstilling høsten 2026.

13.6 Oppsummering

Dette kapitlet beskriver ulike reformer og tiltak for å bedre samhandlingen mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, samt sammenlikner norske løsninger med andre nordiske land.

Gjennom Samhandlingsreformen av 2012 ble økonomiske virkemidler tatt i bruk: etablering av øyeblikkelig hjelp døgnenheter (ØHD/KAD), kommunal medfinansiering (KMF) av sykehusinnleggelser (20 % av kostnaden), og betaling for utskrivningsklare pasienter. Effektene var varierende: KMF hadde ingen dokumenterte effekter og ble avviklet i 2015. ØHD-ene reduserte akuttinnleggelser for pasienter over 80 år innlagt ved indremedisinske avdelinger med 2–3 %, særlig i kommuner med god legeberedskap. Betalingsordningen for utskrivningsklare pasienter reduserte liggetider med 3,4–3,9 dager uten økning i dødelighet eller reinnleggelser, men økte belastningen på kommunene betydelig.

Den økte belastningen på kommunene førte til flere initiativer. Nasjonalt læringsnettverk for gode pasientforløp (2014–2023) fokuserte på helhetlige, koordinerte pasientforløp, med begrenset målbar effekt, men god effekt der samhandlingskultur allerede eksisterte. Helsefellesskapene ble etablert som samarbeidsorganisasjoner mellom kommuner og helseforetak, med prioritering av barn/unge, psykiske lidelser/rus, skrøpelige eldre og kronikere. Modellen har begrensninger fordi den ikke endrer grunnleggende organisatoriske eller finansielle strukturer.

Det har blitt utviklet en rekke lokale samhandlingsprosjekter i Norge de senere årene, hvorav Pasientsentrerte helsetjenesteteam (PSHT) i Tromsø fremheves som et vellykket eksempel. PSHT består av tverrfaglige team fra både sykehus og kommune som følger opp pasienter med sammensatte behov. Evalueringer viser 10 prosent reduksjon i ØHD-innleggelser, 32 prosent reduksjon i liggedager og betydelig redusert dødelighet.

Den «klassiske nordiske modellen» med kommunal primærhelsetjeneste og fylkeskommunale/regionale sykehus er under press. Danmark reduserte antall regioner til 4 og etablerte 17 Sundhedsråd med integrert ansvar. Finland gjennomførte den mest radikale reformen med 21 velferdsfylker som overtok alt ansvar for helse- og sosialtjenester fra kommunene (2023). Sverige beholder status quo med kommunal omsorg og landstingsbaserte sykehus.

SPØRSMÅL OG OPPGAVER TIL KAPITTEL 13

1. Evaluer de tre økonomiske virkemidlene i Samhandlingsreformen 2012. Hvorfor hadde kommunal medfinansiering ingen effekt, mens betalingsordningen for utskrivningsklare pasienter fungerte bedre?
2. Analyser suksessfaktorene for ØHD-ene. Hvorfor var effektene størst i kommuner med god legeberedskap og over 5000 innbyggere?
3. Diskuter paradokset at betalingsordningen for utskrivningsklare pasienter fungerte som tiltenkt (reduserte liggetider), men samtidig skapte store problemer for kommunene.
4. Sammenlign Helsefellesskapene med Integrated Care Systems (ICS) i NHS. Hvilke strukturelle begrensninger har den norske modellen sammenliknet med den britiske?
5. Analyser suksessen til Pasientsentrerte helsetjenesteteam (PSHT) i Tromsø. Hvilke elementer gjorde denne modellen vellykket, og hvorfor er den vanskelig å replisere andre steder?
6. Sammenlign de nordiske reformene. Hvilke fordeler og ulemper har Danmarks 17 Sundhedsråd versus Finlands 21 velferdsfylker?
7. Forklar hvorfor parlamentarisk ansvar gjør det vanskelig å kombinere statlig finansiering med lokal styring av sykehus i Norge.
8. Kritisk analyse: Er det mulig å løse samhandlingsproblemene uten å endre det grunnleggende skillet mellom kommunal og statlig finansiering? Vurder norske løsninger mot bakgrunn av nordiske erfaringer.

Del E

Effektivitet og likhet

De neste kapitlene i boken belyser grunnleggende utfordringer som alle helsevesen må håndtere: Hvordan sikre effektiv ressursbruk, og hvordan oppnå likeverdig tilgang til tjenester?

Kapittel 14 om produktivitet og effektivitet tar for seg den tekniske siden ved ressursbruk. Ved hjelp av avanserte økonometriske metoder som DEA og SFA måles det hvor godt norske helseinstitusjoner utnytter ressursene sine, sammenliknet med «best practice», både nasjonalt og internasjonalt. Funnene viser beskjeden produktivitetsvekst, med interessante forskjeller mellom nordiske land.

Kapittel 15 om geografisk variasjon i tjenesteforbruk undersøker om Norge i praksis oppfyller idealet om likeverdig tilgang til helsetjenester. Gjennom empiriske analyser av sykehusforbruk på tvers av fylker belyses det i hvilken grad observert variasjon skyldes legitime behovsforskjeller versus problematiske forskjeller i tilbud og tilgjengelighet.

Til sammen gir disse to kapitlene et helhetlig bilde av hvordan normative idealer, teknisk effektivitet og faktisk likhet henger sammen i et moderne helsevesen.

Kittelsen, S. A. C. (2026). Produktivitetsanalyser i helsesektoren. I T. P. Hagen, G. Godager, J. Kinge & E. Aas (Red.), *Organisering og finansiering av helse- og omsorgstjenester: En innføring* (s. 309–327). Fagbokforlaget. <https://doi.org/10.55669/oa180914>

14

Produktivitetsanalyser i helsesektoren¹

Sverre A.C. Kittelsen

1 Dette kapittelet er en lettere oppdatert versjon av en tidligere trykket artikkel i MAGMA, 2023. nr. 5.

Effektiv bruk av ressurser vil være avgjørende for å kunne levere gode helse-tjenester til en aldrende befolkning fremover. Kapittelet gir en oversikt over analyser av produktivitet og effektivitet i helsesektoren, med vekt på norske og nordiske anvendelser. Det teoretiske utgangspunktet er i fagfeltet produksjonsøkonomi innenfor faget samfunnsøkonomi.

Produksjonsmulighetsområdet/teknologien beskriver hvilken tjenesteproduksjon en kan oppnå ved ulike nivåer på innsatsfaktorer. Fronten, det vil si den øvre grensen til mulighetsområdet, beskrives ved produktfunksjonen. Produktfunksjonen angir den maksimale tjenesteproduksjonen som kan oppnås ved en gitt bruk av innsatsfaktorer. Kostnadsfunksjonen angir de nødvendige kostnadene ved en gitt tjenesteproduksjon. I begge tilfeller kan en skille mellom tjenesteprodusenter som er effektive (på fronten) og produsenter som er mindre effektive.

Produktivitet måles som forholdet mellom tjenesteproduksjon og ressursbruk, selv om enhetene står overfor ulike muligheter. Effektivitet måles derimot som avstanden til fronten, gitt størrelse og teknologi. Kapittelet presenterer de mest brukte målene for effektivitet og produktivitet, og metodene for å estimere disse.

Datainnhyllingsanalyse (DEA) er en operasjonsanalytisk metode som beskriver fronten ved stykkevis lineære produkt- eller kostnadsfunksjoner som legges tett på observasjonene. Det antas ingen målefeil, men det kan tas hensyn til utvalgsfeil gjennom metoder som gjør det mulig å beregne konfidensintervaller og utføre statistiske tester. Stokastisk frontanalyse (SFA) bygger på regresjonsanalyse der restleddet antas å være sammensatt av både ineffektivitet og målefeil. Metoden er avhengig av sterke antakelser om de matematiske funksjonsformene til både fronten og restleddene. I kvantitative metoder er det ofte vanskelig å ta hensyn til kvaliteten på tjenestene, med mindre dette kan måles på en presis måte.

I helsesektoren er det særlig institusjoner som sykehus, sykehjem, poliklinikker eller allmennlegepraksiser som er sammenlignet, men også hele land, regioner og helsesystemer. En omfattende litteratur sammenlikner produktiviteten i private, ideelle og profittmotiverte helsetjenestetilbydere. Resultatene er ikke entydige, men en vanlig konklusjon er at det er viktigere med konkurransesituasjon enn eierskap.

I sammenlikninger er et gjennomgående resultat at sykehusene i Finland er mer produktive enn i de andre nordiske landene. Kvaliteten på

sykehustjenester, målt ved dødelighet, er derimot ikke like høy i Finland som i f.eks. Norge. Analyser på sykehusnivå finner imidlertid ikke sterke sammenhenger mellom kvalitet og kostnader.

I Norge brukes produktivitetsanalyser løpende i styringen av sektoren. En finner gjennomgående et effektivitetsnivå på mellom 85–95 %. Analyser av utviklingen over lang tid viser en relativt svak produktivitetsvekst på rundt 0–2 % per år, men det er vanskeligere å få til produktivitetsfremgang i tjenesteproduksjon enn i vareproduksjon. Det er spor av ekstra produktivitetsfremgang ved innføringen av innsatsstyrt finansiering i 1997 og den statlige overtakelsen av sykehusene i 2002. Nivået på innsatsstyrt finansiering synes ikke å ha gitt ytterligere produktivitetsfremgang, men har ansporet til aktivitetsøkning.

Studier gir vanligvis støtte til klare samdriftsfordeler, som tilsier at det er lavere kostnader ved å behandle ulike pasientgrupper i samme sykehus. Tidligere ble det oftest funnet avtagende skalautbytte, men de senere årene er det tendenser til å finne noen stordriftsfordeler. Dette kan både skyldes forbedringer i analysemetodene og bruk av mer spesialisert teknologi i sykehusene.

14.1 Produksjonsøkonomisk teori, definisjoner

Effektiv bruk av ressurser vil være avgjørende for å kunne levere gode helse-tjenester til en aldrende befolkning fremover. Helsepersonellkommisjonen (NOU 2023: 4, 2023) påpeker at aldersgruppen over 80 år vil mer enn dobles fra 2020 til 2040, mens antallet i yrkesaktiv alder vil falle. De eldre utgjør en betydelig andel av pasientene i spesialisthelsetjenesten og en klar majoritet i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Når kommisjonen legger til grunn, antakelig urealistisk, at sektoren ikke kan få vesentlig flere ansatte, vil det kreve en formidabel produktivitetsforbedring.

I et teoretisk perfekt frikonkurransemarked vil det ikke være usikkerhet, og priser vil formidle all nødvendig informasjon om kostnader og betalingsvillighet. Konkurransen vil da drive ut ulønnsom produksjon, og kun de som bruker siste og mest produktive metoder, vil overleve. Helsetjenester oppfyller få av disse forutsetningene, særlig fordi både behovet for og effektene av

helsetjenester er preget av omfattende usikkerhet. I tillegg er det betydelige informasjonsasymmetrier mellom tjenesteytere og brukere.

Blant annet av den grunn har de fleste vestlige land valgt å organisere helsetjenester i offentlig regi, enten ved offentlig forsyningsansvar, offentlig produksjon eller offentlig regulering. Av samme grunn er det ikke å forvente at produksjonen blir effektiv av seg selv. Det finnes for eksempel ikke markedsbestemte priser som formidler hva helsetjenester er verdt for brukerne og/eller for samfunnet. Den forbedringen av helse som tjenestene fører til, vil kunne variere, og den samfunnsøkonomiske vurderingen kan omfatte fordeling i tillegg til helseforbedring. Markedssvikten gjør det nødvendig med andre mekanismer for å måle og oppmuntre til effektiv produksjon av helsetjenester.

Ved å sammenholde verdien av helsetjenestene med hva de koster i form av ressursbruk kan en vurdere om de er verdt innsatsen, og om tjenestene bør utvides eller innskrenkes. Analysene som presenteres her, ser på kostnader, effektivitet og produktivitet. Ulike måter å organisere tjenestene på kan gi ulikt resultat. Er det for eksempel de store eller de små sykehusene som har lavest ressursbruk per behandlet pasient? Er spesialiserte sykehus mer produktive enn lokalsykehus? Er private eller offentlige sykehjem mest effektive, og er det de samme sykehjemmene som har høyest kvalitet?

I den internasjonale faglitteraturen er det utviklet en rekke metoder for å analysere produktivitet og effektivitet, også i tjenesteproduserende sektorer og ved mangel av priser. Med bedre og mer tilgjengelige registerdata er det også et økende antall anvendelser. Foreløpig er det dessverre få anvendelser som klarer å ta hensyn til produktivitet og kvalitet samtidig. Kapittelet gir en kortfattet oversikt over de mest brukte metodene og norske og nordiske anvendelser i helsesektoren.

I samfunnsøkonomisk teori er produksjonsprosessen gjerne en svart boks. Den beskrives utenfra ved hvor mye som går inn i prosessen (ressursbruk/ innsatsfaktorer), og hvor mye som kommer ut av den (tjenesteproduksjon/ produkter). Begrepene produktivitet og effektivitet brukes ulikt av forskjellige fagmiljøer, også blant samfunnsøkonomer. Med utgangspunkt i det mikroøkonomiske fagfeltet produksjonsøkonomi vil vi her bruke definisjonene:

Produktivitet: forholdet mellom produksjon og ressursbruk, og

Effektivitet: forholdet mellom faktisk produktivitet og best mulig produktivitet.

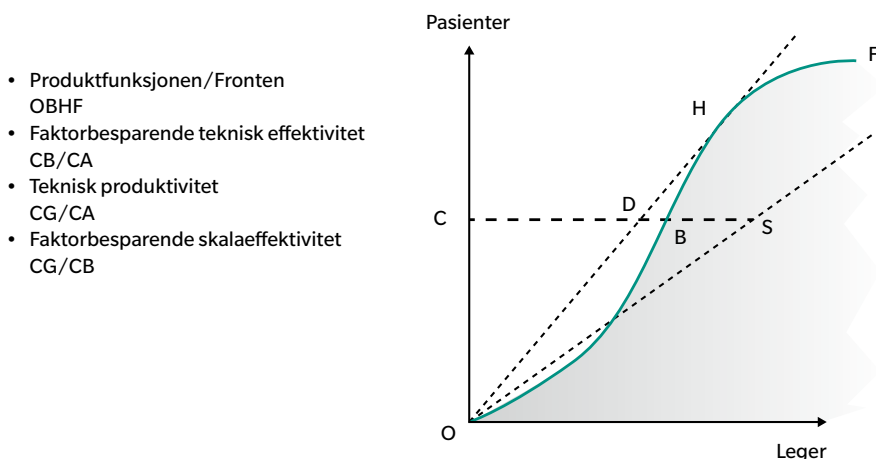
Produktivitet kan dermed sammenlignes mellom enheter, selv om disse står overfor ulike muligheter.

Finske og norske universitetssykehus kan begge beskrives ved det partielle produktivitetsmålet «antall pasienter pr. lege», uavhengig av om de står overfor de samme rammebetingelsene. Likevel er det ofte mer interessant å ta hensyn til at hvert sykehus bruker flere ulike innsatsfaktorer som leger, sykepleiere, bygninger, maskiner, og at de også produserer mange ulike tjenester (kirurgiske pasienter/utskrivninger, polikliniske pasienter, operasjoner, forskningsartikler, pasientopplæring osv.). Ved å veie sammen de ulike innsatsfaktorene med de respektive lønninger og innkjøpspriser får en totalkostnadene. Hadde en hatt priser også på produktene, ville en sammenveing med disse svart til inntektene, men helsesektoren mangler stort sett slike priser. Dermed må vi bruke andre metoder for sammenveing for å få mål på (total) produktivitet.

Effektivitet måles i forhold til hva som er *mulig*, og vil derfor alltid være et tall mellom 0 og 1 (0 % og 100 %). Vi kan for eksempel ikke si at et norsk sykehus er mindre effektivt enn et finsk sykehus hvis det er ytre rammebetingelser som gjør at det ikke er mulig å oppnå samme produktivitet. Det som er mulig, vil vi kalle teknologien eller produksjonsmulighetsområdet. Dette må anslås eller estimeres på grunnlag av observasjoner av virkelige tilpasninger.

Figur 14.1

Farrell's effektivitetsbegreper med en innsatsfaktor og ett produkt



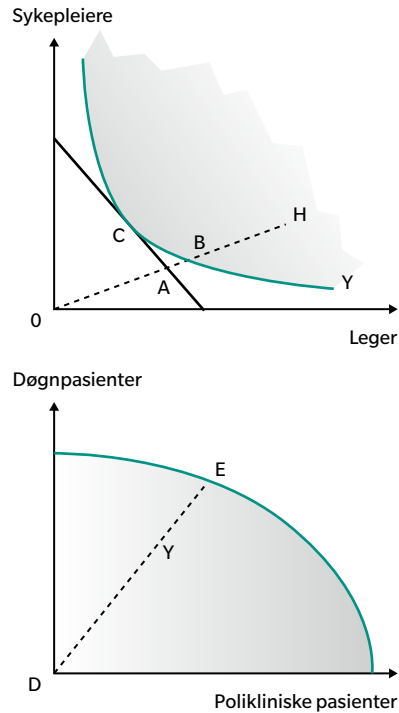
Produksjonsmulighetsområdet/teknologien beskriver hvilken tjenesteproduksjon en kan oppnå ved bruk av ulike nivåer på innsatsfaktorer. Når det kun er én innsatsfaktor kan fronten, det vil si den effektive grensen til mulighetsområdet, beskrives ved *produktfunksjonen*. I figur 14.1 er dette illustrert for et enkelt sykehus i punktet S, som bruker én innsatsfaktor (leger) til å produsere én tjeneste (pasienter). Her er fronten den blå linjen OBHF, og teknologien er det (delvis skraverte) området til høyre og nedenfor denne fronten. Siden vi har observert sykehusets tilpasning i S, må den nødvendigvis være mulig, det vil si innenfor mulighetsområdet.

Farrell (1957) operasjonaliserte en rekke ulike effektivitetsmål med utgangspunkt i radiale (forholdsmessige) geometriske avstander. Når produktivitet er definert som forholdet mellom innsatsfaktorer og produkter, representerer en rett linje ut fra origo alle punkter med lik produktivitet. Produktiviteten til sykehus S er da helningen på linjen OS. Maksimal produktivitet på fronten OBHF er helningen til linjen gjennom ODH. En normalisering av produktivitet kan derfor uttrykkes som forholdet mellom produktivitetene ved S og ved H. Geometrisk er dette lik forholdstallet CD/CS , fordi punktet D har samme produktivitet som punktet H. Siden man ikke bruker priser i denne beregningen, men i stedet bruker egenskapene til teknologien, kalles dette målet *teknisk produktivitet*.

I denne tradisjonen er *teknisk effektivitet* definert som forholdet mellom faktisk produktivitet og maksimal mulig produktivitet gitt størrelsen. Dette tilsvarer forholdet mellom nødvendig og faktisk innsatsfaktorbruk for et gitt produksjonsnivå. Siden den buede produksjonsfunksjonen har variabel skalaavkastning, er punktet D faktisk ikke gjennomførbart: For å produsere mengden OC pasienter må man bruke minst CB av innsatsfaktoren leger. Dermed er faktorbesparende teknisk effektivitet forholdet CB/CS . Grunnen til at teknisk effektivitet her er høyere enn teknisk produktivitet, er at sykehus S er mindre enn optimal størrelse. Forholdet CD/CB kalles derfor skalaeffektivitet. Alle disse målene er generelt normalisert slik at et fullt effektivt eller produktivt sykehus vil ha en skår på 1,0 (100 %), mens enhver skår mindre enn 1,0 tilsier at sykehuset er ineffektivt.

Figur 14.2
Farrell's effektivitets-begreper i innsatsfaktorrommet og i tjenesteproduksjonsrommet

- Faktorbesparende teknisk effektivitet
 OB/OH
- Kostnadseffektivitet
 OA/OH
- Allokeringseffektivitet
 OA/OB
- Produksjonsøkende teknisk effektivitet
 DY/DE



Figur 14.2 viser de tilsvarende begrepene når det er flere dimensjoner. I det øverste panelet brukes to personellgrupper til å produsere et visst tjenestenivå Y, og sykehusets tilpasning er i punktet H innenfor mulighetsområdet. Igjen er den blå kurven YBC fronten til området, som i dette rommet kalles isokvanten. Den diagonale kurven OABH ut fra origo representerer et konstant forhold mellom innsatsfaktorene. Ved å bevege seg langs linjen fra H til den teknisk effektive tilpasningen i B vil sykehuset kunne spare en forholdsmessig andel av begge innsatsfaktorene. Teknisk effektivitet beregnes da ved forholdstallet OB/OH , som svarer til nødvendig ressursbruk delt på observert ressursbruk.

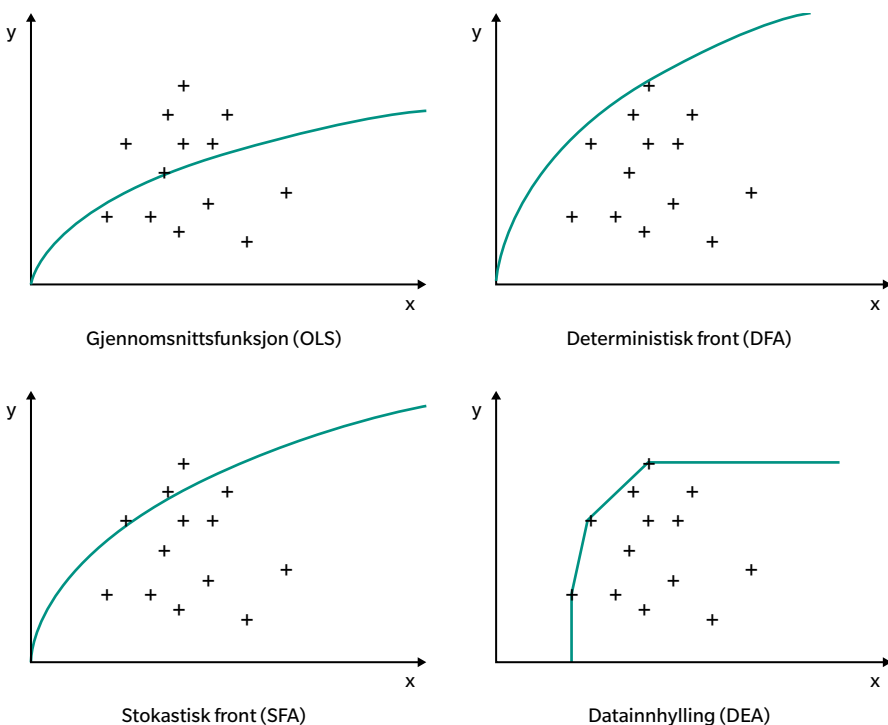
I samme figur er den rette prislinjen/budsjettlinjen gjennom A og C et uttrykk for hvilke kombinasjoner av sykepleiere og leger som kan kjøpes for et gitt budsjett; helningen representerer prisforholdet mellom dem. Den laveste kostnaden som er forenlig med den gitte pasientbehandlingen Y, vil være i punktet C, der budsjettlinjen tangerer isokvanten. Siden A har samme

budsjett som punktet C, kan *kostnadseffektivitet* beregnes som forholdstallet OA/OH . Kostnadseffektiviteten er lavere enn den tekniske effektiviteten fordi sykehuset ikke har den optimale sammensetningen av personellet. Forholdstallet mellom kostnadseffektivitet OA/OS og teknisk effektivitet OB/OS kan da defineres som *allokerings effektivitet* OA/OB .

På tilsvarende måte kan en beregne produksjonsøkende effektivitetsmål ved proporsjonale endringer i ett eller flere produkter, slik som i nedre panel av figur 14.2. Mens produktfunksjonen beskriver maksimal produksjon av en enkelt tjeneste, angir *kostnadsfunksjonen* de nødvendige kostnadene ved en gitt tjenesteproduksjon. I begge tilfeller kan en skille mellom tjenesteprodusenter som er effektive (på fronten), og de som er mindre effektive. Ved analyse av mange innsatsfaktorer og mange tjenester samtidig kan en, mer generelt, beskrive fronten til teknologien med en transformasjonsfunksjon. Jo flere dimensjoner i produksjonsmulighetsområdet, desto vanskeligere blir estimeringen.

Figur 14.3

Metodiske alternativer for estimering av mulighetsområdet. «+» representerer en observert tilpasning og den heltrukne linjen en estimert front med en tjeneste (Y) og en innsatsfaktor (X)



14.2 Nærmere om metoden

Dersom en har flere enn én innsatsfaktor og ett produkt, kan en bruke priser til å veie sammen og beregne ulike indekser for effektivitet og produktivitet. Ved fravær av et fullt sett av priser kan en i stedet bruke et anslag på teknologien eller produksjonsmulighetsområdet. Anslaget kan hentes fra planer eller faglige beskrivelser av prosessene, men blant økonomer er det vanligst å estimere teknologien fra observasjoner av virkelig adferd. Dermed vet en også at tilpasningene reelt sett er mulige. Figur 14.3 viser fire vanlige metoder for å estimere teknologien med én innsatsfaktor (X) og ett produkt (Y), men alle metodene lar seg også anvende for mange innsatsfaktorer som produkt-funksjon eller mange produkter som kostnadsfunksjon.

Den klassiske metoden er å estimere en produktfunksjon som en gjennomsnittsfunksjon ved regresjon med minste kvadraters metode (OLS). En trekker en linje med en spesifisert matematisk form gjennom observasjonssvermen og tolker all variasjon rundt denne som uttrykk for tilfeldige målefeil eller utvalgsfeil. I perfekte frikonkurransemarkeder kan dette være en rimelig antakelse, men ikke hvis det er grunn til å tro at det er et innslag av ineffektivitet. Hvis en kun er interessert i grensekostnader, skalafordeler og andre egenskaper ved fronten, og ikke i ineffektivitet, kan det likevel gi en god tilnærming.

Den deterministiske fronten (DFA), også kjent som korrigert OLS (COLS), går til den andre ytterligheten og tolker all variasjon som ineffektivitet ved å vippe regresjonslinjen opp til alle observasjonene ligger i mulighetsområdet. Når metoden beholder ulempen ved en lite fleksibel parametrisk funksjonsform, vil mange observasjoner bli liggende svært langt fra den estimerte fronten. DFA brukes derfor sjelden i nyere litteratur.

I stedet brukes ofte ulike varianter av stokastisk frontanalyse (SFA). SFA bygger på regresjonsanalyse, men her antas restleddet å være sammensatt av både ineffektivitet og målefeil (Aigner & Chu, 1968; Aigner mfl., 1977). I tverrsnittsanalyser er SFA avhengig av sterke antakelser om de matematiske funksjonsformene til både fronten og hver av de to komponentene i restleddet. I paneldataanalyser, som har gjentatte observasjoner av samme enhet, kan en i stedet anta konstant effektivitet over tid eller en bestemt struktur på endringen over tid. Den parametriske strukturen og det statiske fundamentet gjør det lett å beregne egenskaper ved fronten og presisjonsnivået til estimatene.

Datainnhyllingsanalyse (DEA) er en operasjonsanalytisk metode som beskriver fronten ved stykkevis lineære produkt- eller kostnadsfunksjoner som legges tett på observasjonene. Metoden ble opprinnelig beskrevet av Farrell (1957), men videreutviklet som løsningen på lineære programmeringsproblemer av Charnes mfl. (1978) og Banker mfl. (1984). Det antas ingen målefeil, men det kan tas hensyn til utvalgsfeil ved simuleringsmetoder («bootstrapping») som gjør det mulig å beregne konfidensintervaller og utføre statistiske tester (Simar & Wilson, 1998; Simar & Wilson, 2001). I motsetning til SFA er det enkelt å ha mange innsatsfaktorer og produkter samtidig i DEA. Siden knekkpunktene i figuren også er virkelige observasjoner, er det dessuten lett å peke på læreremestre, dvs. andre enheter som effektivt produserer omtrent samme tjenester som hver av de ineffektive enhetene.

Både DEA og SFA brukes mye i nyere analyser. Siden begge har åpenbare fordeler og ulemper, er det også mange forsøk på å forene de beste egenskapene, f.eks. Stochastic non-smooth envelopment of data (StoNED), som er en ikke-parametrisk stykkevis lineær front med både målefeil og ineffektivitet (Kuosmanen & Kortelainen, 2012). Det er også vanlig å bruke flere metoder for å undersøke robustheten til resultatene.

I kvantitative metoder er det ofte vanskelig å ta hensyn til kvaliteten på tjenestene med mindre dette kan måles på en god måte. Siden kvalitetsmål gjerne inneholder mye støy eller tilfeldigheter, er det som regel enklere å kontrollere for kvalitet i SFA. Samtidig finnes det også muligheter i DEA, enten ved å kjøre regresjon med effektivitetsmålene som avhengig og kvalitetsmålene som uavhengige variable (ettermodeller/trinn-2 analyser), eller ved bruk av simultane simuleringsmetoder. Som oftest er det vanskelig å sette opp gode kausale modeller, så de fleste slike ettermodeller må tolkes som tallfesting av statistisk samvariasjon. Andre eksogene rammebetingelser kan modelleres på samme måte.

14.3 Anvendelser i helsesektoren

I Norge brukes produktivitetsanalyser løpende i styringen av spesialisthelsetjenesten. Mens det finnes en lang rekke enkeltstående analyser av andre

sektorer i Norge er det ellers kun i forbindelse med regulering av nettleien i elektrisitetsdistribusjon (NVE - RME, 2023) og for kommunesektoren (Borge et al., 2020) at det rutinemessig publiseres effektivitets- og produktivitetsanalyser. Kittelsen og Førsund (2001) gir en oversikt over tidlige norske analyser.

I helsesektoren er det særlig institusjoner som sykehus, sykehjem, poliklinikker eller allmennlegepraksiser som er analysert, men det finnes også sammenligningsstudier av hele land, regioner og helsesystemer. Det er klart flest studier av somatiske sykehus i norske og nordiske analyser, primært på grunn av gode data. En omfattende internasjonal litteratur sammenlikner produktiviteten i private, ideelle og profittmotiverte helsetjenestetilbydere. Resultatene er ikke entydige, men en vanlig konklusjon er at det er viktigere med konkurransesituasjon enn eierskap.

Sykehus i Norge

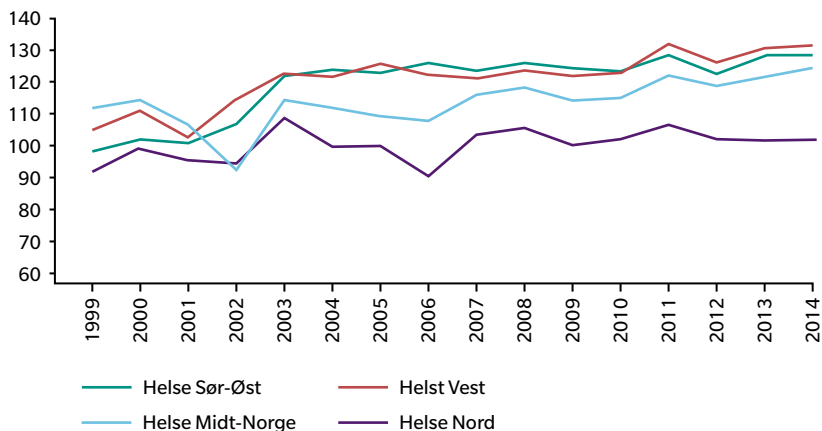
Analyser av spesialisthelsetjenesten i Norge har sitt utspring i arbeider av Magnussen (1994, 1996), men ble etter hvert foretatt årlig i SAMDATA-rapportene fra Norsk institutt for sykehusforskning/SINTEF (Rønningen & Magnussen, 1996). SAMDATA har senere har blitt utgitt av Helsedirektoratet, se f.eks. Dalheim mfl. (2021). De første årene ble DEA benyttet til å beregne teknisk effektivitet og kostnadseffektivitet, men fra 2009 har alle somatiske pasienter hatt diagnoserelaterte gruppe (DRG), og det beregnes nå kun en «kostnadsindeks» definert som kostnader per DRG-poeng. En finner i disse analysene for en stor del effektivitetsnivåer på mellom 80–95 %, lavest for sykehus i Helse Nord, men med lite systematisk sammenheng med størrelse eller sykehustyper ellers.

