



Fritt behandlingsvalg – pasienten i sentrum?

Av Aslak Versto Storsletten, historiker og rådgiver i Civita

Innledning

Helsen vår er noe av det viktigste og mest sårbare vi har. Derfor er det avgjørende at vi har et godt, solid og høykompetent offentlig helsevesen. Det har vi i Norge. Samtidig påvirkes og utfordres helsesektoren av en økende andel eldre, mer sammensatte helseutfordringer i befolkningen og mer sofistikerte (og ofte dyre) måter å behandle på. Befolkningen får i tillegg stadig økte forventninger til mer medvirkning og individuell tilpasning av helsetjenestene. For at et allerede presset offentlig helsevesen skal tåle belastningene og møte forventningene som dette vil medføre fremover, trekkes ofte samarbeid mellom offentlige og private aktører frem som en viktig løsning.

En form for slikt offentlig og privat samarbeid er fritt behandlingsvalg-ordningen (FBV). Den ble etablert i 2015 og innebærer blant annet at pasienter som har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten kan velge hvor de ønsker å motta behandling. Pasientene kan velge mellom offentlige behandlingssteder, private som har avtale med det offentlige og private behandlingssteder som er godkjent av Helfo – Helsedirektoratets ytre etat. Det offentlige setter en fastpris på behandlingen, slik at leverandørene kun konkurrerer på kvalitet, ikke pris. Staten tar regningen, uavhengig av hva pasienten velger.

Målene med fritt behandlingsvalg er:

- 1) Reduserte ventetider
- 2) Økt valgfrihet for pasientene
- 3) Stimulering til økt effektivitet i offentlige sykehus

Med årene har flere benyttet seg av retten til fritt behandlingsvalg, men ordningen er omstridt. Noen mener at den bidrar til å styrke helsevesenet og valgfriheten for den enkelte, mens andre mener at ordningen svekker helsevesenet og ikke innebærer noen reell utvidelse av den enkeltes valgfrihet.

Fritt behandlingsvalg bygger på tre søyler:

- 1) Pasienten får rett til fritt behandlingsvalg mellom flere private behandlingssteder.
- 2) De regionale helseforetakene (RHF) skal kjøpe mer fra private gjennom anbud.
- 3) Helseforetakene (HF) får større frihet i og med at aktivitetstaket for hvor mange pasienter de kan behandle, er fjernet.

De to siste søylene omfatter ordninger og tiltak som eksisterte før 2015, mens den første søylen er en nyvinning fra og med 2015 – denne omtales som godkjenningsordningen – og det er først og fremst denne søylen dette notatet omhandler. Vi skal se nærmere på hva godkjenningsordningen i fritt behandlingsvalg innebærer, hva uenigheten går ut på og drøfte prinsipielle, teoretiske og praktiske momenter omkring ordningen.

Innledningsvis må det også nevnes at forfatterens ideologiske utgangspunkt, kall det gjerne grunn-syn, er at valgfrihet er et gode, og at det er de som ønsker å innskrenke individets valgfrihet som må ha bevisbyrden – altså bevise/begrunne at ulempene er klart større enn fordelene. Argumentene blir gått igjennom basert på dette bakteppet, men innvendingene mot ordningen er likevel forsøkt behandlet med respekt.

Fritt behandlingsvalg – hva er det, og hvordan fungerer det i praksis?

Fritt behandlingsvalg er en pasientrettighet som ble innført 1. november 2015. Rettigheten erstattet og utvidet den tidligere ordningen fritt sykehusvalg. I tillegg til at pasienten, som tidligere, kan velge sykehus eller avtaleleverandør, kan pasienten gjennom fritt behandlingsvalg nå også velge seg til en leverandør som er godkjent av staten for å tilby spesialisthelsetjeneste, men som

altså ikke trenger å ha kjøpsavtale med regionale helseforetak. Denne statlige godkjenningen kalles for godkjenningsordningen innen fritt behandlingsvalg. Det er særlig denne delen av dagens fritt behandlingsvalg-ordning som er politisk omstridt, og det er hovedsakelig denne delen som dette notatet omhandler.

