

# PERSPEKTIV- NOTAT



## **Helse for alle uansett? Om ulikhet i spesialisthelsetjenesten**



## Sammendrag

I Norge har vi høy tillit til våre helsetjenester, og lik og god tilgang til god helse har vært grunnleggende for velferdsstaten. Samtidig ser vi at ulikheten øker i samfunnet vårt og helseulikheten er omfattende. Økende ulikhet i samfunnet skjer også i en tid med økende press på offentlige budsjetter, blant annet som følge av en aldrende befolkning.

I dette notatet tar for vi for oss ulikhet i helsesektoren: hvor ulikt er helse og helsetjenester fordelt? Hvordan kan og bør helsesektoren bidra til å sikre samme helsetilbud til alle? Hva kan bidra til å øke ulikhet og hvordan forhindrer vi det? Vi konsentrerer oss om spesialisthelsetjenesten, det vil si sykehusene. Men helse er et komplekst saksfelt, der ulike nivåer henger tett sammen.

Helsepolitikken skal sørge for helsetjenester av god kvalitet til alle. Likheter er et sentralt prinsipp og er blant annet nedfelt i Pasientrettighetsloven. Likevel ser vi at helse og levealder varierer med inntekt og sosial bakgrunn. Mye av dette oppstår utenfor helsesektoren. Det er tydelige sammenhenger mellom dødelighet, egenrapportert sykdom, bruk av helsetjenester og kreftoverlevelse på den ene siden og utdanning og inntekt på den andre. Desto viktigere er det at tilgangen til gode helsetjenester er lik, og at helsesektoren ikke reproducerer eller øker ulikheten som oppstår utenfor, før pasientene kommer til legen eller sykehuset.

I arbeidet med notatet har vi vært i dialog med flere av landets ledende forskere på helseøkonomi og –politikk, og en rekke organisasjoner og bedrifter. Notatet gir derfor en oppdatert oversikt over kunnskapsstatus på flere felt.

Notatet redegjør for to mulige drivere for ulikhet i spesialisthelsetjenesten:

For det første viser vi i notatet at helseforsikringer er et voksende marked og kan bli et betydelig samfunnsproblem i Norge på sikt. En halv million nordmenn har privat helseforsikring i dag. Selv om det kan argumenteres at slike private supplement tilfører helsetjenestene ekstra ressurser og avlaster det offentlige helsetilbudet, konkluderer vi med at de negative virkningene er større. Et stort privat spesialisthelsetilbud utenfor den offentlige rammen, finansiert gjennom private helseforsikringer eller av pasienten selv, kan trekke ressurser fra den offentlige helsetjenesten, endre samfunnets prioriteringer av helsetjenester, og svekke oppslutningen om det skattefinansierte universelle helsetilbudet.

Det er som oftest arbeidsgiver og ikke innbyggerne selv som kjøper helseforsikring, og det gjøres på et svakt informasjonsgrunnlag. For eksempel viser forskning at private helseforsikringer ikke gir noe reduksjon i sykefraværet for bedriftene, og veksten i forsikringer er kommet i en tid med kortere ventetider i det offentlige helsevesenet. Det er altså i realiteten ikke behov for slike forsikringer, og i tillegg må markedsføringen av dem nødvendigvis baseres på å svekke tilliten til vårt felles helsevesen. Vi konkluderer dermed at veksten i private helseforsikringer har negative effekter på ressursallokering på kort sikt, og på lengre sikt kan føre til en varig svekking av tilliten til helsevesenet, og dermed også en økende todeling og lavere oppslutning om skattefinansiering av helsetjenester.

For det andre konkluderer vi at selv om stadig flere rettigheter og valgmuligheter ofte har vært motivert av et ønske om lik tilgang, har slike grep med stor sannsynlighet hatt motsatt effekt. Flere rettigheter og valgmuligheter i et komplekst helsesystem kan bidra til å øke ulikheten. Ressurssterke pasientene som kan orientere seg i rettighetsjungelen, og kreve behandling de juridisk sett har krav

på, blir vinnerne. I tillegg skaper økt valgfrihet og flere rettigheter et større behov for dokumentasjon og administrasjon, og gir dårligere planleggingsevne og ressursbruk i en allerede presset helsesektor.

Vi foreslår ti tiltak som kan gi alle pasienter tilgang til likere gode helsetjenester, uavhengig av hvilke ressurser de har med seg inn i helsesektoren:

- 1) Reformen i helsesektoren må være innrettet mot å redusere ulikhet
- 2) Avvikle fritt behandlingsvalg: reformer må være kunnskapsbasert
- 3) Styrke fastlegens rolle for å øke bruk av valgmuligheter i den offentlige spesialisthelsetjenesten blant alle pasienter
- 4) Mer forskning på private helseforsikringer og bruk av helsetjenester
- 5) Oversikt over tjenester ved private sykehus: det offentlige må få innsyn i aktiviteten og kvaliteten ved private sykehus
- 6) Innføre skatt på private forsikringer
- 7) Frata statlige selskaper og kommunale aktører muligheten til å tilby private helseforsikringer til sine ansatte
- 8) Mer kunnskap om ressursbruk, ny styring av helsetjenesten for rett ressursbruk
- 9) Bort fra rettighetsjungelen, ingen nye rettigheter og revisjon med sikte på å redusere antallet rettigheter
- 10) Redusere inntektsulikhet og sosial ulikhet i samfunnet generelt

Arbeidet med notatet er utført med støtte fra LO Stat, og vi takker for deres økonomiske bidrag og den faglige friheten de gav oss under arbeidet med notatet.

## INNHOLD

<b>1. Ulikhet i tilgang til helsetjenester .....</b>	<b>5</b>
<b>2. Er helse likt for alle? .....</b>	<b>6</b>
<b>2.1 Utdanning henger sammen med levealder og sykdom .....</b>	<b>6</b>
<b>2.2 Jo høyere inntekt, jo bedre helse.....</b>	<b>7</b>
<b>2.3 Utvikling i sosial ulikhet i helse over tid .....</b>	<b>7</b>
<b>2.4 Ulikhet i bruk av helsetjenester.....</b>	<b>8</b>
<b>3. Reform på reform.....</b>	<b>9</b>
<b>4. Hva driver ulikhet? .....</b>	<b>11</b>
<b>4.1 Vekst i private helseforsikringer og det todelte helsevesenet.....</b>	<b>12</b>
4.1.1 Status i dag .....	12
4.1.2 Er private helseforsikringer et problem?.....	13
4.1.3 Hvorfor så mange forsikringer? .....	16
4.1.4 Konklusjon: private forsikringer kan forsterke ulikhet .....	20
<b>4.2 Rettigheter, valgfrihet og ulikhet i helselabyrinten .....</b>	<b>20</b>
4.2.1 Valgfrihet skal gi alle en stemme.....	21
4.2.2 Valgfrihet i praksis kan øke ulikheten.....	21
4.2.3 Fastlegene er nøkkelen for å gi økt valgfrihet i en offentlig helsetjeneste for alle .....	23
<b>5. Fortellingen om helsetilbudet og framtidens velferd .....</b>	<b>23</b>
<b>6. Anbefalinger .....</b>	<b>24</b>
<b>6.1 Reformen i helsesektoren må være innrettet mot å redusere ulikhet.....</b>	<b>24</b>
<b>6.2 Avvikle fritt behandlingsvalg: reformer må være kunnskapsbasert.....</b>	<b>24</b>
<b>6.3 Styrke fastlegens rolle for å øke bruk av valgmuligheter i den offentlige spesialisthelsetjenesten blant alle pasienter .....</b>	<b>25</b>
<b>6.4 Mer forskning på private helseforsikringer og bruk av helsetjenester .....</b>	<b>25</b>
<b>6.5 Oversikt over tjenester ved private sykehus .....</b>	<b>25</b>
<b>6.6 Skatt på private forsikringer .....</b>	<b>25</b>
<b>6.7 Frata statlige selskaper og kommunale aktører muligheten til å tilby private helseforsikringer til sine ansatte.....</b>	<b>26</b>
<b>6.8 Mer kunnskap om ressursbruk, ny styring av helsetjenesten for rett ressursbruk .....</b>	<b>26</b>
<b>6.9 Bort fra rettighetsjungelen.....</b>	<b>27</b>
<b>6.10 Redusere inntektsulikhet og sosial ulikhet i samfunnet .....</b>	<b>27</b>



## 1. Ulikhet i tilgang til helsetjenester

Nordmenn har høy tillit til offentlige helsetjenester, og 90 prosent av befolkningen er fornøyd med dagens helsevesen.<sup>1</sup> For å sikre et likt tilbud til alle, uavhengig av lommebokas størrelse, må den offentlige helsetjenesten være sterk. Likhetsprinsippet er nedfelt i Pasientrettighetsloven, som skal «bidra til å sikre befolkningen lik tilgang på tjenester av god kvalitet ved å gi pasienter og brukere rettigheter overfor helse- og omsorgstjenesten».<sup>2</sup>

Samtidig er den norske velferdsmodellen under press. Lavere inntekter og flere eldre i tiårene som kommer utfordrer offentlige finanser. Økt privat velstand øker forventningene til hva den offentlige helsetjenesten skal levere. Undersøkelser i befolkningen viser at en god del nordmenn tviler på at en god felles helsesektor er mulig å videreføre i framtida.<sup>3</sup>

I tillegg vet vi at tilgang til god helse ikke er lik for alle. Undersøkelser viser at det er en urovekkende tett kobling mellom «hvem du er» og hvilken helse du har, i Norge og i andre vestlige land. Sammenhengen mellom økonomi og utdanning på den ene siden, og helse på den andre siden, har stabilisert seg på et høyt nivå, samtidig som økonomisk ulikhet har økt. Den amerikanske økonomen Raj Chetty har vist at om alle amerikanere hadde hatt samme økning i forventet levealder som de rikeste siden år 2001, ville forventet levealder i hele befolkningen i snitt øke med tre år. Det tilsvarer effekten av å finne en kur som eliminerer kreft som dødsårsak.<sup>4</sup>

Det meste av ulikhet oppstår utenfor helsesektoren, før pasientene kommer til legen eller sykehuset. Ulikhet handler om sosiale forskjeller, bosted, inntekt og utdanningsnivå. Men nettopp fordi den økonomiske ulikheten øker i et urovekkende tempo ellers i samfunnet<sup>5</sup>, er det enda viktigere å sørge for at tilgang til helsetjenester av høy kvalitet faktisk er lik for alle. Det er gode grunner til å tro at den norske helsetjenesten jevnt over har bidratt til å redusere ulikhet i samfunnet<sup>6</sup>, gjennom å omfordele skattefinansierte helsetjenester fra rik til fattig. Men helsetjenester er blant de mest komplekse tjenestene som leveres av velferdsstaten, og utviklingstrekk innenfor spesialisthelsetjenesten bekymrer eksperter og profesjonsorganisasjoner.

Dette notatet handler om helse og ulikhet: Hva er de største utfordringene innen helsesektoren sett fra et ulikhetsperspektiv? Er det noe vi kan gjøre for å redusere ulikhet innenfor helsetjenesten? Hvordan kan vi hindre framveksten av et todelt helsevesen? Vi konsentrerer oss om spesialisthelsetjenesten. Den omfatter blant annet sykehus, poliklinikker og behandlingssentre, institusjoner for tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk, privatpraktiserende spesialister og laboratorie- og røntgenvirksomhet.<sup>7</sup> Helsevesenet er imidlertid et komplekst system, der de ulike nivåene henger tett sammen.

Notatets kapittel 2 gir en kort beskrivelse av kunnskapen vi har om sosial ulikhet innen helse i Norge. I kapittel 3 presenterer vi en historisk gjennomgang av reformer i spesialisthelsetjenesten. I kapittel 4 drøfter vi de to største utfordringene innenfor helsesektoren, slik den fungerer i dag: (1) framvekst av private helseforsikringer og todeling i helsevesenet, og (2) en organisering som bidrar til at helsetilbudet i stadig større grad hviler på pasientenes egne evne til å navigere i tjenestetilbudet. I kapittel 5 vil vi kort kommentere debatten om bærekraften til framtidens velferdsstat, og i del 6 vil vi foreslå vi noen politiske tiltak for å motvirke utviklingstrekk som kan bidra til økt ulikhet i helsesektoren i Norge.

## 2. Er helse likt for alle?

Helse og ulikhet henger sammen. Ulikhet innenfor helsesektoren, og som er hovedtema i dette notatet, oppstår i hovedsak *utenfor* helsevesenet. Desto viktigere er det at helsesektoren gir reelt likeverdige tilbud til alle, og ikke forsterker ulikhet. God helse er kanskje det aller viktigste i menneskers liv. I dette kapitlet presenterer vi forskning som viser omfang av sosial ulikhet i helse i Norge.

I 2014 ble en norsk kunnskapsoversikt om sosial ulikhet i helse utarbeidet under ledelse av forskerne Espen Dahl, Heidi Bergsli og Kjetil A. van der Wel fra Høyskolen i Oslo og Akershus.<sup>8</sup> Rapporten oppsummerer funnene slik:

*(I Norge) er det «en tett kopling mellom «hvem du er» og hva slags helse du kan forvente å ha. Det som nok mange vil betrakte som subtile forskjeller; i hvilket nabolag man bor, om man har utdanning på masternivå heller enn bachelornivå, om man har hytte på fjellet, hva slags mat man liker, om man har lederansvar på jobben eller om inntekten er litt høyere, utgjør betydningsfulle nyanser i et sosialt og økonomisk hierarki. Selv om vi vanligvis kanskje bare legger merke til ytterkantene; de opplagt rike og de opplagt fattige, gjenspeiler plassen vår i det sosioøkonomiske hierarkiet systematiske forskjeller i sjansen for sykdom og død.»*

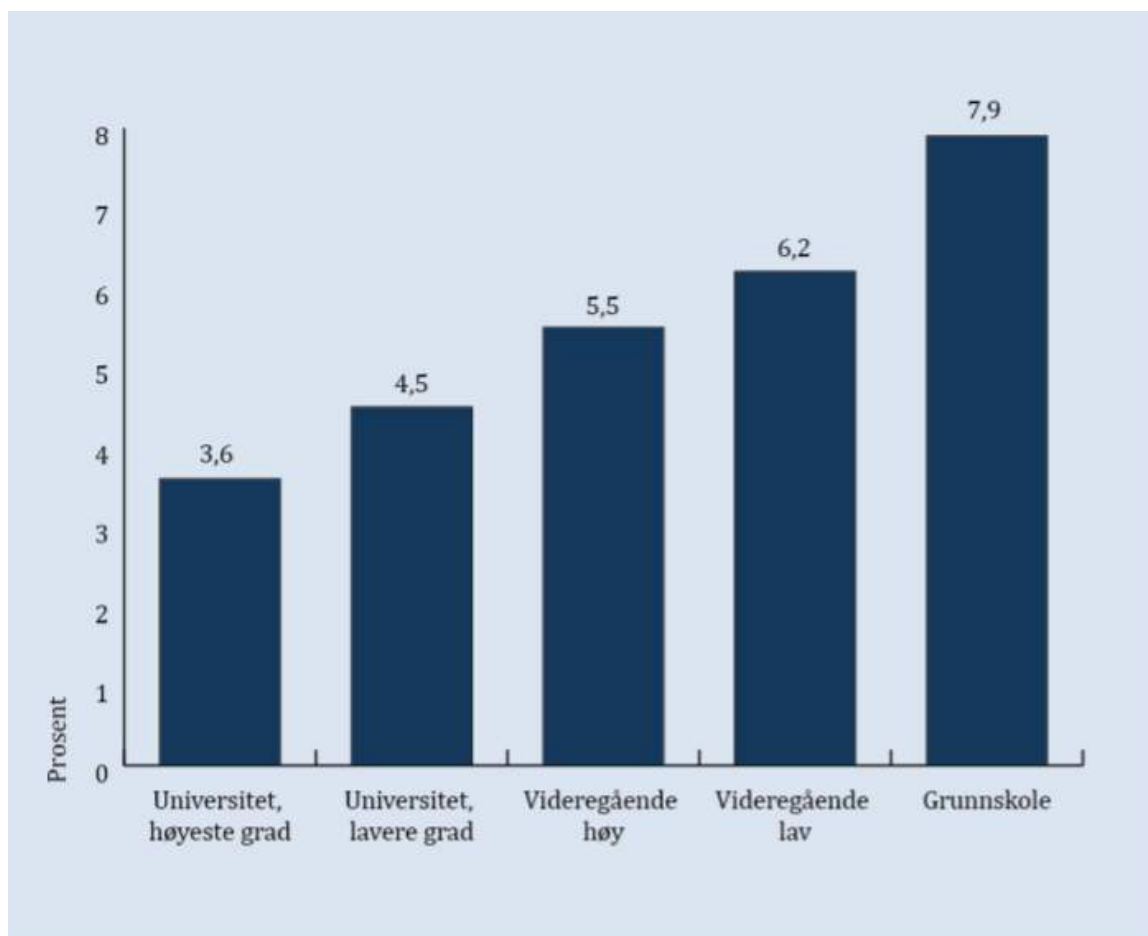
I følge Dahl, Bergsli og van der Wel var de store sosiale ulikhetene i helse som ble kjent på 80-tallet overraskende for mange i vårt egalitære samfunn. 30 år med ytterligere forskning har bekreftet bildet, men også gitt nye overraskelser: til tross for velstandsvekst, og medisinske og sosiale framskritt, har de sosiale ulikhetene i helse og levealder økt over tid. Alle har fått det bedre, men noen har fått det bedre enn andre.<sup>9</sup>

Kunnskapsoversikten presenterer et omfattende tallgrunnlag som illustrerer sosial ulikhet i helse. Vi konsentrerer oss om sosial ulikhet i den voksne befolkningen knyttet til utdanning og inntekt.