Analyser av utviklingen over tid i de årlige SAMDATA-rapportene viser en relativt svak produktivitetsvekst på rundt 0–2 % per år i somatisk spesialisthelsetjeneste, men noen ganger også økte realkostnader per DRG. Siden definisjoner og datatilgang har variert over tid, ble det i Anthun mfl. (2016, 2017) gjennomført en bootstrappet DEA-analyse med harmoniserte definisjoner og en felles DRG-gruppering for perioden 1999–2014. Som vist i figur 4 er det produktivetsfremgang i perioden, som i snitt per år ble beregnet til ca. 1,5 %, med en klar fremgang i forbindelse med sykehusreformen i 2002, men noe mindre i perioden etter. Effekten av sykehusreformen i denne analysen

bekrefter også evalueringen i Kittelsen mfl. (2007a). Den svake produktivitetsutviklingen ellers kan reflektere at det er vanskeligere å få til produktivitetsfremgang i tjenesteproduksjon enn i vareproduksjon, kjent som Baumol's syke.

Figur 14.4

Utvikling i vektet gjennomsnitt av produktivitet for regionale helseforetak i forhold til nasjonalt nivå 1999–2014



Kilde: Anthun mfl. (2016), s. 20

Nordiske sammenlikninger

Med utgangspunkt i en sammenlikning mellom sykehus i Finland og Norge i Linna mfl. (2006) ble Nordic Hospital Comparison Study Group (NHCSG) dannet. Formålet var å sammenlikne somatiske sykehus i de fire største nordiske landene: Danmark, Finland, Norge og Sverige (Häkkinen mfl., 2023).

Samarbeidsgruppen har vært gjennom tre stadier. I den første fasen ble det lagt vekt på produktivitet og effektivitet, samt bruk av analysene til å evaluere politiske reformer. I andre trinn ble fokuset flyttet til å forklare effektivitetsforskjellene. I tredje trinn ble analysene utvidet til også å omfatte kvalitets- og resultatmål.

De nordiske sammenlikningene var muliggjort ved at det i alle landene var etablert store registerdatabaser for pasientbehandlingen. I tillegg hadde

landene i utgangspunktet en felles klassifisering av behandlinger i diagnose-relaterte grupper (DRGer). DRG-systemet hadde sin opprinnelse i USA som en måte å betale sykehusene for pasientbehandlingen, og er fra 1997 også en del av finansieringssystemet i Norge under navnet Innsatsstyrt finansiering (ISF). For dette formålet trengtes også en DRG-vekt som skal reflektere gjennomsnittskostnadene ved å behandle pasientene i hver DRG.

Det nordiske DRG-systemet (NorDRG) plasserte alle somatiske døgn-pasienter i ca. 450 grupper, dokumentert ved Nordic Casemix Centre (<http://www.nordcase.org/>). Riktignok ble definisjonene etter hvert ulike, med et større avvik i Danmark fra 2003. Tilgang til primærdiagnosene og prosedyre-kodene i pasientregistrene har likevel gjort det mulig å gruppere alle etter en felles standard også i senere år. Landene har i tillegg ulike DRG-vekter, men finske vekter har for det meste blitt brukt i analysene pga. bedre datagrunnlag.

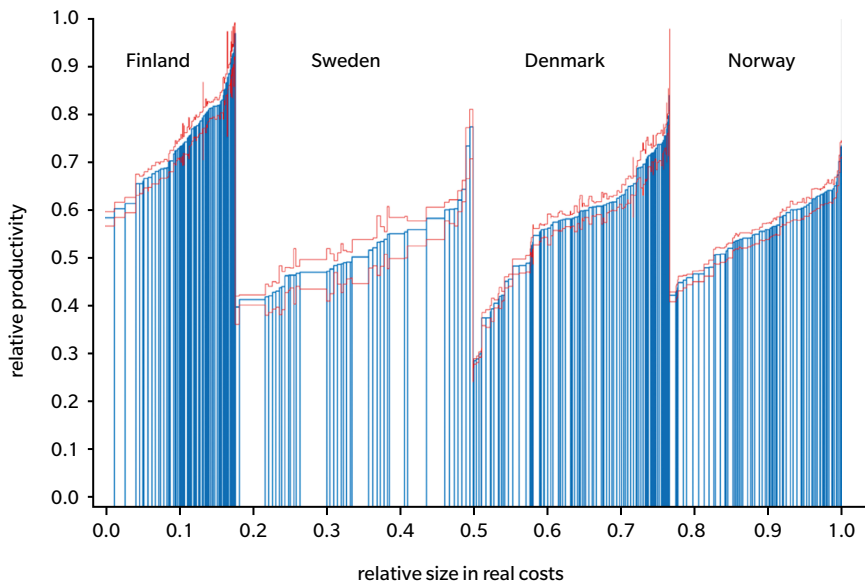
Et gjennomgående resultat i sammenlikningene er at sykehusene i Finland er mer produktive enn i de andre nordiske landene. Sammenlikningen ved bruk av DEA på data fra 1999 i Linna mfl. (2006) fant at de finske sykehusene i gjennomsnitt var betydelig mer effektive enn de norske, med en forskjell på 17–25 prosentpoeng avhengig av modellspesifikasjon. I en senere analyse med data fra 2002, der også Sverige og Danmark var med, ble den relative effektiviteten til Finland bekreftet, både ved antakelser om variabelt skalautbytte og ved konstant skalautbytte (Linna mfl., 2010). I Danmark var den gjennomsnittlige effektiviteten nærmest det finske gjennomsnittet, med en forskjell på kun 0–9 prosentpoeng. Sverige så ut til å ha de minst effektive sykehusene, med en forskjell på 13–20 prosentpoeng sammenliknet med finske sykehus.

Forklaringer på produktivitetsforskjeller

Hovedresultatene ble bekreftet i en analyse på data fra 2005–2007 i (Kittelsen mfl., 2015). Denne tok i bruk både SFA og DEA, med simuleringsteknikker for å beregne konfidensintervaller og tester. De relative produktivitetsresultatene for hvert nordisk sykehus er vist i figur 14.5.

Figur 14.5

Teknisk produktivitet for nordiske sykehus 2005–2007. Bredden er proporsjonal med sykehusets størrelse målt i felles valuta. Høyden er teknisk produktivitet estimert med bootstrap DEA og 95 % konfidensintervall



Kilde: Kittelsen mfl. (2015)

Hovedforskjellene skyldtes ikke teknisk effektivitet eller skalaeffektivitet innen hvert land, men snarere forskjeller i mulighetsområdet som stammet fra egenskaper som varierer systematisk mellom land. Slike karakteristika kan blant annet omfatte finansieringsstruktur, eierstruktur, regelverk, kvalitetsforskjeller, standarder, utdanning, faglige interessegrupper og arbeidskultur. Betydningen av hver av disse kildene kunne imidlertid ikke fastslås statistisk, ettersom dette generelt var konstante faktorer innenfor hver av kun fire land.

Kvalitet

Kvaliteten på sykehustjenester, målt ved dødelighet, er derimot ikke like høy i Finland som i f.eks. Norge. Den nordiske gruppen NHCSG deltok i et

EU-finansiert prosjekt (EuroHOPE) som analyserte kvalitetsforskjeller innen noen enkeltlidelser, i tillegg til forskjeller på sykehusnivå (Heijink mfl., 2015). Her ble dødelighetsrater og reinnleggesrater for hvert sykehus indirekte standardisert ved å korrigere for pasientsammensetningen med DRG, kjønn, alder og bidiagnoser.

Resultatene viste systematiske forskjeller både mellom og innen land (Kittelsen mfl., 2015). Norge hadde i snitt de laveste dødelighetsratene, men ikke slik at alle norske sykehus lå lavere enn sykehusene i de andre nordiske landene. For ikke-planlagte reinnleggelser lå derimot norske rater like høyt som finske, mens danske sykehus hadde klart lavere reinnleggesrater. De lave norske dødelighetsratene ble stort sett også gjenfunnet i de diagnosespesifikke studiene for hjerteinfarkt (Acute Myocardial Infarct) og slag (Ischemic Stroke), mens de for hofteoperasjoner (Hip fracture) var på linje med svenske og finske sykehus.

Kvalitetsestimaterne ble i samme artikkel brukt i en ettermodell for å finne samvariasjonen med DEA-målt produktivitet. Produktiviteten var igjen høyest i Finland, men bare Sverige hadde klart lavere produktivitet. Det var en liten tendens til en kvalitet-kvantitet-avveining: Produktiviteten var positivt forbundet med reinnleggelser generelt, men ikke ved akutte reinnleggelser. For dødelighet var det en svakt signifikant negativ korrelasjon med produktivitet, noe som indikerte at det ville være mulig å redusere dødeligheten og øke produktiviteten samtidig. Dette var imidlertid hovedsakelig drevet av de danske observasjonene. Kvalitetsmålingene forklarte ikke landforskjellene i produktivitet. En tilsvarende studie kun på norske sykehusdata ga heller ingen støtte til noen sterk sammenheng mellom kvalitet og produktivitet (Kittelsen mfl., 2017).

Effekten av finansieringssystem

Andelen av sykehusenes budsjetter som er finansiert av stykkprisfinansiering i ISF-systemet har variert mellom 40 % og 60 % fra innføringen i 1997, men er foreslått fjernet av sykehusutvalget (NOU 2023: 8, 2023). Stykkprisfinansiering skal i teorien gi insitamenter til økt produksjon, og ved ledig kapasitet bør dette også gi utslag i økt produktivitet. Biørn mfl. (2003) fant en moderat, men positiv effekt av innføring av ISF i 1997. Senere analyser av norske og nordiske data har brukt omfanget av ISF-finansiering som uavhengig variabel

i ettermodeller for DEA-målt effektivitet (Kittelsen mfl., 2007b). Nivået på innsatsstyrt finansiering synes ikke å ha gitt ytterligere produktivitetsfremgang, men har ansporet til aktivitetsøkning.

Stordriftsfordeler og samdriftsfordeler

Tidligere ble det oftest funnet konstant eller avtagende skalaутbytte i sykehusproduksjon, med en optimal størrelse som ikke er større enn omlag 200 senger. Medisinsk litteratur, på den annen side, finner gjerne bedre resultater for sykehus med et stort volum av liknende prosedyrer.

Basert på EuroHOPE-dataene om sykehus og pasienter har Kittelsen mfl. (2018) funnet at å inkludere kvalitetsvariabler ikke endret skalaelastisiteten i en SFA-estimert kostnadsfunksjon. Dette kan skyldes at medisinske volumeffekter er begrenset til få pasientgrupper. Det var svak positiv effekt av dødelighet på kostnadene, men ingen effekt av reinnleggelser. Overraskende nok var skalaelastisiteten signifikant større enn 1,0, et resultat som motsier tidligere studier, men som er i tråd med andre nyere artikler som finner stordriftsfordeler (se f.eks. Hagen (2021) eller Kittelsen mfl. (2024)). Denne endringen kan være et resultat av forbedring i analysemetodene, men kan også skyldes bruk av mer spesialisert teknologi i sykehusene som krever større volum.

Den optimale arbeidsdelingen mellom sykehus kan også belyses ved slike metoder. Behovet for øyeblikkelig hjelp kan foreksempel variere mye over tid, og da kan det være en fordel å kunne trekke på personale og andre ressurser som er satt opp til planlagt virksomhet. Samtidig kan det være en ulempe for den planlagte virksomheten å måtte forskyve pasientkonsultasjoner. Om det er samdrifts- eller spesialiseringsfordeler, må derfor undersøkes empirisk. I et arbeidsnotat basert på DEA finner Kittelsen og Magnussen (2003) klare samdriftsfordeler mellom planlagt behandling og øyeblikkelig hjelp, mellom kirurgi og medisin, og mellom poliklinikkpasienter og døgnpasienter. Med nyere data og bootstrap simuleringsmetoder bekreftes disse resultatene av Lindaas mfl. (2024).

Øvrige helsetjenester

Omfanget av produktivitetsanalyser har vært klart mindre utenfor somatiske sykehus, noe som har klar sammenheng med datatilfanget. Innen psykiatri

og rusbehandling vil det etter hvert bli datagrunnlag for å gjennomføre slike analyser (Anthun mfl., 2016). I pleie- og omsorgssektoren er det flere tidlige arbeidere som med ulik grad av detaljering har kartlagt effektivitetsfordelingen (Edvardsen mfl., 2000). I de årvisse rapportene fra det tekniske beregningsutvalget for kommunesektoren lages det også effektivitetsberegninger for pleie- og omsorgssektoren med kommunen som enhet, og det arbeides med utvikling av gode kvalitetsindikatorer (Borge mfl., 2020).

For barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker (BUP) ble det gjennomført flere studier som fant lav produktivitet i sektoren (Halsteinli mfl., 2001; 2005). I Halsteinli mfl. (2010) ble det klargjort at den til da rådende indikatoren, konsultasjoner per terapeut, ga et overoptimistisk bilde av produktivitetsveksten fordi den ikke tok hensyn til antall pasienter eller sammensetningen av disse.

14.4 Oppsummering

Dette kapitlet presenterer teoretiske rammeverk og empiriske analyser for å måle produktivitet og effektivitet i helsesektoren, med særlig fokus på norske og nordiske anvendelser.

Kapitlet skiller mellom produktivitet (forholdet mellom produksjon og ressursbruk) og effektivitet (forholdet mellom faktisk og best mulig produktivitet). Produksjonsmulighetsområdet/teknologien definerer hva som er mulig å oppnå, med fronten som beskriver maksimal produksjon ved gitt ressursbruk. Farrell's effektivitetsbegreper operasjonaliserer teknisk effektivitet (avstand til fronten), skalaeffektivitet (optimal størrelse) og allokeringseffektivitet (optimal sammensetning av innsatsfaktorer).

To hovedmetoder dominerer: Data Envelopment Analysis (DEA) – en ikke-parametrisk metode som bruker lineær programmering til å lage stykkevis lineære fronter tett på observasjonene, og Stochastic Frontier Analysis (SFA) – en parametrisk regresjonsbasert metode som skiller mellom ineffektivitet og målefeil i restleddet. DEA er fleksibel, men antar ingen målefeil. SFA krever sterke antakelser om funksjonsform, men håndterer statistisk usikkerhet bedre.

Produktivitetsanalyser brukes rutinemessig i styringen av norsk spesialisthelsetjeneste gjennom SAMDATA-rapportene. Effektivitetsnivåer ligger typisk på 80–95 %, lavest i Helse Nord. Produktivitetsveksten har vært beskjeden på 0–2 % årlig, med spor av ekstra fremgang ved innføring av innsatsstyrt finansiering (1997) og sykehusreformen (2002). Nivået på ISF-andelen synes ikke å gi ytterligere produktivitetsgevinster utover aktivitetsøkning.

Nordic Hospital Comparison Study Group har systematisk sammenliknet sykehus i Danmark, Finland, Norge og Sverige. Finske sykehus er gjennomgående mest produktive, med 17–25 prosentpoeng høyere effektivitet enn norske sykehus. Hovedforskjellene skyldes ikke teknisk effektivitet innad i landene, men systematiske forskjeller i rammebetingelser mellom landene. Kvalitetsmålinger viser imidlertid at norske sykehus har lavest dødelighetsrater, men dette forklarer ikke produktivitsforskjellene.

Tidligere studier fant typisk konstant eller avtakende skalautbytte, mens nyere analyser indikerer stordriftsfordeler, muligens på grunn av mer spesialisert teknologi. Studiene gir også konsistent støtte til samdriftsfordeler: Det er kostnadsbesparelser ved å behandle ulike pasientgrupper i samme sykehus framfor i spesialiserte enheter.

Det er et klart potensial for mer forskning innen denne sektoren, særlig om sammenhengen mellom kvalitet og volum i enkeltdiagnoser. I tillegg er det behov for mer kunnskap om grensekostnader i ulike sykehus og avdelinger, og i den sammenhengen også betydningen av kapitalkostnader.

Gjennomgangen viser også at det fortsatt er rom for mer bruk av disse metodene i andre helsetjenester enn somatisk spesialisthelsetjeneste.

SPØRSMÅL OG OPPGAVER TIL KAPITTEL 14

1. Forklar forskjellen mellom produktivitet og effektivitet ved hjelp av figur 15.1. Hvorfor er denne distinksjonen viktig når man sammenlikner helseinstitusjoner på tvers av land?
2. Sammenlign DEA og SFA som metoder for effektivitetsanalyse. Hvilke fordeler og ulemper har hver metode, og under hvilke omstendigheter bør man velge den ene framfor den andre?
3. Analyser Farrells effektivitetsbegreper (teknisk effektivitet, skalaeffektivitet, allokerings-effektivitet) ved hjelp av figur 15.2. Hvordan kan disse målene brukes til å identifisere ulike typer forbedringspotensial?
4. Diskuter funnene om at finske sykehus konsistent er mer produktive enn norske, mens norske sykehus har lavere dødelighetsrater. Hvilke forklaringer kan det være på denne tilsynelatende paradoksen?
5. Evaluer produktivitetsutviklingen i norske sykehus (figur 15.4). Hvilke faktorer kan forklare den beskjedne produktivitetsveksten på 0–2 % årlig?
6. Analyser effektene av innsatsstyrt finansiering på produktivitet og effektivitet. Hvorfor synes ISF-andelen å påvirke aktivitet mer enn produktivitet?
7. Diskuter endringen i funn om stordriftsfordeler – fra tidligere studier som fant konstant/avtagende skalautbytte til nyere studier som finner stordriftsfordeler. Hvilke forklaringer gis for denne endringen?
8. Forklar begrepet samdriftsfordeler og diskuter funnene om at det er kostnadsbesparelser ved å behandle ulike pasientgrupper i samme sykehus. Hvilke implikasjoner har dette for sykehusstruktur?
9. Vurder utfordringene med å inkludere kvalitetsmål i produktivets- og effektivitetsanalyser. Hvorfor er dette spesielt problematisk i helsesektoren?
10. Kritisk analyse: Gitt de demografiske utfordringene med en aldrende befolkning, hvordan kan produktivets- og effektivitetsanalyser bidra til bedre ressursbruk i helsesektoren? Hvilke begrensninger har slike analyser?

Moger, T. A. (2026). Likheter og ulikheter i forbruket av sykehustjenester. I T. P. Hagen, G. Godager, J. Kinge & E. Aas (Red.), *Organisering og finansiering av helse- og omsorgstjenester: En innføring* (s. 329–345). Fagbokforlaget. <https://doi.org/10.55669/oa180915>

15

Likheter og ulikheter i forbruket av sykehustjenester

Tron Anders Moger

Sørge-for-prinsippet i helsetjenesten skal sikre at innbyggerne har likeverdig og tilstrekkelig tilgang til nødvendige helse- og omsorgstjenester av god kvalitet. Det er et prinsipp som styrer helsepolitikken og organiseringen av helsetjenestene i Norge. Hovedpoenget er at det offentlige har ansvaret for å sikre tilstrekkelig kapasitet og kompetanse i helsetjenesten til å ivareta befolkningens behov for helse- og omsorgstjenester. Dette innebærer at den offentlige helsetjenesten har et ansvar for å planlegge, organisere og tilby nødvendige helsetjenester til befolkningen. Prinsippet gjelder både i den kommunale helsetjenesten og i spesialisthelsetjenesten, og er nedfelt både i spesialisthelsetjenesteloven (LOV-1999-07-02-61, § 2.1) og helse- og omsorgstjenesteloven (LOV-2011-06-24-30, § 3.1).

Et viktig spørsmål i denne sammenhengen er hvordan man kan måle om tilgangen til helsetjenester er likeverdig. Ofte gjøres dette ved å se på variasjon i forbruket av helsetjenester i ulike geografiske områder av landet (se f.eks. Riksrevisjonen, 2019; Nerland & Hagen, 2008). Siden vi i Norge har nasjonale registre der kontakt med helsetjenestene registreres, er det i prinsippet enkelt å måle forbruket. For eksempel finnes informasjon om alle sykehuskontakter på individnivå i Norsk Pasientregister, og variasjon i forbruk av spesialisthelsetjenester offentliggjøres i de nasjonale helseatlasene (SKDE, u.å.). Disse dekker en rekke prosedyrer og tilstander. Forbruket av tjenester påvirker også aktiviteten ved sykehusene, og dermed fordelingen av midler fra staten til de regionale helseforetakene og innad mellom sykehusene i de regionale helseforetakene, som en del av innsatsstyrt finansiering i spesialisthelsetjenesten (NOU 2008:2, NOU 2019:24).

Forbruket av sykehustjenester kan påvirkes av befolkningens behov, gitt av helsetilstanden, det regionale tilbudet av tjenester og andre faktorer som indirekte kan ha betydning for etterspørselen, som kulturelle og sosiale forhold. Sørge-for-prinsippet tilsier at man skal ha lik tilgang til tjenester gitt samme medisinske behov, uavhengig av hvor man bor i Norge. Man er da særlig ute etter å avdekke uønsket variasjon i bruken av, og dermed tilgangen til, sykehustjenester.

Hvis man observerer at forbruket er forholdsvis likt i alle deler av landet etter å ha tatt hensyn til medisinske behov, kan det indikere at man har likeverdig tilgang til tjenester. Hvis også kulturelle og sosiale forhold, tjenestetilbud eller kapasitet i pasientens opptaksområde må til for å oppnå likt tjenesteforbruk, tyder det derimot på at etterspørselsfaktorer og regionale tilbudsvilkår,

utover medisinske behov, bidrar til den observerte variasjonen. Dette er faktorer som kan gi uønsket variasjon i forbruket. Man ønsker at tjenesteforbruket i størst mulig grad er uavhengig av slike faktorer.

Resultatene fra analyser av variasjonen kan videre benyttes til å belyse om noen geografiske områder ser ut til å ha for lavt forbruk av tjenester gitt de individuelle karakteristikaene i befolkningen. Dette kan man se ved at observert forbruk ligger godt under det man skulle forvente ut fra demografi og helsetilstand til befolkningen. Man kan også belyse om høyere forbruk av tjenester i noen områder kan relateres til høyere tilbud eller kapasitet innen sykehustjenester i de samme områdene.

I dette kapittelet vil vi innledningsvis kort beskrive sammenhengen mellom tilbud, etterspørsel og forbruk av helsetjenester (17.1). Videre vil vi se nærmere på hvorvidt prinsippet om likeverdig tilgang til tjenester ser ut til å være oppfylt i praksis (17.2). Ved å anta at behovet kan måles ved forbruket, vil vi benytte to eksempler: Det første er somatiske sykehustjenester totalt, og det andre er innleggelser for hjerteinfarkt. Motivasjonen er å beskrive variasjonen i forbruket generelt og for en spesifikk diagnose, og i hvilken grad eventuelle ulikheter i forbruksratene lar seg forklare av medisinske behov, sosioøkonomi og tilbuds faktorer. Vi avslutter med en kort diskusjon av funnene (17.3).

15.1 Sammenhengen mellom tilbud, etterspørsel og forbruk av sykehustjenester

La oss først se på hovedelementene i sørge-for-prinsippet:

1. Tilgjengelighet: Det offentlige skal sørge for at nødvendige helse-tjenester er tilgjengelige for alle innbyggere, uavhengig av geografisk plassering, alder, kjønn eller sosial bakgrunn. Det skal være likeverdig tilgang til helsetjenester for alle.
2. Kapasitet: Det offentlige har ansvaret for å planlegge og dimensjonere helsetjenesten slik at den har tilstrekkelig kapasitet til å møte befolkningens behov. Dette innebærer å sikre at det er tilstrekkelig

- antall helsepersonell, behandlingssteder og utstyr for å kunne yte nødvendige helsetjenester.
3. Kvalitet: Det offentlige har ansvar for å sikre at helsetjenesten holder en høy kvalitet. Dette inkluderer blant annet å sikre at helsepersonell har tilstrekkelig kompetanse, at det brukes evidensbasert praksis, og at pasientsikkerheten ivaretas.
 4. Samordning: Det offentlige har også ansvaret for å sørge for en god samordning mellom ulike tjenestenivåer og sektorer i helsetjenesten. Dette innebærer blant annet samarbeid mellom kommunale helse-tjenester og spesialisthelsetjenesten for å sikre en sømløs behandlingskjede og god koordinering av pasientforløp.

Vi fokuserer særlig på de tre første punktene. Disse er relatert til sykehusenes tilbud og befolkningens etterspørsel etter sykehustjenester. Tilbudet av helse-tjenester refererer til mengden helsehjelp og behandling som er tilgjengelig for pasienter. Dette inkluderer sykehus, klinikker, leger, sykepleiere, medisinsk utstyr og andre ressurser som er nødvendige for å levere tjenestene, samt kapasiteten som er tilgjengelig innenfor disse områdene. Etterspørselen refererer til pasientenes behov for behandling og helsehjelp, og drives av ulike faktorer som befolkningens helsestatus, demografi, sykdomsbyrde og individuelle behov. De individuelle behovene kan også være relatert til faktorer som ikke er direkte knyttet til medisinske behov, slik som pasientens sosioøkonomiske status, forventninger, tilgjengelighet og kvalitet på helsetjenestene.

Forbruket av sykehustjenester oppstår i skjæringspunktet mellom etterspørsel og tilbud – det vil si den faktiske bruken av helsehjelp, fra forebyggende konsultasjoner og akuttbehandling til kirurgi og rehabilitering. Dersom tilbudet er i rimelig balanse med etterspørselen, vil forbruket i stor grad gjenspeile befolkningens underliggende behov. Under en slik forutsetning bør variasjon i forbruksrater mellom fylker være beskjeden når man har justert for forskjeller i medisinske behov. Vesentlig gjenstående variasjon etter slik justering kan dermed tyde på at prinsippet om likeverdig tilgang ikke er fullt ut oppfylt.

Ut fra punktene i sørge-for-prinsippet beskrevet ovenfor vil likhet i forbruket av sykehustjenester innebære at tjenestene er tilgjengelige for alle, uavhengig av sosioøkonomisk status, geografisk beliggenhet eller andre individuelle karakteristika. Likhet i forbruk vil også medføre at ressurser og tjenester fordeles på en rettferdig måte. Dette betyr at ingen pasientgrupper blir

systematisk underprioritert eller utelatt. I tillegg skal alle pasienter behandles etter den samme standarden for kvalitet. Dette innebærer at de skal motta likeverdig og adekvat behandling og omsorg uavhengig av individuelle faktorer.

Ulikheter i forbruk kan derfor indikere at det er forskjeller i tilgjengelighet til sykehustjenestene. Dette kan for eksempel oppstå når tilgangen til tjenester varierer etter geografisk beliggenhet, og når enkelte områder eller befolkningsgrupper har begrenset tilgang til spesialiserte sykehustjenester. Samtidig kan en del av ulikhetene oppstå naturlig som følge av forskjeller i helsetilstand eller behandlingsbehov. Her kan det være variasjon mellom ulike deler av landet, og noen grupper kan ha større behov for spesialiserte tjenester eller mer omfattende behandling. Man ønsker gjerne å fjerne effekten av forskjeller i forbruket av helsetjenester som skyldes variasjon i medisinske behov. Denne effekten er ikke relatert til uønsket variasjon i forbruket, og dermed heller ikke til ulikheter i tilgangen til sykehustjenester.

Derimot kan faktorer som følgende medføre uønsket variasjon i forbruket: Pasienter med bedre økonomiske ressurser kan søke privat behandling som kan være mer omfattende eller ha kortere ventetid. Dette kan føre til at noen individer eller grupper får raskere eller bedre behandling enn andre. Faktorer som kulturell bakgrunn, språkbarrierer og tilgang til informasjon kan også være av betydning. Uønskede forskjeller kan også oppstå når det er variasjon i kvaliteten på tjenester som tilbys, som følge av ulikheter i kompetanse, ressurser eller infrastruktur mellom sykehus.

Sammenhengen mellom tilbud, etterspørsel og forbruk av tjenester er kompleks og påvirker både helsesektoren som en helhet og den enkelte pasient. Når etterspørselen etter helsetjenester øker, kan det utfordre tilbudet av helsetjenester og føre til lengre ventelister og mer knapphet på ressurser til behandling. Hvis etterspørselen etter helsetjenester overstiger tilbudet, kan det i ytterste konsekvens føre til overbelastning av sykehusene og redusert kvalitet på tjenestene. Dette kan også påvirke forbruksmønstrene, fordi tilgjengeligheten av ulike helsetjenester og ressursfordelingen kan påvirke pasientenes valg og preferanser. På den annen side kan også tilbudet av helsetjenester påvirke etterspørselen og forbruket. Hvis det er et godt utbygd helsesystem med tilstrekkelig tilbud av tjenester, kan dette bidra til å møte etterspørselen og redusere ventelister og forsinkelser i behandlingen. Dersom tilbudet av helsetjenester overstiger etterspørselen, kan det føre til sløsing med ressurser og unødvendige kostnader.

Som nevnt innledningsvis er sammenhengen mellom de tre faktorene også viktig for finansieringen av spesialisthelsetjenesten. Midlene fra innsatsstyrt finansiering fordeles i hovedsak basert på den dokumenterte aktiviteten til hvert sykehus. Dette inkluderer antall pasienter behandlet, type behandling som er utført og ressursbruken knyttet til hver pasientbehandling. Aktivitetsnivået bestemmes av antall DRG-poeng som genereres av pasientbehandling, og dette danner grunnlaget for fordelingen av midler mellom sykehusene. Dette kan igjen påvirke tilbudet av tjenester. En god forståelse av sammenhengen mellom tilbud, etterspørsel og forbruk av helsetjenester kan derfor bidra til bedre planlegging og administrasjon av helsetjenestene, bedre tilpasning til pasientenes behov og bedre ressursutnyttelse.

15.2 Eksempler: Er det likeverdig tilgang til sykehustjenester i Norge?

Datagrunnlaget i eksemplene er hentet fra Norsk Pasientregister (NPR), Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) samt Statistisk sentralbyrå. Som en del av forskningsprosjektet NORCHER - Norsk senter for helse-tjenesteforskning er data fra disse registrene koblet på individnivå. Utvalget utgår fra Folkeregisteret, og dekker hele Norges befolkning i 2019 (ca. 5.3 millioner personer). Vi kan da konstruere variabler på individnivå som fanger opp demografi (alder, kjønn), helsetilstand (via diagnosekoder og bruk av tjenester i NPR og KPR samt trygdeytelser hos SSB), sosioøkonomi (inntekt og utdanning) og regional kapasitet (antall døgnplasser somatikk, lege- og sykepleierårsverk per helseforetak per 1,000 innbyggere, reisetid til akuttmotak, beleggsprosent). Vi fokuserer på variasjonen i tjenestebruk over fylker i 2019, men data fra 2018 benyttes til å fange opp diagnoser og tjenestebruk i foregående år som ytterligere mål på helsetilstanden i befolkningen. Tilbudsvariablene følger opptaksområdene til helseforetakene per kommune/bydel, slik at de geografiske områdene som dekkes av tilbudsvariablene ikke er identiske med fylkene. Utfallsvariablene er forbruk av somatiske sykehustjenester totalt (innleggelser, poliklinikk og avtalespesialister), samt innleggelser for hjerteinfarkt (ICD-10-kode I21, I22) i befolkningen eldre enn 50 år.

Teknisk estimeres variasjonen i sykehustjenester og innleggelser for hjerteinfarkt over fylkene ved hjelp av regresjonsmodeller. Basert på disse kan man finne standardiserte fylkesvise rater (nasjonalt=100). Ratene presenteres ujustert, justert for ulike individuelle karakteristika, samt justert for kapasiteten ved sykehuset i opptaksområdet som pasienten tilhører. De justerte ratene er basert på hvilke rater man vil forvente ut fra befolkningssammensetningen i fylket, sammenliknet med ratene man faktisk har observert i dataene. I diskusjonen av ratene benyttes også resultater fra deskriptive analyser av variablene og fortolkning av regresjonskoeffisientene i modellene, uten at disse vises i teksten.

Vi starter med å vise ujustert variasjon i forbruk over fylkene. Deretter ser vi på hvordan variasjonen påvirkes av å justere for alder og kjønn. Alder og kjønn kan påvirke behovet for helsetjenester indirekte ved at de har betydning for helsetilstanden, eller direkte ved at behovet for helsetjenester for en gitt helsetilstand varierer med slike personkarakteristika. Disse faktorene inngår i analysene av variasjonen i tjenesteforbruk som presenteres i de nasjonale helseatlasene (SKDE, u.å.). Videre justerer vi for helsetilstanden, målt ved diagnoser og bruk av tjenester i 2018 som er registrert på den enkelte innbygger. Tanken er at vi da fanger opp behovet for tjenester gitt demografi og helsestatus til innbyggerne i fylket. I neste steg inkluderer vi sosioøkonomiske faktorer. Disse kan være assosiert med kulturelle og sosiale forhold som påvirker etterspørselen, men også indirekte helsetilstanden og dermed behovet. Til slutt inkluderer vi også faktorer fra tilbudssiden.

I tillegg til standardiserte rater oppgir vi variasjonskoeffisient for hver modell som et deskriptivt mål på hvor stor variasjonen rundt det nasjonale gjennomsnittet (=100) faktisk er. Dette målet kan sammenlignes mellom de ulike modellene, og vi kan dermed se i hvilken grad variasjonen endres når vi tar hensyn til demografi, helsebehov, sosioøkonomi og kapasitet i opptaksområdet til befolkningen i fylket.

Tabell 15.1 viser variasjonen mellom fylkene i somatiske sykehustjenester totalt. Som vi ser, er det noe variasjon i den ujusterte analysen (Modell 1): fra 14 prosentpoeng færre innleggelser i Finnmark (standardisert rate = 86) til 11 prosentpoeng flere innleggelser i Telemark (standardisert rate = 111). Variasjonen rundt landsgjennomsnittet er likevel ikke veldig stor, ettersom variasjonskoeffisienten er 7.5 %.

Når vi justerer for alder og kjønn, reduseres variasjonen til 7.0 %. Mekanismen er at for eksempel Oppland, Hedmark og Telemark har en relativt høyere andel av befolkningen i de eldste aldersgruppene, mens Oslo har en yngre befolkning enn landet totalt (ikke vist). Dette bidrar til at ratene justert for alder og kjønn reduseres for de tre førstnevnte (fra hhv. 94, 107 og 111 til 88, 99 og 105), mens den øker for Oslo (fra 100 til 107).

Tabell 15.1

*Standardiserte rater for sykehustjenester per fylke i 2019 (nasjonalt = 100).
Variasjonskoeffisienten angir variasjonen mellom fylkene i prosent
av gjennomsnittet*

Fylke	Modell 1	Modell 2	Modell 3	Modell 4	Modell 5
AKERSHUS	99	101	102	102	103
AUST-AGDER	107	105	104	103	103
BUSKERUD	102	100	96	97	99
FINNMARK	86	85	87	87	96
HEDMARK	107	99	97	96	102
HORDALAND	103	105	107	107	109
MØRE OG ROMSDAL	100	98	97	97	98
NORDLAND	99	94	96	95	100
OPPLAND	94	88	88	87	94
OSLO	100	107	111	112	101
ROGALAND	87	91	90	91	91
SOGN OG FJORDANE	96	93	95	94	97
TELEMARK	111	105	104	105	107
TROMS	87	86	85	85	89
TRØNDELAG	106	105	106	106	101
VEST-AGDER	100	101	100	99	99
VESTFOLD	107	103	100	100	100
ØSTFOLD	106	102	98	99	97
Variasjonskoeffisient (%)	7,5	7,0	7,2	7,4	5,0

Man kan tenke at alder og kjønn er forholdsvis grove mål på befolkningens helsetilstand. I Modell 3 har vi derfor inkludert indikatorer for 18 komorbiditeter (av varierende alvorlighet fra høyt blodtrykk til kreft), antall legekontakter og liggetid på sykehus i 2018, samt indikatorer for hjemmesykepleie, sykehjem, uførepensjon og død. Imidlertid endrer dette variasjonskoeffisienten i liten grad; den øker til 7.2 %. Estimatet for Oslo øker ytterligere (standardisert rate=111). Estimaten for Oppland og Hedmark reduseres, mens estimatet for Telemark endres lite. Dette skyldes at Oslo har en litt friskere befolkning enn landet totalt målt ved diagnoser og tjenestebruk i 2018. Oppland og Hedmark har en litt sykere befolkning, mens Telemark ligger nært landsgjennomsnittet.

Modell 1: Ujustert. Modell 2: Justert for alder og kjønn. Modell 3: Som modell 2, men i tillegg justert for indikatorer for 18 komorbiditeter, antall legekontakter og liggetid på sykehus i 2018, samt indikatorer for hjemmesykepleie, sykehjem, uførepensjon og død. Modell 4: Som modell 3, men i tillegg justert for brutto personinntekt, husholdningsinntekt og utdanning. Modell 5: Som modell 4, men i tillegg justert for reisetid akuttmottak, beleggsprosent, antall somatiske døgnplasser, lege- og sykepleierårsverk per 1 000 innbyggere ved helseforetaket i opptaksområdet som pasienten tilhører. Kontinuerlige bakgrunnsvariabler i modell 2–4 ble kategorisert i analysene.

I modell 4 justerer vi også for sosioøkonomiske faktorer. Dette øker variasjonskoeffisienten minimalt, til 7.4 %. Høyere inntekt og utdanning er til en viss grad assosiert med færre sykehusinnleggelser. Ser vi på de standardiserte ratene for hvert fylke, er endringene fra estimatene i modell 3 gjennomgående små. Fylker som Akershus og Oslo har innbyggere med noe høyere sosioøkonomisk status enn landsgjennomsnittet, mens det motsatte er tilfelle for f.eks. Finnmark, Oppland og Hedmark.

I modell 5 inkluderer vi i tillegg variabler for reisetid og kapasiteten ved helseforetaket i opptaksområdet som pasienten tilhører. Variasjonskoeffisienten reduseres da til 5.0 %. Her ser vi også større endringer i de standardiserte ratene for noen av fylkene. For Finnmark endres raten fra å ligge 13 prosentpoeng under landsgjennomsnittet i modell 4 til å ligge relativt nært landsgjennomsnittet i modell 5. Tilsvarende går Oslo fra å ligge 12 prosentpoeng over landsgjennomsnittet i modell 4 til å ligge kun ett prosentpoeng over landsgjennomsnittet i modell 5.

Mekanismene her er sammensatte. Noen faktorer er at økt reisetid er assosiert med lavere bruk, mens høyere beleggsprosent i opptaksområdet

er assosiert med høyere forventet bruk av sykehustjenester. Finnmark ligger høyt på reiseavstand og lavt på beleggsprosent sammenlignet med landsgjennomsnittet. I tillegg er særlig sykepleierårsverk per 1,000 innbyggere assosiert med høyere bruk av tjenester. Oslo ligger svært høyt på denne faktoren, og har også kort reiseavstand og høy beleggsprosent.

Konklusjonen i dette eksemplet er at det finnes noe variasjon mellom fylkene i sykehustjenester totalt, men at den er relativt beskjedent. Faktorene for medisinske behov som vi inkluderer i modell 2 og 3, forklarer den observerte variasjonen kun i liten grad. Ulikheter i sosioøkonomi ser også ut til å spille en mindre rolle. Samtidig kan det være noe overforbruk i noen fylker og underforbruk i andre, som følge av lengre reisetid og lavere kapasitet i opptaksområdet enn landsgjennomsnittet.

Tabell 15.2 viser variasjonen i innleggelser for hjerteinfarkt mellom fylkene. Det er tidligere vist at leger har ulik praksis vedrørende innleggelse ved hjerteinfarkt (Blinkenberg mfl., 2023). I tillegg varierer antagelig risikofaktorene for hjerteinfarkt mellom ulike deler av landet. I Eldrehelseatlas for Norge (SKDE, 2017) fant man at i perioden 2013–2015 var det nesten tre ganger så mange pasienter i aldersgruppen over 75 år som ble innlagt med hjerteinfarkt i opptaksområdet til Finnmarksykehuset, sammenliknet med Sørlandet Sykehus, justert for alder og kjønn.

Modell 1: Ujustert. Modell 2: Justert for alder og kjønn. Modell 3: Som modell 2, men i tillegg justert for indikatorer for 18 komorbiditeter, antall legekontakter og liggetid på sykehus i 2018, samt indikatorer for hjemmesykepleie, sykehjem, uførepensjon og død. Modell 4: Som modell 3, men i tillegg justert for brutto personinntekt, husholdningsinntekt og utdanning. Modell 5: Som modell 4, men i tillegg justert for reisetid til akuttmottak, beleggsprosent, antall somatiske døgnplasser, sykepleier- og legeårsverk per 1,000 innbyggere ved sykehuset i opptaksområdet. Kontinuerlige bakgrunnsvariabler i modell 2–4 ble kategorisert i analysene.

Det første vi kan legge merke til i Tabell 15.2, er at variasjonskoeffisientene er en god del høyere enn hva vi fant i analysen av det generelle forbruket av sykehustjenester i Tabell 17.1. Ujustert er variasjonskoeffisienten 16.9 %. Denne reduseres ikke vesentlig etter justering for alder og kjønn (modell 2, 16.3 %). Først når vi inkluderer ytterligere variabler for helsetilstanden i befolkningen i modell 3, reduseres variasjonen noe, til 14.2 %.

Tabell 15.2

Standardiserte rater for innleggelser for hjerteinfarkt per fylke i 2019 (nasjonalt = 100). Variasjonskoeffisienten angir variasjonen over fylkene i prosent av gjennomsnittet

Fylke	Modell 1	Modell 2	Modell 3	Modell 4	Modell 5
AKERSHUS	86	89	93	97	100
AUST-AGDER	70	70	72	71	81
BUSKERUD	110	110	106	106	112
FINNMARK	129	130	119	118	105
HEDMARK	110	107	101	99	99
HORDALAND	104	103	106	107	101
MØRE OG ROMSDAL	109	105	104	101	96
NORDLAND	117	113	109	108	115
OPPLAND	97	94	94	91	92
OSLO	81	85	88	92	103
ROGALAND	116	120	121	121	113
SOGN OG FJORDANE	110	104	109	107	105
TELEMARK	98	97	96	94	85
TROMS	86	86	83	82	91
TRØNDELAG	105	104	102	102	101
VEST-AGDER	74	74	75	74	84
VESTFOLD	86	86	85	85	85
ØSTFOLD	122	122	115	113	100
Variasjonskoeffisient (%)	16,9	16,9	14,2	14,0	10,2

Siden denne analysen begrenses til befolkningen over 50 år, vil ikke alder spille samme rolle som i det første eksempelet. Fordelingen innen disse aldersgruppene behøver ikke variere på samme måte over fylkene som fordelingen over alle aldersgrupper. Vi ser at Finnmark, som ligger høyt i de to første modellene, har en reduksjon i den standardiserte raten på ca. 10 prosentpoeng i modell 3. Tilsvarende har Oslo en økning på ca. 8 prosentpoeng. Mekanismene her er de samme som i det første eksempelet: Oslo har lavere forekomst av helsefaktorer som er relatert til hjerteinfarkt enn landet totalt, mens Finnmark har noe høyere forekomst av disse faktorene.

Igjen ser vi at justering for sosioøkonomiske faktorer i modell 4 spiller en mindre rolle, men raten for Oslo nærmer seg landsgjennomsnittet ytterligere. Befolkningen her har høyere inntekt og utdanning, og dette er assosiert med lavere innleggelsesrate for hjerteinfarkt. Dette ble det ikke tatt hensyn til i de tidligere modellene.

Til slutt ser vi at variasjonen reduseres relativt mye når variablene for reiseavstand og kapasitet inkluderes (modell 5). Da ligger Oslo 3 prosentpoeng over landsgjennomsnittet, mens Finnmark ligger kun 5 prosentpoeng over. I dette tilfellet er reisetid til nærmeste akuttmottak kun svakt assosiert med innleggelser. Derimot er antall årsverk per 1,000 innbyggere for spesialsykepleiere og legespesialister assosiert med redusert sjanse for innleggelse. Oslo har høye verdier for begge disse faktorene, mens Finnmark scorer lavt. Dette ble det ikke tatt hensyn til i modell 4, og er deler av forklaringen på at estimatet for Oslo øker, mens estimatet for Finnmark reduseres.

Konklusjonen i dette eksemplet er at variasjonen i innleggelser for hjerteinfarkt er noe større enn for forbruket av sykehustjenester generelt. Noe av variasjonen kan forklares ved hjelp av tilleggsvariablene for helsetilstand som ble lagt til i modell 3, mens noe kan forklares ved variablene som er relatert til kapasiteten i opptaksområdet. Imidlertid gjenstår en variasjon som er høyere enn den totale ujusterte variasjonen i det første eksemplet.

15.3 Diskusjon

Eksempelene viser at det er lav variasjon i forbruket av sykehustjenester totalt mellom ulike deler av landet. For spesifikke diagnoser som hjerteinfarkt kan variasjonen være større. Generelt vil variasjonen avhenge av hvilke tjenester eller pasientgrupper man analyserer: Noen tjenester kan ha stor variasjon i forbruket, mens andre varierer lite.

Resultatene i eksemplet med hjerteinfarkt kan indikere at noe av variasjonen forklares av kapasiteten i opptaksområdet. Tilgangen til tjenester er dermed ikke utelukkende bestemt av befolkningens medisinske behov. Tilgangen er derfor ikke uavhengig av tilbudsvariabler, og noe av variasjonen mellom ulike deler av landet kan være uønsket.

Imidlertid er det flere momenter som må tas med i betraktning. For det første er det i praksis vanskelig å sette opp en modell som fanger opp alle faktorer som er assosiert med pasientens behov for helsetjenester. Hvilke variabler som er relevante å ta med, vil være betinget av hva slags type tjeneste eller diagnose man ser på. I eksemplene forsøker vi å gjøre dette ved hjelp av alder, kjønn, samt diagnoser og forskjellige typer helsetjenestebruk i foregående år. Formålet er å ta hensyn til at sammensetningen av disse faktorene, og dermed behovet for tjenester, kan variere over fylkene i Norge.

I analyser av generelt forbruk i spesialisthelsetjenesten, og av tilstander som forekommer hyppigere i befolkningsgrupper med høyere grad av sykелighet, bør dette være relevante variabler å ta inn i modellen. Etter å ha justert for fylkesvise forskjeller i alders- og kjønnsfordelingen er det imidlertid kun mindre reduksjoner i variasjonen over fylkene ved å legge til ytterligere behovsfaktorer. I analyser av tilgangen til tjenester som brukes for medfødte tilstander, eller der behovet i stor grad oppstår uavhengig av andre diagnoser, vil det være mindre relevant å justere for behovsfaktorene som vi inkluderte i våre eksempler.

I tillegg er sammenhengen mellom behovsfaktorene og tjenesteforbruket kompleks, og dermed svært utfordrende å beskrive i en statistisk modell. Disse utfordringene gjør at man ofte begrenser analysene til å beskrive variasjonen kun etter å ha justert for alder og kjønn (SKDE, u.å.).

Et annet viktig punkt er hvordan man bestemmer at variasjonen er så stor at den er problematisk. I Riksrevisjonens undersøkelse (Riksrevisjonen, 2019), som benytter data fra de nasjonale helseatlasene (SKDE, u.å.), ser man på forholdstall mellom opptaksområdet som har det høyeste og laveste forbruket av en tjeneste justert for alder og kjønn. Dersom forholdstallet er mellom 2 og 4, er det stor variasjon. Dersom forholdstallet er over 4, er det svært stor variasjon. I begge tilfeller antar man at variasjonen ikke kan skyldes tilfeldigheter, og at det dermed indikerer uønsket variasjon.

For majoriteten av de spesifikke helsetjenestene som dekkes av helseatlasene, observerer man forholdstall over 2. Innenfor gynekologi er forholdstallet også over 4 for et flertall av tjenestene som er inkludert. Variasjonen kan like gjerne skyldes problematisk overforbruk som underforbruk av tjenester. Et eksempel er skulderkirurgi, der effekten sammenlignet med konservativ behandling er omdiskutert (Schröder mfl., 2017). I perioden 2015–2017 var raten for skulderkirurgi 5–7 ganger høyere i opptaksområdet

til Finnmarkssykehuset sammenliknet med Oslo-sykehusene Lovisenberg, Diakonhjemmet og OUS, justert for kjønn og alder. Dette kan indikere overforbruk i noen deler av landet.

Tilsvarende observerte man i samme periode dobbelt så høy rate av inngrep for grå stær i opptaksområdet til Helse Stavanger sammenliknet med Sykehuset i Vestfold, justert for kjønn og alder. Siden det ikke er kjent at forekomsten varierer mellom geografiske områder av Norge, kan man tenke seg at noe av variasjonen skyldes forskjeller i tilbud eller kapasitet innenfor den offentlige og private helsetjenesten i ulike deler av landet. I Stavangerområdet ble over 60 % av inngrepene utført i den offentlige tjenesten, mens dette var tilfellet for under 40 % av inngrepene i Vestfold. Dette kan indikere at det finnes problematisk underforbruk i noen deler av landet.

I de empiriske eksemplene som ble vist tidligere i dette kapittelet, er det imidlertid kun for modell 3 og 4 i analysen av innleggelser for hjerteinfarkt at vi får standardiserte rater med forholdstall over 2, riktignok ved å fokusere på variasjon over fylker og ikke opptaksområder.

Et tredje punkt som bør nevnes, er at variasjon noen ganger kan være berettiget, også etter å ha tatt hensyn til pasientenes medisinske behov. Fastlegene har ansvar for henvisninger til behandling og utredning i spesialisthelsetjenesten i Norge. Som nevnt i eksempelet med hjerteinfarkt, er det variasjon i legers henvisningspraksis (Blinkenberg mfl., 2023). Med andre ord kan henvisningene i seg selv være usikre, og det er uforklart variasjon i fastlegers henvisningspraksis mellom ulike deler av landet. Dette kan også påvirke den observerte variasjonen i forbruk av tjenester ved sykehusene (Godager, 2023).

Det vil da fremstå som variasjon som ikke kan forklares ut fra pasientenes medisinske behov, men denne variasjonen kan ikke reduseres ved å innføre tiltak på sykehusene. En annen bieffekt av variasjon i henvisningspraksis er at det kan påvirke andelen av de henviste i opptaksområdet som blir behandlet. Dette kan medføre at sykehuset som behandler den laveste andelen av befolkningen i opptaksområdet, i praksis behandler den høyeste andelen av de henviste for en gitt sykdom. Det er derfor usikkert om det er hensiktsmessig å øke antallet som blir behandlet ved dette sykehuset ytterligere, kun for å redusere variasjonen i forbruket mellom sykehusene totalt sett.

Siden sammenhengen mellom tilbud, etterspørsel og forbruk av sykehustjenester er så kompleks, er det vanskelig både å trekke presise konklusjoner om

hvor stor den uønskede variasjonen i tilgangen til sykehustjenester faktisk er, og å identifisere faktorer som til sammen forklarer mesteparten av variasjonen. Ideelt sett kunne man ønske en analyse der standardiserte rater i alle fylker var svært nær 100 (nasjonalt nivå), etter at man hadde justert for disse faktorene. Dersom det ikke gjenstår variasjon etter justering for behovsfaktorer, indikerer det likeverdig tilgang til tjenester. Dersom det ikke gjenstår variasjon etter justering for økonomiske, kulturelle eller tilbudsfaktorer, indikerer det hvilke områder man bør sette søkelys på for å sette inn tiltak som kan redusere variasjonen. Likevel er det, i klare tilfeller som man viser til i Riksrevisjonens rapport og helseatlasene, trolig lite sannsynlig at all variasjonen i forbruk lar seg forklare av behovsfaktorer. Slik sett tyder dette på at tilgangen til tjenester ikke er likeverdig i alle deler av landet. Eksemplene indikerer at dette like gjerne kan skyldes overforbruk av tjenester med begrenset nytteverdi som underforbruk av tjenester som følge av kapasitetsbegrensninger i helsetjenestene.

15.4 Oppsummering

Dette kapittelet undersøker om Norge oppfyller målet om likeverdig tilgang til sykehustjenester gjennom analyser av geografisk variasjon i tjenesteforbruk.

Sørge-for-prinsippet skal sikre likeverdig tilgang til nødvendige helse-tjenester uavhengig av bosted, sosioøkonomi eller andre individuelle faktorer. Prinsippet omfatter tilgjengelighet, kapasitet, kvalitet og samordning. Sammenhengen mellom tilbud, etterspørsel og forbruk er kompleks: Forbruket oppstår når etterspørsel møter tilbud, og ved balanse kan forbruk måle behov. Uønsket variasjon indikerer ulikheter i tilgang, mens variasjon basert på medisinske behov er akseptabel.

Kapittelet analyserer geografisk variasjon på fylkesnivå ved hjelp av data fra Norsk pasientregister og andre registre for 2019. To hovedeksempler undersøkes: somatiske sykehustjenester totalt og innleggelser for hjerteinfarkt (befolkning > 50 år). Metodisk estimeres standardiserte fylkesvise rater gjennom regresjonsmodeller som justerer trinnvis for: 1) alder og kjønn, 2) helsetilstand (18 komorbiditeter, tidligere tjenestebruk), 3) sosioøkonomiske faktorer og 4) tilbudsfaktorer (kapasitet, reisetid).

Variasjon i totalt forbruk av sykehustjenester er beskjeden (variasjonskoeffisient 7,5 % ujustert). Justering for alder/kjønn reduserer variasjon minimalt (7,0 %), mens ytterligere helseindikatorer har liten effekt (7,2 %). Sosioøkonomiske faktorer påvirker lite (7,4 %), men tilbudsfaktorer reduserer variasjon betydelig (5,0 %). Oslo og Finnmark viser størst endringer når tilbudsfaktorer inkluderes: Oslo går fra 12 % over landsgjennomsnittet til 1 % over, og Finnmark fra 13 % under til nær gjennomsnittet.

Variasjon for hjerteinfarktinnleggelser er større (variasjonskoeffisient 16,9 % ujustert). Helsetilstandsindikatorer reduserer variasjon til 14,2 %, men sosioøkonomiske faktorer har begrenset effekt (14,0 %). Tilbudsfaktorer reduserer variasjon til 10,2 %. Finnmark går fra 30 % over landsgjennomsnittet ujustert til 5 % over etter full justering, mens Oslo beveger seg fra 19 % under til 3 % over gjennomsnittet.

Variasjon i generelt sykehusforbruk er lav, men kan være større for spesifikke diagnoser. Tilbudsfaktorer forklarer noe av variasjonen, noe som indikerer at tilgang ikke utelukkende bestemmes av medisinske behov. Utfordringer inkluderer at det er vanskelig å fange opp alle behovsfaktorer, usikkerhet om hva som utgjør problematisk variasjon, og en kompleks årsakssammenheng. Riksrevisjonen definerer forholdstall > 2 som stor variasjon og > 4 som svært stor variasjon. Variasjon kan skyldes både over- og underforbruk av tjenester.

SPØRSMÅL OG OPPGAVER TIL KAPITTEL 15

1. Analyser de fire hovedelementene i sørge-for-prinsippet (tilgjengelighet, kapasitet, kvalitet og samordning). Hvordan kan geografisk variasjon i tjenesteforbruk indikere brudd på disse prinsippene?
2. Forklar sammenhengen mellom tilbud, etterspørsel og forbruk av sykehustjenester. Under hvilke betingelser kan forbruk brukes som mål på behov?
3. Sammenlign resultatene for somatiske tjenester totalt (tabell 17.1) og hjerteinfarktinnleggelser (tabell 17.2). Hvorfor er variasjonen større for hjerteinfarkt, og hva kan dette fortelle om ulike typer tjenester?
4. Analyser effekten av å justere for ulike faktorer i de fem modellene. Hvilke faktorer har størst betydning for å redusere geografisk variasjon, og hva indikerer dette?
5. Diskuter hvorfor Oslo og Finnmark viser størst endringer når tilbudsfaktorer inkluderes i analysene. Hvilke mekanismer kan forklare disse endringene?

6. Evaluer Riksrevisjonens kriterier for problematisk variasjon (forholdstall > 2 som stor, > 4 som svært stor variasjon). Er disse terskelverdiene hensiktsmessige, og hvilke andre kriterier kunne vurderes?
7. Vurder utfordringene med å skille mellom ønsket og uønsket variasjon i tjenesteforbruk. Hvilke metodiske og teoretiske problemer oppstår?
8. Analyser hvordan variasjon i fastlegers henvisningspraksis kan påvirke måling av likeverdig tilgang. Hvilke implikasjoner har dette for tolkning av geografisk variasjon?
9. Diskuter eksemplene med skulderkirurgi og grå stær-operasjoner nevnt i kapittelet. Hvordan kan man skille mellom overforbruk og underforbruk av tjenester?
10. Kritisk vurdering: I hvilken grad oppfyller Norge målet om likeverdig tilgang til sykehustjenester basert på analysene i kapittelet? Hvilke tiltak kunne vurderes for å redusere uønsket variasjon?

Del F

Komparative og internasjonale temaer

Vi avslutter med tre kapitler der vi beskriver helseforsikringer i andre land og utviklingen av EUs helsepolitikk.

I kapittel 16 og 17 trekker vi trådene tilbake til innledningskapittelet. Der etablerte vi et grunnleggende skille mellom forsikringsordninger som er skattebaserte og forsikringsordninger som er premiebaserte, og mellom ordninger som er obligatoriske og ordninger som er frivillige. Sosialforsikringsordningene er eksempler på ordner som er premiebaserte og obligatoriske. Disse beskrives nærmere i kapittel 16. Nederland er et spesielt interessant eksempel som får en nærmere presentasjon. I kapittel 17 beskriver vi premiebaserte og frivillige ordninger som i praksis beskrives som ordninger med privat helseforsikring. USA er her eksemplet vi benytter.

Helsepolitikk var opprinnelig ikke del av EU-samarbeidet, men gjennom regelverket for det indre marked og prinsippene om de fire friheter (fri bevegelse av varer, tjenester, personer og kapital), og domstolenes tolkning av dette, har EU blitt involvert på en rekke helsepolitiske områder, som regulering av mattrygghet, medisiner, medisinsk utstyr, yrkeskvalifikasjoner og

pasientrettigheter. Videre har truende hendelser og helsekriser opp gjennom EUs historie bidratt til å plassere helse høyt på EUs dagsorden, også på områder der EU ikke har bindende felles regelverk. Vi beskriver EUs helsepolitikk i kapittel 18.

Hagen, T. P. (2026). Sosialforsikringsmodeller. I T. P. Hagen, G. Godager, J. Kinge & E. Aas (Red.), *Organisering og finansiering av helse- og omsorgstjenester: En innføring* (s. 349–358). Fagbokforlaget. <https://doi.org/10.55669/oa180916>

16

Sosialforsikringsmodeller

Terje P. Hagen

Helseforsikringsordningene både i Norge og andre land startet som frivillige initiativer, gjerne anført av håndtverkerlaugene eller religiøse foreninger. I Norge spilte disse initiativene en mindre rolle enn i andre europeiske land. Hos oss var staten og kommunene tidlige deltakere i sykeforsikringskassene. På det europeiske kontinentet var frivilligheten sterkere, men også der kom det etter hvert statlige initiativer. Tyskland var først ute da rikskansler Bismarck innførte en nasjonal helseforsikringsordning i 1883 (16.1). Det tyske initiativet ga impulser til liknende ordninger i hele Europa på slutten av 1800-tallet og tidlig på 1900-tallet. Som vi så i kapittel 2, endret Storbritannia, de skandinaviske landene og landene i Sør-Europa modell fra en sosialforsikringsmodell til en skattebasert modell i løpet av etterkrigstiden, mens øvrige land beholdt hovedtrekkene i sosialforsikringsmodellen. I dag er det imidlertid noen forskjeller mellom landene med sosialforsikringsmodeller, blant annet når det gjelder antall forsikringsselskaper (16.2). Land med ett nasjonalt sosialforsikringsselskap har sterke likhetstrekk med de skattebaserte modellene.

Det har vært diskusjoner om hvor kostnadseffektive sosialforsikringsmodellene har vært, og Nederland gjennomførte i 2006 en reform i sitt sosialforsikringssystem som for det første innebar at alle måtte tegne helseforsikring, og for det andre at forsikringsselskapene skulle konkurrere om forsikringstakerne (16.3). Reformen, som er basert på omfattende ordninger for risikojustering av forsikringsselskapenes inntekter, har skapt stor interesse i øvrige sosialforsikringsland. Modellen har også et utjevnerende element ved at premiene er inntektsgraderte.

16.1 Sosialforsikringsordningenes kjerne

Kjernen i en sosialforsikringsordning er at både arbeidstakere og arbeidsgivere bidrar økonomisk. Arbeidstakernes bidrag blir trukket direkte fra lønnen, mens arbeidsgiverne bidrar med en prosentandel av lønnskostnadene. Premiene som betales fra begge parter, går inn til et forsikringsselskap eller en sykekasse. Sykekassen dekker utgifter forbundet med sykdom, enten som refusjoner til forsikringstakeren eller ved å finansiere helsetjenestene direkte. I de siste 10 årene har den siste modellen vært dominerende.

De tyske sosialforsikringsordningene, som ble etablert på slutten av 1800-tallet under ledelse av rikskansler Otto von Bismarck, gjorde denne typen ordninger til et obligatorisk system. Alle ble altså pålagt å tegne forsikring. I 1883 ble den første loven om obligatorisk helseforsikring (Gesetzliche Krankenversicherung) vedtatt. Deretter, i 1884, ble loven om arbeidsuførhets-trygd (Rentenversicherung) innført. Pensjonstrygden (Pensionversicherung) ble etablert i 1889, og var den første pensjonsordningen av sitt slag i verden. De tyske sosialforsikringsordningene ble utviklet for å balansere sosiale rettigheter for arbeidere og økonomiske forpliktelser for arbeidsgiverne, og hadde som formål å sikre et visst velferdsnivå for arbeidstakere. I tillegg var det viktig for Bismarck å dempe den sosiale uroen som fulgte med den raske industrialiseringen.

I dag finner vi sosialforsikringsmodeller i flere vesteuropeiske land – Belgia, Frankrike, Luxembourg, Nederland, Sveits, Tyskland og Østerrike. I tillegg har flere av de tidligere østeuropeiske landene etablert forsikringsmodeller med inspirasjon fra sosialforsikringsmodellene, blant andre Estland, Latvia, Litauen, Tsjekkia, Ungarn, Slovakia og Slovenia. Disse landene har imidlertid sterkere innslag av statlig styring enn de tradisjonelle sosialforsikringslandene.

Sosialforsikringsmodellene i Vest-Europa har i dag tre viktige kjennetegn (Saltman mfl., 2004):

- Det er private ordninger organisert nokså uavhengig av staten
- Ordningene er langt på vei selvregulerende
- Ordningene er stabile i betydningen at det skjer små organisatoriske endringer over tid

Saltman mfl. (2004) betrakter sosialforsikringssystemene som mer enn bare en samling institusjoner. Institusjonene fungerer heller som mellomledd, som den administrative utøvelsen av en rekke verdier som er dypt forankret i samfunnet som helhet og i historisk utviklede prinsipper om kollektivt ansvar og sosial solidaritet.

Legges det vekt på de strukturelle egenskapene ved sosialforsikrings-systemene, kan de følgende seks komponentene karakteriseres som kjernen i systemene (Hoffmeyer & McCarthy, 1994; Normand & Busse, 2002; Saltman mfl., 2004):

Risikouavhengige premier: Forsikringspremiene er knyttet til medlemmenes inntekt, vanligvis i form av en prosentandel av medlemmets lønn. Dette har to viktige implikasjoner. For det første er bidragene eller premiene ikke knyttet til medlemmets helsestatus. I tillegg er det slik at hvis et medlem har ektefelle og/eller barn, er de også automatisk dekket av samme inntektsrelaterte premie. For det andre samles premiene inn separat fra skattene og statsbudsjettet. Finansiering av helsesektoren er dermed beskyttet mot de politiske kampene som er iboende i offentlig budsjettering.

Sykekasser som betalere/kjøpere: Premiene samles enten direkte av sykekassene (Østerrike, Frankrike, Tyskland, Sveits) eller fordeles fra et sentralt statlig fond (Israel, Luxembourg, Nederland) til flere sykekasser (Belgia bruker begge metodene). Sykekassene er private ideelle organisasjoner som styres av et styre. Reguleringene sykekassene opererer under, er vanligvis etablert gjennom nasjonal lovgivning (Østerrike, Frankrike, Tyskland, Luxembourg, Nederland, Sveits) og/eller tett kontrollert gjennom statlig regulering. Sykekassene bruker inntektene fra medlemmenes premier for å finansiere tjenester tilbudt av ulike tilbydere (både private ideelle organisasjoner, private kommersielle og offentlig driftede).

Solidaritet i dekning, finansiering og forsikringspakke: Avhengig av land er det meste av befolkningen dekket av sosialforsikringssystemet. I land med mindre enn 100 prosent obligatorisk deltakelse er det vanligvis de høyest inntektsindividene som får tillatelse (Tyskland) til å kjøpe privat forsikring. Finansieringen for alle medlemmer jevnes ut enten innenfor nasjonale statlige fond (Israel, Nederland), innenfor regionale myndigheter (Østerrike) eller stiftelsesbaserte fond (Sveits), gjennom obligatoriske risikoutjevningsmekanismer (Belgia, Tyskland, Israel, Nederland) eller gjennom statlige tilskudd (Belgia, Frankrike). I alle disse åtte landene har alle innbyggere tilgang til den samme pakken av tjenester («basic benefit package»).

Pluralisme i aktører/organisatorisk struktur: Sosialforsikringssystemene varierer med hensyn til antallet og opprinnelsen til sykekassene. Bakgrunnen kan være i profesjonelle, geografiske, religiøse/politiske og/eller ikke-partiske organisasjoner. Nesten alle sykehus, uavhengig av eierskap, og nesten alle leger, uavhengig av hvordan de er organisert (enkeltpraksis, gruppepraksis osv.), har kontrakter med sykekassene og er en del av sosialforsikringssystemet.

Korporativ modell for forhandlinger, bred deltakelse: Forhandlinger om lønn og godtgjørelser skjer vanligvis på regional og/eller nasjonal basis, og styringsstrukturen for sykekassene er preget av bred deltakelse. Medisinske foreninger, sykehusforeninger og andre profesjonelle grupper har ofte også ansvar for beslutninger.

Individuelle valg av tilbydere og (delvis) sykekasse: Medlemmer av sykekasser kan vanligvis få helsehjelp fra nesten alle leger og sykehus. I seks av de åtte landene er det ikke nødvendig med henvisning for å få time hos en spesialist (Israel og Nederland er unntak). I økende grad kan medlemmene også velge å bytte sykekasse (unntak er Østerrike, Frankrike og Luxembourg).

Som oversikten antyder, er det noen forskjeller mellom landene. Forskjellene er ytterligere illustrert i Tabell 16.1, der vi har trukket ut fire land (Østerrike, Tyskland, Nederland og Sveits) og beskriver disse når det gjelder trekk ved systemene (Busse mfl., 2004).

Tabell 16.1

*Karakteristika ved utvalgte sosialforsikringssystem**

	Østerrike	Tyskland	Nederland	Sveits
Antall forsikringsorganisasjoner	20	> 100	12	60
Utgiftsdeling mellom arbeidsgiver/ arbeidstaker	Varierende	50/50	80/20	0/100
Valg av sykekasse	Ingen valgmuligheter	De fleste kan velge hver 18 måned	Alle kan velge hvert år	Alle kan velge 2 ganger per år

Kilde: Bearbeidet fra Busse mfl. (2004)

Antall forsikringsorganisasjoner eller sykekasser varierer over tid og har de siste 20 årene blitt kraftig redusert. Dette gjelder særlig i Tyskland, der det ved årtusenskiftet var om lag 330 ulike sykekasser. I Nederland har også antallet blitt redusert. I tillegg til fire store forsikringsorganisasjoner eksisterer en del mindre sykekasser som dekker spesielle regioner. Utgiftsdelingen mellom

arbeidstaker og arbeidsgiver er vanligvis 50/50, men i Sveits betaler arbeidstaker hele premien. Når det gjelder valgmulighetene, har disse økt over tid, men de er fortsatt begrenset, for eksempel i Østerrike.

I tillegg til premiene som betales av forsikringstakerne, eksisterer det visse skattesubsidier av helsetjenester i enkelte av landene. For eksempel dekkes investeringsutgifter til sykehusene av delstatene i Tyskland. I Nederland dekkes helseutgiftene til arbeidsledige av staten og finansieres av skatteinntekter.

16.2 Konkurransen – Nederland som eksempel

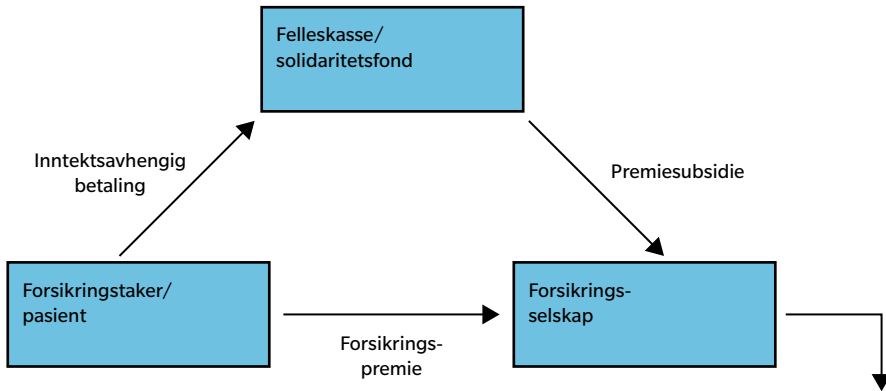
Nederland er et spesielt interessant sosialforsikringsland fordi det på en systematisk måte har forsøkt å indusere konkurranse mellom forsikringsselskapene (Schut & Van de Ven, 2005; van de Ven & Schut, 2008). Begrunnelsen var i utgangspunktet et ønske om å holde kostnadene nede.

Modellen man hadde før 2006, var basert på et forsikringssystem der offentlig forsikring var obligatorisk for store grupper (vel 60 %) av befolkningen, mens de øvrige kunne velge om de ville kjøpe privat forsikring eller ikke. Etter 2006 ble forsikring obligatorisk for alle grupper. Alle skulle da kjøpe forsikring hos konkurrerende private forsikringsselskaper. Tilbudet av tjenester ble bestemt av staten ved at det ble definert en grunnpakke (basic benefit package). Denne ga i utgangspunktet bred dekning av tjenester: legetjenester, sykehustjenester, medisiner, medisinsk utstyr, rehabilitering, forebygging, psykisk helsehjelp og tannhelse for barn (men ikke for voksne). Tannhelsetjenester for voksne kan anskaffes enten ved egenbetaling eller ved en egen tilleggsforsikring.

Staten åpnet altså opp for konkurranse mellom forsikringsselskapene. Forsikringsselskapene tilbyr ulike forsikringspakker til kundene. Den enkelte kan for eksempel velge mellom kontrakter med høye egenandeler, som gir lavere forsikringspremier. De kan også velge å inngå gruppekontrakter (for eksempel på arbeidsplassen), noe som gir rabatter. Videre kan de velge kontrakter der man fritt kan velge sykehus, eller der valgmulighetene er begrenset, m.m.

Figur 16.1

Pengestrømmer i det nederlandske sosialforsikringssystemet



Et grunnleggende problem ved konkurranse i forsikringsmarkeder er pasient-seleksjon (se boks). For å hindre dette inneholder systemet forbud mot diskriminering. Forsikringsselskapene er pålagt å godta alle søkere og kan ikke skille mellom forsikringstakere på grunnlag av alder, helsestatus eller andre faktorer. Dette sikrer i utgangspunktet at alle har lik tilgang til forsikring.

I tillegg differensieres forsikringsselskapenes inntekter basert på den forsikredes risikoprofil. Forsikringsselskapet får en premiesubsidie som reflekterer forsikringstakerens risikoprofil. En person med store behov gir større inntekter for selskapet enn en person med lavere behov.

Den forsikredes arbeidsgiver betaler inn til felleskassen basert på den forsikredes inntekt (inntektsavhengig betaling). Samtidig mottar lavinntektsgrupper og arbeidsledige subsidier slik at de klarer å betale forsikringspremiene. Dette omfatter om lag 50 % av inntektene til forsikringssystemet. I tillegg betaler den forsikrede selv inn til forsikringsselskapet (50 %) basert på den typen forsikring en velger (høye/lave egenandeler, stor/liten valgfrihet, osv.), men altså ikke avhengig av inntekt eller helsetilstand.

SELEKSJON

Seleksjon av pasienter er et grunnleggende problem i forsikringsmarkeder der forsikrings-selskapene konkurrerer om forsikringstakerne.

Insentivene for seleksjon til stede hvis: $C \neq SI$, der C = forventede kostnader ved behandling av pasienten og SI = bidrag til sosialforsikringen.

Helseøkonomen Randell Ellis (1993) beskriver tre former for pasientseleksjon:

Fløteskumming (cream skinning): Forsikringsselskapet forsøker å tiltrekke seg pasienter som krever lite ressurser samtidig som de gir høye bidrag.

Nedprioritering (skimping): En reduserer kvaliteten for pasienter som krever mye ressurser samtidig som de gir lave inntektsbidrag.

Unngå risikoutsatte pasienter (dumping): Unngå pasienter som krever mye ressurser samtidig som de gir lave inntektsbidrag.

Forsikringsselskapene inngår på sin side kontrakter med den enkelte leverandør av helsetjenester – både primærleger og sykehus. Pleie- og omsorgstjenestene er fortsatt et ansvar som ligger til kommunene.

Erfaringene fra de første årene etter reformen var at utgiftene til spesialisthelsetjenester økte. Forsikringstakerne var altså villige til å betale mer for helsetjenester for å redusere køene. I dag står Nederland foran mange av de samme problemene som vesteuropeiske land, med mangel på helsepersonell.

16.3 Oppsummering

Sosialforsikringsmodeller for helsevesen har sitt opphav i frivillige initiativer fra håndtverkerlauget og religiøse foreninger på 1800-tallet. Tyskland var pionerland da rikskansler Bismarck innførte verdens første nasjonale helseforsikringsordning i 1883, etterfulgt av arbeidsuførhetstrygd (1884) og pensjonstrygd (1889). Dette tyske initiativet spredte seg til hele Europa.

I dag finnes sosialforsikringsmodeller i flere vesteuropeiske land som Belgia, Frankrike, Luxembourg, Nederland, Sveits, Tyskland og Østerrike, samt i flere tidligere østeuropeiske land. Modellene kjennetegnes ved at de er private ordninger som er langt på vei selvregulerende og stabile over tid.

Sosialforsikringsmodellene er basert på seks hovedkomponenter:

1. Risikouavhengige premier – Premiene er knyttet til inntekt, ikke helsestatus, og dekker hele familien
2. Sykekasser som betalere/kjøpere – Private ideelle organisasjoner som samler inn premier og finansierer tjenester
3. Solidaritet i dekning – Mest mulig av befolkningen dekkes, med samme tjenestepakke for alle
4. Pluralisme i aktører – Ulike typer sykekasser med ulik bakgrunn og organisering
5. Korporativ forhandlingsmodell – Bred deltakelse i styring og forhandlinger
6. Individuelle valg – Medlemmer kan velge tilbydere og ofte også sykekaske

Nederland gjennomførte en omfattende reform i 2006 for å skape konkurranse mellom forsikringsselskaper og holde kostnadene nede. Hovedelementene var:

- Obligatorisk forsikring for alle – Fra 60 % obligatorisk dekning til 100 %
- Konkurranse mellom private forsikringsselskaper – Alle må kjøpe fra konkurrerende selskaper
- Standardisert grunnpakke – Staten definerer hvilke tjenester som skal dekkes
- Valgmuligheter – Kunder kan velge mellom ulike kontraktstyper (egenandeler, valgfrihet etc.)
- Antidiskrimineringsregler – Forsikringsselskaper må godta alle søkere
- Risikojustering – Selskapenes inntekter justeres basert på kundens risikoprofil
- Blandet finansiering – 50 % fra arbeidsgivere (inntektsavhengig), 50 % fra individuelle premier

Systemet inkluderer også subsidier til lavinntektsgrupper og arbeidsledige for å sikre at alle kan betale forsikringspremiene.

De første erfaringene viste at utgiftene til spesialisthelsetjenester økte fordi forsikringstakerne var villige til å betale mer for å redusere køer. Nederland står i dag overfor de samme utfordringene som andre vesteuropeiske land, med mangel på helsepersonell.

SPØRSMÅL OG OPPGAVER TIL KAPITTEL 16

1. Forklar hvordan sosialforsikringsmodellene for helsevesenet oppsto og utviklet seg fra slutten av 1800-tallet. Hvilken rolle spilte Bismarcks Tyskland i denne utviklingen?
2. Beskriv hovedkomponentene som karakteriserer sosialforsikringssystemer. Hvordan skiller disse systemene seg fra skattebaserte modeller?
3. Sammenlign sosialforsikringssystemene i Østerrike, Tyskland, Nederland og Sveits når det gjelder antall forsikringsorganisasjoner, utgiftsdeling og valgmuligheter. Hva kan forklare disse forskjellene?
4. Analyser hovedelementene i den nederlandske helseforsikringsreformen fra 2006. Hva var hovedmålene med reformen og hvordan skulle konkurranse bidra til å nå disse målene?
5. Forklar hvordan det nederlandske systemet håndterer problemet med pasientseleksjon og sikrer solidaritet samtidig som det tillater konkurranse mellom forsikringsselskaper.
6. Evaluer de første erfaringene med den nederlandske reformen. Hvilke utilsiktede konsekvenser oppsto, og hvilke utfordringer står Nederland overfor i dag?

Kinge, J. M. & Hagen, T. P. (2026). Private helseforsikringer. I T. P. Hagen, G. Godager, J. Kinge & E. Aas (Red.), *Organisering og finansiering av helse- og omsorgstjenester: En innføring* (s. 359–368). Fagbokforlaget. <https://doi.org/10.55669/oa180917>

17

Private helseforsikringer

Jonas Minet Kinge og Terje P. Hagen

I noen land er private forsikringer en primær kilde for å finansiere behandling for den arbeidsføre delen av befolkningen, ofte som en erstatning for offentlige helsetjenester. I andre land fungerer private forsikringer som et supplement til dekningen som allerede tilbys av de offentlige helsetjenestene. Men selv i land hvor private helseforsikringer dekker en relativt liten andel av de samlede helseutgiftene, kan de likevel få betydning for hvem som får behandling og når (Thomson mfl., 2020).

Merk at en helseforsikring skiller seg fra uføre- og livsforsikring, som skal dekke bortfall av lønn for den som ikke lenger kan jobbe, eller for deres pårørende.

I første avsnitt 17.1 beskriver vi nærmere hva privat helseforsikring er, og fem ulike roller som private helseforsikringer kan ta, og hvordan disse sameksisterer med offentlige helseforsikringsordninger. Vi fortsetter i avsnitt 17.2 med en diskusjon av samfunnsmessige konsekvenser av et marked for private forsikringer. Vi har så en del 18.3 hvor vi beskriver helseforsikring i USA.

Private tilleggsforsikringer i Norge er beskrevet nærmere i kapittel 2.

17.1 Privat helseforsikring

I utgangspunktet er målet med helseforsikring å beskytte mennesker mot uforutsigbare og iblant store økonomiske tap, som skyldes sykdom og skader. Dette gjøres ved å porsjonere ut økonomisk risiko over flere individer og over tid.

Forsikringstakeren som benytter seg av privat helseforsikring, betaler inn til et forsikringsselskap i perioder når forsikringstakeren er frisk. Disse innbetalingene kalles forsikringspremier og utgjør prisen på forsikringen. Om sykdom eller skade inntreffer, finansierer forsikringsselskapet hele eller deler av behandlingen på vegne av forsikringstakeren.

En forsikringsavtale som beskriver vilkårene, er formulert i en kontrakt som gir forsikringstakeren et forsikringsbevis. I tillegg til utgifter til behandling kan helseforsikringer også dekke utgifter forbundet med forebygging og rehabilitering.

Om forsikringen er privat organisert, finansieres den som regel av personen som er forsikret, deres arbeidsgiver eller en kombinasjon av begge. I noen land er helseforsikring, inkludert privat helseforsikring, regulert av lov og kan være obligatorisk for alle innbyggere. I andre land er den et frivillig tillegg, eller en erstatning, for offentlige tjenester. I land med et omfattende offentlig helsevesen kan privat helseforsikring gi tilleggsdekning for tjenester som ikke er inkludert i det offentlige tilbudet, eller gi raskere tilgang til noen typer behandling.

I land uten universell helsedekning, eller med et begrenset offentlig finansieringsansvar, er privat helseforsikring ofte den primære metoden for å finansiere helsetjenester for deler av befolkningen. I land med en høy andel offentlig finansiering og relativt lave egenandeler, som i Norge, utgjør privat helseforsikring gjerne et supplement til dekningen som allerede tilbys av det offentlige. For eksempel kan private forsikringer finansiere private tilbydere og dermed redusere ventetid, samt tilby et bredere utvalg av supplerende tjenester.

I noen «hybridsystemer», som Australia, tilbys en offentlig forsikring med mulighet for å tegne egen privat forsikring i tillegg. Helseforsikring i disse landene kan være obligatorisk til en viss grad, men private alternativer sørger for at innbyggerne har bedre valgmuligheter når det gjelder tilbydere og kvalitet. På denne måten kan private helseforsikringer ha ulike roller i helsetjenestesystemene. De kan være dominante, obligatoriske, substituerende, komplementære og supplerende (Mossialos & Thomson, 2002; Thompson & Mossialos, 2004; Pedersen, 2007):

- *Dominant*: I USA spiller private forsikringer en dominerende rolle, i hvert fall for befolkningen under 65 år, da disse ikke omfattes av offentlige forsikringsordninger. For denne gruppen har myndighetene i hovedsak overlatt finansiering av helsetjenester og helseforsikring til private aktører, og vi beskriver dette nærmere senere i kapittelet.
- *Obligatorisk*: Noen land har obligatorisk privat helseforsikring. Obligatorisk privat helseforsikring er ofte strengt regulert, slik som for eksempel i Sveits. Her er det blant annet åpen innmelding, slik at forsikringsselskaper ikke kan nekte å tilby forsikring. Det eksisterer også en standard minimumspakke av tjenester, og det er ikke fritt frem for forsikringsselskapene å bestemme forsikringspremiens størrelse.

- *Substituerende*: Denne typen private forsikringer dekker den delen av befolkningen i et land som er ekskludert fra offentlige forsikringsordninger, eller der grupper av individer ikke kan være medlem av både offentlig og privat forsikring, men må velge én av dem. Ofte brukes inntekt til å dele befolkningen inn etter forsikringsrettigheter. I Tyskland kan individer med høy inntekt velge å kjøpe en privat helseforsikring, i stedet for å være en del av sosialforsikringssystemet (Thomson mfl., 2020).
- *Komplementær*: Dekker tjenester som ikke er inkludert i den offentlige helseforsikringen, eller tjenester som ikke er fullt ut finansiert av det offentlige (i tilfeller med høy egenandel). Typisk kan dette være forsikringer som dekker tannhelsetjenester, briller, høreapparater osv.
- *Supplerende*: Når private helseforsikringer betegnes som supplerende, dekker de tjenester som også dekkes av den offentlige forsikringen. Slike private forsikringer øker valgmulighetene og vil typisk kunne gi adgang til raskere behandling, og i noen tilfeller adgang til bedre kvalitet. De fleste europeiske landene har denne typen private forsikringer.

17.2 Samfunnskonsekvenser av private helseforsikringer

I det følgende diskuterer vi mulige samfunnsmessige konsekvenser av et marked for private forsikringer. Strukturen og diskusjonen er basert på Grepperud (2018). Vi ser både på effekter på effektivitet og på konsekvenser for ulikhet og fordeling. Vi tar et samfunnsperspektiv ettersom vi er opptatt av effekter utover de som direkte vedrører forsikringstakerne. Grepperud (2018) og Thomson mfl. (2020) presenterer fem argumenter i favør og fire argumenter i disfavør av markeder for private helseforsikringer.

Fem argumenter i favør av et privat marked for helseforsikringer.

Økt offentlig finansiering: Privat helseforsikring kan bidra til overføringer av finansielle ressurser til offentlig sektor, hvis kollektive forsikringer utløser

arbeidsgiveravgift for virksomhetene og beskatning for arbeidstakere. Videre er det slik at de med privat forsikring bidrar til finansiering av offentlige utgifter generelt, og offentlige helseutgifter spesielt, gjennom skatter og avgifter. Siden de forsikrede både betaler premier og skatt – på samme måte som folk uten privat forsikring – kan de betraktes som «dobbelbetalende», eller som en gruppe som «subsidierer» de som konsumerer offentlig finansierte helsetjenester.

Redusert press på offentlige helsetjenester: Hvis de med private forsikringer forbruker private helsetjenester, og ikke offentlig finansierte helsetjenester, vil etterspørselen etter offentlige helsetjenester avta. Dette vil igjen frigjøre ressurser innen den offentlige helsetjenesten til bruk på andre pasientgrupper. En konsekvens, alt annet likt, er at ventetidene i offentlig sektor vil reduseres.

Produktivitets- og helsegevinster som følge av redusert ventetid: Hvis eksistensen av private forsikringer fører til raskere adgang til behandling, sammenliknet med det offentlige tilbudet, kan dette redusere lengden på sykefraværet for de sysselsatte. Det kan igjen føre til økt verdiskapning og reduserte utgifter til sykepenge.

Mer effektiv køforvaltning: For at et marked for private helseforsikringer skal kunne resultere i en mer effektiv køforvaltning, er det en forutsetning at det er rom for forbedring, altså at køene i den offentlige helsesektoren ikke allerede er effektivt forvaltet. I så fall kan det være at de private forsikringselskapene vil være i stand til å utnytte restkapasiteten i offentlig sektor, slik at gjennomsnittlig ventetid for dem som benytter seg av de offentlige tjenestene ikke øker, samtidig som denne sektoren utfører flere behandlinger.

Økt konkurranse: Dette argumentet ble i sin tid anvendt som forsvar for innføringen av skattefritaket for behandlingsforsikringer betalt av arbeidsgiver (Bondevik II-regjeringen i 2003). Det er flere mulige tolkninger av hva som ligger i dette argumentet. En mulighet er at økt valgfrihet (både mellom forsikringsselskaper og mellom tilbydere av helsetjenester) overfører makt til pasientene, og derigjennom gjør behandlerne på tilbudssiden mer lydhøre for pasientenes behov. En annen tolkning er at økt konkurranse har læringseffekter – altså at økt mangfold gir informasjon om mer effektive måter å organisere tjenestetilbudet på, noe som igjen vil gagne alle fremtidige brukere av slike tjenester.

Argumenter i disfavør av et privat marked for behandlingsforsikringer

Tap av helsepersonell i offentlig sektor: I den grad et privat forsikringsmarked stimulerer til økt aktivitet i privat sektor, kan dette redusere kvaliteten på og omfanget av de tjenestene som leveres av den offentlige helsesektoren. Dette kan skje ved at privat sektor, ved hjelp av høyere lønn eller bedre betingelser, lokker helsepersonell fra offentlig sektor over til privat sektor. Det vil – på kort sikt – bedre kapasitet og kvalitet i den «importerende sektoren» på bekostning av kapasitet og kvalitet i den «eksporterende sektoren». På lengre sikt kan man tilpasse seg ved å øke antall helsepersonell. I den grad tilgangen på ny arbeidskraft er begrenset i økonomien, kan slike effekter vedvare over tid.

Styrket privat eierskap: Et privat forsikringsmarked kan stimulere fremveksten av en privat sektor. Dette er lite ønskelig om man har sterke preferanser for en offentlig helsetjeneste.

Beslagleggelse av ressurser i det offentlige helsevesenet: I noen tilfeller kan forsikringsselskapene oppfylle sine behandlingsgarantier ved å allokere sine forsikringstakere til «et offentlig forløp». Det er blant annet argumentert for at fastlegene bruker (for mye) tid på å etterkomme de private forsikringsselskaperes krav til dokumentasjon. Det forekommer også at noen forsikrede, som har startet et «privat forløp», av ulike årsaker har blitt tilbakeført til «et offentlig forløp».

Ulikhet i tilgangen til helsetjenester: Et av de viktigste ankepunktene mot private helseforsikringer er at de kan øke ulikhetene i tilgangen til helsetjenester og dermed bidra til et «to-delt» helsevesen. Det er fortrinnsvis personer som jobber i privat sektor, eller personer med høy inntekt og formue – altså de rikeste og friskeste – som har private helseforsikringer. Disse får dermed ofte tilbud om raskere behandling (og eventuelt bedre behandling). I praksis kan private forsikringer derfor favorisere en gruppe individer som, langs dimensjoner som inntekt (betalingssevne) og helse, avviker fra individer som ikke har denne typen forsikring.

I tillegg til de overnevnte fire argumentene kan det være slik at jo flere private forsikringsselskaper, jo høyere unødvendig ressursbruk (effektivitetstap). Årsaken er at administrative kostnader da dupliseres, og at man dermed ikke utnytter eventuelle stordriftsfordeler slik tilfellet ville være ved en offentlig helseforsikring (monopol). På den andre siden vil økt offentlig finansiering gjennom økt bruk av skatter og avgifter skape vridningseffekter

i økonomien («skattekiller»), noe som påfører samfunnet et effektivitetstap (skattefinansieringskostnader).

17.3 Helseforsikring i USA

De føderale myndighetene i USA har typisk en mer begrenset rolle når det gjelder finansiering av helsetjenester og eierskap til helseprodusenter enn i de fleste europeiske land. De viktigste oppgavene amerikanske myndigheter har, er (Tikkanen mfl., 2020):

- Utarbeide lover og nasjonale strategier for helsesektoren
- Administrere og finansiere offentlige forsikringsprogrammer rettet mot eldre og lavinntektshusholdninger (Medicare og Medicaid)
- Regulere legemidler og medisinsk utstyr
- Støtte de føderale markedsplassene for privat helseforsikring.
- Tilby et ekstra tilbud av tjenester for enkelte grupper slik som militært personell, veteraner og urfolk.

Med et slikt begrenset ansvar er deler av befolkningen (i hovedsak yrkesaktive under 65 år) avhengig av private helseforsikringer. I det følgende beskrives de ulike offentlige forsikringsordningene som eksisterer i USA. Avslutningsvis følger en mer utfyllende beskrivelse av private helseforsikringer i USA.

USA har i prinsippet ikke universell helseforsikring. I 2023 hadde likevel rundt 93 prosent av befolkningen forsikring, noe som etterlater i overkant av 7 prosent av befolkningen uforsikret (Commonwealth Fund, 2026). Arbeidsgiverfinansiert helseforsikring utgjør en viktig del av forsikringene blant den arbeidsføre befolkningen, og ble introdusert i løpet av 1920-tallet. I 2018 var omtrent 55 prosent av befolkningen dekket av forsikring gjennom arbeidsgiver (Tikkanen mfl., 2020).

USA har også offentlige forsikringsprogrammer, og de to viktigste, *Medicare* og *Medicaid*, ble innført gjennom *Social Security Act* i 1965. For en samlet systemoversikt, se Tikkanen mfl. (2020) / Mossialos mfl. (2017). *Medicare* sikrer en rett til offentlig finansiert behandling for individer over

65 år og for individer under 65 år med bestemte funksjonshemninger. *Medicaid* og *Children's Health Insurance Program* dekker kostnadene for helsetjenester og medisiner for den fattigste delen av befolkningen.

Medicare deles inn i fire ulike programmer. Part A dekker sykehusutgifter, part B dekker legebesøk og annen behandling utenfor sykehus og inkluderer også en del reseptbelagte legemidler. Part A og B refereres ofte til som «the original Medicare». Man kan i tillegg melde seg inn i Part D, som er et alternativ for dekning av reseptbelagte medisiner. En annen mulighet er *Medicare Advantage*, også kalt *part C*. Part C er en Medicare-godkjent forsikring fra en privat tilbyder, som et alternativ til «Original Medicare». Part C-planene inkluderer Part A, B og vanligvis part D.

Medicaid skal dekke helsetjenester for lavinntektshusholdninger. Ordningen er behovsprøvd, noe som betyr at mottak av ytelsen er avhengig av en individuell vurdering av den enkeltes økonomiske situasjon. I dag dekker *Medicaid* 17,9 prosent av USAs befolkning. Ettersom dette er et program som er administrert av delstatene (ikke-føderalt) og basert på behovsprøving, varierer kriteriene for berettigelse på tvers av statene. Individer må søke om Medicaid-dekning og resertifisering årlig.

Children's Health Insurance Program (CHIP) ble opprettet i 1997 som et offentlig, statlig administrert program. Programmet ble utformet for å dekke uforsikrede barn i familier med moderate inntekter, men som har for høy inntekt til å kvalifisere for ytelser fra *Medicaid*.

Privat helseforsikring spiller en betydelig rolle i det amerikanske helsevesenet, og for omtrent to tredjedeler av amerikanerne (66 %) er privat forsikring deres primære kilde til finansiering av behandling (U.S. Census Bureau 2025). Ettersom de eldste, med de høyeste utgiftene, i stor grad er dekket av offentlige forsikringsprogrammer, var de med privat forsikring ansvarlig for en tredjedel (34 %) av de totale helseutgiftene i 2018. Brorparten av de private forsikringene (55 %) er betalt av arbeidsgiver, mens en lavere andel (11 %) er betalt på individuell basis (Commonwealth Fund, 2026).

Arbeidsgivere inngår ofte avtaler med private tilbydere for håndtering av forsikringsytelsene. De fleste arbeidsgiverbaserte helseforsikringene inkluderer både arbeidstakere og deres pårørende. Selv om det finnes forsikringer som er fullt ut finansiert av arbeidsgivere, er det vanligste at arbeidsgivere og ansatte betaler en andel av premien.

Affordable Care Act (ACA), også kjent som «Obamacare», introduserte en føderal markedsplass, HealthCare.gov, hvor enkeltpersoner kan kjøpe helseforsikring eller tannhelseforsikring fra private forsikringsselskaper. Delstatene har også muligheten til å etablere egne forsikringsmarkedsplasser. Hvilke tjenester som dekkes av private helseforsikringer, vil variere mellom tilbydere, og det er vanlig at enkelte tjenester utelates, f.eks. tannhelsetjenester. Likevel er det slik at *Affordable Care Act* stiller krav om at polisene som tilbys til enkeltpersoner og mindre bedrifter (med 50 eller færre ansatte) minst må inkludere dekning for følgende 10 kategorier av helsetjenester: allmennlegetjenester, akuttbehandling, sykehusbehandling, oppfølging og omsorg under graviditet og for nyfødte, psykiske lidelser og rus, reseptbelagte medisiner, rehabilitering, laboratorietjenester, forebyggende helsetjenester samt behandling og oppfølging av kroniske sykdommer og helsetjenester til barn (HealthCare.gov).

17.4 Oppsummering

Dette kapitlet beskriver private helseforsikrings rolle i ulike helsesystemer og deres samfunnsmessige konsekvenser. Private helseforsikringer kan ha fem forskjellige roller: dominante (som i USA), obligatoriske (Sveits), substituerende (Tyskland), komplementære (dekker tjenester ikke inkludert i offentlig system) eller supplerende (gir raskere tilgang til samme tjenester som leveres av det offentlige systemet).

Kapitlet presenterer argumenter både for og mot private forsikringsmarkeder. Fordelene inkluderer økt offentlig finansiering gjennom dobbelt-betalende forsikringstakere, redusert press på offentlige helsetjenester, produktivitetsgevinster ved kortere ventetider, mer effektiv køforvaltning og økt konkurranse. Ulempene omfatter tap av helsepersonell til privat sektor, uønsket styrking av privat eierskap, beslagleggelse av offentlige ressurser og økt ulikhet i tilgang til helsetjenester som kan skape et todelt helsevesen.

USA brukes som eksempel på et system hvor private forsikringer spiller en dominerende rolle for den arbeidsføre befolkningen under 65 år, mens eldre og fattige dekkes av offentlige programmer som Medicare og Medicaid.

Affordable Care Act (Obamacare) etablerte føderale markedsplasser for individuelle forsikringskjøp og standardiserte minimumskrav til dekning.

SPØRSMÅL OG OPPGAVER TIL KAPITTEL 17

1. Sammenlign de fem rollene private helseforsikringer kan ha i ulike land. Gi konkrete eksempler på hvordan hver forsikringstype fungerer i praksis.
2. Analyser argumentene for og mot private helseforsikringsmarkeder. Hvilke argumenter mener du er sterkest, og hvorfor?
3. Diskuter begrepet «dobbel-betalende» forsikringstakere. Er dette en rettferdig beskrivelse? Hvilke samfunnsøkonomiske implikasjoner har dette?
4. Vurder påstanden om at private forsikringer kan føre til et «todelt helsevesen». Hvilke faktorer kan forsterke eller redusere denne risikoen?
5. Sammenlign det amerikanske helsesystemet med det norske. Hvilke fordeler og ulemper ser du ved hver tilnærming?
6. Beskriv hvordan Affordable Care Act (Obamacare) forsøkte å balansere private markeder med offentlig regulering. Hvilke utfordringer kan slike hybridsystemer møte?

EUs helsepolitikk: indre marked, beredskap og kriserespons¹

Frode Veggeland²

-
- 1 Deler av kapittelet er basert på en framstilling som ble gjort av særlig pasientrettighetsdirektivet i en artikkel som tidligere er trykket i Michael 2017: 14: Supplement 19, 228–40. Framstillingen av dette er imidlertid oppdatert, revidert og justert basert på viktige utviklingstrekk siden 2017. Kapittelet er dessuten supplert med helt ny og aktuell tematikk gjennom beskrivelse og analyse av EUs styrking av samarbeidet om og kapasitet for helseberedskap og krisehåndtering. Kapittelet er skrevet innenfor rammen av prosjektet «Norge og EU i endring», som er et samarbeidsprosjekt mellom ARENA – Senter for Europaforskning ved Universitetet i Oslo og Norsk Utenrikspolitisk Institutt (NUPI) og som er finansiert av Utenriksdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet.
 - 2 Universitetet i Innlandet & NIBIO.

Dette kapittelet handler om hvordan EU (Den europeiske union) over tid har fått økt betydning i helsepolitikken, og hvordan denne utviklingen kan påvirke helsesystemer i Europa, inkludert det norske helsesystemet. For enkelhets skyld brukes betegnelsen EU konsekvent, selv om dette formelt sett først ble en betegnelse 1. november 1993, da Maastricht-traktaten trådte i kraft.

Helsepolitikk var opprinnelig ikke del av EU-samarbeidet. Gjennom regelverket for det indre marked og prinsippene om de fire friheter (fri bevegelse av varer, tjenester, personer og kapital), og domstolenes tolkning av dette, har EU likevel blitt involvert på en rekke helsepolitiske områder, som regulering av mattrygghet, medisiner, medisinsk utstyr, yrkeskvalifikasjoner og pasientrettigheter (Hervey & McHale, 2015; de Ruijter, 2019). I tillegg har truende hendelser og helsekriser opp gjennom EUs historie bidratt til å plassere helse høyt på EUs dagsorden, også på områder der EU ikke har bindende felles regelverk.

I tråd med at helse er kommet høyere på dagsorden, har EU etablert nye samarbeidsordninger, nye felles EU-regler og egne helseorganer på EU-nivå. EUs medlemsland har også inngått uforpliktende samarbeid og koordinering om folkehelse spørsmål, for eksempel knyttet til kampen mot kreft og antibiotikaresistens. Senere års grenseoverskridende «mega-kriser», som covid-19-pandemien og krigen i Ukraina, har bidratt til et nytt «løft» i styrkingen av helsesamarbeidet, særlig relatert til helseberedskap og krisehåndtering (Boin mfl., 2021, NOU 2024:7, Veggeland & Time, 2026).

Kapittelet analyserer EUs styrkede rolle i helsepolitikken og hvordan nasjonale EU-tilpasninger er blitt gjennomført i Norge som følge av dette, ikke minst gjennom EØS-avtalen (Avtale om Det europeiske økonomiske samarbeidsområde). EØS-avtalen er en avtale mellom EU på den ene siden og de tre EFTA (European Free Trade Association)-statene Norge, Island og Liechtenstein på den andre (det siste EFTA-landet, Sveits, er ikke del av EØS-avtalen).

Kapittelet belyser, på den ene siden, en utvikling som medlemslandene verken har forutsett eller opprinnelig ønsket, og på den andre siden en utvikling der medlemslandenes felles behov i møte med uforutsette hendelser og kriser har bidratt til økt samordning og koordinering. Europeisering av helsepolitikk kan dermed forstås både som en uforutsett og indirekte konsekvens av EUs traktatfestede markedsregulering og som en strategisk respons på behovet for felles krisehåndtering og kollektiv problemløsning. Nye bestemmelser i EUs

traktatverk har samtidig utgjort både et sett av begrensninger som har hindret en reversering av europeiseringen, og en plattform for EUs engasjement på helseområdet – til tross for at helsepolitikk fortsatt er et nasjonalt anliggende.

Problemstillingen er tredelt: 1) På hvilken måte har EU over tid blitt involvert i helsepolitikken? 2) Hvordan er norsk helsepolitikk, som tradisjonelt i liten grad har vært direkte berørt av forpliktende internasjonale avtaler, blitt tilpasset utviklingen i EU/EØS? 3) Hvordan kan utviklingen forstås som en «europeiseringsprosess», og hvilken betydning har denne prosessen for organisering og styring av helsepolitikken?

18.1 Europeisering, sti-avhengighet og krisedrevet styrking av helsesamarbeidet

At EU over tid har fått en stadig mer framtrædende rolle i helsepolitikken, kan betegnes som en europeiseringsprosess. I forskningen finner vi en rekke ulike definisjoner av og tilnærminger til fenomenet «europeisering» (Börzel & Risse, 2000; Börzel, 2002; Olsen, 2002; Featherstone & Radaelli, 2003; Radaelli, 2004; Ladrecht, 2010; Töller, 2010; Knill & Lehmkuhl, 2012; Sedelmeier, 2012).

Et viktig skille går mellom *nedenfra-opp-tilnærminger*, som fokuserer på hvordan medlemslandene, samt andre berørte parter, påvirker og former EUs politikk og institusjoner, og *ovenfra-ned-tilnærminger*, som fokuserer på hvordan EUs «output» (lover/regler, beslutninger, anbefalinger etc.) påvirker og «penetrerer» nasjonale styringssystemer. I kapitlet anvendes primært en ovenfra-ned-tilnærming til europeisering. Her framstår EUs institusjoner, politikk, lover og domsavgjørelser som «uavhengige variable» med potensial til å påvirke og endre nasjonal politikk og forvaltning (Olsen, 2002). Europeisering forstås dermed som en utvikling der EU, direkte eller indirekte, får styrket ansvar og en mer aktiv rolle i helsepolitikken, noe som igjen får konsekvenser for nasjonale helsesektorer – også for Norge, gjennom både EØS-avtalen og supplerende samarbeidsordninger.

Europeiseringsprosessen kan videre forstås på bakgrunn av to ulike endringslogikker. Den ene logikken er knyttet til sti-avhengighet og spill-over-effekter (Pierson, 2004). Dette handler om prinsipper og regler som på

ett tidspunkt er forhandlet fram i EUs avtaleverk (og EØS-avtalen), og som senere har lagt føringer og begrensninger på den videre politikk- og regelverks-utviklingen. Et eksempel er prinsippene om fri bevegelighet av varer, tjenester, personer og kapital (jf. «de fire friheter»), som ble nedfelt i Romatraktaten fra 1957, og som senere har fungert som et sett av begrensninger både for nye politiske initiativer i EU og for domstolenes tolkninger av regelverket.

Prinsippene om fri bevegelighet antas å ha begrenset og utelukket enkelte valg, og dermed skapt en sti-avhengig utvikling som har ledet politikken i en bestemt retning. Denne sti-avhengigheten antas videre å kunne få konsekvenser som det var vanskelig å forutse da Romatraktaten ble forhandlet fram, for eksempel ved å ha ringvirkninger også for helsepolitikken, som opprinnelig ikke var del av EU-samarbeidet (jf. også spill-over-effekter fra markedsregulering til helseregulering). Som vi kommer tilbake til senere i kapitlet, kan samarbeidet om grensekryssende helsetjenester ses i lys av en slik logikk.

Den andre endringslogikken er knyttet til ideen om krsedrevne endringer, dvs. at kriser og truende hendelser kan skape rom for å gjennomføre endringer som ellers ikke ville vært mulig. EUs historie er full av eksempler på at kriser er blitt etterfulgt av reformer som har styrket samarbeidet (Ferrara & Kriesi, 2022; Brooks mfl., 2023; Veggeland & Time, 2026). Den grunnleggende logikken er at krisesituasjoner skaper både høy grad av usikkerhet og et behov for og en forventning om at beslutningstakerne må handle raskt. Kriser kan dermed skape muligheter for sentrale aktører til å påvirke dagsorden og få gjennomslag for det som i en normalsituasjon ville vært oppfattet som lite realistiske initiativer. Som vi kommer tilbake til senere i kapitlet, kan de mange initiativene til å styrke helsesamarbeidet i EU i kjølvannet av covid-19-pandemien ses i lys av en slik logikk. Vi skal først redegjøre nærmere for hvordan helsesamarbeidet i EU har utviklet seg over tid.

18.2 EU-samarbeidet og helse

Bakgrunn

EUs opprinnelse kan spores tilbake til 1. januar 1958, da Roma-traktaten, som la grunnlaget for det europeiske økonomiske fellesskap (EEC), trådte i kraft.

Det grunnleggende formålet med Roma-traktaten var å legge grunnlaget for etablering av et indre marked mellom medlemslandene (som den gang var: Vest-Tyskland, Italia, Frankrike, Luxembourg, Belgia og Nederland), basert på fri bevegelse av varer, personer, tjenester og kapital («de fire friheter»). Planen var å etablere et felles marked gjennom å fjerne ulike nasjonale regler som kunne fungere som handelshindringer (deregulering), samtidig som man skulle utvikle nye felles, harmoniserte regler (reregulering).

Romatraktaten ga ikke grunnlag for harmonisering av verken medlemslandenes helsepolitikk eller helsesystemer (Geyer, 2011, s. 592). Den inneholdt likevel bestemmelser (i et eget kapittel om sosialpolitikk) som skulle sikre at arbeidstakere som oppholdt seg (midlertidig) i et annet medlemsland, skulle være sikret nødvendige velferdstjenester ved behov. Romatraktaten la i tillegg grunnlag for fri bevegelse av medisiner og medisinsk utstyr mellom landene (jf. fri flyt av varer) og for forenkling av godkjenningsprosedyrer relatert til helsefaglig utdanning (som skulle legge til rette for fri flyt av arbeidskraft).

Utover dette skjedde det ikke mye i det europeiske samarbeidet av betydning for helsepolitikken før initiativet til «fullføring» av det indre marked ble tatt på midten av 1980-tallet. På dette tidspunktet var EU utvidet med seks nye medlemsland: Storbritannia, Irland og Danmark (alle i 1973), Hellas (1981) og Spania og Portugal (begge 1986). I 1995 ble også Sverige, Finland og Østerrike medlemmer av EU. Senere er EU utvidet med en rekke land i Sør- og Øst-Europa (Polen, Tsjekkia, Slovakia, Ungarn, Slovenia, Malta, Kypros, Estland, Latvia, Litauen, Bulgaria, Romania og Kroatia). Brexit innebar at Storbritannia gikk ut av EU fra og med 31. januar 2020. Pr. 2026 har dermed EU 27 medlemmer.

Helsepolitikk som del av EUs arbeid med det indre marked

Arbeidet med å fullføre det indre marked bygde på Romatraktatens prinsipper om de fire friheter og innebar i praksis en ny giv når det gjaldt harmonisering av regelverk. En stor mengde nye harmoniserte bestemmelser ble vedtatt fram mot 31. desember 1992, da den formelle fristen for ferdigstilling av arbeidet var satt. I denne prosessen ble også helse satt på dagsorden. Man innså at når kompetanse og myndighet ble overført fra det enkelte medlemsland til EU-nivået, var det samtidig viktig å sikre at grunnleggende hensyn (som helse, sikkerhet osv.) fortsatt ville bli ivaretatt.

Faren var at markedshensyn kunne bli tatt på bekostning av helsehensyn, og at fri flyt av varer og personer på tvers av landegrensene også kunne bety fri flyt av helseproblemer (f.eks. matbårne sykdommer). Arbeidet med å fullføre det indre marked involverte derfor også regulering av helsehensyn. Sentralt i denne sammenheng var EUs rett til å vedta helserelaterte lover og regler som direkte kunne relateres til det indre marked (Vos, 1999; Greer, 2006; Mossialos mfl., 2010; van de Gronden mfl., 2011). Denne retten ble traktatfestet gjennom Artikkel 100A i Enhetsakten, som trådte i kraft 1. juli 1987. Artikkel 100A inneholdt en ambisjon om at EU skulle legge sterke helsehensyn til grunn for sin lovgivning, jf. paragraf 3: «The Commission, in its proposals envisaged in paragraph 1 concerning health, safety, environmental protection and consumer protection, will take as a base a high level of protection».

Helsehensyn ble dermed tatt eksplisitt inn i traktatverket, men da primært basert på logikken knyttet til regulering av det indre marked. EUs traktater utgjør det øverste nivået i EU-lovgivningen og fungerer i praksis som en form for «konstitusjonell lovgivning» (jf. Grunnloven i Norge) som legger de overordnede rettslige rammene for EU-samarbeidet.

Artikkel 100A la grunnlag for en videre styrking av EUs rolle i helsepolitikken (Vollaard mfl., 2015). Gjennom Maastricht-traktaten, som trådte i kraft i 1993, ble helsehensyn for første gang tatt inn i en egen «folkehelsebestemmelse» i Traktaten gjennom artikkel 129 (med tittelen «Public health»). Paragraf 1 i denne bestemmelsen sier følgende: «(...) the Community shall contribute towards ensuring a high level of human health protection by encouraging cooperation between the Member States and, if necessary, lending support to their action». EU la på denne måten opp til å spille en mer aktiv rolle i helsepolitikken, selv om det fortsatt var snakk om en tilbaketrukket rolle, primært i form av å «oppmuntre» til samarbeid og å «støtte opp om» tiltak.

Gjennom Amsterdam-traktaten, som ble undertegnet 1. oktober 1997 og trådte i kraft 1. mai 1999, ble artikkel 129 delvis videreført og delvis revidert, og fikk samtidig endret nummerering til artikkel 152. Noen av formuleringene ble gjort mer forpliktende, og det ble samtidig lagt opp til en utvidet rolle for EU i helsepolitikken. For eksempel stod det i paragraf 1 nå følgende (forfatters utheving): «A high level of human health protection shall be *ensured* in the definition and implementation of all Community policies and activities» (Vos, 2000, s. 235). EU skulle altså nå «sikre», ikke bare «bidra til» (jf. «contribute towards» i artikkel 129), at helsehensynet ble ivaretatt.

Artikkel 152 spesifiserte sykdommer og helseproblemer som EU-samarbeidet skulle omfatte, viste til at samarbeidet måtte håndtere alle helsemessige farer, og slo fast at EU skulle arbeide på grunnlag av en generell målsetting om å bedre folks helse. Artikkel 152 fikk også et nytt avsnitt – paragraf 5 – som bekreftet medlemsstatenes sentrale ansvar for helsepolitikken: «Community action in the field of public health shall fully respect the responsibilities of the Member States for the organization and delivery of health services and medical care» (Official Journal of the European Communities, 1997, s. 247).

Til tross for vektleggingen av medlemsstatenes ansvar illustrerer artikkel 152 at EU nå hadde fått en viktigere rolle å spille i helsepolitikken. Denne styrkede rollen kom ytterligere til uttrykk ved at det fra og med 1997 for første gang ble holdt regelmessige formelle møter mellom medlemslandenes helseministre i EUs ministerråd, og ved at det i 1999 ble etablert en egen helseadministrasjon på EU-nivå gjennom opprettelsen av et generaldirektorat for helse i Europakommisjonen (jf. DG Sanco – i dag DG Santé).

Artikkel 152 skiftet nummerering til artikkel 168 i Lisboa-traktaten, som trådte i kraft 1. desember 2009. Hovedinnholdet ble bevart, herunder formuleringer som ga et traktatfestet grunnlag for at EU/Europakommisjonen kunne spille en støttende og supplerende rolle overfor medlemslandene på helseområdet, inkludert håndtering av større helseproblemer og grenseoverskridende helsetrusler; jf. følgende formuleringer i artikkel 168:

- Paragraf 1: «Union action, which shall complement national policies, shall be directed towards improving public health (...) Such action shall cover the fight against the major health scourges, by promoting research into their causes, their transmission and their prevention, as well as health information and education, and monitoring, early warning of and combating serious cross-border threats to health»
- Paragraf 2: «The Union shall encourage cooperation between the Member States (...) and, if necessary, lend support to their action; (...) Member States shall, in liaison with the Commission, coordinate among themselves their policies and programmes; (...) The Commission may, in close contact with the Member States, take any useful initiative to promote such coordination»
- Paragraf 5: [the EU] «(...) may also adopt incentive measures designed to protect and improve human health and in particular to combat the

major cross-border health scourges, measures concerning monitoring, early warning of and combating serious cross-border threats to health»

Lisboa-traktaten ga videre EUs pakt om grunnleggende rettigheter («Charter of Fundamental Rights of the European Union»), som ble introdusert i 2000, status som primærrett på linje med traktatretten (Fredriksen, 2013). Artikkel 35 («Healthcare») i charteret sier følgende:

Everyone has the right of access to preventive health care and the right to benefit from medical treatment under the conditions established by national laws and practices. A high level of human health protection shall be ensured in the definition and implementation of all Union policies and activities.

EU fastslo på denne måten «retten til helse» som en grunnleggende rettighet for EU-borgerne med full rettslig status. Verken folkehelsebestemmelsen artikkel 168 eller EUs pakt om grunnleggende rettigheter er tatt inn i EØS-avtalen, men bestemmelsene har hatt betydning for tolkning av EU-retten og kan også ha betydning for tolkning av EØS-retten (Fredriksen, 2013). Det er usikkert hvor stor betydning denne forskjellen på EU og EØS i praksis vil ha etter hvert som helsespørsmål har fått en stadig viktigere plass på EUs dagsorden.

Selv om mye av utviklingen i EUs engasjement i helsepolitikken har vært relatert til regulering av det indre markedet, har dermed helsepolitikk og helseregulering over tid blitt løftet fram som et viktig samarbeidsområde, gjennom både forpliktende og ikke-forpliktende samarbeid.

Gradvis etablering av en egen helsepolitikk i EU

EU har på denne måten utviklet seg fra en svært begrenset involvering i helsepolitikk på 1960- og 1970-tallet, til dagens situasjon, der eksplisitte traktatbestemmelser gir grunnlag for både engasjement fra EU-organenes side og for mer utstrakt helsepolitisk samarbeid og koordinering mellom dagens 27 medlemsstater (de Ruijter, 2019). Folkehelsebestemmelsen (jf. artikkel 168) i Traktaten om Den europeiske unions funksjonsmåte (TEUF) gir imidlertid ikke noe klart grunnlag for at EU skal involvere seg i organisering, finansiering og styring av helsetjenester. Likevel har EU også på dette området

fått betydning over tid, men da primært som en (indirekte) konsekvens av reguleringen av det indre marked for å sikre de fire frihetene.

Utviklingen av EUs regler for grensekryssende helsetjenester illustrerer dette (se under) (Wisnar mfl., 2011; Greer, 2013; Greer mfl., 2013; Nordeng & Veggeland, 2020). Videre har senere års kriser bidratt til å utvide og styrke EUs engasjement på områder som tidligere har fått mindre oppmerksomhet, og som faller utenfor det indre markedet og de fire frihetene. Utviklingen i EUs samarbeid knyttet til grensekryssende helsetrusler, helseberedskap, krisehåndtering og kriserespons illustrerer dette (se under) (Anderson mfl., 2021; Beaussier & Cabane, 2020; Boin mfl., 2021; Brooks mfl., 2023; NOU 2024:7; Veggeland & Time, 2026).

18.3 EUs pasientrettighetsdirektiv – inn i helsepolitikkenes kjerne

Med utgangspunkt i Romtraktatens bestemmelser om fri flyt av arbeidskraft og traktatens kapittel om sosialpolitikk etablerte EU allerede i 1958 regler som skulle sikre rettigheter til velferdstjenester ved opphold i andre EU-land (grensekryssende arbeidskraft etc.) (jf. EU Social Security Coordination) (NOU 2024:7). Reglene er senere blitt revidert flere ganger. Ordningen (jf. trygdeforordningen) omfatter i dag både EU og EFTA (Island, Liechtenstein, Norge og Sveits), og er relevant i tilfeller der personer har tilknytning til mer enn ett land, via bosted, arbeid, pensjon, forsørger etc.

I denne sammenheng er det europeiske helsetrygdekortet viktig. Helsetrygdekortet har anvendelse i tilfeller der behovet for helsehjelp oppstår under midlertidige utenlandsopphold. Poenget er at folk som midlertidig oppholder seg i et annet EU- eller EFTA-land, skal ha krav på den samme helsehjelpen som innbyggerne i det aktuelle landet. Det er viktig å merke seg at typen helsehjelp som tilbys, hvilke utgifter det offentlige dekker, eventuelle krav om egenandeler etc., bestemmes på grunnlag av de vilkår som gjelder i det landet man oppholder seg i. Ordningen gjelder dessuten kun offentlige helsetjenester.

Pasienten behøver ikke selv legge ut for behandlingen (utover eventuelle egenandeler). Utgiftene blir refundert i ettertid av hjemlandets myndigheter til det landet der behandlingen ble gjennomført. Denne ordningen har som nevnt eksistert i ulike former over lang tid. Den er primært innrettet mot *ikke-planlagte behandlinger* (jf. behov for øyeblikkelig helsehjelp ved opphold i et annet land) og mot de behov for helsehjelp arbeidstakere har når de jobber i et annet EU-land. Når det gjelder planlagte reiser for å få behandling i utlandet, har nasjonale myndigheter i all hovedsak krevd forhåndsgodkjenning og dessuten vært svært restriktive med å refundere utgifter.

På slutten av 1990-tallet ble reglene for grensekryssende helsetjenester i Europa utfordret, da flere saker relatert til dette området ble brakt inn for både nasjonale domstoler og for EU-domstolen (Nordeng & Veggeland, 2020). Et av de prinsipielt viktige spørsmålene som kom opp for domstolene, var om pasienter hadde rett under EU-regelverket til å få refundert (også uten forhåndsgodkjenning) utgiftene til en planlagt helsebehandling i et annet land. Gjennom de ulike domstolsavgjørelsene ble det klart at forhåndsgodkjenning i denne sammenheng kunne betraktes som en barriere mot fri flyt av pasienter og helsetjenester, og derfor måtte vurderes opp mot traktatfestede bestemmelser relatert til de fire friheter.

Domstolsavgjørelsene åpnet dermed opp for at pasienter i EU uten forhåndsgodkjenning kunne velge å foreta en planlagt behandling i utlandet og samtidig kreve utgiftene refundert av egne myndigheter (så lenge behandlingen var i tråd med rettighetene til helsehjelp som gjaldt i eget land). Det ble samtidig klart at helsetjenester måtte betraktes som en rettslig del av det indre markedet, noe medlemslandene ikke hadde betraktet som selvsagt.

Domstolsavgjørelsene kom som en overraskelse på EUs medlemsstater. Medlemsstatene så dermed faren for at EUs traktatbestemmelser kunne gripe direkte inn i kjernen av helsepolitikken, herunder regulering av rettighetsfestede helsetjenester. EU tok derfor initiativ til å utarbeide nye regler for grensekryssende helsetjenester som var ment å klargjøre og avgrense landenes plikter og pasientenes rettigheter. Initiativet resulterte i EUs pasientrettighetsdirektiv fra 2011 (Greer, 2006; Greer mfl., 2013; Vollard & Martinsen, 2014; Nordeng & Veggeland, 2020). Medlemslandene fikk en frist til 25. oktober 2013 med å innarbeide direktivet i nasjonal rett.

Medlemslandene ga ikke uttrykk for at de ønsket at EU skulle få økt innflytelse på reguleringen av grensekryssende helsetjenester.

Pasientrettighetsdirektivet kom derfor først og fremst som et resultat av EU-domstolens vurdering om at grensekryssende helsetjenester måtte betraktes som del av EUs indre marked. Med dette som utgangspunkt anså medlemslandene at de ville ha større innflytelse ved å delta i utformingen av pasientrettighetsdirektivet enn ved å overlate den videre utviklingen til nye domstolsavgjørelser.

EUs pasientrettighetsdirektiv er et forsøk fra EUs side på å skape mer forutsigbare regler for bruk av grensekryssende helsetjenester. Direktivet forsøker samtidig å balansere hensynet til nasjonale helsesystemer på den ene siden med pasienters rettigheter til behandling i utlandet på den andre. Direktivet gir pasientene rett til å få refundert utgifter til ikke-sykehusbehandling (eller sykehusbehandling som ikke krever overnatting) i utlandet uten forhåndsgodkjenning. Pasientene har også rett til å få refundert sykehusbehandling i utlandet, men her åpner direktivet for at landene kan stille krav om forhåndsgodkjenning etter nærmere spesifiserte vilkår. Også svært kostbare eller svært spesialiserte helsetjenester kan underlegges forhåndsgodkjenning.

Det er viktig å understreke at pasientenes rettigheter er basert på de kriterier og de vilkår (jf. type behandlinger pasientene har krav på å få dekket utgiftene til, størrelse på kostnadene forbundet med behandlingen etc.) som gjelder i pasientenes hjemland. For eksempel: Hvis utgifter til tannlegjetjenester ikke dekkes gjennom hjemlandets helsesystem, så vil de i henhold til pasientrettighetsdirektivet heller ikke dekkes ved behandling i utlandet. Pasientenes rett til å få refundert utgifter til behandling i utlandet under direktivet omfatter med andre ord kun de samme helsetjenester de ville hatt krav på å få dekket i hjemlandet.

Pasientrettighetsdirektivet omfatter både somatisk og psykiatrisk behandling. Videre kan pasientene velge om de vil bruke et privat eller offentlig helse tilbud. I praksis åpner dermed direktivet for en form for fritt behandlingstilbud for pasienter som velger å bruke helsetjenester i utlandet. Medlemsstatene pliktes å etablere ett eller flere nasjonale kontaktpunkt («National Contact Points») som har ansvar for å gi relevant informasjon til pasienter og andre lands kontaktpunkter om muligheter og rettigheter knyttet til grensekryssende helsetjenester. Direktivet viser til at medlemsstatene skal unngå å etablere administrative prosedyrer som kan virke diskriminerende og begrense muligheten til å benytte behandlingstilbud i utlandet, og legger samtidig opp

til at medlemsstatene skal samarbeide for å sikre et godt og trygt tilbud av helsetjenester på tvers av landegrensene.

Pasientrettighetsdirektivet representerer et veiskille i utviklingen av EUs helsepolitikk ettersom det berører helsepolitiske områder som medlemsstatene faktisk ikke trodde ville bli berørt av EU-regelverket. Direktivet var den første EU-lovgivningen som eksplisitt grep inn i kjernen av helsepolitikken og innebærer, men da under forutsetning av at pasientene i stor grad og stort omfang benytter sine nye rettigheter, at helsesystemene i Europa kan utsettes for endringspress. Direktivet er omfattet av EØS-avtalen og berører derfor også Norge.

18.4 EUs styrking av beredskap og krisehåndtering

Styrking av EUs helseberedskap over tid

Fram til 1990-tallet var EUs samarbeid om både helsepolitikk generelt og helseberedskap og kriserespons spesielt svært begrenset. En rekke helserelaterte kriser og truende hendelser siden 1990-tallet har så fått betydning for EUs initiativ til å styrke helsesamarbeidet. Utviklingen av dette samarbeidet har på denne måten i stor grad vært kriedrevet.

Kugalskapkrisen på 1990-tallet bidro både til å styrke lovverket på helseområdet, gjennom blant annet den nye folkehelsebestemmelsen i Amsterdamtraktaten (jf. art. 152 – nå art. 168) og en ny felles matlov, og til etableringen av nye helseorganer på EU-nivå, jf. Europakommisjonens generaldirektorat for helse (DG Sanco – nå DG Sante) i 1999 og en felles myndighet («EU agency») for næringsmiddeltrygghet (European Food Safety Authority – EFSA) i 2002 (Ugland & Veggeland, 2006; Vos, 2000).

Tidligere (i 1995) hadde EU etablert det europeiske legemiddelbyrået (i dag: European Medicines Agency – EMA) som del av legemiddelsamarbeidet i det indre marked. På oppfordring fra EUs helseministre etablerte EU i 2001 Helsesikkerhetskomiteen (EU Health Security Committee). Denne skulle fungere som en uformell rådgivende komité på EU-nivå knyttet til viktige helsespørsmål. I 2005 etablerte EU et eget smittevernbyrå (European Centre for Disease Prevention and Control – ECDC), delvis som en respons

på utbrudd av den alvorlige og akutte luftveisinfeksjonen SARS og den etterfølgende trusselen om en mulig pandemi med store negative helsekonsekvenser. I 2013 ble helsesamarbeidet i EU styrket gjennom et nytt regelverk for felles innsats mot alvorlige grensekryssende helsetrusler. En viktig bakgrunn var EUs nylige erfaringer med helserelaterte trusler som svineinfluensaen i 2009, askeskyen på Island i 2010 og større utbrudd av E. coli i Tyskland i 2011 (NOU 2024:7). Det nye regelverket omfattet en rammeavtale for felles anskaffelser av såkalte «medisinske mottiltak», som for eksempel kan dreie seg om respiratorer, kritiske medisiner, beskyttelseshansker og munnbind. Reglene innebar også at Helsesikkerhetskomiteen ble formalisert som en fast ordning. Dermed styrket EU sin institusjonelle kapasitet for koordinering på helseområdet. Koordineringskapasiteten ble ytterligere styrket gjennom etablering av en politisk koordineringsmekanisme (IPCR – Integrated Political Crisis Response) i 2013.

EUs styrking av helseberedskapen kom i tillegg til (og var inspirert av) EUs ordning for sivil beredskap (UCPM). Ordningen ble etablert som en ad hoc-ordning i 2001 og ble senere styrket og formalisert gjennom en ny EU-beslutning i 2013 (NOU 2024:7). UCPM omfatter også samarbeid om helserelaterte trusler, for eksempel ved at deltakerland kan stille eget medisinsk personell og utstyr til disposisjon for et annet land i en krisesituasjon. Dette skjedde blant annet under covid-19-pandemien, da Nord-Italia tidlig opplevde massive smitteutbrudd. Det er viktig å understreke at både EUs ordning for sivil beredskap og EUs felles innsats mot grensekryssende helsetrusler i hovedsak har vært basert på frivillighet. Også land som ikke er medlemmer av EU, som kandidatland og EFTA/EØS-land (Norge, Island, Liechtenstein), har deltatt – helt eller delvis – i sentrale elementer av disse ordningene.

EUs helseunion og styrking av beredskap og krisehåndtering som respons på covid-19

Covid-19-pandemien skulle vise seg å ha stor betydning for EUs videre helsesamarbeid. I tråd med EUs begrensede myndighet i helsepolitikken lå ansvaret for pandemihåndteringen i hovedsak hos EUs medlemsland. I starten av pandemien – i 2020 – så man også stor variasjon i krisehåndteringen i de ulike medlemslandene. Utover i pandemien ble likevel samarbeidet og samordningen mellom landene styrket. Dette kom blant annet til uttrykk

gjennom koordinering i relevante EU-fora, som Helsesikkerhetskomiteen og EUs politiske krisemekanisme IPCR i Rådet, felles støtteordninger for næringsliv som var rammet av pandemien, felles anskaffelser av vaksiner og medisinsk utstyr, felles (frivillige) anbefalinger knyttet til smitteverntiltak og etablering av EUs felles koronasertifikat som kunne sikre at vaksinerte personer kunne bevege seg fritt på tvers av landegrensene (NOU 2024:7). EUs smittevernbyrå fikk dessuten en mer framtrædende rolle knyttet til faglige råd og anbefalinger underveis i pandemien – en rolle som delvis gikk lenger enn hva det formelle mandatet som var tillagt byrået, skulle tilsi (Deruelle & Engeli, 2021).

Covid-19-pandemien synliggjorde den gjensidige avhengigheten mellom EUs medlemsland. Restriktive nasjonale tiltak, som innreiserestriksjoner og forstyrrelser i forsyningslinjene innenfor det indre marked, kunne for eksempel få store negative konsekvenser for andre medlemsland. Pandemien synliggjorde også det enkelte lands sårbarhet ved å stå alene under en massiv grenseoverskridende krise. Behovet for felles beredskapslagre og produksjonskapasitet, for eksempel relatert til legemidler og smittevernutstyr, og behovet for ordninger som kunne sikre felles anskaffelser av vaksiner og medisinsk utstyr i en krisesituasjon, illustrerer dette. Slike erfaringer bidro til at det etter pandemiens utbrudd ble tatt en rekke initiativer for å styrke EUs helsesamarbeid generelt og samarbeid om helseberedskap og kriserespons spesielt (Boin mfl., 2021; Veggeland & Time, 2026).

Høsten 2020 lanserte Europakommisjonen en plan med en rekke initiativer for å styrke EUs helsearbeid, som samlet gikk under betegnelsen EUs helseunion («European Health Union»). Europakommisjonens president Ursula von der Leyen uttalte i denne sammenheng blant annet følgende:

Our aim is to protect the health of all European citizens. The coronavirus pandemic has highlighted the need for more coordination in the EU, more resilient health systems, and better preparation for future crises. We are changing the way we address cross-border health threats. Today, we start building a European Health Union, to protect citizens with high quality care in a crisis, and equip the Union and its Member States to prevent and manage health emergencies that affect the whole of Europe. (European Commission 2020).

Tiltakene som fulgte i kjølvannet av initiativet til etablering av en helseunion, kan plasseres innenfor fire hovedområder (NOU 2024:7; Veggeland & Time, 2026). For det første etablerte EU nye regler som tok sikte på å styrke EUs legemiddelbyrå (EMA) og EUs smittevernbyrå (ECDC), ikke minst i forbindelse med den rollen de skal spille mht. beredskap og krisehåndtering. For ECDC omfatter tiltakene blant annet styrking av kapasitet for både overvåking av smittsomme sykdommer og for planlegging, rapportering og inspeksjon, samt utvidet myndighet til å utstede ikke-bindende anbefalinger. Det er videre etablert en EU Health Task Force i ECDC som kan bistå medlemsland i krisehåndtering. EMA har fått styrket mulighet til å innhente informasjon og data fra markedsaktører og medlemsland, og økt kapasitet for å sikre forsyning av medisiner. Videre er det etablert en egen Emergency Task Force i EMA som kan fungere som en støttefunksjon i reguleringsaktivitetene under helsekriser, som for eksempel en pandemi.

For det andre har EU etablert *en ny helseberedskaps- og krisehåndteringsmyndighet* – DG HERA – som del av Europakommisjonen. HERA har ansvar for å hindre, oppdage og reagere på helsekriser, blant annet ved å koordinere og sikre utvikling, produksjon, anskaffelse og distribusjon av nødvendige varer og utstyr som kan dekke EUs behov i en krisesituasjon.

For det tredje har EU styrket lovgivningen gjennom *en ny forordning om alvorlige grensekryssende helsetrusler* (European Union, 2020). Den nye lovgivningen innebærer blant annet krav om nasjonale planer og transparente rapporteringssystemer i forbindelse med grenseoverskridende helsekriser, styrking av integrerte overvåkingssystemer, styrking av kapasitet for risikovurderinger relatert til helsetrusler, styrking av kapasitet for koordinert kriserespons på EU-nivå gjennom Helsesikkerhetskomiteen, og en forbedret ordning for å identifisere og respondere på helsekriser.

For det fjerde har EU styrket innsatsen knyttet til forskning og kunnskapsoppbygging, ikke minst forbundet med helseberedskap, gjennom helseprogrammet EU4Health. En viktig begrunnelse for denne satsingen var at covid-19-pandemien hadde avdekket klare sårbarheter i nasjonale helsesystemer. Målet er at medlemslandene gjennom felles kunnskapsoppbygging kan bidra til sterkere, mer motstandsdyktige, fleksible og tilgjengelige helsesystemer i Europa med tanke på å håndtere langsiktige helseutfordringer (European Union, 2021).

Styrking av helsesamarbeidet i EU inngår i en bredere satsing på «strategisk autonomi» og totalberedskap. EU har i tråd med dette utarbeidet strategier med sikte på å redusere sin avhengighet av andre land på kritiske områder – som legemidler og avansert teknologi – både ved å styrke egen produksjonskapasitet, bygge opp felles beredskapslagre, og sikre kritiske og særlig viktige forsyningslinjer. Satsingen er ytterligere prioritert som følge av krigen i Ukraina, den geopolitiske situasjonen og økt usikkerhet knyttet til relasjonen med USA.»

I 2020 utarbeidet EU en legemiddelstrategi med sikte på å styrke kapasiteten og konkurranseevnen til europeisk legemiddelindustri, så vel som forsyningssikkerheten for medisiner (Veggeland & Time, 2026). Senere fulgte flere beredskapsstrategier av betydning for helsesamarbeidet. Ninistö-rapporten fra 2024, som ble utarbeidet av Finlands tidligere president Sauli Niinistö på oppdrag fra kommisjonspresident Ursula von der Leyen, utgjorde et viktig kunnskapsgrunnlag for disse strategiene. Rapporten understreket blant annet at sikkerhetshensyn måtte legges til grunn for videre politikktutforming og aktiviteter på tvers av sektorer og politikkområder innenfor en totalberedskapsramme (Niinistö, 2024). Styrking av helsesamarbeidet skulle dermed skje i tråd med en sektorovergripende felles sikkerhetsstrategi.

I mars 2025 presenterte EU en ny beredskapsstrategi («EU Preparedness Union Strategy»). Her understreket EU behovet for å utvikle et trygt og motstandsdyktig EU, med tilstrekkelig kapasitet til å håndtere et mangfold av farer og trusler (Veggeland & Time, 2026). Strategien fremhevet også behovet for styrket koordinering på tvers av sektorer, land og styringsnivåer. Videre ble det understreket at medlemsstatene bør forplikte seg til å vise solidaritet og hjelpe hverandre i alle typer kriser, herunder menneskeskapte og naturskapte helsekriser.

I forlengelse av den generelle beredskapsstrategien presenterte Europakommisjonen to nye strategier for helseberedskapen i 2025: EUs strategi for beredskapslagre og EUs strategi for medisinske mottiltak (Veggeland & Time, 2026). EUs strategi for beredskapslagre har en tverrsektoriell og helhetlig tilnærming og dekker alt fra prognoser og overvåking av forsyningskjeder til lagerstyring og distribusjon. EUs strategi for medisinske mottiltak skal sikre produksjon og tilgjengelighet av livreddende kritisk medisinsk utstyr. Strategien nevner i den sammenheng blant annet utvikling av innovative vaksiner og medisiner, styrking av overvåkingen av medisinske mottiltak og

beredskapsplaner, styrking av forskning, innovasjon og investering i medisinske tiltak, og forbedring av tilgangen til medisiner gjennom felles anskaffelser og støtte til laboratorier.

Den 28. november 2025 presenterte Europakommisjonen en strategi som omhandler EUs forebyggings-, beredskaps- og responsplan for helsekriser. Denne planen skisserer et rammeverk for å forebygge, forberede seg på, reagere på og komme seg etter helsekriser. EUs organer og medlemsstater skal gjennom koordinerte tiltak bidra til økt sikkerhet i møte med alvorlige, grensekryssende helsetrusler (European Commission, 2025). Planen har forordningen om grensekryssende helsetrusler som utgangspunkt og anses som relevant for Norge gjennom EØS-avtalen – EFTA/EØS-statene er da også eksplisitt nevnt i strategien.

Før årsskiftet 2025/2026 presenterte Europakommisjonen en omfattende pakke med helseinitiativer (Stortinget, 2026). Denne «helsepakken» omfatter blant annet forslag til ny bioteknologiforordning (Biotechnology Act), som skal styrke forskning om og produksjon av bioteknologi og sikre høye standarder for helse, sikkerhet og etikk. Den omfatter også forslag til forordning for å forenkle regelverket for medisinsk utstyr og en strategi for hjerte- og karhelse. Lovforslagene i «helsepakken» var merket EØS-relevante og er rettet mot tiltak for å bedre folkehelsen i Europa og sikre den europeiske helsesektorens robusthet og konkurransekraft.

De ulike helseberedskapsstrategiene og helseinitiativene inngår i EUs arbeid med å styrke sin *strategiske autonomi* gjennom å redusere avhengigheter og sårbarheter. EUs helsepolitikk plasseres dermed innenfor en tydeligere samfunnssikkerhetsramme som del av EUs totalberedskap. I tråd med dette har nye EU-initiativ vært rettet mot å styrke EUs «evne til å verne seg mot og håndtere hendelser som truer grunnleggende verdier og funksjoner og setter liv og helse i fare» (Regjeringen.no). Erfaringene fra de mange krisene i senere år har både bidratt til å avdekke det enkelte lands sårbarheter og, i tråd med dette, til å endre nasjonale strategiske prioriteringer i retning av styrket helsesamarbeid på EU-nivå.

De overordnede målsettingene for EUs helsesamarbeid har i senere år vært at samarbeidet skal styrke kapasiteten for helseberedskap og kriserespons, at Europas helsesystemer skal styrkes, at beskyttelsen av folkehelsen skal bedres, og at sårbarheter og avhengigheter generelt skal reduseres. Helsesamarbeidet har samtidig dreid i retning av kampen mot alvorlige

grensekryssende helsetrusler og behovet for å styrke helseberedskapen som del av samfunnssikkerheten i Europa. Tiltak og ordninger som EU i den forbindelse har etablert, har delvis vært relevante for EFTA/EØS-landene (Norge, Island, Liechtenstein) gjennom EØS-avtalen. Avtalen har imidlertid ikke sikret disse landenes deltakelse i alle deler av samarbeidet.

18.5 Norges tilknytning til EU – betydning for helsepolitikken

Generelt

EØS-avtalen er en avtale mellom EFTA-landene Norge, Island og Liechtenstein på den ene siden og EUs 27 medlemsland på den andre. Avtalen er dynamisk og endres og utvides etter hvert som EU vedtar nye lover og regler (NOU 2012:2, NOU 2024:7). Det er den mest omfattende internasjonale avtalen Norge er med i. EØS-avtalen er primært en handelsavtale og innebærer i praksis at Norge er del av EUs indre marked, med unntak av landbruks- og fiskeriområdet.

Dette betyr at Norge er forpliktet av EUs fire friheter og av de fleste av EUs bestemmelser som er relatert til reguleringen av det indre marked (med enkelte unntak som nevnt over). Dette har ført til at Norge siden 1994, da avtalen trådte i kraft, har innarbeidet tusenvis av EUs rettsregler i norsk rett. EØS-avtalen har dermed betydning for norsk helsepolitikk på en rekke områder (NOU 2024:7).

For det første påvirkes norsk helsepolitikk av EUs regulering av det indre marked. Det innebærer at Norge har overtatt EUs helserelaterte produktbestemmelser (eks. regulering av legemidler, medisinsk utstyr, blod/celler/vev/organer, kosmetikk, alkohol, tobakk, mattrygghet, kjemiske stoffer etc.). Det innebærer også at Norge har overtatt EUs bestemmelser knyttet til fri bevegelse av arbeidskraft (eks. trygdekoordinering, gjensidig godkjenning av helsepersonell, gjensidig godkjenning av helseutdanning etc.) og EUs bestemmelser knyttet til fri bevegelse av tjenester (jf. EUs pasientrettighetsdirektiv).

I tillegg innebærer EØS-avtalen at Norge kan delta i det frivillige arbeidet og koordineringen som foregår på helseområdet innenfor rammen av

EU (eks. strategier og planer relatert til vaksiner, smittevern, ernæring, generelt folkehelsearbeid etc.). Samarbeidet med EU om sivil beredskap og om grensekryssende helsetrusler er også basert på frivillighet. Dette samarbeidet inngår ikke som en del av reguleringen av det indre marked, men er tatt inn i EØS-avtalen som samarbeid på særlige områder utenfor de fire friheter.

Norge deltar både i arbeidsgrupper og komiteer under Europakommisjonen (på de områder som er dekket av EØS-avtalen) som diskuterer forslag til ny lovgivning og strategier og arbeidsplaner på helseområdet. Norge deltar også i de såkalte EU-byråene som EU har etablert på helsefeltet: Den europeiske myndighet for mattrygghet (EFSA), Det europeiske byrå for legemiddelvurdering (EMA), Det europeiske smittevernbyrå (ECDC) og Det europeiske overvåkningssenter for narkotika og narkotikamisbruk (EMCDDA). Dette dreier seg om fagorganer som primært har rådgivende funksjoner overfor EU på helsefeltet. Norge har dermed overtatt store deler av det helserelaterte EU-regelverket og inngår i brede faglige nettverk og samarbeid på helseområdet innenfor rammen av EU.

Betydning av EUs pasientrettighetsdirektiv for Norge

Pasientrettighetsdirektivet framstår som viktig i den forstand at det har potensial til å påvirke kjernen av helsepolitikken, nemlig organisering, styring og finansiering av primær- og spesialisthelsetjenester (Nordeng & Veggeland, 2020). At pasientrettighetsdirektivet er vedtatt som et *direktiv* betyr at det fungerer som et rammevedtak som setter opp bestemte mål og betingelser. Medlemslandene må deretter utforme en spesifikk lovtekst innen en viss tidsfrist. Norge gjennomførte de siste tilpasningene til direktivet gjennom endringer i «Forskrift om stønad til helsetjenester mottatt i et annet EØS-land», som trådte i kraft 1. mars 2015. Norske myndigheter anså dermed det norske regelverket for å være fullt ut tilpasset direktivet.

Det er Helfo (Helseøkonomiforvaltningen) som er det norske kontaktpunktet for grensekryssende helsetjenester. Helfo er underlagt Helsedirektoratet og har ansvar for administrasjon av regelverket, informasjon om rettighetene til behandling i utlandet og refusjon av pasientenes utgifter til slik behandling. Regjeringen, bestående av Høyre og Fremskrittspartiet, valgte å innføre en ordning uten krav om forhåndskjenning. Dette gjelder både ikke-sykehusbehandling og sykehusbehandling i utlandet. Norske pasienter står dermed

fritt til å reise til utlandet for å få behandling og i ettertid få refundert utgiftene av norske myndigheter, så lenge behandlingen er noe de ellers ville få dekket i Norge (Nordeng & Veggeland, 2020).

Da regjeringens proposisjon om innlemmelse av EUs pasientrettighetsdirektiv i norsk lov ble behandlet i Stortingets helse- og omsorgskomite høsten 2014, påpekte flertallet, bestående av Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti, Sosialistisk Venstreparti, Venstre og Senterpartiet, at regjeringen hadde fjernet kravet om forhåndsgodkjenning uten først å ha konsultert Stortinget (Stortinget, 2014). De viste til at dette endret forutsetningene for Stortingets behandling av de lovendringer som må til for å iverksette pasientrettighetsdirektivet. Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti og Venstre ønsket å innføre forhåndsgodkjenning, mens Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet ønsket å avvise pasientrettighetsdirektivet helt. I voteringen i Stortinget fikk likevel regjeringens forslag flertall, da med hjelp av Venstres stemmer (Stortinget, 2014). I tillegg valgte to «avhoppere» fra hhv. Arbeiderpartiet og Kristelig Folkeparti å støtte regjeringens forslag. Regjeringen, med støtte fra Stortingets flertall, valgte dermed å innføre et mer liberalt regelverk enn hva den var strengt tatt forpliktet til med utgangspunkt i pasientrettighetsdirektivets bestemmelser. Direktivet åpner som nevnt for at landene kan innføre forhåndsgodkjenning av sykehusbehandling i utlandet.

I Norge gjelder de samme reglene for behandling i utlandet som for behandling i Norge, nemlig at pasienten har krav på behandling etter henvisning fra lege. Pasientene *kan* imidlertid velge om de vil søke om såkalt «forhåndstilsagn» før behandling i utlandet. Dette er en frivillig ordning som kan gi pasientene en viss forsikring om at de faktisk får refundert sine utgifter i ettertid. På denne måten kan pasientene redusere den økonomiske risikoen, ettersom de i henhold til regelverket selv må legge ut for utgiftene til behandlingen før de i ettertid framsetter krav til Helfo om refusjon av disse utgiftene.

Pasientene får imidlertid ikke dekket alle sine reiseutgifter – kun et beløp tilsvarende det de ville fått dekket ved reise til nærmeste mulige behandlingssted i Norge. Denne ordningen er lik den som gjelder ved fritt sykehusvalg i Norge. Ved behandling i utlandet får du ellers refundert det som behandlingen ville kostet for det offentlige i Norge. Det er viktig å merke seg at i motsetning til hva som har vært gjeldende ved fritt sykehusvalg i Norge, kan pasientene fritt velge mellom offentlige og private helsetilbud i utlandet. I praksis innebærer dermed den norske tilpasningen at det er innført en form

for fritt behandlingsvalg når pasientene velger å benytte seg av helsetjenester i utlandet.

I praksis åpner regelverket også for at private norske helsetjenestetilbydere kan etablere seg i et EU-land og tilby behandling som norske pasienter kan få refundert av norske myndigheter uten forhåndsgodkjenning. Slik kan regelverket bidra til en privatisering av helsetjenestene «gjennom bakdøren».

Det er samtidig en rekke forhold som begrenser omfanget av grensekryssende helsetjenester, som reiseavstand, kunnskap, kultur, kvalitet, språk etc. Europakommisjonens rapport fra 2015 om praktisering av reglene under pasientrettighetsdirektivet viste at pasienter i Europa kun i begrenset grad benyttet seg av den muligheten direktivet gir til å få refundert utgifter til behandling i utlandet (European Commission, 2015). Europakommisjonens nyeste rapport – fra 2022 – viste at pasientmobiliteten økte noe fram til 2018, men så gikk ned igjen (European Commission, 2022). De norske erfaringene så langt samsvarer med erfaringene fra EU, dvs. begrenset bruk av rettighetene under direktivet til helsehjelp i utlandet. Det er samtidig verdt å merke seg at tallene for pasientmobilitet er usikre – for enkelte land kan det være vanskelig å skille de pasientene som benytter helsehjelp i utlandet i tråd med pasientrettighetsdirektivet, fra de som gjør det i henhold til andre ordninger/regler.

Europakommisjonen påpeker i rapporten fra 2022 flere momenter som kan forklare den begrensede bruken av rett til helsehjelp i utlandet, herunder lavt bevissthetsnivå knyttet til pasienters rettigheter til grenseoverskridende helsetjenester, mangelfull pasientinformasjon, uforholdsmessige store administrative byrder i landene, og usikkerhet knyttet til helsekostnader i utlandet og refusjon av disse. I rapporten påpeker Europakommisjonen et særlig problem forbundet med at pasientene ikke forstår regelverket, og at landenes myndigheter i for liten grad tilrettelegger for at nødvendig informasjon blir lett tilgjengelig og forståelig for pasientene. Dette er problemer som også har vært påpekt for Norge. Fortsatt kan det likevel ikke utelukkes at bruk av rettighetene til helsebehandling i utlandet vil bli mer vanlig etter hvert som både retten til å få dekket utgiftene blir mer kjent og kunnskapen om utenlandske helsetilbud blir større.

Norges tilknytning til EUs samarbeid om grensekryssende helsetrusler

Norge har over lang tid deltatt i store deler av EUs helsesamarbeid relatert til grensekryssende helsetrusler, herunder deltakelse i EMA (siden 1999), ECDC (siden 2005) og EUs ordning for sivil beredskap (siden 2001). EUs regler for innsats mot alvorlige grensekryssende helsetrusler fra 2013 ble tatt inn i EØS-avtalen og gjort gjeldende for Norge fra 2015. Selv om dette regelverket åpnet for Norges tilslutning til EUs rammeavtale for felles innkjøp av medisinske mottiltak, ble ikke en avtale om slik tilslutning undertegnet før 20. mars 2020 (trådte i kraft 3. april 2020). Norge ble dermed ikke med på den første felles anskaffelsen av smittevernutstyr som EU i tråd med ordningen («Joint Procurement Agreement to procure medical countermeasures») gjennomførte vinteren 2020 (NOU 2024:7, s. 282–283).

Norge har også over lang tid deltatt i EUs forskningssamarbeid. Samarbeid om det foreløpig siste helseprogrammet – EU4Health – ble tatt inn i EØS-avtalen i 2021. Norske myndigheter har som mål for deltakelsen blant annet at norsk helseberedskap skal bli bedre, at folkehelsen kan styrkes gjennom europeisk samarbeid, at Norge skal være integrert i et styrket digitalt helse-system i EU, og at norsk helsenæring skal styrke sin konkurranseevne gjennom det europeiske samarbeidet innenfor helseteknologi og innovasjon (NOU 2024:7, kap. 13).

EUs forordning om grensekryssende helsetrusler fra 2022 er vurdert som EØS-relevant og akseptabel av norske myndigheter. Forordningen ble innlemmet i EØS-avtalen i 2024 med forbehold om Stortingets samtykke. Det samme gjaldt EUs nye regler fra 2022 rettet mot å styrke EUs smittevernbyrå ECDC og EUs legemiddelbyrå EMA. Norge har dermed fått muligheten til å delta i disse delene av EUs helsesamarbeid.

Det er større usikkerhet knyttet til Norges deltakelse i HERA-samarbeidet. Det ble raskt klart at EU vurderte det som lite aktuelt å innlemme dette samarbeidet fullt ut i EØS-avtalen. Det ble derfor innledet en dialog om mulige andre tilknytningsformer for Norge. Likevel fikk Norge tidlig anledning til både å delta som observatør i HERAs styre, der Kommisjonen og medlemslandene er representert, og til å sende en nasjonal ekspert for midlertidig ansettelse i DG HERA fra september 2022.

I desember 2023 uttalte Europakommisjonen at den ville anbefale at det kunne igangsettes formelle forhandlinger om Norges tilknytning til

HERA-samarbeidet gjennom en ordning utenfor EØS-avtalen. Forhandlingene startet formelt opp våren 2025, men ved utgangen av året var partene fortsatt ikke kommet fram til en løsning. Samtidig har norske myndigheter prioritert en tilknytning til EUs helseberedskapssamarbeid svært høyt med tanke på å ivareta både norske interesser og gode relasjoner til EU.

En tilknytning til HERA er ansett som viktig blant annet for å redusere risikoen for å stå utenfor EU-innkjøp av vaksiner, legemidler og medisinsk utstyr i en krisesituasjon, redusere risikoen for å bli rammet av eksportrestriksjoner under en helsekrise, herunder restriksjoner på eksport av vaksiner, og for å kunne bidra til norsk legemiddelindustri deltakelse i EUs arbeid for økt strategisk autonomi med hensyn til produksjon og forsyning av legemidler (NOU 2024:7). En viktig bakgrunn for slike vurderinger er de erfaringene Norge gjorde under pandemien, blant annet gjennom en særskilt ad hoc-løsning, der Norge ble avhengig av videresalg via Sverige for å kunne bli del av EUs vaksineanskaffelser (NOU 2022:5).

18.6 Europeisering av helsepolitikk – en analyse

Historien om EUs helsepolitikk kan beskrives som en europeiseringsprosess preget av både stivhengighet og kriser. På den ene siden har reguleringen av det indre marked og prinsippene om fri bevegelse hatt ringvirkninger for helsesektoren. På den andre siden har kriser og uventede hendelser utløst initiativ for å styrke samarbeidet – også utenfor det indre marked – for å løse kollektive problemer. Lite tyder på at medlemsstatene har hatt full kontroll over denne utviklingen.

EUs rolle på helseområdet er delvis blitt styrket gjennom et intensivt arbeid med å «fullføre» det indre marked og behovet for å ivareta de traktat-festede prinsippene om fri bevegelse. Det er illustrerende at initiativet til å utarbeide pasientrettighetsdirektivet kom som følge av domstolsavgjørelser, som blant annet fastslo at reglene for fri bevegelighet for tjenester også gjelder for helsetjenester. På bakgrunn av medlemsstatenes overraskelse over at traktatbestemmelsene kunne ha slike konsekvenser, har Greer (2006) betegnende nok kalt prosessen for «uninvited Europeanization».

I praksis er EUs rolle i spørsmål om grensekryssende helsetjenester dermed blitt styrket, til tross for at en rekke medlemsstater opprinnelig viste motstand mot at EU skulle spille en framtrædende rolle på dette området. Europeisering av helsepolitikken kan i tråd med dette forstås som en ovenfra-ned-prosess. Medlemsstatene har i begrenset grad «valgt» å etablere en slik forpliktende helsepolitikk på EU-nivå, men har først og fremst blitt «tvunget» til å akseptere utviklingen på grunn av traktatfestede prinsipper og regler. Kostnadene ved å endre traktatene er blitt oppfattet som høyere enn kostnadene ved å akseptere at EU må spille en rolle i reguleringen av helsetjenester.

Samtidig er det verdt å merke seg at utviklingen i helsesamarbeidet på dette området også er blitt påvirket av nedenfra-opp-initiativ. Domstolenes avgjørelser i spørsmål om grensekryssende helsetjenester skjedde med utgangspunkt i at individuelle borgere først hadde brakt sine saker inn for domstolene. Dessuten tok medlemslandene tilbake noe av kontrollen da de, på bakgrunn av domstolsavgjørelsene, gikk inn i arbeidet med å etablere nye, særskilte regler for grensekryssende helsetjenester – jf. pasientrettighetsdirektivet.

Et sentralt aspekt ved historien om helsesamarbeidet i EU er knyttet til hvordan EUs traktater utgjør et sett av spilleregler som både skaper muligheter og begrensninger for statenes framtidige handlingsvalg. Dette gjelder særlig den betydningen reguleringen av det indre marked og prinsippene om fri bevegelse på tvers av landegrensene har for samarbeidet mellom landene. Utviklingen kan i tråd med dette betraktes som en sti-avhengig prosess preget av «spill-over», der regler for det indre marked har fått ikke-intenderte konsekvenser for utviklingen av nye regler og nye samarbeidsområder på helseområdet (Pierson, 2004).

Helsepolitikken er blitt europeisert gjennom etablering av både nye EU-regler og nye EU-institusjoner, og gjennom nasjonale tilpasninger. EU har fått økt betydning på helseområdet, ikke minst ved at helsepolitikken i større grad er plassert innenfor rammen av EUs markedsregulering. På sikt kan dette få betydelige konsekvenser både for markedstilpasning og konkurranse blant offentlige og private helsetjenesteleverandører, og for pasientstrømmene på tvers av landegrensene i Europa.

Et annet viktig aspekt ved utviklingen av helsesamarbeidet i EU er den betydningen grenseoverskridende helsekriser har hatt for å styrke og utvide samarbeidet. Kugalskapkrisen på 1990-tallet bidro til å etablere en ny infrastruktur for helsesamarbeidet gjennom nytt regelverk, nye felles EU-organer og

nye former for samarbeid. Traktatendringen som skjedde gjennom etablering av folkehelsebestemmelsen artikkel 152 (nå artikkel 168) la grunnlag for at EU kunne spille en mer framtreddende rolle i helsesamarbeidet, ikke minst gjennom Europakommisjonens koordinerende og støttende funksjon, så vel som dens mulighet til å fremme nye samarbeidsinitiativ. Styrking av EUs rolle kunne delvis skje gjennom allerede etablert regelverk og delvis gjennom ikke-forpliktende samarbeid på nye områder. Dermed kunne samarbeidet styrkes uten ytterligere overføring av formell myndighet fra medlemslandene til EU-nivået.

Senere helsetrusler og kriser har bidratt til å styrke samarbeidet om helseberedskap og krisehåndtering ytterligere. Covid-19-pandemien i særdeleshet har fungert som et «kritisk punkt» («critical juncture») i samarbeidet om grensekryssende helsetrusler (Pierson, 2004). Pandemien synliggjorde sårbarheten til både nasjonale helsesystemer og nasjonale kapasiteter for beredskap og krisehåndtering. Selv om Europakommisjonen var aktiv med å fremme nye initiativer for helsesamarbeid i kjølvannet av pandemiens utbrudd, har de erfaringer medlemslandene gjorde under pandemien også vært viktige som drivkraft for å styrke dette samarbeidet.

Pandemien utgjorde en mega-krise med vidtrekkende konsekvenser som hvert enkelt land ikke nødvendigvis var i stand til å håndtere alene. De har derfor hatt en kollektiv interesse av å styrke samarbeidet om beredskap og krisehåndtering på EU-nivå. Krigen i Ukraina og geopolitiske endringer, herunder endringer i stormaktrelasjonene, svekkelse av internasjonale avtaler og organisasjoner og usikkerhet i det transatlantiske samarbeidet med USA, har bidratt til å skape ytterligere press for å styrke det europeiske samarbeidet. Helsesamarbeid er dermed innlemmet i en bredt orientert og høyt prioritert satsing på samarbeid om totalberedskap og samfunnssikkerhet i EU.

Helsepolitikk var opprinnelig ikke tatt inn i EUs traktater. Helsepolitikk ble derfor lenge betraktet som et i hovedsak nasjonalt anliggende. Over tid har imidlertid helsepolitikk fått en stadig større plass i EU-samarbeidet, og dermed også for EØS-samarbeidet. På områder som produktreguleringer, godkjenning av medisiner og arbeidsmigrasjon har EU utviklet et omfattende forpliktende regelverk. For eksempel er i dag det meste av Norges regelverk for produksjon og omsetning av helsemessig trygg mat basert på EU-regelverk.

Samarbeid på særskilte områder utenfor de fire friheter er samtidig også blitt viktigere, illustrert gjennom styrking av EUs samarbeid om helseberedskap

og kriserespons. På flere helserelaterte områder inngår derfor EU som en viktig del av styringsverket. Helsepolitikk har på den måten blitt en del av det som blir kalt «flernivåstyringen» i Europa (Schakel mfl., 2015). EU legger viktige premisser for politikkkutviklingen, både ved å begrense det nasjonale handlingsrommet på flere helsepolitiske områder og ved å styrke samordningen på helsepolitiske områder av stor kollektiv interesse.

Gjennom pasientrettighetsdirektivet har EU beveget seg langt inn i reguleringen av nasjonale helsetjenester, da knyttet til at grensekryssende helsetjenester blir berørt av reguleringen av det indre markedet. Om ikke annet har disse reglene et iboende potensial for å få stor betydning for pasienter og nasjonal helsepolitikk. Senere tids kriser har samtidig styrket helsesamarbeidet også på områder utenfor det indre marked. Samarbeidet om grensekryssende helsetrusler er blitt en høyt prioritert del av EUs arbeid med å ivareta samfunnssikkerheten i Europa.

Over tid har det dermed kommet på plass nye rammer – både forpliktende og ikke-forpliktende – for helsepolitikk i Europa. De forpliktende rammene legger begrensninger på nasjonale myndigheters handlingsrom, men skaper også nye muligheter for aktører i helsesystemet, som pasienter, tjenesteleverandører og forsikringsselskaper. Videre kan de ikke-forpliktende rammene knyttet til samarbeid om beredskap og krisehåndtering skape nye muligheter ved å øke kapasiteten for kollektiv respons når EU står overfor store grenseoverskridende helsetrusler i en usikker og kriseridd verden. Samtidig vil den praktiske betydningen av dette samarbeidet være avhengig av tilslutning fra medlemslandene når en krise inntreffer.

18.7 Avslutning

På denne måten ser vi en styrking av det europeiske helsesamarbeidet over tid. Helse spørsmål har både blitt en viktigere del av det indre marked og en viktigere del av det utvidede samarbeidet om samfunnssikkerhet i Europa. Det har dermed skjedd en europeisering av helsepolitikken. Denne utviklingen har vært drevet fram både av stivhengige utviklingstrekk og av spill-over-effekter fra reguleringen av det indre marked til helsesektoren. I tillegg har

nye samarbeidsinitiativ blitt muliggjort gjennom kriser, truende hendelser og kollektive behov.

Det er imidlertid ikke gitt hvor stor reell og praktisk betydning det styrkede helsesamarbeidet på EU-nivå vil ha i framtiden, verken for utviklingen i nasjonale helsesystemer eller for nasjonale helsepolitiske beslutninger. Dette vil både avhenge av i hvilken grad aktørene i helsesystemene faktisk utnytter de rettigheter og muligheter EUs regelverk gir, og av de strategiske vurderingene nasjonale myndigheter gjør når det gjelder samordning av tiltak som del av en kollektiv beredskap og kriserespons i Europa.

SPØRSMÅL OG OPPGAVER TIL KAPITTEL 18

1. Analyser begrepet «uninvited Europeanization». Forklar hvordan EUs rolle i helsepolitikken har utviklet seg som en utilsiktet konsekvens av det indre marked. Gi konkrete eksempler på hvordan domstolsavgjørelser har ført til europeisering på områder medlemslandene ikke opprinnelig ønsket å overføre til EU-nivå.
2. Diskuter spenningen mellom markedshensyn og helsehensyn. Hvordan har EU forsøkt å balansere hensynet til fri bevegelse av varer, tjenester og personer mot behovet for å opprettholde høye helsestandarder? Vurder både positive og negative konsekvenser av denne tilnærmingen.
3. Evaluer betydningen av «kritiske tidspunkt» i EUs helsesamarbeid. Analyser hvordan spesifikke kriser (kugalskap, SARS, covid-19) har fungert som katalysatorer for utvikling av EUs helsepolitikk. Hvilke institusjonelle endringer har disse krisene ført til?
4. Sammenlign EUs pasientrettighetsdirektiv med tradisjonelle nasjonale helsesystemer. Hvilke utfordringer og muligheter skaper direktivet for land med sterke offentlige helsesystemer som Norge? Diskuter potensialet for «privatisering gjennom bakdøren».
5. Vurder Norges strategiske valg ved implementering av pasientrettighetsdirektivet. Analyser hvorfor Norge valgte å ikke kreve forhåndsgodkjenning for sykehusbehandling i utlandet, til tross for at dette var tillatt under direktivet. Hvilke politiske og praktiske hensyn kan ha vært avgjørende?
6. Analyser EUs «helseunion» som respons på covid-19. Evaluer de fire hovedområdene i EUs helseunion-initiativ. I hvilken grad representerer dette et paradigmeskifte i EUs tilnærming til helsepolitikk, og hvilke utfordringer kan oppstå i implementeringen?
7. Diskuter flernivåstyring i europeisk helsepolitikk. Forklar hvordan helsepolitikk i dag involverer både nasjonale myndigheter, EU-institusjoner og regionale/lokale aktører. Hvilke koordineringsutfordringer oppstår i et slikt system?
8. Vurder Norges utfordringer som EØS-land i helsesamarbeidet. Analyser Norges situasjon som ikke-medlem, men EØS-partner, særlig knyttet til HERA-samarbeidet. Hvilke

- strategiske dilemmaer oppstår når Norge ønsker full deltakelse i EU-programmer uten å være medlem?
9. Evaluer potensialet for sti-avhengighet i EUs helsepolitikk. Diskuter hvordan tidlige beslutninger om det indre marked har skapt en utvikling som er vanskelig å reversere. Hvilke «spilleregler» i traktatverket fortsetter å drive europeiseringen av helsepolitikk framover?
 10. Analyser fremtidige scenarier for europeisk helsesamarbeid. Basert på utviklingen beskrevet i kapittelet, hvilke trender kan forventes i europeisk helsepolitikk? Diskuter både muligheter for økt integrasjon og potensielle motreaksjoner fra medlemsland som ønsker å bevare nasjonal kontroll.

Referanser

- Abelsen, B., Godager, G. & Hagen, T. P. (2021). *Finansiering av Fastlegeordningen*. KS FOU og Helseøkonomisk analyse AS. <https://www.ks.no/contentassets/b637252029794fe79228a163e414a49b/Finansiering-avfastlegeordningen.pdf>
- Abrahamsen, D., Beyrer, S., Claus, G., Ekornrud, T. & Jensen, A. (2019). *Private kommersielle og ideelle tjenestetilbydere i helse- og omsorgstjenesten*. Notater 2019/12. SSB.
- Agency for Clinical Innovation. (2016). *Rainbow Model of Integrated Care, Experiences and Lessons Learned*. Vimeo. <https://vimeo.com/209477630>
- Aigner, D. J. & Chu, S. (1968). On estimating the industry production function. *American Economic Review*, 58, 826–839.
- Aigner, D. J., Lovell, C. A. K. & Schmidt, P. (1977). Formulation and estimation of stochastic frontier production function models. *Journal of Econometrics*, 6, 21–37.
- Alexandersen, N., Anell, A., Kaarbøe, O. M., Lehto, J. S., Tynkkynen, L.-K. & Vrangbæk, K. (2016). The development of voluntary private health insurance in the Nordic countries. *Nordic Journal of Health Economics*, 4(1), 68–83.
- Ambugo, E.A. & T. P. Hagen. 2019. Effects of introducing a fee for «inpatient overstay» on the rate of death and readmissions across municipalities in Norway, *Social Science & Medicine*, 230, 309–317, <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.04.006>
- Amelung, V., Stein, V., Goodwin, N., Balicer, R., Nolte, R. & Suter, E. (Red.) (2021). *Handbook of Integrated Care*. Springer International Publishing.
- Anderson, M., Forman, R. & Mossialos, E. (2021). Navigating the role of the EU Health Emergency Preparedness and Response Authority (HERA) in Europe and beyond. *The Lancet Regional Health – Europe*, 9, 100203.
- Anthun, K. S., Kittelsen, S. A. C. & Magnussen, J. (2016). *Produktiviteten i spesialisthelsetjenesten (HERO WP, Issue*. Health Economics Research Network Oslo.
- Anthun, K. S., Kittelsen, S. A. C. & Magnussen, J. (2017). Productivity growth, case mix and optimal size of hospitals. A 16-year study of the Norwegian hospital sector. *Health Policy*, 121(4), 418–425. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2017.01.006>
- Aragón, M. J., Chalkley, M. & Kreif, N. (2022). The long-run effects of diagnosis related group payment on hospital lengths of stay in a publicly funded health care system: Evidence from 15 years of micro data. *Health Economics (United Kingdom)*, 31(6), 956–972. <https://doi.org/10.1002/hec.4479>
- Askildsen, J. E., Holmås, T. H., Kaarbøe, O. & Monstad, K. (2016). Evaluering av kommunal medfinansiering. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 2(2), 135–141. <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2016-02-08>
- Auschra, C. (2018). Barriers to the Integration of Care in Inter-Organisational Settings: A Literature Review. *International Journal of Integrated Care*, 18(1), 5. <https://doi.org/10.5334/ijic.3068>
- Banker, R. D., Charnes, A. & Cooper, W. W. (1984). Some models for estimating technical and scale inefficiencies. *Management Science*, 30, 1078–1092.

- Beaussier, A. L. & Cabane, L. (2020). Strengthening the EU's Response Capacity to Health Emergencies: Insights from EU Crisis Management Mechanisms. *European Journal of Risk Regulation*, 11(4), 808–820.
- Beck Olsen, C. & Hagen, T. P. (2015). *Kommunenes respons på Samhandlingsreformen*. [HELED skriftserie 1/2015]. Institutt for helse og samfunn.
- Berntsen, G. K. R., Dalbakk, M., Hurley, J. S., Bergmo, T., Solbakken, B., Spansvoll, L., Bellika, J. G., Skrøvseth, S. O., Brattland, T. & Rumpsfeld, M. (2019). Person-centred, integrated and pro-active care for multi-morbid elderly with advanced care needs: A propensity score-matched controlled trial. *BMC Health Services Research*, 19(1), 682. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4397-2>
- Beveridge, W. (1942). *Social Insurance and Allied Services*. [Report to the Parliament]. <https://archive.org/details/in.ernet.dli.2015.275849>
- Biørn, E., Hagen, T. P., Iversen, T. & Magnussen, J. (2003). The Effect of Activity-Based Financing on Hospital Efficiency: A Panel Data Analysis of DEA Efficiency Scores 1992–2000. *Health Care Management Science*, 6(4), 271–283. <https://doi.org/10.1023/A:1026212820367>
- Bjørn, E. C., Hippe, J. M., Holte, J. H., Røtnes, R., Trygstad, S. C. & Bergene, A. C. (2019). *Når velferd er til salgs. Ideelle og kommersielle leverandører av velferdstjenester*. [Fafo-rapport 2019:11].
- Blinkenberg, J., Hetlevik, Ø., Sandvik, H., Baste, V. & Hunskaar, S. (2023). The impact of variation in out-of-hours doctors' referral practices: a Norwegian registry-based observational study. *Family Practice*, 40, 728–736. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmad014>
- Boin, A., McConnell, A. & 't Hart, P. (2021). *Governing the pandemic: The politics of navigating a mega-crisis*. Palgrave Macmillan.
- Borchgrevink, C. F. (2019). Allmenntmedisin. I *Store medisinske leksikon*. <https://sml.snl.no/allmenntmedisin>
- Borgan, J.-K. (2012). *Pleie- og omsorgsstatistikk 1962-2010* [Rapport 10/2012]. Statistisk sentralbyrå.
- Borge, L.-E., Brueckner, J. K. & Rattsø, J. (2014). Partial fiscal decentralization and demand responsiveness of the local public sector: Theory and evidence from Norway. *Journal of Urban Economics*, 80, 153–163. <https://doi.org/10.1016/j.jue.2014.01.003>
- Borge, L.-E., Iversen, J. M. V., Vardheim, I. & Løyland, K. (2015). *Ressurskrevende tjenester i pleie og omsorg – omfang og kostnader* (Nr. 1/2015).
- Borge, L.-E., Kråkenes, T. & Nyhus, O. H. (2020). *Effektivitet i kommunale tjenester: Analyser for 2017-2018* [SØF-rapport]. Senter for økonomisk forskning.
- Brevik, I. (2010). *De nye hjemmetjenestene: langt mer enn eldreomsorg: utvikling og status i yngres bruk av hjemmebaserte tjenester 1989–2007*. Norsk institutt for by- og regionforskning.
- Breyer, F. & Lorenz, N. (2021). The «red herring» after 20 years: ageing and health care expenditures. *The European Journal of Health Economics*, 22, 661–667.
- Breyer, F. & Normann, L. (2019). *The «Red Herring» after 20 Years: Ageing and Health Care Expenditures*. CESifo Working Paper Series 7951, CESifo.
- Brooks, E., de Ruijter, A., Greer, S. L. & Rozenblum, S. (2023). EU health policy in the aftermath of COVID-19: neofunctionalism and crisis-driven integration. *Journal of European Public Policy*, 30(4), 721–739. <https://doi.org/10.1080/13501763.2022.2141301>

- Busse, R., Saltman, R. B. & Dubois, H. F. W. (2004). Organization and financing of social health insurance systems: current status and recent policy developments. I R. B. Saltman, R. Busse & J. Figuera (Red.), *Social health insurance systems in western Europe*. Open University Press.
- Bystyremelding 1/98. (1998). *Konkurranse og kvalitet i Oslo kommune*.
- Börzel, T. (2002). Pace-Setting, Foot Dragging, and Fence Setting: Member State Responses to Europeanization. *Journal of Common Market Studies*, 40(2), 193–214.
- Börzel, T. & Risse, T. (2000). When Europe Hits Home: Europeanization and Domestic Change. *EIOP*, 4(15), 1–13. <http://eiop.or.at/eiop/pdf/2000-015.pdf>
- Carlsen, F. (1995). Hvorfor rammefinansieringsregimet sviktet. *Norsk Statsvitenskapelig Tidsskrift*, 11, 133–149.
- Charnes, A., Cooper, W. W. & Rhodes, E. (1978). Measuring the efficiency of decision making units. *European Journal of Operational Research*, 2(6), 429–444.
- Commonwealth Fund (2026). *United States. International Health Care System Profiles*. Nettversjon datert mai 2026. <https://doi.org/10.26099/RF17-4Q88>.
- Dalheim, H. A., Grøtheim, F. & Vågseter, S. S. (2021). *Kostnader, produktivitet og økonomisk status i spesialisthelsetjenesten - SAMDATA Spesialisthelsetjeneste* [SAMDATA, Issue IS-3011]. Helsedirektoratet.
- de Ruijter, A. (2019). *EU Health Law & Policy: The Expansion of EU Power in Public Health and Health Care*. Oxford University Press.
- Deruelle, T. & Engeli, I. (2021). The COVID-19 crisis and the rise of the European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). *West European Politics*, 44(5–6), 1376–1400.
- Docteur, E. & Oxley, H. (2003). Health-Care Systems: Lessons from the Reform Experience. I *OECD Health Working Papers* [No. 9]. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/865047648066>
- Downs, A. (1957). An economic theory of political action in a democracy. *The Journal of Political Economy*, 65(2), 135–150.
- Edvardsen, D. F., Førsund, F. R. & Aas, E. (2000). *Effektivitet i pleie- og omsorgssektoren* [Rapport, 2]. Frischsenteret.
- Ekspertutvalget for allmennlegetjenesten. (2023). *Gjennomgang av allmennlegetjenesten*. Helse- og omsorgsdepartementet.
- Ellis, R. (1998). Creaming, skimping and dumping: provider competition on the intensive and extensive margins. *Journal of Health Economics*, 17(5), 537–555.
- Ellis, R. P. & McGuire, T. G. (1986). Provider behavior under prospective reimbursement: Cost sharing and supply. *Journal of Health Economics*, 5(2), 129–151.
- European Commission. (2015). *Commission report on the operation of Directive 2011/24/EU on the application of patients' rights in cross-border healthcare: Report from the Commission to the European Parliament and the Council* [COM(2015) 421 final].
- European Commission. (2020, november 11). *Building a European Health Union: Stronger crisis preparedness and response for Europe* [Press release]. https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/en/ip_20_2041
- European Commission. (2022). *Report from the Commission to the European Parliament and the Council on the operation of Directive 2011/24/EU on the application of patients' rights in cross-border healthcare*.

- European Commission. (2025). *Communication from the Commission to the European Parliament, the Council, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions Introducing the Union Prevention, Preparedness and Response plan for Health Crises* [COM(2025) 745 final].
- European Union. (2020). *Regulation (EU) 2022/2371 of the European Parliament and of the Council of 23 November 2022 on serious cross-border threats to health and repealing Decision No 1082/2013/EU*.
- European Union. (2021). *Regulation (EU) 2021/522 of the European Parliament and of the Council of 24 March 2021 establishing a Programme for the Union's action in the field of health ('EU4Health Programme') for the period 2021–2027, and repealing Regulation (EU) No 282/2014*.
- Eurostat. (2024). *Key figures on Europe: 2024 Edition*. Publications Office of the European Union.
- Farrar, S., Yi, D., Sutton, M., Chalkley, M., Sussex, J. & Scott, A. (2009). Has payment by results affected the way that English hospitals provide care? Difference-in-differences analysis. *BMJ*, 339(7720), 554–556. <https://doi.org/10.1136/BMJ.B3047>
- Farrell, M. J. (1957). The measurement of productive efficiency. *Journal of the Royal Statistical Society*, 120, 253–281.
- Featherstone, K. & Radaelli, C. M. (Red.). (2003). *The Politics of Europeanization*. Oxford University Press.
- Ferrara, F. M. & Kriesi, H. (2021). Crisis pressures and European integration. *Journal of European Public Policy*, 29(9), 1351–1373. <https://doi.org/10.1080/13501763.2021.1966079>
- FHI. (2022). *Framtidens utfordringer for folkehelsen. Sykdomsbyrde, bruk av helse- og omsorgstjenester og smittsomme sykdommer*. [Folkehelse rapporten 2022]. <https://www.fhi.no/contentassets/1da364574c4d46649008cd300acb4602/folkehelse rapporten-temautgave-2022.pdf>
- Fiva, J., Hagen, T. P. & Sørensen, R. J. (2021). *Kommunal organisering* (8. utg.). Universitetsforlaget.
- Forente Nasjoner. (2024). *World Population Prospects 2024: Summary of Results* [Tilgjengelig online]. UN, Department of Economic and Social Affairs, Population Division.
- Fredriksen, H. H. (2013). Betydningen av EUs pakt om grunnleggende rettigheter for EØS-retten. *Jussens Venner*, 48, 371–399.
- Fries, J. F. (1983). The compression of morbidity. *The Milbank Memorial Fund Quarterly. Health and Society*, 397–419.
- Fødselstallsutvalget. (2025). *NOU 2026: 2 Politikk for nye generasjoner. Årsaker, konsekvenser og tiltak knyttet til lave fødselstall*.
- Galizzi, M. M., Godager, G., Li, J., Linnosmaa, I., Tammi, T. & Wiesen, D. (2023). Economics of healthcare provider altruism. I *Handbook of labor, human resources and population economics* (s. 1–23). Springer International Publishing.
- Garasen, H., Windspoll, R. & Johnsen, R. (2008). Long-term patients' outcomes after intermediate care at a community hospital for elderly patients: 12-month follow-up of a randomized controlled trial. *Scand J Public Health*, 36(2), 197–204.
- Geyer, R. (2011). The Politics of EU Health Policy and the Case of Direct-to-Consumer Advertising for Prescription Drugs. *British Journal of Politics and International Relations*, 13(4), 586–602.

- Gjerde, I., Torsteinsen, H. & Aarseth, T. (2016). Kap. 4 Tildelingskontoret – en innovasjon i norske kommuner? I J. Amdam, R. Bergem & F. O. Båtevik (Red.), *Offentleg sektor i endring*. Universitetsforlaget.
- Godager, G. & Iversen, T. (2004). Hvem bruker retten til fritt sykehusvalg? Resultater fra Samordnet levekårsundersøkelse 2002. *Økonomisk Forum*, 58(4/5), 49–56.
- Godager, G. & Iversen, T. (2016). Brukernes erfaringer med fastlegeordningen 2001–2015. I *HERO Skriftserie* [2016:10].
- Godager, G. & Iversen, T. (2017). Portnerrollen og økonomiske incentiver i primærlegetjenesten. I Legeforeningen (Red.), *Riktig diagnose til rett tid: Fastlegen som helsetjenestens portner* (s. 32–66).
- Godager, G. & Lurås, H. (2005). *I skyggen av Fastlegeordningen: Hvordan har det gått med det offentlige legearbeidet?* [No. 2005: 6]. University of Oslo, Health Economics Research Programme.
- Godager, G. & Wiesen, D. (2013). Profit or patients' health benefit? Exploring the heterogeneity in physician altruism. *Journal of health economics*, 32(6), 1105–1116.
- Godager, G. (2023). Uønsket fravær av variasjon i helsesektoren. *Magma forskning og viten*, 26(5). <https://magmaforskning.econa.no/index.php/magma/article/view/1432>
- Godager, G., Iversen, T. & Kaarbøe, O. (2022). *Kunnskapsoppsummering om erfaringer med innsatsstyrt finansiering (ISF)* [Rapport 2022:1]. Helseøkonomisk analyse.
- Godager, G., Iversen, T. & Lurås, H. (2005). *Utviklingen i fastlegenes listelengder, driftsinntekter og takstbruk* [No. 2005: 3]. University of Oslo, Health Economics Research Programme.
- Godager, G., Iversen, T. & Snilsberg, Ø. (2021). Betalingsmåter for teamarbeid i primærhelsetjenesten. I G. Botten (Red.), *Mangfold og engasjement i ti år. Institutt for helse og samfunn ved Universitetet i Oslo 2010-2020*. Michael 2021.
- Godøy, A., Haaland, V. F., Huitfeldt, I. & Votruba, M. (2024). Hospital Queues, Patient Health, and Labor Supply. *American Economic Journal*, 16(2), 150–181.
- Greer, S. L. (2006). Uninvited Europeanization: neofunctionalism and the EU in health policy. *Journal of European Public Policy*, 13(1), 134–152.
- Greer, S. L. (2013). Avoiding another directive: the unstable politics of European Union cross-border health care law. *Health Economics Policy & Law*, 8(4), 415–421.
- Greer, S. L., Hervey, T., Mackenbach, J. P. & McKee, M. (2013). Health law and policy in the European Union. *The Lancet*, 381(9872), 1135–1144.
- Grepperud, S. (2018). *Private behandlingsforsikringer – status og mulige konsekvenser på effektivitet og fordeling* [Working paper 2018: 2]. Universitetet i Oslo, Helseøkonomisk forskningsprogram (HERO).
- Grimsmo, A. & Lohre, A. (2014). Erfaringer med etablering av kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud. *Utposten*, 43.
- Gruenberg, E. M. (1977). The failures of success. *The Milbank Memorial Fund Quarterly. Health and Society*, 3–24.
- Hagen, T. P. & Iversen, T. (2023). Helsetjenestene – og det permanente endringsbehovet. *Magma*, 26(5). <https://doi.org/10.23865/magma.v26.1420>
- Hagen, T. P. & Tjerbo, T. (2013). Historien om da Kostnadskontroll spiste New Public Management til middag. I N. Veggeland (Red.), *Reformer i norsk helsevesen*. Akademika forlag.

- Hagen, T. P. & Tjerbo, T. (2023a). Vi forbereder oss på «eldrebølgen», men i kommunehelsetjenesten er det en «yngrebølge». *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 9(2), 92–104. <https://doi.org/10.18261/tfo.9.2.8>
- Hagen, T. P. & Tjerbo, T. (2023b). The Causal Effect of Community Hospitals on General Hospital Admissions. Evaluation of a Natural Experiment Using Register Data. *International Journal of Integrated Care*, 23(2), 1–12. <https://doi.org/10.5334/ijic.6515>
- Hagen, T. P. (2021). Er det stordriftsfordeler i sykehus? *Praktisk økonomi & finans*, 37(3), 232–241. <https://doi.org/10.18261/issn.1504-2871-2021-03-06>
- Hagen, T. P. (2025). Finsk, dansk, svensk eller norsk løsning? Aktuelle endringer i de nordiske landenes helsetjenestesystemer. *Overlegen*, 2025(2), 8–10. <https://overlegen.digital/fagbladet/2-2025/10/>
- Hagen, T. P., Amayu, K. N., Iversen, T., Godager, G. & Øien, H. (2011). *Utviklingen i kommunenes helse- og omsorgstjenester 1986-2010*. HERO Working Paper 2011:5.
- Hagen, T. P., Holom, G. H. & Amayu, K. N. (2018). Outsourcing day surgery to private for-profit hospitals: the price effects of competitive tendering. *Health Economics, Policy and Law*, 13(1), 50–67. <https://doi.org/10.1017/S1744133117000019>
- Hagen, T. P., Iversen, T. & Magnussen, J. (2001). *Hvilke effekter ga innsatsstyrt finansiering?*
- Hagen, T. P., Veenstra, M. & Stavem, K. (2006). *Efficiency and patient satisfaction in Norwegian hospitals*.
- Hagen, T. P., Aarflot, M. & Tjerbo, T. (2024). Pasienter nyinnlagt i sykehjem – alder, tilstand og funksjonsnivå. *Michael*, 21, 23–38. <https://doi.org/10.5617/michael.10949>
- Haghighi, M. R. R., Pallari, C. T., Achilleos, S., Quattrocchi, A., Gabel, J., Artemiou, A., Athanasiadou, M., Papatheodorou, S., Liu, T., Martínez, J. A. C., Denissov, G., Łyszczarz, B., Huang, Q., Athanasakis, K., Bennett, C. M., Zimmermann, C., Tao, W., Mekogo, S. N., Hagen, T. P., ... & Demetriou, C. A. (2024). Excess mortality and its determinants during the COVID-19 pandemic in 21 countries: An ecological study from the C-MOR project, 2020 and 2021. *J Epidemiol Glob Health*. <https://doi.org/10.1007/s44197-024-00320-7>
- Halsteinli, V., Kittelsen, S. A. & Magnussen, J. (2010). Productivity growth in outpatient child and adolescent mental health services: The impact of case-mix adjustment. *Social Science and Medicine*, 70(3), 439–446. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.11.002>
- Halsteinli, V., Magnussen, J. & Kittelsen, S. A. C. (2001). Scale, efficiency and organization in Norwegian psychiatric outpatient clinics for children. *Journal of Mental Health Policy and Economics*, 4(2), 79–90. <file:///C:/Documents%20and%20Settings/Sverre/My%20Documents/HERO/psykiatri/HalsteinliKittelsenMagnussen2001.pdf>
- Halsteinli, V., Magnussen, J. & Kittelsen, S. A. C. (2005). Productivity growth in Norwegian psychiatric outpatient clinics for children and youths. *Journal of Mental Health Policy and Economics*, 8(4), 183–191. <file:///C:/Documents%20and%20Settings/5Csverreck%5CMy%20Documents%5CHERO%5Cpsykiatri%5CMalm%5CHalsteinliKittelsenMagnussen2005.pdf>
- Hart, O., Shleifer, A. & Vishny, R. W. (1997). The proper scope of government: Theory and an application to prisons. *The Quarterly Journal of Economics*, 112(4), 1127–1161.
- HealthCare.gov. *What Marketplace health insurance plans cover* (Essential Health Benefits). <https://www.healthcare.gov/coverage/what-marketplace-plans-cover/>

- Heaney, D., Black, C., O'Donnell, C. A., Stark, C. & van Teijlingen, E. (2006). Community hospitals—the place of local service provision in a modernising NHS: an integrative thematic literature review. *BMC Public Health*, 6, 309.
- Heijink, R., Engelfriet, P., Rehnberg, C., Kittelsen, S. A. C. & Häkkinen, U. (2015). A window on regional variation in healthcare: insights from EuroHOPE. *Health Economics*, 24(Suppl. 2), 164–177.
- Helderman, J.-K., Schut, F. T., van der Grinten, T. E. D. & van de Ven, W. P. M. M. (2005). Market-oriented health care reforms and policy learning in the Netherlands. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 30(1–2), 189–209. <https://doi.org/10.1215/03616878-30-1-2-189>
- Helsedirektoratet. (2014). *Kommunenes plikt til øyeblikkelig hjelp døgnopphold. Veiledningsmaterieill*. Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2016). *Helse-, omsorgs- og rehabiliteringsstatistikk. Eldres helse og bruk av kommunale helse- og omsorgstjenester*. [Rapport 2/2016].
- Helsetilsynet. (2016). *Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2015 med samhandling om utskrivning av pasienter fra spesialisthelsetjenesten til kommunen*. [Rapport fra Helsetilsynet 1/2016].
- Helsetilsynet. (2019). *Sammenfatning av funn fra to landsomfattende tilsyn i 2017–2018 med tjenester til personer med psykisk lidelse og samtidig rusmiddelproblem – eller mulig samtidig ruslidelse*. [Rapport fra Helsetilsynet 7/2019].
- Hernæs, Ø., Kverndokk, S., Markussen, S. & Øien, H. (2023). When health trumps money: Economic incentives and health equity in the public provision of nursing homes in Norway [PMID: 37562246]. *Social Science & Medicine*, 333. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2023.116116>
- Hervey, T. K. H. & McHale, J. V. (2015). *European Union Health Law*. Cambridge University Press.
- HOD. (2000). *En gjennomgang av sykehusenes økonomi. Rapport fra referansegruppe*. Helse og omsorgsdepartementet.
- Hoffmeyer, U. K. & McCarthy, T. R. (1994). *Financing Health Care*. Kluwer.
- Hofstad, E. (2022). *De lytter til pasienten og så agerer de*. Sykepleien. <https://sykepleien.no/2022/03/pasientsentrert-helsetjenesteteam-de-lytter-til-pasienten-og-sa-agerer-de>
- Holmström, B & P. Milgrom (1991). Multitask Principal-Agent Analyses: Incentive Contracts, Asset Ownership, and Job Design. *Journal of Law, Economics, & Organization*, 7, 24–52.
- Holom, G. H. & Hagen, T.P. (2017). Quality differences between private for-profit, private non-profit and public hospitals in Norway: a retrospective national register-based study of acute readmission rates following total hip and knee arthroplasties. *BMJ Open* 2017;7:e015771. 10.1136/bmjopen-2016-015771
- Holom, G. H., Alexandersen, N., Goldhaber-Fiebert, J. D. & Hagen, T. P. (2018). Which patients receive surgery in for profit and non-profit hospitals in a universal health system? An explorative register-based study in Norway. *BMJ Open* 2018;8:e019780. 10.1136/bmjopen-2017-01978
- Holte, J. H., Hagen, T. P. & Tjerbo, T. (2023). Brukere med særlig høye kostnader i pleie- og omsorgstjenestene – hvem er de, og hva betyr de for kommunale utgifter? *Magma*, 26(5), 93–103. <https://doi.org/10.23865/magma.v26.1423>
- Hotelling, H. (1929). Stability in competition. *The Economic Journal*, 39(153), 41–57.

- Häkkinen, U., Hagen, T. P. & Kittelsen, S. A. C. (2023). 20 years of Nordic comparative health economic research [Forthcoming]. *Nordic Journal of Health Economics*.
- Häkkinen, U., Martikainen, P., Noro, A., Nihtila, E. & Peltola, M. (2008). Aging, health expenditure, proximity to death, and income in Finland. *Health Econ Policy Law*, 3(Pt 2), 165–195. <https://doi.org/10.1017/S174413310800443X>
- Indenrigs- og sundhetsministeriet. (2024). *Aftale om sundhedsreform 2024*.
- Innst. (uoppgitt nummer). (u.å.). *Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om samtykke til godkjenning av EØS-komiteens beslutning nr. 153/2014 av 9. juli 2014 om innlemmelse i EØS-avtalen av direktiv 2011/24/EU om anvendelse av pasientrettigheter ved helsetjenester over landegrensene*. Stortinget.
- Innst. 387 S (2023–2024). (2023). *Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027 Vår felles helsetjeneste*. Stortinget.
- Iversen, T. & Lurås, H. (1996). *Forsøk med fastlegeordning (1/1996)*. Universitetet i Oslo: Senter for helseadministrasjon.
- Iversen, T. & Lurås, H. (1998). *Innføring av fastlegeordning. Hva med legenes tilpasning? (5/1998)*. Senter for helseadministrasjon.
- Iversen, T. (2016). Primary care: Effectiveness and costs. I *World Scientific Handbook of Global Health Economics and Public Policy: Volume 3: Health System Characteristics and Performance* (s. 231–268).
- Jacobzone, S., Cambois, E., Chaplain, E. & Robine, J. M. (2000). *The Health of Older Persons in OECD Countries; Is it Improving Fast Enough to Compensate for Population Ageing? Labour Market and Social Policy*. Occasional Paper no. 37. OECD.
- Jagger C, Gillies C, Moscone, F., Cambois, E., Van Oyen, H., Nusselder, W., Robine, J.-M. & EHLEIS team (2008). Inequalities in healthy life years in the 25 countries of the European Union in 2005: a cross-national meta-regression analysis. *The Lancet*, 372, 2124–2131. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(08\)61594-9](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(08)61594-9)
- Januleviciute, J., Askildsen, J. E., Kaarboe, O., Siciliani, L. & Sutton, M. (2016). *How do hospitals respond to price changes? Evidence from norway*. <https://doi.org/10.1002/hecc.3179>
- Jegers, M., Kesteloot, K., De Graeve, D. & Gilles, W. (2002). A typology for provider payment systems in health care. *Health Policy*, 60, 255–273. [https://doi.org/10.1016/s0168-8510\(01\)00216-0](https://doi.org/10.1016/s0168-8510(01)00216-0)
- Joo, J. Y. (2023). Fragmented care and chronic illness patient outcomes: A systematic review. *Nursing Open*, 10(6), 3460–3473. <https://doi.org/10.1002/nop2.1607>
- Kalseth J. & Halvorsen T. (2020). Health and care service utilisation and cost over the life-span: a descriptive analysis of population data. *BMC Health Serv Res.*, 19;20(1):435. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05295-2>
- Kalseth J., Pettersen I. & Kalseth B. (2009). *Psykisk helse i kommunene – tiltak og tjenester. Status 2007/2008 og utvikling i Opptappingsplanperioden*. SINTEF rapport A8823. Sluttrapport.
- Kalseth, J., Kaspersen, S. L. & Ådnanes, M. (2024). *Struktur og fleksibilitet i oppfølging og koordinering Sluttrapport i evaluering av pilot for strukturert tverrfaglig oppfølgingstea*. SINTEF Digital.
- Kinge, J., Dieleman, J., Karlstad, Ø., Knudsen, A., Klitkou, S., Hay, S., Vos, T., Murray, C. & Vollset, S. (2023). Disease-specific health spending by age, sex, and type of care in Norway: a national health registry study. *BMC Med.*, 21(1), 201. <https://doi.org/10.1186/s12916-023-02896-6>

- Kittelsen, S. A. C. & Førsund, F. (2001). Empiriske forskningsresultater om effektivitet i offentlig tjenesteproduksjon. *Økonomisk forum*, 6, 22–29.
- Kittelsen, S. A. C. & Magnussen, J. (2003). *Economics of scope in Norwegian hospital production - A DEA analysis (HERO working paper, Issue. Health Economics Research Programme at the University of Oslo (HERO))*. [HERO working paper]. Health Economics Research Programme at the University of Oslo (HERO).
- Kittelsen, S. A. C., Anthun, K. S. & Huitfeldt, I. M. S. (2017). Kvalitet og produktivitet i norske sykehus. *Michael*, 14(Supplement 19), 75–85. http://www.dnms.no/index.php?supp_id=245866&a=5
- Kittelsen, S. A. C., Anthun, K. S., Bilet, A. M., Jansen, H. S., Lidman, J., Magnussen, J. & Sæther, E. M. (2024). *Scale economies in somatic hospitals in Norway* [Kuopio, 22.08.2024]. Nordic Health Economics Study Group.
- Kittelsen, S. A. C., Anthun, K. S., Goude, F., Huitfeldt, I. M. S., Häkkinen, U., Kruse, M., Medin, E., Rehnberg, C. & Rättö, H. (2015). Costs and quality at the hospital level in the Nordic countries. *Health Economics*, 24(Suppl. 2), 140–163. <https://doi.org/10.1002/hec.3260>
- Kittelsen, S. A. C., Anthun, K. S., Häkkinen, U., Kruse, M. & Rehnberg, C. (2018). Scale and quality in Nordic hospitals. *Nordic Journal of Health Economics*, 6(2), 29–44. <https://doi.org/10.5617/njhe.4801>
- Kittelsen, S. A. C., Magnussen, J. & Anthun, K. S. (2007a). Har sykehusreformen ført til økt produktivitet. I *Resultatevaluering av sykehusreformen*. Norges forskningsråd.
- Kittelsen, S. A. C., Magnussen, J. & Anthun, K. S. (2007b). *Sykehusproduktivitet etter statlig overtakelse: En nordisk komparativ analyse (1). (HERO Working paper, Issue. Health Economics Research Programme at the University of Oslo (HERO))*. [HERO Working paper]. Health Economics Research Programme at the University of Oslo (HERO).
- Kittelsen, S. A. C., Winsnes, B. A., Anthun, K. S., Goude, F., Hope, Ø., Häkkinen, U., Kalseth, B., Kilsmark, J., Medin, E., Rehnberg, C. & Rättö, H. (2015). Decomposing the productivity differences between hospitals in the Nordic countries. *Journal of Productivity Analysis*, 43(3), 281–293. <https://doi.org/10.1007/s11123-015-0437-z>
- Kjelvik, J. (2011). *Mindre del av utgiftene går til eldre*. Samfunnsspeilet 2011/2.
- Kjønstad, A., & Syse, A. (2018). *Helserettslige emner: rett til helsehjelp, taushetsplikt og informert samtykke, sinnslidende og psykisk utviklingshemmete*. Gyldendal Akademisk.
- Knill, C. & Lehmkuhl, D. (2012). The national impact of European Union regulatory policy: Three Europeanization mechanisms. *European Journal of Political Research*, 41(2), 255–280.
- Knudsen, A., Madsen, C., Forthun, I., Tvedten, H., Dahl, J., Lyngstad, T., Strøm, M., Fagerås, S., Tapia, G., Schwinger, C., Aavitsland, P., Paulsen, T., Kløvstad, H., Baravelli, C., Sveen, K., Zahl, P. (2024). *Avtale mellom regjeringen og KS om videreutvikling av helesfelleskapene for en mer sammenhengende helse- og omsorgstjeneste*. KS & Helse- og omsorgsdepartementet.
- Knudsen, A. K. S., Forthun, I. & Madsen, C. (2023). Ingen fasit for beregning av overdødelighet. *Tidsskr Nor Lægeforen*, 143. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.23.0463>
- KS & FHI. (2022). *Gode pasientforløp. Årsrapport 2022*.
- KS & Helse- og omsorgsdepartementet, 2024. «Avtale mellom regjeringen og KS om videreutvikling av helsefelleskapene for en mer sammenhengende helse- og omsorgstjeneste».

- Kuosmanen, T. & Kortelainen, M. (2012). Stochastic non-smooth envelopment of data: semi-parametric frontier estimation subject to shape constraints. *Journal of Productivity Analysis*, 38(1), 11–28. <https://doi.org/10.1007/s11123-010-0201-3>
- Ladrecht, R. (2010). *Europeanization and National Policies*. Palgrave Macmillan.
- Langørgen, A. (2004). Needs, economic constraints, and the distribution of public home-care. *Applied Economics, Taylor & Francis Journals*, 36(5), 485–496.
- Lappégard, O. & Hjortdahl, P. (2012). Acute admissions to a community hospital: experiences from Hallingdal sjukestugu. *Scand J Public Health*, 40(4), 309–315.
- Lappégard, O. & Hjortdahl, P. (2014). Acute admissions to a community hospital - health consequences: a randomized controlled trial in Hallingdal, Norway. *BMC Fam Pract*, 15, 198–202.
- Leonardsen, A. C. (2021). Utfordringen med å skape sammenhengende helse- og omsorgstjenester. *Tidsskrift for Omsorgsforskning*, 7(2), 97–100. <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2021-02-08>
- Lindaas, N. A., Anthun, K. S., Kittelsen, S. A. C. & Magnussen, J. (2024). Economies of scope in the Norwegian public hospital sector. *The European Journal of Health Economics*. <https://doi.org/10.1007/s10198-024-01704-z>
- Linna, M., Häkkinen, U. & Magnussen, J. (2006). Comparing hospital cost efficiency between Norway and Finland. *Health Policy*, 77(3), 268–278. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2005.07.019>
- Linna, M., Häkkinen, U., Peltola, M., Magnussen, J., Anthun, K. S., Kittelsen, S., Roed, A., Olsen, K., Medin, E. & Rehnberg, C. (2010). Measuring cost efficiency in the Nordic Hospitals-a cross-sectional comparison of public hospitals in 2002. *Health Care Management Science*, 13(4), 346–357. <https://doi.org/10.1007/s10729-010-9134-7>
- Liverani, M., & Coker, R. (2012). Protecting Europe from diseases: From the International Sanitary Conferences to the ECDC. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 37(6), 915–934.
- Ljunggren, B., Haugset, A. S. & Solbakk, N. (2014). *Kommunale helse- og omsorgslederes opplevelse av effekter av samhandlingsreformen. Datadokumentasjon fra en spørreundersøkelse høsten 2013* [Rapport 2014:2]. Trøndelag forskning og utvikling.
- LOV-1999-07-02-61 (1999). *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven)*. Helse- og omsorgsdepartementet.
- LOV-2011-06-24-30 (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)*. Helse- og omsorgsdepartementet.
- Lunder, T. E., Krone-Hjertstrøm, H., Håkonsen, L. & Kvernenes, M. S. (2020). *Ressurskrevende omsorgstjenester i kommunene*. Telemarksforskning.
- Magnussen, J. (1994). *Hospital Efficiency in Norway - A Non-Parametric Analysis* [Publikasjonsnr. 6]. University of Bergen.
- Magnussen, J. (1996). Efficiency measurement and the operationalization of hospital production. *Health Services Research*, 31, 21–37.
- Martinussen, P. L. & Hagen, T. P. (2009). Reimbursement systems, organisational forms and patient selection: evidence from day surgery in Norway. *Health Economics, Policy and Law*, 4(2), 139–158. <https://doi.org/10.1017/S1744133109004812>
- McGuire, T. G. (2000). Physician agency. I *Handbook of health economics* (Bd. 1, s. 461–536).
- Melberg, H. O. & Hagen, T. P. (2016). Liggetider og reinnleggelser før og etter Samhandlingsreformen. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 2(2), 143–158.

- Melberg, H. O. & Sørensen, J. (2013). *How does end of life costs and increases in life expectancy affect projections of future hospital spending?* [Working paper 2013: 9]. Health Economics Research Program (Hero).
- Melberg, H. O., Beck Olsen, C. & Pedersen, K. (2016). Did hospitals respond to changes in weights of Diagnosis Related Groups in Norway between 2006 and 2013? *Health Policy*, 120(9), 992–1000. <https://doi.org/10.1016/J.HEALTHPOL.2016.07.013>
- Melby, L., Hilland, G. H., Anfinssen, M. & Rørvik, M. (2024). *Gode pasientforløp—Oppsummering av erfaringer og resultater*. SINTEF Digital.
- Meld. St. 11 (2015–2106). (2015). *Nasjonal helse- og sykehusplan 2016–2019*. Helse- og omsorgsdepartementet.
- Meld. St. 26 (2014–2015). (2014). *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet*. Helse- og omsorgsdepartementet.
- Meld. St. 7 (2019–2020). (2019). *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023*. Helse- og omsorgsdepartementet.
- Meld. St. 9 (2012–2013). (2012). *En innbygger – én journal*. Helse- og omsorgsdepartementet.
- Meld. St. 9 (2023–2024). (2023). *Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027—Vår felles helsetjeneste*. Helse- og omsorgsdepartementet.
- Melis, R. J., Olde Rikkert, M. G., Parker, S. G. & van Eijken, M. I. (2004). What is intermediate care? *BMJ*, 329(7462), 360–361.
- Moe, J. O. & Hagen, T. P. (2011). Trends and variation in mild disability and functional limitations among older adults in Norway, 1986–2008. *European Journal of Aging*, 8(1), 49–61.
- Moger, T. A., Amundsen, O., Tjerbo, T., Hellesø, R., Holte, J. H. & Vøllestad, N. (2023). *Innovations in use of registry data (INOREG) Design of a registry-based study analyzing care pathways and outcomes for chronic patients*. 6(1).
- Mossialos E. & Thomson, S. (2002). Voluntary health insurance in the European Union: a critical assessment. *International Journal of Health Services*, 32(1):19–88.
- Mossialos, E., & Thomson, S. (2004). *Voluntary Health Insurance in the European Union*. European Observatory for Health Care Systems (EOHCS).
- Mossialos, E., Permanand, G., Baeten, R. & Hervey, T. K. (Red.). (2010). *Health Systems Governance in Europe. The Role of European Union Law and Policy*. Cambridge University Press.
- Mossialos, E., Djordjevic, A., Osborn, R., & Sarnak, D. (Red.). (2017). *International Profiles of Health Care Systems*. The Commonwealth Fund.
- Nerland, S. & Hagen, T. (2008). Forbruk av spesialisthelsetjenester – Ble det større likhet etter sykehusreformen? *Tidsskrift for Samfunnsforskning*, 49, 37–41.
- Nerland, S. M. (2001). Kurpengeordningen for 1980 – den glemte finansieringsordningen. *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening*, 121, 2983–2985.
- Niinistö, S. (2024). *Safer Together. Strengthening Europe's Civilian and Military Preparedness and Readiness*. Report to the President of the EU.
- Nordeng, Z. & F. Veggeland (2020). “The implementation of European Union (EU) rules on cross-border care: moving towards convergence?,” *Health Economics, Policy and Law*, Cambridge University Press, vol. 15(2), pages 141–159, April.
- Nordeng, Z. & Veggeland, F. (2020). The implementation of European Union (EU) rules on cross-border care: moving towards convergence? *Health Economics, Policy and Law*, 15(2), 141–159. <https://doi.org/10.1017/S174413311800035>

- Norges forskningsråd. (2016). *Evalueringsrapport av samhandlingsreformen. Sluttrapport fra styringsgruppen for forskningsbasert følgeevaluering av samhandlingsreformen (EVASAM)*.
- Normand, C. & Busse, R. (2002). Social health insurance (SHI) financing. I E. Mossialos, A. Dixon, J. Figueras & J. Kutzin (Red.), *Funding Health Care: Options for Europe* (s. 59–79). Open University Press.
- NOU 1987: 25 (1987). *Sykehustjenester i Norge. Organisering og finansiering*.
- NOU 2000: 22 (2000). *Om oppgavefordelingen mellom stat, region og kommune*.
- NOU 2008: 2 (2008). *Fordeling av inntekter mellom regionale helseforetak*.
- NOU 2012: 2 (2012). *Utenfor og innenfor. Norges avtaler med EU*.
- NOU 2016: 25 (2016). *Organisering og styring av spesialisthelsetjenesten. Hvordan bør statens eierskap innrettes framover?*
- NOU 2018: 16 (2018). *Det viktigste først. Prinsipper for prioritering i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og for offentlig finansierte tannhelsetjenester*.
- NOU 2019: 24 (2019). *Inntektsfordeling mellom regionale helseforetak*.
- NOU 2022: 10 (2022). *Inntektssystemet for kommunene*. Oslo: Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon.
- NOU 2022: 18 (2022). *Mellom mobilitet og migrasjon. Arbeidsinnvandreres integrering i norsk arbeids- og samfunnsliv*.
- NOU 2022: 5 (2022). *Myndighetenes håndtering av koronapandemien – del 2*.
- NOU 2023: 4 (2023). *Tid for handling – Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste*.
- NOU 2023: 8 (2023). *Fellesskapets sykehus – Styring, finansiering, samhandling og ledelse*.
- NOU 2024: 7 (2024). *Norge og EØS: utvikling og erfaringer*.
- NVE - RME. (2023). *Inntektsrammer for 2022 – foreløpige beregninger*. Norges vassdrags- og energidirektorat. <https://www.nve.no/reguleringsmyndigheten/bransje/bransjeoppgaver/inntektsrammer/inntektsrammer-for-2022-vedtak/inntektsrammer-for-2022-foreloepige-beregninger/>
- NyAnalyse. (2016). *Effekten av konkurranse – kvalitet og kostnader ved sykehjem i Oslo 2016*.
- Oates, W. (1972). *Fiscal federalism*. Harcourt Brace Jovanovich.
- OECD. (1992). *The Reform of Health-care Systems: A Comparative Analysis of Seven OECD Countries*. OECD.
- OECD. (2023). *Exploring Norway's Fertility, Work, and Family Policy Trends*. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/f0c7bddf-en>
- Official Journal of the European Communities. (1997). *Treaty of Amsterdam amending the Treaty on European Union, the Treaties establishing the European Communities and certain related acts* [Notice no: 97/C 340/01].
- Olsen, J. P. (2002). The Many Faces of Europeanization. *Journal of Common Market Studies*, 40(5), 921–952.
- Oslo Economics. (2013). *Sykehjemsdrift i Oslo – effekten av konkurranse*.
- Ot. prp. nr. 66 (1981–82) Om lov om helsetjenester i kommunene.
- Ot. prp. nr. 66 (2000–2001). (2000). *Om lov om helseforetak m.m.*
- Paris, V., Devaux, M. & Wei, L. (2010). *Health systems institutional characteristics: a survey of 29 OECD countries*.

- Pedersen, I. (2007). *Private helseforsikringer – status og betydning for utvikling i sosiale helseskilnader* [Notatserie i helseøkonomi nr. 13/07]. Program for helseøkonomi i Bergen.
- Pedersen, K., Godager, G., Rognlien, H., Tyrihjell, J., Værnø, S., Iversen, T., Holte, J., Abelsen, B., Pahle, A., Augestad, L. & Sæther, E. (2022). *Evaluering av handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020–2024: Evalueringsrapport I*.
- Pierson, P. (2004). *Politics in Time: History, Institutions, and Social Analysis*. Princeton University Press.
- Prior, A., Vestergaard, C. H., Vedsted, P., Smith, S. M., Virgilsen, L. F., Rasmussen, L. A. & Fenger-Grøn, M. (2023). Healthcare fragmentation, multimorbidity, potentially inappropriate medication, and mortality: A Danish nationwide cohort study. *BMC Medicine*, 21(1), 305. <https://doi.org/10.1186/s12916-023-03021-3>
- Prop. 91 L (2010–2011) Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven).
- Radaelli, C. M. (2004). Europeanisation: Solution or problem? *EIOP*, 8(16), 1–16. <http://eiop.or.at/eiop/pdf/2004-016.pdf>
- Regjeringen.no. (2018). *Samfunnssikkerhetskjeden*. <https://www.regjeringen.no/no/tema/samfunnssikkerhet-og-beredskap/innsikt/samfunnssikkerhetskjeden/id2340021/>
- Riksrevisjonen. (2017). *Undersøkelse av helseforetakenes praksis for utskrivning av pasienter til kommunehelsetjenesten. Del av Dokument 3:2 (2017–2018)*.
- Riksrevisjonen. (2018). *Undersøkelse av myndighetenes arbeid med å sikre god henvisningspraksis fra fastlegene til spesialisthelsetjenesten. Dokument 3:4 (2017–2018)*.
- Riksrevisjonen. (2019). *Riksrevisjonens undersøkelse av årsaker til variasjon i forbruk av helsetjenester. Dokument 3:2 (2019–2020)*.
- Ringard, Å. & Hagen, T. P. (2011). Are waiting times for hospital admissions affected by patients' choices and mobility? *BMC Health Services Research*, 11(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-11-170/TABLES/3>
- Rogne, A. F. (2016). Hvor godt treffer befolkningsframskrivingene? *Økonomiske analyser*, 3, 63–74.
- Rohde, T., Grut, L., Lippestad, J. & Anthun, K. S. (2020). *Samhandling mellom kommuner og sykehus*. SINTEF Digital.
- Rowland, D. T. (2003). *Demographic methods and concepts*. OUP Oxford.
- Rundskriv IS-4/2023 Ressurskrevende tjenester og psykisk utviklingshemmede
- Rødal, J. H., Frisvoll, I. C., Hungnes, T., Myhre, E. & Aarseth, T. (2020). *Sykehus og kommuners arbeid med utskrivningsklare pasienter – et møte mellom to verdener?* [Rapport nr. 2005]. Møreforskning Molde.
- Rønningen, L. & Magnussen, J. (1996). Utvikling i produktivitet i perioden 1990–1994. [Rapport nr. 5/96]. I O. Kindseth & K. Solstad (Red.), *SAMDATA SYKEHUS. Sammenligningsdata for somatisk fylkeshelsetjeneste 1995*. SINTEF UNIMED, Norsk institutt for sykehusforskning.
- Saltman, R. B., Busse, R. & Figueras, J. (2004). *Social health insurance systems in western Europe*. Open University Press.
- Sandvik, H. (2003). Fastlegeordningen: forventninger og erfaringer. *Tidsskr Nor Lægeforening*, 123(10), 1319–1321.

- Schakel, A. H., Marks, G. & Hooghe, L. (2015). Multilevel Governance and the State. [Kapittel 14]. I S. Leibfried, E. Huber, M. Lange, J. D. Levy, F. Nullmeier & J. D. Stephens (Red.), *Oxford Handbook on the Transformation of the State*. Oxford University Press.
- Schiøtz, A. (2003). *Folkets helse – landets styrke 1850–2003. Det offentlige helsevesen i Norge 1603–2003. Bind II*. Universitetsforlaget.
- Schrøder, C., Skare, Ø., Reikerås, O., Mowinckel, P. & Brox, J. (2017). Sham surgery versus labral repair or biceps tenodesis for type II SLAP lesions of the shoulder: a three-armed randomised clinical trial. *Br J Sports Med*, 51, 1759–1766. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2016-097098>
- Schut & Van de Ven. (2005). Rationing and competition in the Dutch health care system. *Health Economics*, 14(S1), S59–S74.
- Sedelmeier, U. (2012). Europeanization. [Kapittel 57]. I E. Jones, A. Menon & S. Weatherill (Red.), *The Oxford Handbook of the European Union*. Oxford University Press.
- Seim, S., Løvaas, L. & Hagen, T. P. (2007). Hva kjennetegner virksomheter som kjøper private helseforsikringer? *Tidsskrift for den norske legeforening*, 127, 2673–2675.
- Seip, A. L. (1984). *Sosialhjelpstaten blir til: norsk sosialpolitikk 1740–1920*. [ISBN 82-05-22186-3]. Gyldendal.
- Seip, A. L. (1994). *Veiene til velferdsstaten: norsk sosialpolitikk 1920–75*. [ISBN 82-05-21930-3]. Gyldendal.
- Shih, A., Davis, K., Schoenbaum, S., Gauthier, A., Nuzum, R. & McCarthy, D. (2008). *Organizing the US health care delivery system for high performance* 59. The Commonwealth Fund.
- Simar, L. & Wilson, P. W. (1998). Sensitivity Analysis of Efficiency Scores: How to Bootstrap in Nonparametric Frontier Models. *Management Science*, 44(1), 49–61.
- Simar, L. & Wilson, P. W. (2001). Testing Restrictions in Nonparametric Efficiency Models. *Communications in Statistics, Simulation and Computation*, 30(1), 159–184.
- SKDE – Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering. (2017). *Elderehelseatlas for Norge*. [Rapport 2/2017]. SKDE.
- SKDE – Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering. (u.å.). *Nasjonale helseatlas*. <https://www.skde.no/helseatlas/>
- Skinner, M. S. (2015a). Døgnåpne kommunale akutenheter: En nasjonal helsetjenestemodell med rom for lokale organisasjonstilpasninger. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 2, 131–144.
- Slagstad, R. (2017). Den nye helseadelen. *Tidsskrift for den norske legeforening*, 137.
- Slydahl, V. (2025). *Analyse av kvalitetsforskjellene mellom offentlige og private sykehus* [Masteroppgave]. Universitetet i Oslo, Avdeling for helseledelse og helseøkonomi.
- St.meld. nr. 19 (2008–2009). Ei forvaltning for demokrati og fellesskap
- St.meld. nr. 23 (1996–1997). Trygghet og ansvarlighet. Om legetjenesten i kommunene og fastlegeordningen
- St.meld. nr. 47 (2008–2009). (2008). *Samhandlingsreformen — Rett behandling – på rett sted – til rett*. Helse- og omsorgsdepartementet.
- St.meld. nr. 50 (1993–1994). (1993). *Samarbeid og styring. Mål og virkemidler for en bedre helsetjeneste*. Sosialdepartementet.
- St.meld. nr. 68 (1984–1985). Sykehjemmene i en desentralisert helse- og sosialtjeneste
- St.meld. nr. 9 (1974–1975). (1974). *Sykehusutbygging m.v. i et regionalisert helsevesen*. Sosialdepartementet.

- St.prp. nr. 46 (2004–2005). Ny arbeids- og velferdsforvaltning
- Steingrimsdóttir, Ó. A., Næss, Ø. & Moe, J. O. (2012). Trends in life expectancy by education in Norway 1961–2009. *Eur J Epidemiol*, 27, 163–171. <https://doi.org/10.1007/s10654-012-9663-0>
- Stiglitz, J. E. & Rosengard, J. K. (2021). *Economics of the Public Sector*. Norton.
- Stortinget. (2014). *Samtykke til godkjenning av EØS-komiteens beslutning om innlemmelse i EØS-avtalen av direktiv 2011/24/EU om anvendelse av pasientrettigheter ved helsetjenester over landegrensene*. <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Saker/Sak/?p=60536>
- Stortinget. (2026). *EUs nye helsepakke*. <https://www.stortinget.no/no/Hva-skjer-pa-Stortinget/EU-EOS-informasjon/EU-EOS-nytt/2026/eueos-nytt---12.-januar-2026/eus-nye-helsepakke/>
- Sulander, T. (2005). *Functional ability and health behaviour, trends and associations among the elderly people, 1985–2003*. [Doktorgradavhandling]. Helsinki university.
- Swanson, J. O. J. & Hagen, T. P. (2016). Reinventing the community hospital: A retrospective population-based cohort study of a natural experiment using register data. *BMJ Open* 2016;6:e012892. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-012892>
- Swanson, J. O. J., Alexandersen, N. & Hagen, T. P. (2016). Førte opprettelsen av kommunale akutte døgnenheter til færre innleggelser ved somatiske sykehus? *Tidsskrift for Omsorgsforskning*, 2(2), 125–134.
- Syse, A. & Hjemås, G. (2024). Kan friskere aldring og økt familieomsorg veie opp for lavere tilgang på offentlige helse- og omsorgstjenester? *Michael*, 21(1).
- Søbye, E. (1994). *HVPU-reformen: intensjoner og forløp*. SSB.
- Sørensen, R. J. & Thompson, C. (2018). *En effektiv offentlig sektor*. Universitetsforlaget.
- The King's Fund. (2022). *The Health and Care Act 2022. Our work to inform and make sense of the legislation*.
- Thomson, S., Sagan, A. & Mossialos, E. (2020). *Private health insurance: history, politics and performance*. Cambridge University Press.
- Tikkanen, R., Osborn, R., Mossialos, E., Djordjevic, A., & Wharton, G. (Red.). (2020). *International Profiles of Health Care Systems 2020*. The Commonwealth Fund. <https://doi.org/10.26099/7ahs-kn97>
- Tocqueville, A. (1988). *Det gamle regime og revolusjonen*. Aschehoug.
- Tynkkynen, L.-K., Alexandersen, N., Kaarbøe, O. M., Anell, A., Lehto, J. & Vrangbæk, K. (2018). Development of Voluntary Private Health Insurance in Nordic Countries – An Exploratory Study on Country-specific Contextual Factors. *Health Policy*. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2018.03.008>
- Tyrihjell, J. B., Godager, G., Pedersen, K., Værnø, S. G., Gundersen, M. B., Nyen, J. E., Iversen, T., Holte, J. H., Abelsen, B., Pahle, A., Augestad, L. A. & Sæther, E. M. (2024). *Evaluering av tiltak i allmennlegjetjenesten: Evalueringsrapport III*.
- Töller, A. E. (2010). Measuring and Comparing Europeanization of National Legislation: A Research Note. *Journal of Common Market Studies*, 48(2), 417–444.
- Tømmerås, A. M. & Thomas, M. (2024). Nasjonale befolkningsframskrivninger. Sammendrag av forutsetninger og resultater. I *Statistisk sentralbyrås rapporter* [2024/21].
- Tøssebro, J. (1996). *En bedre hverdag? Utviklingshemmedes levekår etter HVPU-reformen*. Kommuneforlaget AS.

- Ugland, T. & Veggeland, F. (2006). Experiments in Food Safety Policy Integration in the European Union. *Journal of Common Market Studies*, 44(3), 607–624.
- UNN. (2024). *Pasientsentrert helsetjenesteteteam (PSHT)*. <https://www.unn.no/avdelinger/e-helse-samhandlings-og-innovasjonssenteret/pasientorientert-tjenesteutvikling/pasientsentrert-helsetjenesteteteam-psht#behandlingsprinsipper-og-sammensetning-av-teamene>
- U.S. Census Bureau – Bunch, L. N. & Ketema, H. (2025). Health insurance coverage in the United States: 2024. (Primærkilde som Commonwealth Fund-profilen bygger på for dekningstalene for 2024.)
- Valentijn, P. P., Schepman, S. M., Opheij, W. & Bruijnzeels, M. A. (2013). Understanding integrated care: A comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care. *International Journal of Integrated Care*, 13. <https://doi.org/10.5334/ijic.886>
- van de Gronden, J. W., Szyszczak, E., Neergaard, U. & Krajewski, M. (Red.). (2011). *Health Care and EU Law*. T.M.C. Asser Press.
- Van de Ven & Schut. (2008). Universal mandatory health insurance in the Netherlands: a model for the United States? *Health Affairs*, 27(3), 771–781.
- van de Ven, W. & Schut, F. (2008). Universal mandatory health insurance in the Netherlands: a model for the United States? *Health Aff (Millwood)*, 27(3), 771–781. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.27.3.771>
- Veggeland, F. & Time, M. S. (2026). Styrking av helseberedskap og krisehåndtering - «mismatch» mellom samarbeidet i EU og EØS? *Internasjonal Politikk*, 84(1), 70–90. <https://doi.org/10.23865/intpol.v84.7652>
- Vollard, H. & Martinsen, D. S. (2014). Implementing Social Europe in times of crises: re-established boundaries of welfare? *West European Politics*, 37(4), 677–692.
- Vollaard, H., van de Bovenkamp, H. M. & Martinsen, D. S. (2015). The making of a European health care union: a federalist perspective. *Journal of European Public Policy*, 23(2), 157–176.
- Vos, E. (1999). *Institutional Frameworks of Community Health and Safety Regulation*. Hart Publishing.
- Vos, E. (2000). EU Food Safety Regulation in the Aftermath of the BSE Crisis. *Journal of Consumer Policy*, 23, 227–255.
- Vrangbæk, K., & Sørensen, L. M. (2013). Does municipal co-financing reduce hospitalisation rates in Denmark? *Scandinavian Journal of Public Health*, 41(4), 416–422.
- Wammes, J. J. G., van der Wees, P. J., Tanke, M. A. C., Westert, G. P. & Jeurissen, P. P. T. (2018). Systematic review of high-cost patients' characteristics and healthcare utilisation. *BMJ Open*, 8(9). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-023113>
- WHO, Keskimäki, I., Tynkkynen, L.-K. & Reissell, E. (2019). *Finland: health system review*. World Health Organization. Regional Office for Europe.
- WHO, Strandberg-Larsen, M., Nielsen, M. B. & Vallgård, S. (2007). *Denmark: health system review*. World Health Organization. Regional Office for Europe.
- Wismar, M., Palm, P., Figueras, J., Ernst, K. & van Ginneken, E. (Red.). (2011). *Cross-border health care in the European Union. Mapping and analysing practices and policies*. World Health Organization.
- Yin, J., Dahl, F. A., Hagen, T. P. & Lurås, H. (2016). The influence of changes in activity-based financing on hospital readmissions for the elderly. *Nordic Journal of Health Economics*, 4(2), 72–81. <https://doi.org/10.5617/NJHE.992>

- Zweifel, P., Felder, S. & Meiers, M. (1999). Ageing of population and health care expenditure: a red herring? *Health Econ.*, 8(6), 485–496. [https://doi.org/10.1002/\(sici\)1099-1050\(199909\)8:6<485::aid-hec461>3.0.co;2-4](https://doi.org/10.1002/(sici)1099-1050(199909)8:6<485::aid-hec461>3.0.co;2-4)
- Øien, H. E., Fevang & Grøtting, M. W. (2023). Forskjeller i lønn og sykefravær mellom kommunale, ideelle og kommersielle sykehjem i Norge: En registerbasert studie. *Magma*, 26(5). <https://doi.org/10.23865/magma.v26.1424>
- Aandahl, E., Abelsen, B., Fosse, A., Godager, G., Iversen, T., Løyland, H., Pedersen, K., Snilsberg, Ø. & Sæthre, E. (2024). *Evaluering av pilotprosjekt med primærhelseteam og alternative finansieringsordninger: Sluttrapport 2018–2023 (Statusrapport VI)*.
- Aaraas, I. (1995). The Finnmark general practitioner hospital study. Patient characteristics, patient flow and alternative care level. *Scand J Prim Health Care*, 13(4), 250–256.