Retten til å velge behandlingssted forutsetter at pasienten er henvist til spesialisthelsetjenesten og gitt rett til utredning og/eller behandling. Pasienten kan selv velge hvilket behandlingssted henvisningen skal sendes til, men den må sendes til et behandlingssted som har vurderingskompetanse. Alle offentlige og enkelte private tilbydere som har avtale med det offentlige, kan foreta en slik rettighetsvurdering. Etter at pasienten er vurdert til å ha rett til nødvendig spesialisthelsetjeneste, har pasienten rett til å velge blant flere private virksomheter enn på henvisningstidspunktet. Når pasienten er vurdert til å ha rett til nødvendig helsehjelp, kan altså pasienten velge å motta helsehjelpen fra private tilbydere som ikke har vurderingskompetanse. Finansieringen skjer ved at behandlingsstedene sender sine krav til Helfo, som deretter utbetaler pengene. Senere viderefakturerer Helfo de regionale helseforetakene, som dermed er den endelige betalingsutføreren.

Leverandører som godkjennes i godkjenningsordningen, blir en del av spesialisthelsetjenesten og underlegges samme lovkrav som offentlig spesialisthelsetjeneste og leverandører som har avtale med de regionale helseforetakene, herunder krav til forsvarlighet.¹ Fritt behandlingsvalg-forskriften stiller dessuten en rekke krav som leverandørene må oppfylle for å kunne godkjennes. Det stilles krav til rapportering av data, markedsføring, internkontroll og skatteattest, i tillegg til dokumentasjonskrav knyttet til bemanning og kompetanse. På helsenorge.no kan brukere gjennom tjenesten «Velg behandlingssted» finne informasjon for valg av behandlingssted, det vil si forventede ventetider, kvalitetsindikatorer og antall utførte behandlinger.

Siden oppstarten i 2015 og frem til i dag er det registrert om lag 60 000 pasienter, mens det i 2020 alene er registrert i overkant av 17 800 pasienter som benyttet seg av godkjenningsordningen i fritt behandlingsvalg.² Det tilsvarer en økning på ca. 2000 pasienter sammenlignet med 2019. De aller fleste pasientene fikk behandling for somatiske tilstander, men den største delen av de utbetalte refusjonene på 384 millioner kroner i 2020 gjelder pasienter som benytter døgntilbud innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Grunnen til at pasienter innen tjenesteområdet somatikk utgjør det største volumet av pasienter kan til dels være at det innen dette tjenesteområdet i hovedsak er polikliniske eller dagkirurgiske tjenester som inngår, mens det for psykisk helsevern og TSB er døgntjenester (ofte lange døgnopphold) som inngår. Det er altså klart flest pasienter som får somatisk utredning og behandling i fritt behandlingsvalg-ordningen, mens det meste av utbetalte refusjoner går til psykiatri og rus, nettopp fordi det her ofte er et lengre behandlingssløp.

Om lag 7 200 pasienter mottok tjenester hos leverandører registrert i godkjenningsordningen i 1. tertial 2021, det er omkring 1 180 flere pasienter sammenlignet med 1. tertial 2020. Aktiviteten rapportert i 1. tertial 2021 utgjør 153 millioner kroner i utbetalte refusjoner, noe som er en økning på 30 prosent sammenlignet med 1. tertial 2020.³ Fritt behandlingsvalg blir med andre ord stadig mer populært.

Hva mener partiene?

Det var de daværende regjeringspartiene, Høyre og Fremskrittspartiet, som, sammen med Venstre og Kristelig Folkeparti, innførte fritt behandlingsvalg i 2015. Ingenting tyder på at noen av partiene har endret holdning til ordningen. For Høyre fremstår fritt behandlingsvalg nærmest som en fanesak, og i partiets program kan vi lese at Høyre vil «gi pasientene mer valgfrihet gjennom å utvide ordningen med fritt behandlingsvalg».⁴ Fremskrittspartiet er også tilhenger av ordningen, og i partiets program kan vi blant annet lese at «pasienter som har fått innvilget en bestemt helsetjeneste av det offentlige, skal selv ha rett til å velge hvilken tjenesteleverandør de ønsker å benytte, uavhengig av om det er offentlig eller privat».⁵ Forfatteren kan ikke se at Venstre eller Kristelig Folkeparti eksplisitt støtter fritt behandlingsvalg i partienes partiprogrammer, men det at begge partiene trekker frem valgfrihet og pasienters medbestemmelse som viktige verdier, samt at begge partiene var med på å utvide fritt behandlingsvalgordningen så sent som 1. mai 2021, gir klare indikasjoner på at både Venstre og Kristelig Folkeparti ønsker å beholde ordningen.

På den andre siden av dagens politiske spekter er hovedlinjen at holdningene til fritt behandlingsvalg er svært annerledes. Rødt er generelt motstander av alle former for privat utført behandling, og partiet mener for eksempel «at sykehusene skal eies av staten og styres av Helse- og Omsorgsdepartementet og Stortinget med øremerkede bevilgninger til regionale helsestyrer i tråd med sentralt vedtatt sykehusplan».⁶ Noe lignende kan sies om Sosialistisk Venstreparti, som vil «styrke det offentlige helsetilbudet og systematisk redusere omfanget av avtaler mellom regionale helseforetak og private, kommersielle sykehus og avtalespesialister».⁷ De to partiene fremstår altså som motstandere av både den nyere fritt behandlingsvalg-ordningen og den eldre fritt sykehusvalg-ordningen.

Også Arbeiderpartiet og Senterpartiet er motstandere av fritt behandlingsvalg-ordningen. Arbeiderpartiet skriver i sitt program at partiet ønsker å avvikle fritt behandlingsvalg, men partiet vil samtidig at «ordningen fritt sykehusvalg skal beholdes som pasientrettighet der pasientene kan velge behandlingssted blant alle offentlige sykehus og ideelle og private aktører som har avtale med et helseforetak».⁸ Senterpartiet skriver at partiet ønsker å «avvikle fritt behandlingsvalg», samt at «samarbeidet med private aktører skal skje gjennom langsiktige avtaler basert på kvalitet».⁹ Begge de to partiene ser med andre ord ut til å være tilhengere av fritt sykehusvalg, men motstandere av den nyere godkjenningsordningen i fritt behandlingsvalg.

Miljøpartiet De Grønne, som ofte betegnes som blokkuavhengig, men som i forkant av valget har gjort det klart at det støtter en venstreorientert regjering, skriver at partiet ønsker å «evaluere ordningen fritt behandlingsvalg med tanke på kvalitet, forholdet mellom private og offentlige tilbud og effekter på like muligheter i distriktene og byene».¹⁰

Skillelinjene mellom partiene som er for og mot fritt behandlingsvalgordningen er altså svært tydelige. Høyre, Fremskrittspartiet, Venstre og Kristelig Folkeparti støtter ordningen, mens Rødt, Sosialistisk Venstreparti, Arbeiderpartiet og Senterpartiet ikke støtter ordningen. Miljøpartiet De Grønne er det eneste partiet som er i «tenkeboksen».

Fritt behandlingsvalg er ikke en privatiseringsreform

En vanlig innvending mot fritt behandlingsvalg, og for så vidt mange andre former for offentlig-privat samarbeid, er at det er en privatiseringsreform. Stortingsrepresentant og helsepolitiker for Arbeiderpartiet, Tuva Moflag, uttalte for eksempel til NRK at fritt behandlingsvalg «er en privatiseringsreform som flytter kontroll, penger og personell ut av de offentlige sykehusene».¹¹ Videre uttalte helsepolitisk talsperson i Arbeiderpartiet, Ingvild Kjerkol, i en debatt om fritt behandlingsvalg, at «vi vil avvikle privatiseringeksperimentene».¹² I den samme debatten uttalte Senterpartiets Kjersti Toppe at «vi har et godt helsevesen som har tålt litt av privatisering, men vi nærmer oss et stup». Dette er bare noen eksempler på at fritt behandlingsvalg blir betegnet som en privatiseringsreform. Men det går et avgjørende og prinsipielt skille mellom en ordning som fritt behandlingsvalg og privatisering av en offentlig helsetjeneste.

Privatisering vil si at noe som tidligere var offentlig, blir privat. Privatisering av en offentlig helsetjeneste vil for eksempel si at man overfører ansvar, drift, eierskap, finansiering og kontroll til private aktører. Privatisering av en offentlig helsetjeneste innebærer altså at det offentlige ansvaret for denne helsetjenesten avvikles. Ansvaret for å ivareta et eventuelt behov blir i stedet overført til landets borgere, som hver for seg må bestemme om de ønsker å bruke tjenesten eller ikke.

Hvis for eksempel rus- eller psykiatribehandling i Norge blir privatisert, vil det si at private aktører driver, eier og kontrollerer hver eneste form for slik behandling, mens hver enkelt person må bestemme om hen ønsker behandlingen, og hvis hen eventuelt vil motta behandlingen, må hen betale fullt og helt for dette.

En av velferdsstatens kjerneoppgaver er at det offentlige har ansvaret for at alle landets borgere skal ha tilgang på lovbestemte helsetjenester. I Norge har for eksempel alle borgere en lovbestemt rett til nødvendig helsehjelp. Hvis private aktører for eksempel har ansvaret for driften av flere rus- eller psykiatriinstitusjoner, men myndighetene kontrollerer og (del)finansierer institusjonene, dreier det seg om en form for konkurranseutsetting, utkontraktering eller brukervalgordning – ikke privatisering av selve helsetjenesten.

Fritt behandlingsvalg er en pasientrettighet, som er forankret i pasientrettighetsloven. Ordningen er en del av det offentlige helsetilbudet, under offentlig kontroll og styring. Det er fortsatt det offentlige som bestemmer hvilke pasienter som har rett til helsehjelp, beslutter hvilke behandlingssteder som kan tilby denne helsehjelpen og fastsetter prisene for tjenestene som inngår i ordningen. Det er dessuten det offentlige som betaler det aller meste av tjenesten, pasienten betaler eventuelt bare en fastsatt egenandel (som ikke er høyere enn den ville vært uten fritt behandlingsvalg), uansett hvilket behandlingssted som velges. Fritt behandlingsvalg er altså ikke en privatiseringsreform, men et bevisst innrettet samspill mellom den offentlige helsetjenesten og ulike private aktører.

Fritt behandlingsvalg kan redusere sjansen for todeling av helsevesenet

I Norge er betalingsviljen for helsetjenester økende i befolkningen. Om lag 650 000 mennesker har tegnet privat helseforsikring. Mange bekymrer seg for et todelt helsevesen. Denne bekymringen handler om at stadig flere kjøper undersøkelser og behandling hos private aktører,

enten ved å betale fullt og helt for det selv eller ved å ta i bruk helseforsikring. Er det lange ventetider og dårlig kvalitet i den offentlige helsetjenesten, øker sjansen for at flere ønsker å betale for helsehjelp utenfor det offentlige. Slik skapes fort et skille mellom pasienter som har høy betalingssevne – de som kan betale seg ut av køen – og de som ikke har råd til å betale eller tegne helseforsikring. Det er med andre ord viktig å unngå for lange ventetider og for lav kvalitet i den offentlig finansierte helsetjenesten. Kritikere av ordningen mener at fritt behandlingsvalg forsterker/påskynder denne todelingen – men slike offentlig finansierte private tjenester kan være et bolverk mot en slik todeling.

Fritt behandlingsvalg er for eksempel en del av det offentlige behandlingstilbudet som avlaster poliklinikkene. Irene Grundvold, seksjonsleder for hjertemedisinsk poliklinikk ved Oslo Universitetssykehus, Ullevål, forteller til medlemsbladet «Legekunsten» at de får langt flere henvisninger enn det de er dimensjonert for, og at ordningen fritt behandlingsvalg er viktig for å imøtekomme et økende antall henvisninger til hjertemedisinsk utredning.¹³ Grundvold forteller at de har mellom 30 og 40 nye henvisninger hver dag, at antallet øker for hvert år, og at om lag 50 prosent av alle nye henvisninger blir sendt videre til private fritt behandlingsvalgs klinikker. «Uten tilbudene utenfor sykehuset ville vi ikke ha innfridd å gi pasientene time innen tidsrammen som er påkrevd», sier hun videre.¹⁴ Hvis sykehuset får dobbelt så mange henvisninger i forhold til hva poliklinikken er dimensjonert for å kunne motta, og de er avhengig av fritt behandlingsvalg for å kunne utrede og behandle et økende antall hjertepasienter, er det altså slik at ordningen ikke er en direkte konkurrent til det offentlige helsevesenet, men snarere et supplement som avlaster ventelistene og frigjør personell internt på sykehusene – slik at de kan behandle akutte og alvorlige hjertesye pasienter.

En uavhengig evaluering av fritt behandlingsvalg, fra forskere ved Universitetet i Oslo og Norge i Bergen, trekker også frem at når det gjelder spørsmålet om fare for todeling av helsevesenet, forstått som todeling mellom de som har penger til å kjøpe seg ut av køen og de som ikke har det, gir ansatte ved både offentlige og private behandlingssteder uttrykk for at reformen kan redusere en slik fare.¹⁵ Informantene i evalueringen påpeker riktignok at det er en risiko for en annen form for todeling, hvor ulikheter i informasjonstilgang og grad av pasienters ressurser er viktig. Altså at resurssterke pasienter kan ha lettere for å manøvrere seg frem i ordningen. Men en slik todeling vil ofte være vanskelig å unngå, og det at noen pasienter har lettere for å utnytte en ordning enn andre, er ikke et valid argument for at alle skal miste retten til å utnytte ordningen. I vår sammenheng er uansett det viktigste poenget at reformen kan bidra til å redusere sjansen for todeling av helsevesenet, forstått som todeling mellom de som kan kjøpe seg ut av køen og de som ikke kan det, og at også offentlige behandlingssteder gir uttrykk for dette.

Fritt behandlingsvalg kan også i det større bildet bidra til å hindre todeling av helsevesenet. I tiårene fremover forventes det at vi vil få en tiltagende sysselsettingsvekst i helsesektoren. Dette blir drevet av økt etterspørsel etter helsetjenester, blant annet som følge av en økende andel eldre, mer sammensatte helseutfordringer i befolkningen og stadig økte forventninger til helsetilbudet. Det er spesielt synlig at sysselsettingsbehovet i spesialisthelsetjenesten er ventet å stige markant, og fritt behandlingsvalg er som kjent en del av spesialisthelsetjenesten. Beregninger basert på en studie fra SSB viser at bemanningsbehovet i spesialisthelsetjenesten i 2060 vil være nesten 200

prosent høyere enn i 2013 – en økning på nesten 200 000 årsverk.¹⁶ Dette medfører et enormt finansieringsbehov.

Produktivitetskommisjonen beregner at gjennomsnittlig skattesats på husholdningenes inntekt vil måtte øke til om lag 65 prosent i 2060 (mot 37 prosent i 2014), dersom man skal møte den forventede demografiske utviklingen i årene fremover uten produktivitsvekst i offentlig sektor.¹⁷ Den største faktoren her er kravet til økt bemanning i helse- og omsorgssektoren. Men et slikt skattenivå vil trolig aldri bli godtatt – og dermed aldri vedtatt. Klarer vi ikke å øke produktivitsveksten i offentlig sektor, risikerer vi derfor å få redusert kvalitet på helsetilbudet. Manglende finansiering kan hemme kvaliteten, og vi risikerer et todelt helsevesen – fordi sviktende finansiering vil føre til helsekøer og lavere kvalitet på tilbudet, som igjen vil føre til fremvekst av et mye større rent privat behandlingstilbud for de som har råd til det, enn det vi har i dag. