

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 (Steingrimsdóttir 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.

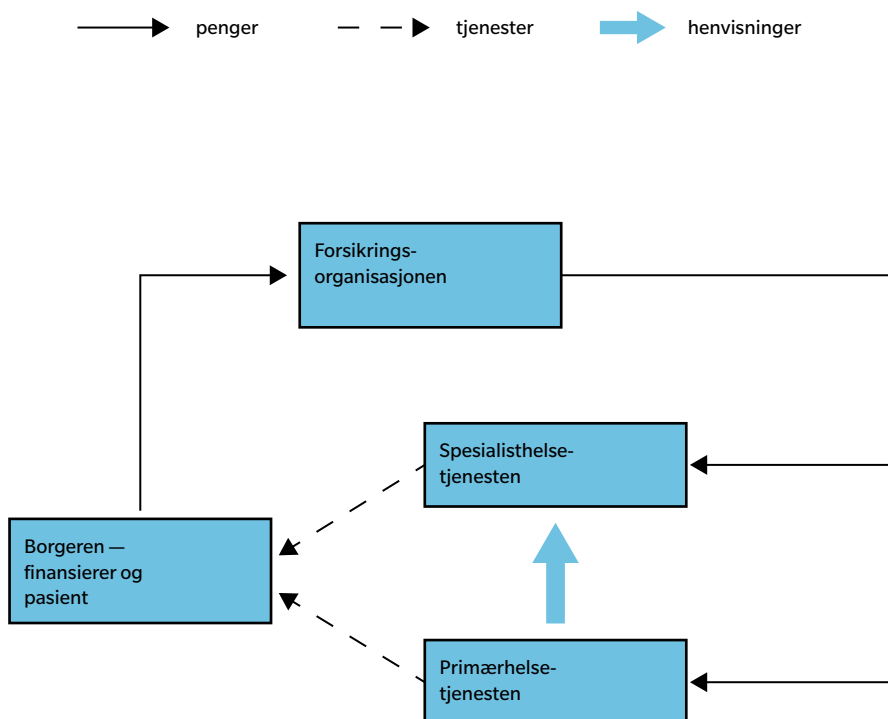
1.2 Helsetjenestesystemer – aktører og relasjoner

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?