### 2.1 Utdanning henger sammen med levealder og sykdom

Det er en sterk sammenheng mellom hvor lenge du har gått på skolen og hvor lenge du lever. Kunnskapsoversikten viser tall for dødeligheten blant menn som var i aldersgruppen 40 til 66 år i 1992 de neste 7 årene<sup>10</sup>. Som vi kan se av figur 1 var dødeligheten 7,9 prosent for menn med kun grunnskoleutdanning<sup>11</sup>. For menn med lang universitetsutdanning var den 3,6 prosent, mens for menn med kort universitetsutdanning var den 4,5 prosent.

Figur 1: Dødeligheten blant menn som var i aldersgruppen 40 til 66 år i 1992 i perioden 1993-1999



Et godt mål på ulikhet i helse er å se på hvor mange dødsfall som kunne vært unngått om alle hadde like lav dødelighet som de mest velutdannede. Forskningen tyder på at vi kunne unngått 15 000 dødsfall blant kvinner og 28 000 dødsfall blant menn i Norge i perioden 1994 til 2003.<sup>12</sup>

I tillegg er det mer langvarig sykdom blant lavt utdannede. I den voksne befolkningen rapporterte 36 prosent blant dem med grunnskoleutdanning langvarig begrensende sykdom eller plage, mot 17 prosent blant dem med høyere utdanning. Andelene som rapporterer muskel- og skjelettlidelser var henholdsvis 39 og 16 prosent.<sup>13</sup>

## 2.2 Jo høyere inntekt, jo bedre helse

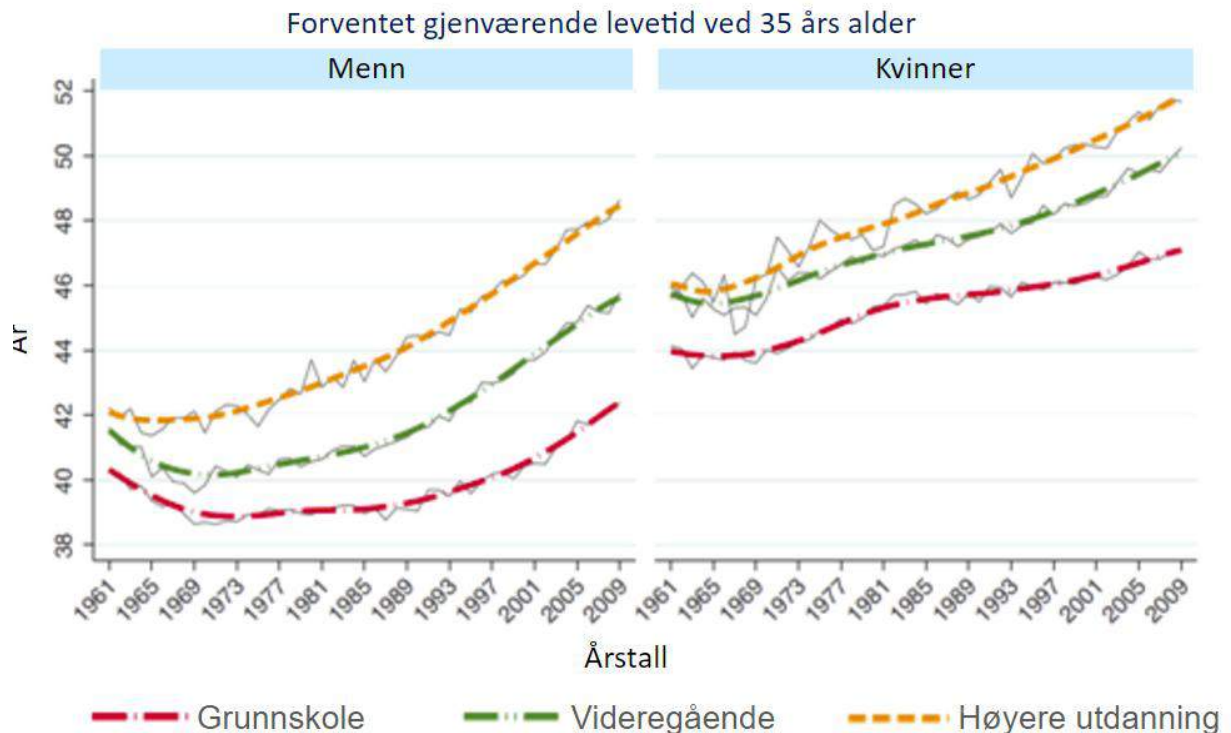
Kunnskapsoversikten viser oss også at forskjeller i dødelighet er større mellom dem med middels og lav inntekt, enn mellom dem med middels og høy inntekt. Det betyr at en liten forbedring i inntekt trolig vil ha stor betydning for helsen i de nedre inntektslagene. Likevel, inntektsulikheten er tilstede langs hele skalaen: de «ekstremt rike» har litt lavere dødelighet enn de «moderat rike».<sup>14</sup>

## 2.3 Utvikling i sosial ulikhet i helse over tid

De siste årene har den sosiale ulikheten i helse i Norge stabilisert seg på et høyt nivå. Ulikhet i helse etter inntekt i befolkningen økte mellom 1970 og 1990, mens mellom 1993 og 2009 har den vært på

stedet hvil. Dersom man tar utgangspunkt i utdanningsnivå, er ulikheten i forventet levetid betydelig større i dag enn på 60-tallet, men utviklingen flatet ut etter år 2000.<sup>15</sup>

Figur 2: forventet gjenværende levetid ved 35 års alder etter utdanning



## 2.4 Ulikhet i bruk av helsetjenester

Dahl, Bergsli og van der Wel tar også for seg forskning på ulik bruk av helsetjenester. Generelt sett kan vi anta at den offentlige helsetjenesten vår har bidratt til å redusere ulikheten som har oppstått utenfor, fordi de universelle skattefinansierte tjenestene i seg selv omfordeler helsetjenester fra rik til fattig. Vi vet imidlertid lite om bruk og nytte av helsetjenester blant ulike grupper i befolkningen, og det trengs mer forskning på hvordan helsetjenester kan tilpasses for å redusere ulikhet. Konklusjonen basert på enkeltstudier viser imidlertid noen tendenser. Det synes å være små forskjeller i bruk av allmennlegetjenester og for sykehusinnleggelse. I bruk av private legespesialister er imidlertid forskjellene tydelige. De ressurssterke bruker tjenesten mer. Sannsynligheten for minst ett besøk hos privat spesialist øker med tre prosentpoeng for en person med høy utdanning, sammenlignet med en person med lav utdanning. Effekten er tilsvarende for personer med høy og lav inntekt.<sup>16</sup> I tillegg tyder forskningen på at høyt utdannede oftere bruker spesialisthelsetjenester generelt enn dem med lav utdanning.

Hva slags inntekt og utdanning du har, har betydning for sjansen for å overleve kreft i Norge i dag, og disse forskjellene har økt over tid blant kvinner, men ikke blant menn.<sup>17</sup> Hva som kan forklare den sosiale ulikheten i kreftoverlevelse er uklart. En mulig årsak kan være at pasienter med høyere utdanning og inntekt får stilt diagnosen tidligere. Andre forklaringer kan være at pasientene har et ulikt utgangspunkt for å overleve kreften før den oppstår, eller at behandlingen de får er ulik. Store og risikofylte operasjoner kan utføres på pasienter som i utgangspunktet har god helse og er i god form, men blir en for stor påkjenning for dem som i utgangspunktet er i dårligere fysisk form.



En studie fra Kreftregisteret<sup>18</sup>, som ble publisert i 2016, viste at lungekreftpasienter med høy inntekt hadde 66 prosent større sannsynlighet for å bli operert enn dem med lav inntekt, mens pasienter med høy utdanning hadde 28 prosent større sannsynlighet for å bli operert enn dem som har lav utdanning. Datagrunnlaget er for perioden 2002 til 2011. I følge forsker Yngvar Nilssen i Kreftregisteret får forskjellsbehandlingen direkte konsekvenser for pasientenes levetid: «— Generelt så vet vi at de som blir operert, har en mye bedre prognose enn de som ikke blir operert.»<sup>19</sup>

Forskningen tyder altså på at det er forskjeller i både dødelighet, egenrapporter sykdom, bruk av helsetjenester og kreftoverlevelse etter utdanning og inntekt. Det meste oppstår imidlertid før pasienten kommer i kontakt med spesialisthelsetjenestene. De universelle helsetjenestene våre må bidra til å redusere, og ikke reproducere eller øke ulikheten som oppstår utenfor helsetjenesten, og tjenestene må tilpasses de mest utsatte gruppene gjennom tiltak som treffer alle. Stikk i strid med dette tyder forskningen på at det er grunn til å reise spørsmål om likhetsidealet er under press, ifølge Dahl, Bergsli og van der Wel. De peker samtidig på at målet om å redusere sosial ulikhet ikke har vært styrende for utforming av reformer i helsetjenesten: «*Formålsformuleringen om «likeverdige tjenester» har gått igjen i politiske dokumenter i en årrekke, men reflekteres ikke i den faktiske politikken, og ved innføring av store reformer i helsetjenesten har målet om å redusere ulikhet innenfor tjenesten i liten grad blitt tatt hensyn til.*»<sup>20</sup>

Vi vet det er utviklingstrekk innenfor spesialisthelsetjenesten som kan bidra til *framtidig* ulikhet, i form av økende kompleksitet og sterkere todeling av offentlig og privat helsetjeneste. I neste kapittel vil vi gi en kort innføring i de største endringene i den norske spesialisthelsetjenesten de siste tiårene, for å etablere grunnlaget for vår påfølgende diskusjon av dagens og fremtidens helsetjeneste, sett fra et sosialt ulikhetsperspektiv.

### 3. Reform på reform

Som forskerne Ringard, Sagan, Saunes og Lindahl<sup>21</sup> har vist til, har motivasjonen for helsereformer i Norge endret seg over de siste tiårene. På 70-tallet ble ulike reformer implementert med formål å sikre lik tilgang til tjenester på tvers av for eksempel geografi, fordi det var store variasjoner i tilbudet i ulike deler av landet. På 80-tallet ble det innført reformer for å sikre kostnadskontroll, og på 90-tallet endret fokuset seg mot effektivitet. Rettigheter og tiltak for å gi pasientene makt ble viktigere fra 2000-tallet. De siste årene har koordinering av aktører i helsetjenesten og pasientsikkerhet vært en viktig del av grunnen for politiske endringer i helsesektoren.

En beskrivelse av reformer og endringer i spesialisthelsetjenesten kan starte med perioden fra slutten av 90-tallet, fordi det er endringene fra dette tidspunktet som i størst grad har lagt rammen for hvordan helsetjenesten vår ser ut i dag. I 2001 ble fastlegeordningen, som skulle sikre alle personer som er bosatt i Norge en fast allmennlege å forholde seg til ved sykdom, innført.<sup>22</sup> Som følge av reformen fungerer fastlegen som en døråpner og koordinator inn til spesialisthelsetjenesten, en rolle som ofte beskrives som en portvokter.<sup>23</sup> I tillegg fungerer fastlegen som pasientens «advokat».<sup>24</sup> Som Urkegjerde<sup>25</sup> påpeker, er fastlegen «*i økende grad betraktet som nøkkelen for å oppnå effektivitet og rettferdighet i helsevesenet*» innenfor helseøkonomien.

Pasientrettighetene innenfor spesialisthelsetjenesten har utviklet seg gradvis siden 70-tallet gjennom en rekke ulike justeringer, og i 1997 ble en ventetidsgaranti innført for første gang. Pasienter som ble henvist til offentlige sykehus eller spesialistpoliklinikk skulle vurderes innen 30 dager etter at

henvisningen var mottatt, og ved påvist behov for helsehjelp skulle pasienten få tilbud om undersøkelse eller påbegynt behandling ved sykehus innen en fastsatt frist.<sup>26</sup>

Pasientrettighetsloven ble vedtatt i 1999 og trådte i kraft i 2001. Blant de viktigste rettighetene som fulgte reformen var fritt sykehusvalg.<sup>27</sup> Ordningen innebar at pasienter som var henvist til spesialisthelsetjenesten selv kunne velge hvor de ønsket å bli behandlet. Retten gjaldt alle offentlige sykehus, samt private sykehus som hadde inngått avtale med et regionalt helseforetak om fritt sykehusvalg. Pasientrettighetsloven gav for første gang pasienter en materiell rett til behandling i spesialisthelsetjenesten, med noen tilhørende forutsetninger og begrensninger.<sup>28</sup>

I 2013 vedtok Stortinget flere endringer i pasient- og brukerrettighetsloven. Blant annet ble retten til vurdering endret fra 30 til 10 dager, spesialisthelsetjenesten skal gi et tidspunkt til pasientene for når utredning eller behandling skal starte, og skillet mellom rett til og behov for helsehjelp ble opphevet. Tidligere var pasienter kategorisert etter tre grupper basert på en vurdering av henvisningen til spesialisthelsetjenesten: 1) pasienten hadde ikke behov for hjelp i spesialisthelsetjenesten, 2) pasienten hadde rett til nødvendig og prioritert helsehjelp, og 3) pasienten hadde behov for helsehjelp, men ikke innen en juridisk bindende frist, slik pasienter i kategori 2 hadde.<sup>29</sup> Endringene i Pasientrettighetsloven i 2013 innebar at dersom pasienten har behov for spesialisthelsetjeneste, har pasienten også en rett til nødvendig spesialisthelsetjeneste, og krav på en individuell fastsatt frist for når helsehjelpen skal settes i gang.<sup>30</sup>

I 2013 ble også pakkeforløp for kreft innført for fire kreftformer, en ordning som ble utvidet til 28 forløp i 2015. Pakkeforløpene er ikke en pasientrettighet, men skal bidra til at pasienter skal oppleve et forutsigbart forløp i kreftbehandlingen uten unødvendige forsinkelser. Det er satt frister for utredning, diagnostikk og behandling i pakkeforløpene. Pakkeforløpene er veiledende tidsfrister som kommer i tillegg til de lovfestede rettighetene.<sup>31</sup>

I 2015 ble reformen med fritt sykehusvalg utvidet til fritt behandlingsvalg, som innebærer at pasientene *selv* kan bestemme om de vil behandles privat eller offentlig når de har rett til helsehjelp. De private tilbyderne må være godkjent for å delta, og ordningen gjelder i første omgang innenfor psykisk helsevern, rusbehandling og enkelte områder av somatikken.<sup>32</sup>

Fra 2016 fikk pasienter med en alvorlig sykdom, skade eller lidelse, som har behov for behandling eller oppfølging av spesialisthelsetjenesten av en viss varighet, en ny rettighet i form av kontaktlege.<sup>33</sup> Målet med ordningen er ifølge regjeringen å sikre at oppfølging av pasientene blir «*bedre, tryggere og mer effektiv*».<sup>34</sup> Oppgavene til kontaktlegen er blant annet å være pasientens faste medisinskfaglige kontakt gjennom hele pasientforløpet, holde seg informert om status i behandlingen til pasienten og bidra til at pasientforløpet går som planlagt.<sup>35</sup>

Parallelt med endringer i rettigheter til pasientene har reformer endret organiseringen og finanseringen av spesialisthelsetjenesten. Helseforetaksreformen ble innført i 2002, innebar at staten overtok sykehusene fra fylkeskommunene, og organiserte dem i fem regionale helseforetak.<sup>36</sup> I 2012 ble samhandlingsreformen implementert, hvor formålet var å sikre bedre samordning mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten.<sup>37</sup> Fra 1980 og frem til 1997 var sykehusene finansiert gjennom rammefinansiering, der de fikk tilført et fast tilskudd basert på blant annet folketall, alderssammensetning og urbaniseringsgrad i sitt fylke, men finansieringsmodellen ble erstattet av stykkprisfinansiering i 1997, der sykehusene i større grad får finansering etter hvor mange pasienter de behandler, etter ulike diagnoser.<sup>38</sup>

Oversikten over reformer i spesialisthelsetjenesten de siste tiårene som er gitt her, er forenklet. Blant annet følges de ulike pasientrettighetene av forskjellige vilkår, og vi har ikke gjengitt konsekvensene av at rettighetene ikke blir overholdt. Oversikten viser imidlertid at det har vært et høyt tempo i endringer, og illustrerer at ulike idégrunnlag har påvirket mål for og utforming av reformene.

En av dem som har beskrevet det ideologiske grunnlaget for helsepolitikken i nyere tid er Julian Le Grand.<sup>39</sup> I følge ham var det vanlig at offentlige tjenester i vestlige land ble produsert og levert på bakgrunn av tillit frem til 80-tallet, hvor helsepersonell nøt stor faglig frihet til levere helsetjenestene uten detaljert innblanding fra ledelsen eller oppdragsgiver, altså politikere og helsebyråkrater. Man antok at ansatte i helsevesenet jobbet i fellesskapets interesse, at de var drevet primært av altruisme, og at pasientene ikke hadde verken lyst eller mulighet til å delta i beslutninger om deres pasientforløp. Fra 80-tallet begynte nye idéer å påvirke utformingen av offentlige tjenester, der man i større grad antok at helsepersonell trengte ytre motivasjon for å levere tjenestene, som spilte på deres egeninteresse. Pasientene var nyttemaksimerende, og ønsket både kontroll over og ansvar for egne valg. De skulle bruke tilgjengelig informasjon om kvalitet og ventelister til å velge de beste sykehusene, på bekostning av de dårligere, og slik gi insentiver for sykehusene til å prestere bedre. Pengene fulgte pasienten, i form av stykkprisfinansiering.

Reformene som medførte stykkprisfinansiering, stadig flere pasientrettigheter og frihet til å velge sykehus og behandlingssted i den norske spesialisthelsetjenesten kan alle sies å være delvis påvirket av disse idéene. Men valgmulighet til pasienter er ikke bare et virkemiddel for å øke konkurranse og gi insentiver til bedre tjenester. Valgmuligheter for pasienter er, som vi skal se i kapittel 4, høyt verdsatt av befolkningen. Likevel har ikke reformer som har gitt pasientene flere rettigheter og valgmuligheter vært godt nok innrettet mot å la *alle* pasienter nyte godt av disse godene, noe vi vil diskutere i del 4.4.2.

I neste kapittel ser vi på to mulige drivere for ulikhet i spesialisthelsetjenesten, som kommer av måten den er organisert på i dag, og samfunnstrender i det brede.

## 4. Hva driver ulikhet?

Vi vet at den økonomiske ulikheten i samfunnet øker.<sup>40</sup> Det er et uttalt mål at tilgang på gode helsetjenester skal være lik. Med dette utgangspunktet, er det altså særlig grunn til å være oppmerksom på om helsesektoren klarer å korrigere for forskjeller, eller om den på noen områder tvert imot bevarer – eller til og med forsterker – ulikhet. Vi ser her på to mulige drivere for ulikhet. Den ene er framveksten av private forsikringer og i hvilken grad disse skaper et mer todelt helsevesenet. Med todelt helsevesen mener vi et stort privat spesialisthelsetilbud utenfor den offentlige rammen, som bare er tilgjengelig for dem som kan betale selv, eller som har forsikring. Dette er private aktører som leverer tjenester utenfor anbudsavtaler med det offentlige. Den andre driveren er at helsetilbudet vårt blir mer komplekst, og stadig mer hviler på pasientenes egne evner og ressurser til å navigere i tilbudet. Kan disse to utviklingstrekkene påvirke ulikhet i helsevesenet?

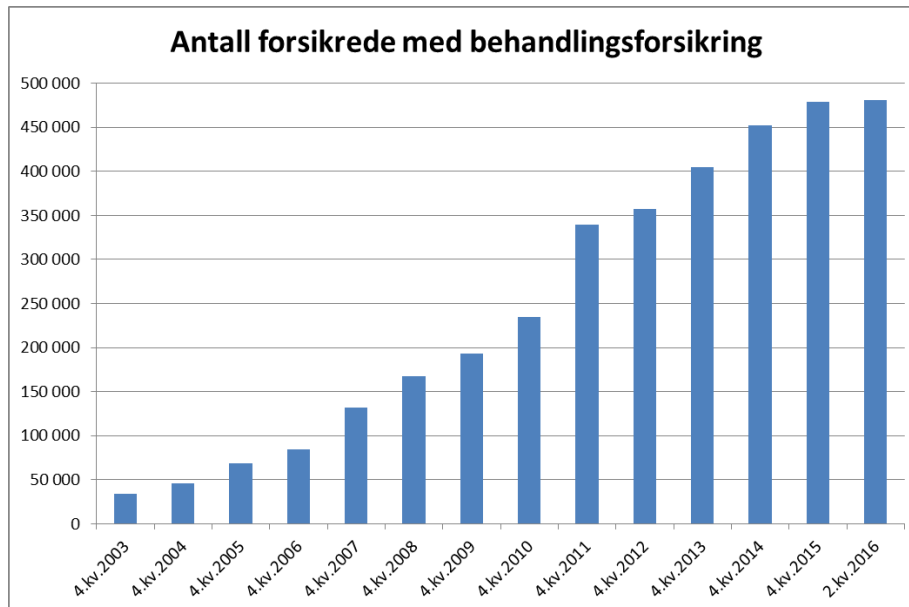


## 4.1 Vekst i private helseforsikringer og det todelte helsevesenet

### 4.1.1 Status i dag

Antallet nordmenn med privat helseforsikring har økt jevnt i Norge siden begynnelsen av 2000-tallet. Fram til andre halvdel av 1990-tallet var det stort sett ingen som hadde privat helseforsikring i Norge<sup>41</sup>, i 2016 hadde 481 000 nordmenn en slik forsikring.<sup>42</sup> I underkant av 10 prosent av disse er tegnet av privatpersoner selv, resten er finansiert av arbeidsgivere.

Figur 3: Antall forsikrede nordmenn øker



Ifølge Finans Norge er den årlige veksten i ferd med å flate ut på kort sikt, og Finans Norge begrunner dette med at markedet for helseforsikringer tegnet av private bedrifter snart er mettet.<sup>43</sup> Det er likevel et framtidig potensial for fortsatt vekst i private helseforsikringer tegnet av privatpersoner individuelt, eller gjennom organisasjoner. Eksempelvis sendte arbeidstakerorganisasjonen Akademikerne tilbud til alle sine medlemmer om å tegne helseforsikring i Storebrand høsten 2016.<sup>44</sup> Ifølge Vidar Arnulf, medisinsk direktør i Vertikal helse, den største tilbyderen av private helseforsikringer i Norge med en markedsandel på 33 prosent, er flere tilsvarende organisasjoner i dialog med dem om å tegne helseforsikring for sine medlemmer.<sup>45</sup>

Vi skiller mellom supplerende og komplementære helseforsikringer. Helseforsikringer i Norge er først og fremst en forsikring mot kø, ettersom de store leverandørene av helseforsikring dekker samme behandling på som tilbys ved offentlige sykehus, men levert på private sykehus som forsikringselskapene samarbeider med. Denne formen for privat helseforsikring kalles *supplerende* forsikring.<sup>46</sup> *Komplementære* helseforsikringer kjennetegnes ved at den gir dekning for behandlinger som helt eller delvis ikke tilbys ved offentlige sykehus.<sup>47</sup>

Storparten av pasientene som bruker private sykehus utenfor det offentlige tilbudet, finansierer dette ved hjelp av forsikring. Det er derfor naturlig å diskutere økt innslag av private sykehus og private helseforsikringer under ett, når vi ser på drivere for større ulikhet i helse-Norge.

#### 4.1.2 Er private helseforsikringer et problem?

Er veksten i private forsikringer et problem? Det er mulig å argumentere at supplerende helseforsikringer kan bidra til bedre helse for alle, og til og med redusere ulikhet.<sup>48</sup> Som helseøkonom Astrid Grasdahl<sup>49</sup> viser, kan slike forsikringer hevdes å være en fordel for samfunnet som helhet, fordi de som kjøper forsikring og dermed har større betalingsevne – og vilje – til å unngå kø, avlastet det offentlige systemet, og gir større plass til de som ikke har samme betalingsevne eller – vilje. Innkjøp av forsikringer tilfører dermed sektoren tilleggsressurser den ellers ikke ville fått, men som for eksempel ville gått til privat forbruk. Samfunnets «helsebudsjett» blir større, fordi den offentlige betalingsviljen for helse realiseres, utenfor konkurransen med andre gode formål. Den forsikredes behandling ved privat sektor eller i utlandet vil avlaste ventelister ved offentlige institusjoner, og korte ned køene for dem uten forsikring. Dette argumentet har tidligere vært brukt for å innføre skattefritak på helseforsikringer i Norge.<sup>50</sup>

Til tross for en vekst i private helseforsikringer i mange europeiske land, er det gjort få empiriske studier av denne potensielle gevinsten av helseforsikringer, og ingen i Norge.<sup>51</sup> En studie fra Danmark fra 2013 tyder på at private helseforsikringer som er betalt av arbeidsgiver kan ha bidratt til redusert etterspørsel etter helsetjenester i det offentlige med 10 prosent.<sup>52</sup> Omtrent én million dansker hadde helseforsikring på dette tidspunktet. Men som forskerne selv påpeker er resultatene usikre, blant annet fordi vi ikke kan vite om effekten er kausal. Erfaringer fra andre land, oppsummert av OECD, viste til andre funn, nemlig at private helseforsikringer ikke har nevneverdig effekt på de offentlige ventelistene.<sup>53</sup> En mulig forklaring ved slike resultater kan blant annet være at helseforsikringene øker den totale etterspørselen etter helsetjenester.

På den andre side kan private forsikringer også utgjøre en «kostnad» for samfunnet. Forskerne Berge og Hyggen fra FAFO<sup>54</sup> påpeker at private helseforsikringer kan sies å berøre velferdsstatens kjerne, fordi fremveksten av disse forsikringene bryter med rettferdighetsprinsippene som vår universelle velferdsstat bygger på, der helsetjenesten gir et like godt tilbud til alle, uavhengig av deres ressurser og posisjon i samfunnet.

Hvis vi setter det prinsipielle argumentet til side, er det tre utfordringer med private helseforsikringer. For det første, de som har privat helseforsikring får vurdering av spesialist hos private aktører som finansieres av forsikringsselskapet. Men de behandles ikke bare hos private sykehus, dersom det viser seg at pasienten har et behov for videre medisinske oppfølging. Vertikal Helse tilbyr profesjonell hjelp til å finne fram til ledig kapasitet ved offentlige sykehus.<sup>55</sup> En kortere ventetid mellom første besøk hos allmennlegen og diagnostisering hos privat spesialist, med påfølgende behandling i den offentlige helsetjenesten, gjør at pasienter med helseforsikring hopper forbi andre pasienter uten forsikring i den offentlige helsekøen.<sup>56</sup> Den mulige positive samfunnsgevinsten av helseforsikringer, beskrevet ovenfor, realiseres bare fullt ut dersom alle med forsikring faktisk behandles ved private sykehus, men dette er sannsynligvis ikke tilfellet i Norge i dag.

For det andre kan private helseforsikringer medføre ulik tilgang til gode helsetjenester. Sykehusbehandling og spesialistbehandling er et begrenset gode i Norge. Leger og sykepleiere er en knapphetsressurs, som de private og offentlige sykehusene konkurrerer om. Dersom nøkkelhelsepersonell forsvinner fra det offentlige til det private, blir kapasiteten dårligere i det offentlige. Raskere tilgang til sykehusbehandling ved private sykehus for noen, de med forsikring, kan derfor gå på bekostning av andre, de uten forsikring, som må vente lenger i den offentlige helsetjenesten. Det er da *forsikringen* som gjør at pasientene får raskest behandling for sine lidelser,

ikke alvorligheten i deres helsetilstand, og dette strider mot prioriteringene som vårt felles helsetilbud er basert på: De som trenger det mest, skal få først.

Det er imidlertid ikke gjort noen systematiske studier av ressurskonkurransen i Norge i dag<sup>57</sup>, men flere helseeksperter og organisasjoner har påpekt at dette kan være en utfordring innenfor flere fagområder. Sykepleierforbundet gjennomførte en undersøkelse blant anesthesi-, intensiv- og operasjonssykepleiere i 2013, som viste at 60 prosent av deltakerne i undersøkelsen kunne tenke seg å bytte til private sykehus dersom de ble tilbudt høyere lønn.<sup>58</sup> Det kan argumenteres at slike tall viser sterk tilhørighet til offentlige sykehus, dersom 40 prosent faktisk blir værende i en dårligere betalt jobb. For de fleste respondentene vil ulike pensjonsvilkår ofte kompensere for høyere lønn, og kan forklare den relativt lave andelen. Likevel er det åpenbart at dersom 60 prosent av sykepleierne skulle forlate norske sykehus ville helhetstilbudet og offentlig helsetilbud bli alvorlig svekket.

Privat helseforsikring kan også endre samfunnets *totale* bruk av helsetjenester, slik at ulikheten øker. Det er i utgangspunktet de pasientene som trenger medisinsk behandling mest, som skal prioriteres først. Et privat helsemarked finansiert gjennom forsikringer kan medføre at samfunnets helsetjeneste tilpasses andre mål: de ressurssterke med privat helseforsikring, og pasienter med enkle og «lønnsomme» lidelser kommer først. Private leverandører kan prioritere behandlinger med lav nytte, ikke fordi det er i tråd med samfunnets behov, men fordi det er et marked for tjenesten.<sup>59</sup> Vi risikerer dermed forskyvninger i samfunnets helseprioritering. For samfunnet som helhet, og sett fra et ulikhetsperspektiv, er dette bare et problem dersom det er knapphet på leger, sykepleiere og andre ressurser i helsesektoren.

Til slutt kan man se for seg at et todelt helsevesen og et stort omfang av private helseforsikringer på sikt kan svekke oppslutningen om den offentlige helsetjenesten. Noen vil oppleve at de betaler dobbelt for de samme helsetjenestene, gjennom både forsikring og skatt. Det er ikke gjort systematiske studier på denne mulige effekten i Norge, men det synes å være bred enighet i helsefaglige miljøer om at denne potensielle effekten er den alvorligste.<sup>60</sup>

Selv om dagens omfang av supplerende private helseforsikringer ikke har gitt dokumenterte konsekvenser for tilgangen til helsetjenester for ulike deler av befolkningen, betyr ikke dette at effektene ikke er der. Det kan bety at vi bare mangler forskning som avdekker effekter. Likevel, til tross for mulige uheldige konsekvenser, kan det også tenkes at dagens nivå av supplerende helseforsikringer er å leve med, samtidig som et større omfang og andre forsikringsvarianter vil gi økte forskjeller i helsetilbudet, og på sikt utgjøre en trussel mot den offentlige helsemodellen. Det er gode grunner både for å følge den videre veksten nøye, samt å føre en politikk som begrenser videre vekst.

Flere av forsikringsselskapene tilbyr *komplementære* helseforsikringer, hvor pasienten får behandling som ikke dekkes av det offentlige<sup>61</sup> Tidligere har disse behandlingene dreid seg om alternativ medisin, som naprapat og lignende. En ny trend er imidlertid at noen forsikringsselskaper dekker tyngre behandlinger for livstruende sykdom. Et eksempel på bruk av disse forsikringen er illustrert gjennom en rekke medieoppslag de siste årene om pasienter som får kreftbehandling hos privatsykehuset Aleris.<sup>62</sup> Dagens Medisin skrev for eksempel i februar 2016 om 31 pasienter som hadde fått behandling med medikamenter som foreløpig ikke har blitt godkjent av Beslutningsforum, hvorav 26 fikk immunterapi. Åtte pasienter dekket behandlingen gjennom helseforsikring, resten betalte selv.

I det offentlige systemet er den vanskelige oppgaven å prioritere og velge hvilke behandlinger som skal tilbys, lagt til Beslutningsform for nye metoder. Beslutningsforum består av de fire

administrerende direktørene i de regionale helseforetakene. Beslutningsforum bestemmer om nye legemidler skal tas i bruk i spesialisthelsetjenesten, og vurderingen skjer på bakgrunn av legemidlenes potensielle gevinst sett i lys av pris. Beslutningsforum har ikke gått ut med en øvre grense for betalingsvillighet, men det er sjelden de godkjenner behandlinger med en kostnad på over 800.000 kroner per kvalitetsjusterte leveår (QALY).<sup>63</sup> Beslutningene skjer basert på faglige råd fra Statens legemiddelverk og Kunnskapssenteret (Se boks 1).<sup>64</sup>

#### Faktaboks om Beslutningsforum, beslutningsprosessene for nye metoder, immunterapi og forsikring

Når privatpersoner får medisinsk behandling hos private sykehus som Aleris, kan det være to grunner til at behandlingen ikke gis av det offentlige. For det første kan Beslutningsforum ennå ikke ha vurdert legemiddelet. Det kan allikevel tilbys ved private sykehus, så lenge legemiddelet har markedsføringstillatelse. Mange har pekt på ulikheten som oppstår i dette tidsrommet, i perioden før legemiddelet er vurdert av Beslutningsforum. Legemiddelet kan bli godkjent for bruk i det offentlige helsevesenet ved fremtidig vurdering, fordi effekten er god. Det er kun pasienter som kan betale for behandlingen ved private sykehus som får tilgang til behandlingen, som potensielt kan være av avgjørende betydning for deres liv og helse. Pasienter som ikke har råd til privat behandling kan i verste tilfelle dø i påvente av vurdering i Beslutningsforum. Kreftforeningen og Venstre med flere har foreslått å etablere et fond med utgangspunkt i erfaringer fra England, Tyskland og Danmark, som skal finansiere legemiddelet i perioden fram mot vurdering i Beslutningsforum. Fondet begrunnes med at det vil redusere ulikhet i tilgang til medisinsk behandling. Regjeringen har bevilget mer penger til Legemiddelverket for at de skal øke sin behandlingsskapitet, slik at vurderingen av nye legemidler går fortere.

Den andre grunnen til at behandling med legemidler ikke tilbys av det offentlige, er hvis Beslutningsforum mener kostnadene ikke står i rimelig forhold til nytten behandlingen gir, at den rett og slett er for dyr.

Det har vært omfattende medieoppmerksomhet om tilgangen til immunterapi i det offentlige og private helsevesenet. Immunterapi er et samlebegrep om metoder for kreftbehandling der kroppens immunforsvar stimuleres til å drepe kreftcellene.

Komplementære helseforsikringer medfører en betydelig tilleggsutfordring sett fra et ulikhetsperspektiv, ved at pasienter som ikke har forsikring eller mulighet til å betale behandling selv, ikke får lik tilgang til tjenester som *kan* ha avgjørende betydning for deres helse.

Det er dessuten ikke lik tilgang til forsikringene, ettersom forsikringsselskapene kan velge å ikke tilby forsikringer til kunder som gir høy risiko, som ofte er assosiert med lav inntekt og utdanning, for eksempel pasienter med tidligere omfattende sykdomshistorie og dårligere livsstil. Samtidig vil det naturligvis være helt umulig og heller ikke ønskelig å nekte noen selv å betale for potensielt livreddende behandling eller forsikring. Et alternativ kan være å gi behandling som tilbys i det private, som pasienter finansierer av egen lommebok eller gjennom forsikring, til alle i det offentlige, etter hvert som slike ulikheter oppstår. Det er verken mulig eller ønskelig. En slik tilpasning vil gi en ressursallokering som ikke er i tråd med fellesskapets prioriteringer, og vil ikke være realistisk, sett i lys av den medisinske innovasjonen vi står ovenfor med en rekke nye, svært kostbare behandlinger.<sup>65</sup> Den



medisinske revolusjonen utfordrer velferdsstatens grenser, og problemstillingen er svært krevende. Vi vil kort diskutere finansiering av den offentlige helsesektoren i del 4.1.3

I dag er det likevel slik at pasienter som får behandling for sykdom hos private sykehus som ikke tilbys i det offentlige, i hvert fall foreløpig, utgjør en svært liten gruppe. Likevel er stadig medieoppmerksomhet rundt disse pasientene, eller pasienter som ikke har råd til å finansiere slik behandling selv, en utfordring for det offentlige helsetilbudet. En viktig årsak er at det kan redusere tilliten til den offentlige helsetjenesten i befolkningen, noe vi diskuterer nærmere i del 4.1.3. I tillegg bidrar slike saker til å øke etterspørselen etter private helseforsikringer betalt av enkeltindivider. Dette kan igjen forsterke ulikhet innenfor spesialisthelsetjenesten av de årsakene vi drøftet over.

#### 4.1.3 Hvorfor så mange forsikringer?

Et viktig argument mot private helseforsikringer er at de er i de fleste tilfeller helt unødvendige. Det kan framstå som paradoksalt at et såpass velfungerende helsesystem med, høy tillit i befolkningen likevel har gitt grobunn for en så stor vekst i private helseforsikringer.

Det er flere årsaker til at private helseforsikringer er blitt så utbredt i Norge de senere årene, og vi finner forklaringer både på mikronivå, som følge av bedriftsstrategiske vurderinger, og på makronivå, som følge av samfunnstrender.

##### Forklaring 1: Arbeidsgiver verdsetter forsikringer høyere enn enkeltpersoner.

En viktig forklaring på veksten i private helseforsikringer er at det i hovedsak ikke er enkeltpersoner som selv kjøper forsikringen, men arbeidsgivere. Hele 90 prosent av dagens forsikringer er betalt av arbeidsgivere.<sup>66</sup> På den måten reflekterer etterspørselen ikke nødvendigvis den reelle betalingsviljen. Arbeidsgivere motiveres både av å være attraktive for arbeidstakerne, og av muligheten til å forebygge dyrt sykefravær på grunn av ventetid. Men ikke alle arbeidsgivere er like ivrige med å kjøpe forsikring til sine ansatte. Tidligere studier<sup>67</sup> viser at bedrifter som gjør det godt, er i ulykkesutsatte bransjer, og som er store, har høyere sannsynlighet for å tilby forsikring til sine ansatte enn små og trygge virksomheter med lavere lønnsomhet. Bedrifter som har yngre ansatte og ansatte med høyere utdanning kjøper også oftere forsikring til sine medarbeidere. Det er vanligere at ansatte i ledende posisjoner og i nøkkelposisjoner er dekket av forsikring, selv om det er en økende trend å forsikre alle ansatte.<sup>68</sup> Helseforsikring er også mest utbredt blant personer med god inntekt.

- *Virksomheter tror de kan spare penger.* Ledelsen i bedriftene tror de vil spare utgifter ved å ha en forsikring, og i en studie fra 2006<sup>69</sup> kommer det fram at mellom 35 og 50 prosent av bedriftene mente de kunne redusere kostnadene til sykefravær, avhengig av hvilke ansatte det er snakk om. Det var imidlertid bare rundt 14 prosent av bedriftene som faktisk hadde opplevd økonomiske tap eller har hatt vesentlige utgifter som følge av at sykmeldte ansatte venter på et medisinsk tilbud ved offentlige sykehus. En analyse gjennomført av SINTEF i 2015 viste dessuten at private helseforsikringer ikke gir noe reduksjon i sykefraværet for bedriftene som har en slik forsikring for sine ansatte, sammenlignet med andre bedrifter i Norge.<sup>70</sup>
- *Være en attraktiv arbeidsgiver.* Studien fra 2006<sup>71</sup> viser at den andre viktigste årsaken til at bedriftene har kjøpt helseforsikring til sine ansatte, begrunnes med konkurranse om ansatte: De tror private helseforsikringer gjør dem til en attraktiv arbeidsgiver.



Forklaring 2: Svekket tillit.

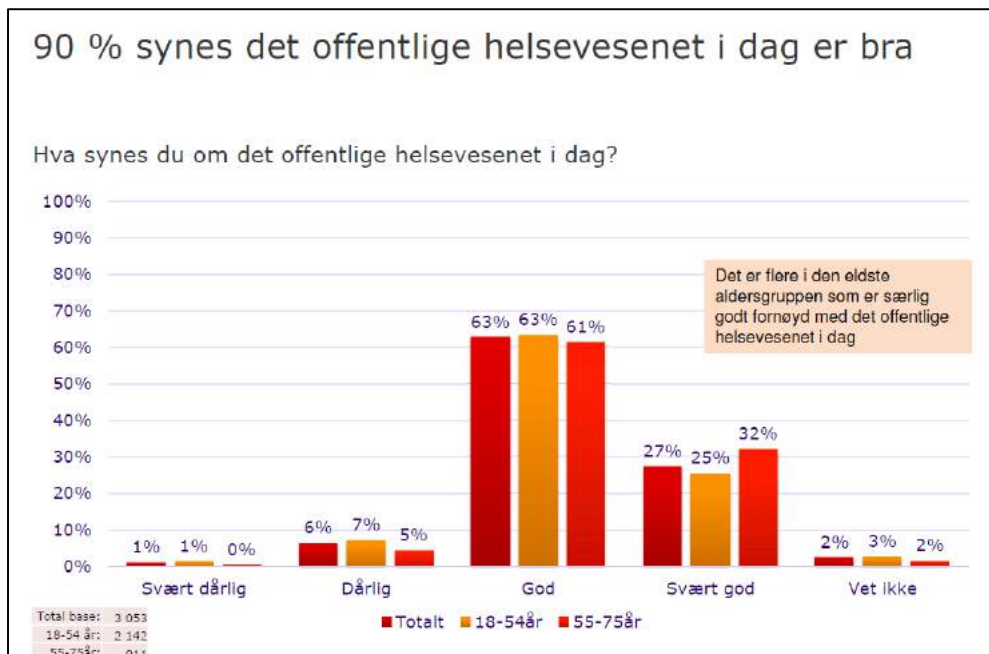
En annen mulig forklaring på økende etterspørsel etter private helseforsikringer er knyttet til oppfatninger om det offentlige helsetilbudet. Som leder av Den norske legeforening, Marit Hermansen, har uttalt: «lav tillit til tjenestene, dårlig finansiering, og økt kjøpekraft i befolkningen er en rød løper for et todelt helsevesen.»<sup>72</sup> Driverne henger tett sammen, men vil diskuteres under to overskrifter, og begynner med tillit.

- *Ventelister.* Lav eller svekket tillit kan for eksempel komme av lange ventetider, og nettopp lange ventelister og ventetider er en av de viktigste forklaringene som trekkes fram for å forklare veksten av private helseforsikringer. Lange ventetider er en utfordring for det offentlige helsevesenet i Norge. Dersom befolkningen ikke har tiltro til at de får hjelpen de trenger, uten å måtte vente lenge, med de individuelle og samfunnsmessige konsekvensene det medfører, vil det kunne bidra til flere helseforsikringer. Ventetider og ventelister i det offentlige helsevesenet er imidlertid ikke et nytt fenomen, og heller ikke unikt for Norge. Tvert imot har det vært en grunnleggende utfordring ved moderne offentlige finansierte helsevesen<sup>73</sup>, eksempelvis i Spania, Australia, New Zealand, Canada og England. Forsøket på å redusere ventelister har vært hovedmotivasjonen for en rekke reformer i helsevesenet i vestlige land de siste tiårene.<sup>74</sup><sup>75</sup> Flere har tatt til orde for at ventetider og ventelister får ufortjent mye oppmerksomhet i samfunnsdebatten. Under overskriften «*Gi meg helsekø og ventetid*» argumenterte Kaveh Rashidi<sup>76</sup>, lege og medisinsk redaktør i Tidsskriftet for den norske legeforening, for at helsekø og ventetider er dårlige mål på kvaliteten i helsevesenet. Det er mye som tyder på at vår felles oppmerksomhet i større grad burde rettes mot variasjon i tilgjengelighet og utfall enn ventetider.<sup>77</sup>

Forskning fra Norge<sup>78</sup> har vist at det er sammenheng mellom ventetider og etterspørsel etter helseforsikringer, men først når køene har vært lange over lengre tid. Sammenhengen er sterkest for forsikringer som er tegnet av privatpersoner. Likevel, store deler av veksten i helseforsikringer i Norge kommet samtidig med *reduuerte* ventetider i den offentlige helsetjenesten. Tall fra Norsk Pasientregister viser at ventetidene innenfor helsesektoren i Norge har gått ned siden 2010<sup>79</sup>, mens det i samme periode har vært vekst i private forsikringer. Dette resultatet fant også Seim<sup>80</sup> i sin analyse fra 2006. Berge og Hyggen<sup>81</sup> peker på at den økte medieoppmerksomheten om ventelister i det offentlige helsevesenet kan ha medført at arbeidsgivere og privatpersoner *tror* ventetidene i den offentlige helsetjenesten er blitt lengre, selv om de har gått ned, og at dette har bidratt til etterspørsel etter helseforsikringer.

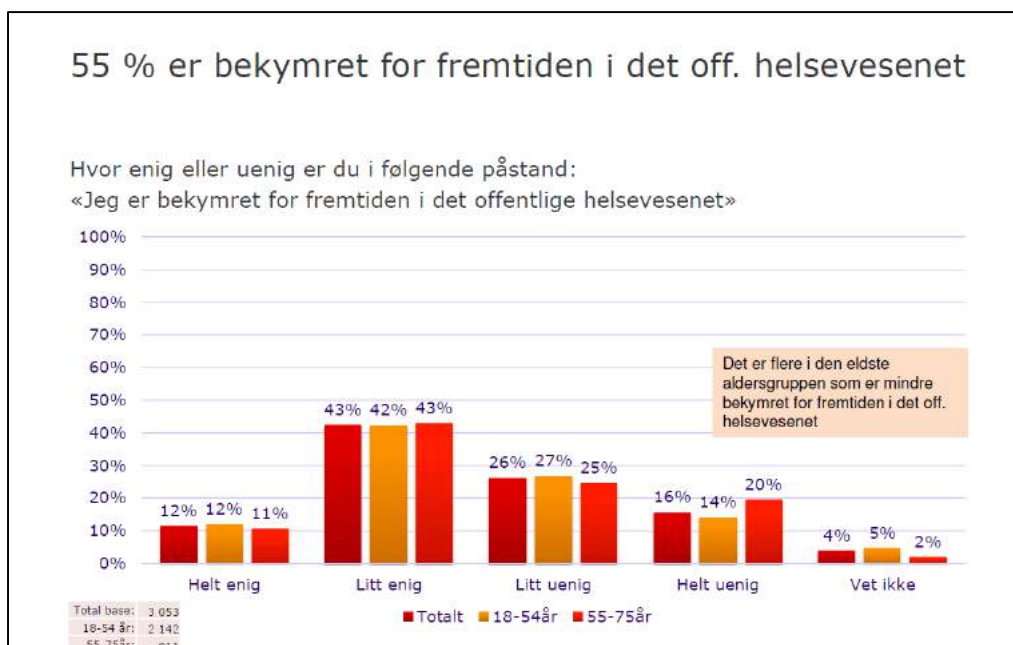
- *Fornøyd med nåtid, redd for framtida.* En annen mulig forklaring på vekst i private helseforsikringer er graden av tillit vi har til framtidens tjenester. Dette er mest interessant for de 50 000 forsikringene som er tegnet av privatpersoner. Flere studier viser at nordmenn er tilfreds med dagens helsevesen. En undersøkelse TNS Gallup foretok på vegne av Gjensidige vinteren 2016 viste at 9 av 10 nordmenn er fornøyd med dagens helsevesen.<sup>82</sup> Til tross for tilfredshet med dagens tjenester, uttrykker nordmenn bekymring om framtidens helsesektor. 21 prosent av de spurte tror det offentlige helsevesenet blir dårligere allerede om 5 år, og mange er bekymret for framtiden. Et overveldende flertall tror det blir flere private aktører innenfor helsesektoren i framtiden: 46 prosent av de spurte oppfatter det private helsevesenet som bedre enn det offentlige, og 46 prosent tror de vil benytte seg av private helsetjenester i framtiden.

Figur 4: Nordmenns syn på det offentlige helsevesenet



Kilde: Gjensidige

Figur 5: Bekymring om fremtidens helsevesen



Kilde: Gjensidige

Våren 2016 undersøkte Legeforeningen befolkningens syn på helsetjenesten.<sup>83</sup> Der kom det blant annet fram at godt over 70 prosent av befolkningen er helt eller delvis enig i at mer av

samfunnets ressurser må gå til den offentlige helsetjenesten. Over 80 prosent mener at det i stor grad er behov for et investeringsløft ved norsk sykehus. 57 prosent av befolkningen oppga at de tror vi får et helsevesen med mer egenfinansiert helsehjelp i 2030.

Legeforeningen og Gjensidiges undersøkelser viser derfor at det er et sprik mellom den *faktiske* opplevelsen av dagens helsevesen, og *forventinger* om den framtidige helsesektoren, og mellom *ønskene* om en sterk offentlig helsetjeneste, og *troen* på framveksten av og kvaliteten hos private leverandører av helsetjenester. Dette misforholdet kan komme delvis av samfunnsdebatten om bærekraften til framtidens velferdsstat, der debatten om framtidens velferd ofte fremstår som et valg mellom å øke skattene på den ene siden, eller redusere velferdstilbudet på den andre siden.<sup>84</sup> Det er ikke usannsynlig at en manglende tillit til framtidens offentlige helsetjeneste kan forklare deler av veksten i private helseforsikringer.

### Forklaring 3: Økt kjøpekraft.

Den andre driveren for todeling i helsesektoren og vekst av private helseforsikringer som Marit Hermansen i Legeforeningen pekte på var økt kjøpekraft, kombinert med for dårlig finansiering av helsetjenesten.

Vi stiller større og større krav. Etterspørselen etter helsetjenester vil øke betydelig framover, som følge av at vi blir flere eldre som bruker helsetjenester, og som følge av den medisinske utviklingen: det kommer en rekke nye behandlingsmetoder, blant annet innenfor kreft, som resulterer i at flere som tidligere ikke kunne hjelpes, i framtiden vil kunne behandles. Den teknologiske innovasjonen i medisinsk behandling drives fram av etterspørsel i store helsemarkeder, for eksempel USA, og mange av de nye behandlingene er svært kostbare. Noen av dem har også begrenset effekt. Kjernen i den pågående debatten om prioriteringer i det norske helsevesenet, i lys av Prioriteringsmeldingen som behandles av Stortinget høsten 2016, er hvordan vi kan skape et godt, rettferdig og likeverdig fordelt tilbud *innenfor* de fastsatte rammene vi har for den offentlige helsetjenesten.<sup>85</sup> Det er avgjørende at verdiene og systemet som ligger til grunn for prioriteringene er tydelige og forutsigbare for å skape tillit til den offentlige helsetjenesten hos pasientene og i befolkningen<sup>86</sup>.

Men det offentlige helsevesenet kan ikke prioritere alt, og vi må akseptere at det er ulik tilgang til tjenester som fortjener lav prioritet som følge av økt etterspørsel etter helsetjenester.<sup>87</sup> Mange nordmenn blir stadig rikere, selv om den økonomiske ulikheten mellom nordmenn øker.<sup>88</sup> Med økt kjøpekraft følger muligheten til å betale for private tjenester for noen, hvis det offentlige tilbudet ikke samsvarer med forventningene.

Diskusjonen om offentlig pengebruk på helsetjenester i Norge tar ofte utgangspunkt i helsebudsjettets andel av BNP, sammenlignet med andre land.<sup>89</sup> Et mer korrekt mål kan være konsum, ettersom helseutgifter som andel av BNP endres av andre faktorer enn faktiske endringer i helsebudsjettet, for eksempel hvis investeringer i oljerelatert industri faller kraftig. Professor i økonomi, Dag Morten Dalen, viser at helseutgiftens andel av totalt konsum de siste 10 til 15 årene har ligget på mellom 12 og 14 prosent, med en svak stigende trend.<sup>90</sup> I samme periode har den gjennomsnittlige veksten i kjøpekraften i Norge økt med mellom 30 og 40 prosent. I følge de amerikanske økonomene Hall og Jones har helsetjenester en solid inntektselastisitet. Dette betyr at ønsket om å bruke penger på helsetjenester øker på bekostning av ønsket om annet forbruk i takt med velstandsveksten.<sup>91</sup> Flere aktører, fra akademia og interesseorganisasjoner, har argumentert for at det i dag er en underfinansiering av det offentlige helsevesenet, som på sikt kan bidra til et todelt helsevesen.

Størrelsen på offentlige helsebudsjetter er et tema som vi må forvente økende debatt om, og den vil også peke på behovet for å ta stilling til hvilke andre varer og tjenester vi er villige til å gi avkall på for å frigjøre ressurser som kan flyttes inn i helsetjenesten.<sup>92</sup>

#### 4.1.4 Konklusjon: private forsikringer kan forsterke ulikhet

Vi har redegjort for omfang av private helseforsikringer, og drøftet mulige forklaringer for veksten. Private helseforsikringer kan medføre at etterspørsel etter helsetjenester får realisert sitt potensial i samfunnet, og helsetjenesten får tilført mer ressurser. Men det er god grunn til å anta at når noen kjøper privat helseforsikring kan det ha en negativ effekt på helsesektoren som helhet, og de mindre ressurssterke pasientene. Dermed kan man si at kjøperne av private forsikringer påfører hele helsesektoren en *negativ eksternalitet*.<sup>93</sup> Mye tyder også på at etterspørselen er preget av en viss asymmetri i informasjon, gjennom at det i hovedsak er arbeidsgiver som kjøper og at både privatpersoner og arbeidsgivere etterspør forsikringer på et uoversiktlig og svakt informasjonsgrunnlag. En markedsføring fra forsikringsselskapene som baserer seg på å redusere tilliten til det offentlige helsevesenet, for eksempel ved å vektlegge lange ventetider til tross for reduksjon i ventetidene, representerer også en kostnad for samfunnet, i form av lavere tillit til vår felles helsetjeneste.

## 4.2 Rettigheter, valgfrihet og ulikhet i helselabyrinten

Den andre mulige driveren for ulikhet i spesialisthelsetjenesten er valgfrihet og kravet til pasienten om å navigere i et stadig mer komplekst system. Flere reformer i spesialisthelsetjenesten, både i Norge og andre vestlige land de siste 15 årene, har hatt som hovedformål å gi pasientene utvidede rettigheter og frihet til selv å velge tjenestetilbud. Økt medbestemmelse og pasientmedvirkning har vært et av de viktigste politiske prosjektene for helsesektoren, og styrende for organiseringen av tjenestene.<sup>94</sup>

Samtidig vet vi at helsetjenester er blant de mest komplekse tjenestene som leveres av det offentlige, og både medisinsk innovasjon, og nye reformer og rettigheter har gjort systemet stadig mer komplisert. Forskning på bruk av helsetjenester i Norge og andre vestlige land viser at det er store forskjeller i pasientenes bruk av rettigheter, avhengig blant annet av inntekt og utdanningsnivå. For å bruke Leif Arne Heløes ord, tidligere professor i samfunnsodontologi og sosialminister for Høyre: økende valgfrihet og rettigheter i helsesektoren, slik de har vært utformet de siste tiårene, kan ha bidratt til at frihetsidealet har fortrenget likhetsidealet.<sup>95</sup> Med stadig flere garantier og rettigheter i en kompleks helsetjeneste, blir pasientene som kan orientere seg i rettighetsjungelen og kreve behandling de juridisk sett har krav på, vinnerne.<sup>96</sup> Medisinen er ikke svart-hvitt, men de faglige vurderingene av om pasienten virkelig trenger behandlingen blir utfordret av jussen, og ressurssterke pasienter kan bli prioritert. Vi vil fokusere på retten til fritt behandlingsvalg i dette kapitlet.

Som vist til i kapittel 3 ble ordningen med fritt sykehusvalg utvidet til fritt behandlingsvalg i 2015, som innebærer at pasientene *selv* kan bestemme om de vil behandles privat eller offentlig når de har rett til helsehjelp. De private tilbydere må være godkjent for å kunne delta, og ordningen gjelder i første omgang innenfor psykisk helsevern, rusbehandling og enkelte områder av somatikken.<sup>97</sup> Fritt behandlingsvalg er den mest omfattende reformen i den norske spesialisthelsetjenesten på mange år.

I følge regjeringen vil reformen øke effektiviteten i det offentlige helsevesenet gjennom konkurranse med private aktører, ventetidene vil gå ned som følge av at pasienter velger private behandlingstilbud, ulikheten vil reduseres ved å styrke alle pasienters valgmulighet, og reformen kan hindre ytterligere todeling i helsevesenet, ettersom private tilbud blir gitt innenfor en offentlig ramme til alle.<sup>98</sup> I

proposisjonen beskrives motivasjonen for reformen blant annet slik: «*De med god råd kan kjøpe seg ut av køen – mens de med dårlig råd må vente. Resultatet kan bli en todelt helsetjeneste og økende motvilje til å betale for offentlige tjenester over skatteskjeddelen. Det er en utvikling regjeringen ikke ønsker. Regjeringen ønsker et offentlig finansiert helsetilbud som er så godt at folk velger det.*»<sup>99</sup>

Men bidrar fritt valg til likere tilgang til helsetjenester? Eller kan frihet forstrenge likhet når valgene blir kompliserte og forutsetter sterk evne til å navigere seg rundt i systemet? I dette kapitlet presenterer vi forskning på pasienters bruk av valgfrihet og rettigheter i spesialisthelsetjenesten.

#### 4.2.1 Valgfrihet skal gi alle en stemme

Det har vært bred politisk enighet i Norge om at valgfrihet til pasienter er ønskelig, slik det ble innført med fritt sykehusvalg i Norge i 2001. I forbindelse med Helse- og omsorgskomiteens vurdering av forslag om fritt behandlingsvalg i 2015 viste en samlet komite til at «*pasientene over en rekke år har opplevd flere lov- og regelendringer som styrker deres rettigheter, valgfrihet og makt i møte med helsetjenesten. Komiteen mener dette representerer en positiv utvikling, som har styrket pasientens stilling og har lagt til rette for utvikling av et bedre og mer brukertilpasset helsetilbud.*»<sup>100</sup>

Forskning på pasienters opplevelse av valgfrihet i helsesektoren viser at muligheten til å velge leverandør av spesialisthelsetjenester i samråd med fastlegen verdsettes av pasienter.<sup>101</sup> Riksrevisjonens evaluering av fritt sykehusvalg bekrefter også at norske pasienter ønsker valgfrihet.<sup>102</sup> I tillegg viser Le Grand at det er nettopp dem med lav inntekt og/eller utdanning som i størst grad setter pris på denne valgmuligheten.<sup>103</sup> Ifølge Le Grand kan en helsesektor som ikke gir valgmulighet ofte fungere bedre for ressurssterke, som finner andre måter å påvirke beslutninger helsepersonell ellers tar for dem, for eksempel ved at de i større grad bruker samme språk og er mer selvsikre i dialog med og krav mot helsepersonell.<sup>104</sup> I et system uten valgfrihet er pasientene i utgangspunktet prisgitt helsearbeidernes vurderinger. Institusjonalisert valgfrihet innenfor helsevesenet kan dermed sies å «kompensere for middelklassens sterke stemme».<sup>105</sup>

#### 4.2.2 Valgfrihet i praksis kan øke ulikheten

Men gevinsten ved fritt behandlingsvalg hviler på en antakelse om at alle har samme evne og vilje til å orientere og navigere seg gjennom et stadig mer komplekst helseapparat. Pasientene forventes å være rasjonelle, informerte individer, som velger mellom tilbydere i et oversiktlig marked.<sup>106</sup> Slik fungerer det ikke i praksis. For pasienter kan det i utgangspunktet være vanskelig å gjøre informerte valg om hvilken helsetilbyder som best møter deres behov, fordi vurderingen er vanskelig, spesielt hvis pasienten har kompliserte diagnoser eller når forholdet mellom helsetilstanden og tilgjengelig behandling er usikkert. Det viser seg at den individuelle muligheten til å gjøre valg også er svært ulikt fordelt.

Forskning på valgfrihet i spesialisthelsetjenesten fra Norge og andre vestlige land med tilsvarende ordninger for fritt sykehusvalg viser at pasienter benytter seg av valgmulighet i varierende grad. Forskning fra USA, verdens mest etablerte helsemarked, og fra England, som innførte fritt sykehusvalg i 2004, viser at mange pasienter har problemer med å benytte seg av informasjon om ventetider og kvalitet ved valg av sykehus.<sup>107</sup> Spesielt eldre og de som er alvorlig syke ønsker ikke å reise langt for å behandles, de vil ofte behandles ved sitt lokale sykehus.

Studier av den tidligere ordningen med fritt sykehusvalg i Norge gir liknende funn. Helseøkonom Karin Monstad har vist at pasientene måtte ha en solid reduksjon i ventetid for å være villig til å velge et annet sykehus enn sitt nærmeste.<sup>108</sup> En doktorgradsstudie av Ånen Ringard tydet på at pasienter med

høy utdanning benyttet seg oftere av ordningen enn pasienter med lav utdanning.<sup>109</sup> Riksrevisjonens evaluering av fritt sykehusvalg fra 2011 bekreftet disse funnene: Bare mellom 9 og 15 prosent av pasientene benyttet seg av ordningen, og pasienter med høyere utdanning og/eller høy inntekt benyttet seg oftere av ordningen enn pasienter med lav inntekt/utdanning. Pasienter som hadde god egenvurdert helse var også oftere representert blant dem som benyttet seg av fritt sykehusvalg, samt pasienter med tilknytning til arbeidslivet. Pasientene kunne finne informasjon om valgmuligheter, kvalitet ved de ulike sykehusene og ventetider på en internettside og via en telefontjeneste. Fastlegene hadde plikt til å informere pasientene om valgmuligheten, men nesten halvparten av pasientene fikk ikke informasjon om ordningen fritt sykehusvalg hos sin lege.<sup>110</sup> Pasientene som benyttet nettsiden som gav informasjon om sykehusenes ventetider og kvalitet var kjennetegnet av å ha høy utdanning, høy inntekt, og tilknytning til arbeidslivet.<sup>111</sup>

Fritt sykehusvalg hadde derfor velkjente ulikhetsutfordringer med den *reelle* tilgangen til spesialisthelsetjenester som samsvarte med pasientens ønsker, enten knyttet til kvalitetskjenne tegn ved spesifikke sykehus, eller kortere ventetider. Denne utfordringen har vært godt dokumentert også i andre land hvor spesialisthelsetjenester leveres etter en «valgmodell».

Til tross for at disse utfordringene er godt kjent, ble altså ordningen utvidet til fritt behandlingsvalg i 2015, der også private leverandører er tilgjengelige for pasientene. Ved innføring av fritt behandlingsvalg har man likevel ikke forsøkt på å løse ulikhetsproblemen. I proposisjonen om fritt behandlingsvalg fra regjeringen nevnes ikke problemstillingen<sup>112</sup>, og i debatt om forslaget i Stortinget diskuteres ikke konkrete tiltak for å motvirke de dårlige erfaringene fra fritt sykehusvalg.<sup>113</sup>

Det er dessuten sannsynlig at muligheten til å foreta informerte valg blir enda mindre med fritt behandlingsvalg, på grunn av økt kompleksitet i tjenestetilbudet. Flere høringsinstanser påpekte dette, blant annet Universitetssykehuset i Nord-Norge, som «*fremhever at det vil være vanskelig å forklare ordningen for pasientene*», og viser til at: «*Vår erfaring og tilbakemeldinger fra pasientene er at all informasjon pasientene får om klageadgang, fritt sykehusvalg osv., ofte er av et slikt omfang at den overskygger selve informasjonen om behandlingen. Mange synes informasjonen er vanskelig å forstå.*»<sup>114</sup>

Fritt behandlingsvalg kan også medføre økt ulikhet i tilgangen til helsetjenester mellom forskjellige pasientgrupper langs andre dimensjoner enn inntekt, arbeidslivstilknytning og utdanningsnivå, slik flere helseeksperter og organisasjoner har pekt på. Helseøkonom Jon Magnussen<sup>115</sup> har oppsummert høringsinnspill fra ulike fagmiljøer i forbindelse med innføring av reformen, hvor en av innvendingene var at ordningen kan egne seg best for pasienter med avklarte lidelser. Den kan derfor fungere dårlig for de aller fleste pasienter innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling, psykisk helsevern og for et flertall av pasienter innen somatikken. Det er nettopp disse pasientgruppene som omfattes av ordningen i dag. Rusavhengige og pasienter med psykisk sykdom som har rett til behandling i spesialisthelsetjenesten har, ifølge Legeforeningen, svært sjeldent avklarte tilstander. Tvert imot har disse gruppene behov for langvarig behandling og oppfølging, som krever samarbeid i behandlingsforløpet og tett samarbeid med pårørende.<sup>116</sup> I tillegg har de private aktørene insentiver til å bygge opp kapasitet der pasientgrunnlaget er stort, kostnadene ved behandling av pasientene er forutsigbare, og lønnsomheten stor. Pasienter som bor i sentrale strøk med ukompliserte plager kan få tilgang til et bedre tilbud.<sup>117</sup>

Ordningen er også dyr i drift, særlig i lys av hvor få som så langt benytter seg av den.

I løpet av reformens første år har bare i underkant av 1000 pasienter benyttet seg av fritt behandlingsvalg.<sup>118</sup> Ordningen skal evalueres etter første hele driftsår, som er 2016, og vil gi svar på det totale omfanget. Det er likevel allerede grunn til å mistenke at ordningen koster mer enn den smaker. I tillegg til høye administrasjonskostnader bidrar ordningen til å svekke økonomisk planlegging og effektiv ressursbruk i de offentlige helseforetakene – som uansett sitter med det helhetlige ansvaret. Med fritt behandlingsvalg utenfor det offentlige tilbudet til helseregionene, blir det vanskelig for de regionale helseforetakene å ivareta ansvaret for befolkningen i sin region.<sup>119</sup> De må planlegge kapasitet etter forventede behandlinger i sin befolkningsgruppe, samtidig som pasientene kan velge å behandles hos en privat utenfor systemet. Fellesskapet betaler dermed dobbelt for én behandling over helsebudsjettet.

Sett i lys av hva vi vet om ulik bruk av valgmuligheter, er det mye som tyder på at fritt behandlingsvalg er et lite målrettet tiltak for å imøtekomme utfordringen med todeling. Vi burde heller brukt ressursene på å styrke den offentlige helsetjenesten. Fritt behandlingsvalg bidrar sannsynligvis ikke til å redusere ulikhet, tvert imot er det grunn til å tro at den kan gi oss mer ulikhet i tilgangen til tjenester. Reformen har økt kompleksiteten i tjenestetilbudet, samtidig som den ikke er tilpasset erfaringene fra fritt sykehusvalg, der ressurssterke pasienter i større grad hadde evne og vilje til å manøvrere seg til sykehustjenester med kortere ventetider eller ønsket kvalitet. Ettersom kun et lite antall på 1000 pasienter bruker valgmuligheten i fritt behandlingsvalg, er den heller ikke et målrettet tiltak for å imøtekomme utfordringen med at 500 000 nordmenn har privat helseforsikring og økende todeling. I tillegg kan ordningen bidra til at foretakene får mindre ut av allerede knappe ressurser fordi deres planleggingsevne og forutsigbarhet svekkes.

Regjeringen har uttalt at de ønsker å sette pasienten i sentrum, og gi pasienten mer makt. Privatisering var i så fall lite målrettet. Vi må rette blikket mot andre deler av helsetjenesten hvis vi skal gi *alle* pasienter mer medvirkning og kortere ventetider, som vil sikre bred tillit til helsetjenesten og redusere sjansen for videre todeling.

#### **4.2.3 Fastlegene er nøkkelen for å gi økt valgfrihet i en offentlig helsetjeneste for alle**

Det er en utbredt enighet om at pasientmedvirkning er et gode vi ønsker å videreføre. Det blir imidlertid stadig mer krevende, etter hvert som kompleksiteten i helsetjenesten øker. Riksrevisjonens<sup>120</sup> evaluering av fritt sykehusvalg peker mot en viktig mulighet: fastlegene. Fastlegene er forpliktet til å gi pasientene informasjon om valgmulighetene i den offentlige helsetjenesten. Fastlegene møter pasienter likt, uavhengig av deres bakgrunn, og har ofte en kjennskap til deres behov som er utviklet i relasjonen over tid. Riksrevisjonens analyse viste imidlertid at nesten halvparten av pasientene ikke fikk informasjon av sin fastlege om muligheten til å velge sykehus. Ulik arbeidsbelastning forklarte ikke hvorfor noen fastleger var flinkere til å informere pasientene sine om ordningen. Fastleger som hadde mange konsultasjoner, informerte pasientene sine om fritt sykehusvalg minst like ofte som sine mindre travle kolleger. Ni prosent av fastlegene henviste halvparten av brukerne av ordningen med fritt sykehusvalg. Evalueringen viser at det er et betydelig potensial for å få flere pasienter til å medvirke i beslutningen om hvor og når de ønsker behandling.

## **5. Fortellingen om helsetilbudet og framtidens velferd**

I dette notatet har vi diskutert to mulige drivere for ulikhet i helsetjenesten: vekst av private helseforsikringer og et todelt helsevesenet, og pasienters potensielle utfordring med å manøvrere i en stadig mer kompleks helsetjeneste. Vi vil foreslå noen tiltak for å imøtekomme disse utfordringene i



neste kapittel. For å opprettholde en sterk offentlig helsetjeneste, er det imidlertid avgjørende at hele befolkningen har høy tillit til helsesektoren.

Det er et paradoks at mens undersøkelser i befolkningen avdekker høy tillit til det offentlige helsevesenet, vokser etterspørselen etter private forsikringer som skal supplere det samme systemet. Gjensidiges undersøkelse, som vi har vist til tidligere, bidrar til å forklare paradokset: dersom det er slik at vi har tillit til dagens tilbud, men mangler tro på en sterk helsesektor også i framtiden, blir todelingen en del av en selvoppfyllende profeti. Fortellingen om at vi ikke har råd til framtidens velferd, bidrar slik til å undergrave framtidens velferd. Tankesmien Agenda har tidligere skrevet notatet «Vi har råd til framtida».<sup>121</sup> Debatten om framtidens velferd kan ofte framstå som et valg mellom å øke skattene på den ene siden, eller redusere velferdstilbudet på den andre siden. Så enkelt er det heldigvis ikke. Det er dagens politikk som bestemmer framtidens muligheter, og Tankesmien Agenda har pekt på flere tiltak som kan gi oss økte inntekter for å finansiere morgendagens velferdsstat. En av de viktigste oppgavene for dagens finanspolitikere og helsepolitikere er å synliggjøre mulighetene for en sterk velferdsstat og offentlig helsetjeneste i framtiden, for å sikre videre oppslutning og tillit i befolkningen.

## 6. Anbefalinger

På bakgrunn av vår analyse foreslås følgende tiltak:

### 6.1 Reformer i helsesektoren må være innrettet mot å redusere ulikhet

Kunnskapsoversikten som forskere ved Høyskolen i Oslo og Akershus utarbeidet i 2014<sup>122</sup> viste at målet om å redusere sosial ulikhet ikke har vært særlig styrende for utformingen av reformer innenfor helsetjenesten. Det politiske målet om å minimere sosiale ulikheter i helse i Norge har rett og slett forsvunnet i den faktiske politikken. Politikk som omfatter alle, altså universelle tiltak, har størst effekt på sosial ulikhet i helse. Framtidige reformer i helsesektoren må tilpasses kunnskapen vi har om ulike pasienters bruk av og tilgang til helsetjenester, og må inkludere fastsatte mål med tilhørende tiltak for å redusere ulikhet. Alle reformer må følges av evalueringer der man konkret vurderer hvordan politikken har bidratt til mindre ulikhet. For å hindre at helsesektoren tilpasser sin ressursbruk etter reformer som ikke har ønsket effekt på ulikhet, må nye ordninger implementeres i første omgang i mindre omfang, som prøveprosjekter, som man kan ta lærdom av.

### 6.2 Avvikle fritt behandlingsvalg: reformer må være kunnskapsbasert

En av hovedbegrunnelsene for å innføre fritt behandlingsvalg var å redusere ventetidene i den offentlige helsetjenesten. Dette skulle igjen bidra til lavere etterspørsel etter private helseforsikringer og helsetjenester hos private aktører. Riksrevisjonens evaluering av ordningen med fritt sykehusvalg fra 2011 viste imidlertid at det var stort potensial for kortere ventetider og bedre kapasitetsutnyttelse innenfor den offentlige helsetjenesten ved at flere pasienter benyttet seg av fritt sykehusvalg. Å innføre et ekstra privat ledd var derfor feil medisin mot utfordringer med ventetider i spesialisthelsetjenesten og framvekst av privat helseforsikring. Fritt behandlingsvalg må avvikles, ettersom ordningen ikke er et treffsikkert tiltak for å redusere ulikhet i spesialisthelsetjenesten. I tillegg kan den bidra til økt ulikhet mellom pasientgrupper med ulike lidelser. Ordningen medfører med stor sannsynlighet også ineffektiv ressursbruk i et allerede presset offentlig helsevesen. Det å involvere private aktører i spesialisthelsetjenesten kan være bra, men helseforetakene må styre omfanget gjennom anbud. Slik kan de private bidra med kapasitet og fleksibilitet i den offentlige tjenesten, samtidig som våre felles mål for den offentlige helsetjenesten blir ivaretatt. En sterk



offentlig helsetjeneste som tilbyr behandling i tråd med befolkningens ønsker og behov er det mest effektive tiltaket mot todeling og vekst i private helseforsikringer.

### **6.3 Styrke fastlegens rolle for å øke bruk av valgmuligheter i den offentlige spesialisthelsetjenesten blant alle pasienter**

Vi bør gå tilbake til en ordning med fritt sykehusvalg i forbedret utgave for å sikre lik reell tilgang til pasientmedvirkning for alle pasienter. Ordningen kan bidra til økt kapasitetsutnyttelse, kortere ventetider og lavere etterspørsel etter private helseforsikringer. Muligheten til å velge sykehus ble brukt forskjellig blant ulike pasientgrupper, hvor pasienter med lavere husholdningsinntekt, lav utdanning og pasienter som stod utenfor arbeidslivet sjeldnere benyttet valgmuligheten. Riksrevisjonens<sup>123</sup> gjennomgang av fritt sykehusvalg viste at fastlegene er nøkkelen for å få flere pasienter til å velge sykehus i tråd med deres ønsker om kvalitet eller lavere ventetider. Informasjon om fritt sykehusvalg ble også gitt på internett og telefon, men pasienter med tilknytning til arbeidslivet og med høy inntekt og utdanning benyttet seg oftere av informasjon på nettet. Det er fastlegen som derfor kan bidra til at flere pasienter med ulik bakgrunn kan få bruke muligheten til å velge sykehus. Fastlegene må få bedre informasjon, bedre rammer og flere insentiver til å hjelpe pasientene til å benytte seg av fritt sykehusvalg. I England har evalueringer vist at ulike former for ekstra finansiering til fastleger som gir pasienter informasjon om valgmuligheter kan ha bidratt til økt bruk av ordningen blant pasienter.<sup>124</sup> En styrking av fastlegens rolle for å øke bruk av ordninger som fritt sykehusvalg må basere seg på erfaringer fra andre land med tilsvarende utfordringer. Nøkkelen til en mer lik bruk av helsetjenester i Norge ligger hos fastlegen, som er sine pasienter nærmest, og framtidige reformer må legge dette til grunn.

### **6.4 Mer forskning på private helseforsikringer og bruk av helsetjenester**

Gjennomgangen av eksisterende forskning på ulikhet i spesialisthelsetjenesten i dette notatet synliggjør et stort behov for mer forskning på feltet. Blant annet mangler vi kunnskap om forholdet mellom offentlig og privat sektor i helsetjenesten, konsekvenser av private helseforsikringer og todeling, pasientenes bruk av rettigheter og muligheter for medvirkning. En politikk for å redusere ulikhet i tilgang til helsetjenester blir mer målrettet når solid kunnskap ligger til grunn.

### **6.5 Oversikt over tjenester ved private sykehus**

Sykehusene som blir finansiert av det offentlige, må rapportere til Norsk pasientregister. Private sykehus som leverer tjenester til pasienter, der pasienten betaler selv, har ikke plikt til å rapportere om sin aktivitet til offentlige registre<sup>125</sup>, og dette gjelder delvis også behandlinger som er finansiert av forsikringer. Konsekvensen av dette er at vi ikke har god nok oversikt over private tilbydere av helsetjenester. Det innebærer at vi ikke har mulighet til å etterprøve kvaliteten ved tjenestene, for eksempel hvor mange pasienter som må opereres på nytt, infeksjonsrater, overbehandling og lignende. I dag må de private sykehusene godkjennes av Helsedirektoratet før de kan starte sin virksomhet. En godkjenning må følges av krav om å rapportere aktivitet til Norsk pasientregister. Dette vil bidra til en mer kunnskapsbasert debatt om todeling av helsetjenesten, og kvalitetskontroll i tråd med pasientenes interesser.

### **6.6 Skatt på private forsikringer**

Norge har et etablert prinsipp om å skattlegge adferd som har negativ påvirkning på andre. I dag skattlegges private helseforsikringer i Norge som er betalt av arbeidsgivere gjennom fordelsbeskatning. Skattesatsen på denne fordelen varierer etter inntekt, men ligger vanligvis på mellom 40 og 50 prosent av premien.<sup>126</sup>



Slik har det imidlertid ikke alltid vært. I 2003 innførte Bondevik II-regjeringen regler som innebar at ansatte ikke ble fordelsbeskattet for bedriftens behandlingsforsikringer eller utgifter til kjøp av privat helseforsikring til sine ansatte.<sup>127</sup> Denne regelen reverserte Stoltenberg II-regjeringen, og private helseforsikringer ble beskattet igjen fra 2006. Forslaget om skattefritak for private helseforsikringer løftes fram med jevne mellomrom av dem som ønsker et større innslag av private aktører i helsevesenet, og som ønsker å stimulere til ytterligere vekst i private helseforsikringer. Å stimulere til økt innslag av private i helsesektoren var også begrunnelsen for skattefritaket i Norge frem til 2006. I 2013 foreslo nåværende helseminister Bent Høie å vurdere skattefritak for operasjoner betalt direkte av arbeidsgiver.<sup>128</sup>

Tankesmien Agenda mener tvert imot at det bør innføres økt beskatning av private helseforsikringer betalt av arbeidsgiver. Økt beskatning vil kunne redusere etterspørsel etter private helseforsikringer og private helsetjenester. Studier fra Norge viser at bedriftenes kjøp av helseforsikringer til sine ansatte ikke bidrar til å redusere sykefravær. Det er derfor ingen tungtveiende gevinster av en slik forsikring for dem som betaler for den. Kjøp av helseforsikringer har i tillegg potensielle uheldige konsekvenser for andre, for eksempel ved at pasienter med helseforsikring kan forskyve pasienter i den offentlige helsekøen som ikke har helseforsikring. Og ved at markedsføring av forsikringene nødvendigvis må bidra til svekket tillit til det offentlige helsetilbudet. Å fordelsbeskatte helseforsikring på lik linje med gratis avis eller mobiltelefon fra arbeidsgiver blir feil, ettersom slike goder ikke har konsekvenser for andre enn arbeidstakeren som mottar disse godene. Vi ønsker en samfunnsøkonomisk optimal ressursbruk innenfor helsefeltet, og en økt skattelegging av helseforsikringer kan bidra til dette.

### **6.7 Frata statlige selskaper og kommunale aktører muligheten til å tilby private helseforsikringer til sine ansatte**

Flere kommuner og statlige aksjeselskaper har tilbudt privat helseforsikringer til sine ansatte, og med jevne mellomrom foreslår politikere på lokalt og regionalt nivå at fylkeskommuner og kommuner skal tegne slike forsikringer.<sup>129</sup> Tankesmien Agenda stiller seg bak forslaget til professor i medisinsk etikk, Ole Frithjof Norheim, som mener statlige selskaper og kommunale aktører ikke bør ha anledning til å kjøpe private helseforsikringer, ettersom offentlige ressurser ikke bør brukes på å undergrave tjenester fra samme sektor og den brede støtten til vår universelle helsetjeneste.<sup>130</sup>

### **6.8 Mer kunnskap om ressursbruk, ny styring av helsetjenesten for rett ressursbruk**

Vi må forvente mer debatt om størrelsen på offentlige helsebudsjetter, der flere tar til orde for *økte rammer*, som følge av demografiske endinger, økt velstand og større etterspørsel etter helsetjenester, samt ny og kostbar medisinsk innovasjon. Som beskrevet tidligere pågår det en viktig debatt om prioriteringer i helsesektoren, i tilknytning til Prioriteringsmeldingen. Meldingen skal etablere prinsipper for vurdering av *nye metoder* i helsevesenet. Vi vet imidlertid at det allerede er et krevende for spesialisthelsetjenesten å levere pålagte tjenester innenfor *dagens* budsjetter. Derfor er det svært viktig at ressursene vi har til rådighet brukes riktig, til pasientenes beste. Legeforeningen har tidligere vist til at sykehuslegen aldri har brukt mindre tid på pasientene enn nå: 60 prosent av tiden deres brukes på administrasjon, mot 40 prosent i 2004.<sup>131</sup> Omfattende målstyring, økende byråkrati og detaljregulering av helsepersonell er en alvorlig utfordring for dagens helsetjeneste. Videre vet vi at det er variasjoner i tilbud av eksisterende metoder, som gir feil bruk av ressurser i et allerede presset helsevesen. Det kan være overbehandling, for lite behandling eller feilbehandling. Helseatlasen som ble lansert i 2015 har blant annet vist at det er fire ganger så høy sjanse for at en pasient blir skulderoperert i Møre og Romsdal sammenlignet med en pasient i Oslo, uten at det er medisinske

grunner som tilsier at variasjonen skal være så stor.<sup>132</sup> I disse dager utarbeides det rapporter om eldre helse og KOLS.<sup>133</sup> Riktig ressursbruk kan frigjøre kapasitet til områder der det trengs mest. Vi trenger mer kunnskap om ressursbruk i helsetjenesten, og en ny politikk for å gi helsepersonell handlingsrom til å utøve yrket sitt.

### 6.9 Bort fra rettighetsjungelen

Rettighetsfesting av helsetjenester har blitt stadig mer utbredt i norsk helsevesen. En av begrunnelsene har vært å sikre like rettigheter til alle. Men problemene med denne politikken blir stadig tydeligere. For det første kan rettigheter undergrave både faglige vurderinger og politiske prioriteringer og dermed svekke kvalitet i tjenestene og samfunnsøkonomisk effektivitet. For det andre skaper hver rettighet nye dokumentasjons- og tilsynsbehov og øker de administrative kostnadene. For det tredje er mengden av rettigheter etter hvert så stor at det blir krevende å navigere i dem – noe bare de mest ressurssterke lykkes med. Til slutt kan det argumenteres at rettighetsfesting undergraver tilliten til de faglige vurderingene og helsesektoren generelt. Hvis lovfestede rettigheter er nødvendige for å få nødvendig helsehjelp, må vel det bety at helsesektoren og dens ansatte ikke er i stand til å gjøre gode vurderinger og yte nødvendige tjenester uten slike rettigheter? Nye reformer i helsetjenesten må i større grad leveres gjennom andre virkemidler enn flere lovfestede rettigheter til pasientene. Vi foreslår også en revisjon av gjeldende rettigheter med sikte på å redusere omfanget og styrke faglige prioriteringer i helsevesenet.

### 6.10 Redusere inntektsulikhet og sosial ulikhet i samfunnet

Helsesektoren har bidratt til å redusere ulikhet, ved å omfordele helsetjenester fra rik til fattig.<sup>134</sup> Likevel er den store ulikheten i helse stabil. Sosial ulikhet i helse i Norge oppstår hovedsakelig utenfor spesialisthelsetjenesten og handler blant annet om levekår, belastninger og livsstil. Som forskerne Espen Dahl, Heidi Bergsli og Kjetil A. van der Wel peker på, kan årsakskjeden i sosial ulikhet i helse betraktes som en elv, hvor faktorer som levekår og belastninger er «oppstrøms». Ulikhetsstrukturen som følger videre i elven, som vi forsøker å minske «nedstrøms», altså innenfor helsetjenesten, oppstår tidlig i elven.<sup>135</sup> De mest effektive tiltakene for å redusere ulikhet *innenfor* spesialisthelsetjenesten må derfor rettes mot ulikheten *utenfor* helsetjenesten. Dahl, Bergsli og van der Wel, som ledet arbeidet med kunnskapsoversikten om sosial ulikhet i helse fra 2014, kommer med tydelige anbefalinger for helsepolitikken framover. To av de viktigste anbefalingene som kan gi absolutt størst effekt er (1) å redusere inntektsulikheten generelt i samfunnet, og (2) redusere fattigdom i barnefamilier spesielt. Den økonomiske ulikheten i Norge øker, stikk i strid med anbefalingene. Vi trenger en bedre politikk for å sikre tilstrekkelig omfordeling mellom fattig og rik gjennom skattesystemet, og en fortsatt sterk velferdsstat.

Notatet er skrevet av rådgiver Sigrid Hagerup Melhuus høsten 2016. Forfatteren står ansvarlig for alle eventuelle feil og mangler i dokumentet. Ta gjerne kontakt dersom du finner slike.

Tankesmien Agenda vil rette en stor takk til flere som har tatt seg tid til å svare på faglige spørsmål og utfordringer underveis, og som har gitt oss innspill til relevant forskning på feltet:

*Jon Magnussen, professor, NTNU*

*Dag Morten Dalen, professor, BI*

*Thomas Axelsen, rådgiver, Kreftforeningen*

*Ole Frithjof Norheim, professor, Universitetet i Bergen*

*Preben Sørheim, vitenskapelig assistent, Universitetet i Bergen*

*Reidun Førde, professor, Universitetet i Oslo*

*Terje P. Hagen, professor, Universitetet i Oslo*

*Astrid Grasdal, førsteamanuensis, Universitetet i Bergen*

*Ånen Ringard, forfatter av doktorgrad om fritt sykehusvalg*

*Siri Bøgh, rådgiver ved Seksjon helse og sosial, Fagforbundet*

*Jan Frich, professor, Universitetet i Oslo*

*Kathrine Haugland Martinsen, FOs forbundsledelse, Leder for profesjonsrådet for sosionomer*

*Marianne Solberg Johnsen, Nestleder FO*

*Anne-Lise Kristensen, Pasient- og brukerombud i Oslo og Akershus og Sosial- og eldreombud i Oslo*

*Tor Iversen, professor, Universitetet i Oslo*

*Torgeir Bruun Wyller, professor, Universitetet i Oslo og overlege ved Geriatrik avdeling, Oslo universitetssykehus*

*Tove Helvik, forbundssekretær, NTL*

*Julie Lødrup, forbundssekretær, NTL*

*Sara Underland Mjelva, rådgiver, Den norske legeförening*

- <sup>1</sup> Befolkningsundersøkelse gjennomført av TNS Gallup på vegne av Gjensidige februar 2016, mottatt på e-post fra Gjensidige høsten 2016
- <sup>2</sup> <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- <sup>3</sup> Befolkningsundersøkelse gjennomført av TNS Gallup på vegne av Gjensidige februar 2016, mottatt på e-post fra Gjensidige høsten 2016
- <sup>4</sup> <http://news.stanford.edu/2016/04/11/geography-income-play-roles-in-life-expectancy-new-stanford-research-shows/>
- <sup>5</sup> <http://ssb.no/inntekt-og-forbruk/artikler-og-publikasjoner/okonomi-og-levekar-for-ulike-lavinntektsgrupper-2016>
- <sup>6</sup> Samtale med professor Terje P. Hagen, november 2016
- <sup>7</sup> <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/innsikt/nokkeltall-og-fakta---ny/slik--er-spesialisthelsetjenesten-bygd-og/id528748/>
- <sup>8</sup> <http://www.hioa.no/Forskning-og-utvikling/Hva-forsker-HiOA-paa/Forskning-og-utvikling-ved-Fakultet-for-samfunnsvitenskap/Sosialforsk/Sosiale-ulikheter-i-helse/Rapportene>
- <sup>9</sup> <http://www.hioa.no/Forskning-og-utvikling/Hva-forsker-HiOA-paa/Forskning-og-utvikling-ved-Fakultet-for-samfunnsvitenskap/Sosialforsk/Sosiale-ulikheter-i-helse/Sammendragsrapport>
- <sup>10</sup> Tallene er fra Elstad, J.I. (2005). Sosioøkonomiske ulikheter i helse. Teorier og forklaringer. Oslo: Helsedirektoratet. Gjengitt her: <http://www.hioa.no/Forskning-og-utvikling/Hva-forsker-HiOA-paa/Forskning-og-utvikling-ved-Fakultet-for-samfunnsvitenskap/Sosialforsk/Sosiale-ulikheter-i-helse/Rapportene>
- <sup>11</sup> Figuren er fra Elstad, J.I. (2005). Sosioøkonomiske ulikheter i helse. Teorier og forklaringer. Oslo: Helsedirektoratet. Gjengitt her: <http://www.hioa.no/Forskning-og-utvikling/Hva-forsker-HiOA-paa/Forskning-og-utvikling-ved-Fakultet-for-samfunnsvitenskap/Sosialforsk/Sosiale-ulikheter-i-helse/Rapportene>
- <sup>12</sup> Tallene er fra Elstad, J. I., Hofoss, D. & Dahl, E. (2007). Hva betyr de enkelte dødsårsaksgrupper for utdanningsforskjellene i dødelighet? Norsk Epidemiologi 17(1): 37-42. Gjengitt her: <http://www.hioa.no/Forskning-og-utvikling/Hva-forsker-HiOA-paa/Forskning-og-utvikling-ved-Fakultet-for-samfunnsvitenskap/Sosialforsk/Sosiale-ulikheter-i-helse/Rapportene>
- <sup>13</sup> <http://www.hioa.no/Forskning-og-utvikling/Hva-forsker-HiOA-paa/Forskning-og-utvikling-ved-Fakultet-for-samfunnsvitenskap/Sosialforsk/Sosiale-ulikheter-i-helse/Rapportene>
- <sup>14</sup> <http://www.hioa.no/Forskning-og-utvikling/Hva-forsker-HiOA-paa/Forskning-og-utvikling-ved-Fakultet-for-samfunnsvitenskap/Sosialforsk/Sosiale-ulikheter-i-helse/Sammendragsrapport>
- <sup>15</sup> Figur og tall er fra Steingrimsdóttir, O.A., Næss, Ø., Moe, J.O., Groholt, E.K., Thelle, D.S., Strand, B.H., & Baevre, K. (2012). Trends in life expectancy by education in Norway 1961-2009. European Journal of Epidemiology 27(3): 163-171. Gjengitt her <http://www.hioa.no/Forskning-og-utvikling/Hva-forsker-HiOA-paa/Forskning-og-utvikling-ved-Fakultet-for-samfunnsvitenskap/Sosialforsk/Sosiale-ulikheter-i-helse/Rapportene> og her: <http://slideplayer.no/slide/5582616/>
- <sup>16</sup> Tallene er fra Godager, G. & Iversen, T. (2013). Empirisk litteratur om sosial ulikhet i bruk av helsetjenester i Norge. Underlagsrapport til Kunnskapsoversikt om sosial ulikhet i helse. Elektronisk publisering, [www.hioa.no/helseulikhet](http://www.hioa.no/helseulikhet). Gjengitt her: <http://www.hioa.no/Forskning-og-utvikling/Hva-forsker-HiOA-paa/Forskning-og-utvikling-ved-Fakultet-for-samfunnsvitenskap/Sosialforsk/Sosiale-ulikheter-i-helse/Rapportene>
- <sup>17</sup> Tallene er fra Kravdal, H. (2013). Widening educational differences in cancer survival in Norway. European Journal of Public Health 2013. Gjengitt her: <http://www.hioa.no/Forskning-og-utvikling/Hva-forsker-HiOA-paa/Forskning-og-utvikling-ved-Fakultet-for-samfunnsvitenskap/Sosialforsk/Sosiale-ulikheter-i-helse/Rapportene>
- <sup>18</sup> <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26421593>, <http://www.aftenposten.no/norge/De-rikeste-kreftpasientene-far-oftest-operasjon-59100b.html>
- <sup>19</sup> <http://www.aftenposten.no/norge/De-rikeste-kreftpasientene-far-oftest-operasjon-59100b.html>
- <sup>20</sup> <http://www.hioa.no/Forskning-og-utvikling/Hva-forsker-HiOA-paa/Forskning-og-utvikling-ved-Fakultet-for-samfunnsvitenskap/Sosialforsk/Sosiale-ulikheter-i-helse/Rapportene>
- <sup>21</sup> <http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/norway-health-system-review>

- <sup>22</sup> <https://snl.no/helsereformer>
- <sup>23</sup> [http://bora.uib.no/bitstream/handle/1956/4378/71939433.pdf;jsessionid=FFDCEE60FC4B7387F81FA97755AC76A4.bora-uib\\_worker?sequence=1](http://bora.uib.no/bitstream/handle/1956/4378/71939433.pdf;jsessionid=FFDCEE60FC4B7387F81FA97755AC76A4.bora-uib_worker?sequence=1)
- <sup>24</sup> [http://bora.uib.no/bitstream/handle/1956/4378/71939433.pdf;jsessionid=FFDCEE60FC4B7387F81FA97755AC76A4.bora-uib\\_worker?sequence=1](http://bora.uib.no/bitstream/handle/1956/4378/71939433.pdf;jsessionid=FFDCEE60FC4B7387F81FA97755AC76A4.bora-uib_worker?sequence=1)
- <sup>25</sup> [http://bora.uib.no/bitstream/handle/1956/4378/71939433.pdf;jsessionid=FFDCEE60FC4B7387F81FA97755AC76A4.bora-uib\\_worker?sequence=1](http://bora.uib.no/bitstream/handle/1956/4378/71939433.pdf;jsessionid=FFDCEE60FC4B7387F81FA97755AC76A4.bora-uib_worker?sequence=1)
- <sup>26</sup> <https://www.regjeringen.no/contentassets/4a5bad9798e24d9cab9dcf6320778043/no/pdfs/prp201420150056000dddpdfs.pdf>
- <sup>27</sup> <https://snl.no/helsereformer>
- <sup>28</sup> <https://www.regjeringen.no/contentassets/4a5bad9798e24d9cab9dcf6320778043/no/pdfs/prp201420150056000dddpdfs.pdf>
- <sup>29</sup> <http://docplayer.me/10139930-Saksframlegg-til-styret-ved-sykehuset-telemark-hf.html>
- <sup>30</sup> <https://www.regjeringen.no/contentassets/4a5bad9798e24d9cab9dcf6320778043/no/pdfs/prp201420150056000dddpdfs.pdf>
- <sup>31</sup> <https://krefthforeningen.no/rad-og-rettigheter/helsevesen-og-fastlege/ventetider/>
- <sup>32</sup> <https://helsedirektoratet.no/fritt-behandlingsvalg>; <https://helsedirektoratet.no/fritt-behandlingsvalg/informere-og-veilede-pasienten-om-retten-til-a-velge-behandlingssted-fastlegens-ansvar>
- <sup>33</sup> <https://helsedirektoratet.no/kontaktlege-i-spesialisthelsetjenesten#om-ordningen-med-kontaktlege-i-spesialisthelsetjenesten>
- <sup>34</sup> <https://helsedirektoratet.no/kontaktlege-i-spesialisthelsetjenesten#ofte-stilte-spørsmål>
- <sup>35</sup> <https://helsenorge.no/rettigheter/kontaktlege>
- <sup>36</sup> <https://snl.no/helsereformer>
- <sup>37</sup> <https://snl.no/helsereformer>
- <sup>38</sup> [https://snl.no/helsereformer#Ramme-\\_og\\_stykkprisfinansiering](https://snl.no/helsereformer#Ramme-_og_stykkprisfinansiering)
- <sup>39</sup> Le Grand, J. (2007) *The Other Invisible Hand. Delivering Public Services through Choice and Competition*. Princeton University Press.
- <sup>40</sup> <http://ssb.no/inntekt-og-forbruk/artikler-og-publikasjoner/okonomi-og-levekar-for-ulike-lavinntektsgrupper-2016>
- <sup>41</sup> <https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/30343/MasterAsbjornSeim.pdf?sequence=2>
- <sup>42</sup> Tabellen er fra Finans Norge, mottatt på e-post. <https://www.nrk.no/norge/nesten-en-halv-million-nordmenn-har-privat-helseforsikring-1.12967399>
- <sup>43</sup> <https://www.nrk.no/norge/nesten-en-halv-million-nordmenn-har-privat-helseforsikring-1.12967399>
- <sup>44</sup> <https://medlemsforsikringer.bafo.no/econa/product/6263>
- <sup>45</sup> Samtale med Vidar Arnulf, medisinsk direktør i Vertikal helse. November 2016
- <sup>46</sup> [http://www.fafo.no/~fafo/media/com\\_netsukii/10107.pdf](http://www.fafo.no/~fafo/media/com_netsukii/10107.pdf)
- <sup>47</sup> [http://www.fafo.no/~fafo/media/com\\_netsukii/10107.pdf](http://www.fafo.no/~fafo/media/com_netsukii/10107.pdf)
- <sup>48</sup> Blant annet Fremskrittspartiet har hevdet dette ved flere anledninger, her i 2010: <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Representantforslag/2009-2010/dok8-200910-041/>
- <sup>49</sup> <http://forskning.no/meninger/kronikk/2008/06/oker-sosiale-helseforskjeller>
- <sup>50</sup> <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Representantforslag/2009-2010/dok8-200910-041/>
- <sup>51</sup> Sjøgaard, R. Saaby Pedersen M. and Bech, M. (2013). *To what extent does employer-paid health insurance reduce the use of public hospitals?* I *Health Policy* 113 (2013) 61– 68
- <sup>52</sup> Sjøgaard, R. Saaby Pedersen M. and Bech, M. (2013). *To what extent does employer-paid health insurance reduce the use of public hospitals?* I *Health Policy* 113 (2013) 61– 68
- <sup>53</sup> [http://www.keepeek.com/Digital-Asset-Management/oecd/social-issues-migration-health/private-health-insurance-in-oecd-countries\\_9789264007451-en#page175](http://www.keepeek.com/Digital-Asset-Management/oecd/social-issues-migration-health/private-health-insurance-in-oecd-countries_9789264007451-en#page175);  
[http://bora.uib.no/bitstream/handle/1956/4378/71939433.pdf;jsessionid=5A71BA22ABABEBD06D14E50B149962AD.bora-uib\\_worker?sequence=1](http://bora.uib.no/bitstream/handle/1956/4378/71939433.pdf;jsessionid=5A71BA22ABABEBD06D14E50B149962AD.bora-uib_worker?sequence=1)
- <sup>54</sup> [http://www.fafo.no/~fafo/media/com\\_netsukii/10107.pdf](http://www.fafo.no/~fafo/media/com_netsukii/10107.pdf)
- <sup>55</sup> [https://vertikalhelse.no/vare\\_tjenester/andre\\_produkter/vertikalformidling](https://vertikalhelse.no/vare_tjenester/andre_produkter/vertikalformidling)

- <sup>56</sup> <https://www.nrk.no/ytring/syk-sykehusokonomi-1.13154052>
- <sup>57</sup> Samtale med flere helseøkonomiske fagmiljøer i Norge høsten 2016
- <sup>58</sup> Dialog med Arvid Libak i Sykepleierforbundet og  
[http://www.dagbladet.no/2013/05/05/nyheter/innenriks/politikk/hoyre/norsk\\_sykepleierforbund/26982964/](http://www.dagbladet.no/2013/05/05/nyheter/innenriks/politikk/hoyre/norsk_sykepleierforbund/26982964/)
- <sup>59</sup> <https://www.regjeringen.no/contentassets/439a420e01914a18b21f351143ccc6af/no/pdfs/stm201520160034000dddpdfs.pdf>
- <sup>60</sup> Samtale med helseøkonomiske fagmiljøer i Norge høsten 2016  
<https://www.regjeringen.no/contentassets/7b6ad7e0ef1a403d97958bcb34478609/no/pdfs/stm201520160011000dddpdfs.pdf>
- <sup>61</sup> Vertikal helse bekrefter at de tilbyr dette. Kilde: samtale med Vidar Arnulf, medisinsk direktør i Vertikal helse. November 2016
- <sup>62</sup> <http://www.dagensmedisin.no/artikler/2016/02/16/26-pasienter-behandlet-med-immunterapi-pa-aleris/>
- <sup>63</sup> <http://www.dagensmedisin.no/artikler/2016/11/04/kreftdebatten/>
- <sup>64</sup> Kilder for faktaboks: [http://admin.farmatid.no/sites/default/files/hurtig\\_metodevurdering.pdf](http://admin.farmatid.no/sites/default/files/hurtig_metodevurdering.pdf);  
<http://www.dagensmedisin.no/artikler/2016/01/20/venstre-vil-ha-fond-for-dyre-legemidler-og-utstyr/>;  
<http://www.dagensmedisin.no/artikler/2016/10/24/avslor-immunterapi-til-900-lungekreft-pasienter/>;  
<https://kreftforeningen.no/om-kreft/kreftbehandling/immunterapi/>; <http://www.tv2.no/a/8345346/>
- <sup>65</sup> <http://www.tv2.no/a/8345346/>
- <sup>66</sup> <https://www.finansnorge.no/aktuelt/nyheter/2016/05/over-480-000-nordmenn-har-behandlingsforsikring/>
- <sup>67</sup> <https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/30343/MasterAsbjornSeim.pdf?sequence=2&isAllowed=y>;  
Grepperud, S. og Iversen T. (2011) Hvem har arbeidsgiverfinansiert behandlingsforsikring? Tidsskrift for velferdsforskning, vol. 14, nr. 1, 2011, side 15–24; <http://tidsskriftet.no/2007/10/aktuelt/hva-kjennetegner-virksomheter-som-kjoper-private-helseforsikringer>
- <sup>68</sup> <https://www.sintef.no/globalassets/upload/helse/rapport-a15248-omfang-og-utvikling-av-det-selv-betalende-markedet.pdf>
- <sup>69</sup> <http://tidsskriftet.no/2007/10/aktuelt/hva-kjennetegner-virksomheter-som-kjoper-private-helseforsikringer>
- <sup>70</sup> <http://www.sintef.no/prosjekter/private-helseforsikringer-og-sykefravar/>
- <sup>71</sup> <http://tidsskriftet.no/2007/10/aktuelt/hva-kjennetegner-virksomheter-som-kjoper-private-helseforsikringer>
- <sup>72</sup> På debatt «Syk sykehusøkonomi» arrangert av Legeforeningen og Sykepleierforbundet 30. september 2016
- <sup>73</sup> <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1079350/>
- <sup>74</sup> <http://www.elgaronline.com/view/9781781004234.00014.xml>
- <sup>75</sup> [https://dash.harvard.edu/bitstream/handle/1/2640584/cutler\\_equality.pdf?sequence=2](https://dash.harvard.edu/bitstream/handle/1/2640584/cutler_equality.pdf?sequence=2)
- <sup>76</sup> <http://www.aftenposten.no/meninger/debatt/Gi-meg-helseko-og-ventetid--Kaveh-Rashidi-583514b.html>
- <sup>77</sup> [https://pure.strath.ac.uk/portal/en/publications/a-million-years-of-waiting\(4b44e434-f225-42bf-94cb-6df5d57d6b56\).html](https://pure.strath.ac.uk/portal/en/publications/a-million-years-of-waiting(4b44e434-f225-42bf-94cb-6df5d57d6b56).html)
- <sup>78</sup> <https://www.magma.no/privat-behandlingsforsikring-kommet-for-aa-bli>
- <sup>79</sup> <http://www.dt.no/meninger/helse/politikk/sannheten-om-ventelistene/o/5-57-410110>
- <sup>80</sup> <http://tidsskriftet.no/2007/10/aktuelt/hva-kjennetegner-virksomheter-som-kjoper-private-helseforsikringer>
- <sup>81</sup> [http://www.faf.no/~faf/media/com\\_netsukii/10107.pdf](http://www.faf.no/~faf/media/com_netsukii/10107.pdf)
- <sup>82</sup> <http://www.aftenposten.no/norge/Vi-bekyrer-oss-for-fremtidens-helsehjelp-55603b.html>
- <sup>83</sup> Tallene kommer fra en e-post dialog med Legeforeningens samfunnspolitiske avdeling
- <sup>84</sup> <http://www.tankesmienagenda.no/notater/notat-har-vi-rad-til-framtida/>
- <sup>85</sup> <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-34-20152016/id2502758/sec1>
- <sup>86</sup> <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-34-20152016/id2502758/sec1>
- <sup>87</sup> <http://www.dagensmedisin.no/artikler/2016/05/12/en-ny-type-helseulighet/?x=MjAxNi0xMS0wMSAxMTowNzoyNQ==>
- <sup>88</sup> <http://ssb.no/inntekt-og-forbruk/artikler-og-publikasjoner/okonomi-og-levekar-for-ulike-lavinntektsgrupper-2016>
- <sup>89</sup> <https://www.nrk.no/ytring/syk-sykehusokonomi-1.13154052>
- <sup>90</sup> Dette avsnittet er hentet fra samtaler med professor Dag Morten Dalen, og hans innlegg <https://dmdalen.com/>



<sup>91</sup> Økonomene har ved hjelp av en modell beregnet at befolkningen i USA vil ønske å bruke betydelig mer på helse enn dagens 16 prosent av konsum som gikk til både offentlig- og privatfinansierte helsetjenester.

<http://qje.oxfordjournals.org/content/122/1/39.short>

<sup>92</sup> <http://www.dagensmedisin.no/blogger/jon-magnussen/2014/02/28/kan-andre-land-hjelpe-oss-til-a-si-hvor-mye-ressurser-vi-bor-bruke-pa-helsetjenester-i-norge/>

<sup>93</sup> Premien er lavere enn den burde vært, sett i lys av at forsikringen har negative konsekvenser for andre enn personen som tegner den. En helseforsikring kan medføre en kostnad for samfunnet.

<sup>94</sup> <https://www.minervanett.no/valgfrihet-over-alle-grenser/>

<sup>95</sup> <https://www.minervanett.no/valgfrihet-over-alle-grenser/>

<sup>96</sup> <http://www.dagensmedisin.no/artikler/2016/01/13/advarer-mot-a-gi-pasienter-individuelle-rettigheter/>

<sup>97</sup> <https://helsedirektoratet.no/fritt-behandlingsvalg>; <https://helsedirektoratet.no/fritt-behandlingsvalg/informere-og-veilede-pasienten-om-retten-til-a-velge-behandlingssted-fastlegens-ansvar>

<sup>98</sup> <https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/HOD/SHA/notatFBV.pdf>

<sup>99</sup>

<https://www.regjeringen.no/contentassets/4a5bad9798e24d9cab9dcf6320778043/no/pdfs/prp201420150056000dddpdfs.pdf>

<sup>100</sup> <https://www.stortinget.no/globalassets/pdf/innstillinger/stortinget/2014-2015/inns-201415-224.pdf>

<sup>101</sup> Le Grand, J. (2007) *The Other Invisible Hand. Delivering Public Services through Choice and Competition*. Princeton University Press: 47-52

<sup>102</sup> <https://www.riksrevisjonen.no/rapporter/Sider/sykehusvalg.aspx>

<sup>103</sup> Le Grand, J. (2007) *The Other Invisible Hand. Delivering Public Services through Choice and Competition*. Princeton University Press: 47-52

<sup>104</sup> Le Grand, J. (2007) *The Other Invisible Hand. Delivering Public Services through Choice and Competition*. Princeton University Press: 96, 33

<sup>105</sup> Le Grand, J. (2007) *The Other Invisible Hand. Delivering Public Services through Choice and Competition*. Princeton University Press.

<sup>106</sup> <http://www.aftenposten.no/meninger/debatt/Gir-fritt-behandlingsvalg-bedre-helse--Sigrid-Hagerup-Melhuus-593343b.html>

<sup>107</sup>

[http://eprints.lse.ac.uk/40065/1/\\_Libfile\\_repository\\_Content\\_Bevan,%20G\\_Does%20competition%20between%20hospitals%20improve%20clinical%20quality\\_Does%20competition%20between%20hospitals%20improve%20clinical%20quality%20\(LSE%20RO\).pdf](http://eprints.lse.ac.uk/40065/1/_Libfile_repository_Content_Bevan,%20G_Does%20competition%20between%20hospitals%20improve%20clinical%20quality_Does%20competition%20between%20hospitals%20improve%20clinical%20quality%20(LSE%20RO).pdf); Le Grand, J. (2007) *The Other Invisible Hand. Delivering Public Services through Choice and Competition*. Princeton University Press;

<http://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/192586>; <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18195336>

<sup>108</sup> <http://forskning.no/okonomi/2008/02/lite-opptatt-av-ventetid>

<sup>109</sup> <http://tidsskriftet.no/2012/12/nyheter/fritt-sykehusvalg-under-lupen>

<sup>110</sup> [https://www.riksrevisjonen.no/rapporter/Documents/2011-2012/Dokumentbase\\_3\\_3\\_2011\\_2012.pdf](https://www.riksrevisjonen.no/rapporter/Documents/2011-2012/Dokumentbase_3_3_2011_2012.pdf)

<sup>111</sup> [https://www.riksrevisjonen.no/rapporter/Documents/2011-2012/Dokumentbase\\_3\\_3\\_2011\\_2012.pdf](https://www.riksrevisjonen.no/rapporter/Documents/2011-2012/Dokumentbase_3_3_2011_2012.pdf)

<sup>112</sup>

<https://www.regjeringen.no/contentassets/4a5bad9798e24d9cab9dcf6320778043/no/pdfs/prp201420150056000dddpdfs.pdf>

<sup>113</sup> <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Referater/Stortinget/2014-2015/150414/7/>

<sup>114</sup>

<https://www.regjeringen.no/contentassets/4a5bad9798e24d9cab9dcf6320778043/no/pdfs/prp201420150056000dddpdfs.pdf>

<sup>115</sup> <http://www.dagensmedisin.no/blogger/jon-magnussen/2014/09/30/vil-fritt-behandlingsvalg-gi-pasientenes-helsetjeneste/>

<sup>116</sup> Tidsskriftet Overlegen, utgave 2, 2015, s. 30. Utgitt av Norsk overlegeforening

<sup>117</sup> <http://www.dagensmedisin.no/blogger/jon-magnussen/2014/09/30/vil-fritt-behandlingsvalg-gi-pasientenes-helsetjeneste/>

<sup>118</sup> <http://www.dagsavisen.no/innenriks/skroter-fritt-behandlingsvalg-1.803175>; <https://www.nrk.no/norge/her-er-prestisjereformen-nesten-ingen-bruker-1.13025878>





- 
- <sup>119</sup> Tidsskriftet Overlegen, utgave 2, 2015, s. 27. Utgitt av Norsk overlegeforening
- <sup>120</sup> [https://www.riksrevisjonen.no/rapporter/Documents/2011-2012/Dokumentbase\\_3\\_3\\_2011\\_2012.pdf](https://www.riksrevisjonen.no/rapporter/Documents/2011-2012/Dokumentbase_3_3_2011_2012.pdf)
- <sup>121</sup> <http://www.tankesmenagenda.no/notater/notat-har-vi-rad-til-framtida/>
- <sup>122</sup> <http://www.hioa.no/Forskning-og-utvikling/Hva-forsker-HiOA-paa/Forskning-og-utvikling-ved-Fakultet-for-samfunnsvitenskap/Sosialforsk/Sosiale-ulikheter-i-helse/Rapportene>
- <sup>123</sup> [https://www.riksrevisjonen.no/rapporter/Documents/2011-2012/Dokumentbase\\_3\\_3\\_2011\\_2012.pdf](https://www.riksrevisjonen.no/rapporter/Documents/2011-2012/Dokumentbase_3_3_2011_2012.pdf)
- <sup>124</sup> [https://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/Patient-choice-final-report-Kings-Fund-Anna\\_Dixon-Ruth-Robertson-John-Appleby-Peter-Purge-Nancy-Devlin-Helen-Magee-June-2010.pdf](https://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/Patient-choice-final-report-Kings-Fund-Anna_Dixon-Ruth-Robertson-John-Appleby-Peter-Purge-Nancy-Devlin-Helen-Magee-June-2010.pdf)
- <sup>125</sup> Samtale med professor Terje P. Hagen høsten 2016
- <sup>126</sup> [http://www.faf.no/~faf/media/com\\_netsukii/10107.pdf](http://www.faf.no/~faf/media/com_netsukii/10107.pdf)
- <sup>127</sup> <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-10-20122013/id709025/sec2#KAP2-4>
- <sup>128</sup> <http://www.dn.no/privat/privatokonomi/2013/01/30/tegn-helseforsikring-for-alle-sine-ansatte>
- <sup>129</sup> [https://www.nrk.no/sorlandet/helseforsikring-til-offentlige-1.8043823;](https://www.nrk.no/sorlandet/helseforsikring-til-offentlige-1.8043823)  
<http://www.aftenbladet.no/lokalt/Frp-vil-helseforsikre-kommunalt-ansatte-416578b.html>
- <sup>130</sup> <http://www.dagensmedisin.no/artikler/2016/05/12/en-ny-type-helseulighet/?x=MjAxNi0xMS0wMSAxMDowNzoyMA==>
- <sup>131</sup> <http://www.vg.no/nyheter/innenriks/helse/sykehuslegene-fanget-i-papirmoella/a/10119284/>
- <sup>132</sup> <http://www.nordlys.no/na-skal-ulikheter-i-pasientbehandlingen-i-norge-avsløres/s/5-34-64986>
- <sup>133</sup> <https://www.stortinget.no/globalassets/pdf/innstillinger/stortinget/2016-2017/inns-201617-057s.pdf>
- <sup>134</sup> Samtale med professor Terje P. Hagen november 2016
- <sup>135</sup> <http://www.hioa.no/Forskning-og-utvikling/Hva-forsker-HiOA-paa/Forskning-og-utvikling-ved-Fakultet-for-samfunnsvitenskap/Sosialforsk/Sosiale-ulikheter-i-helse/Rapportene>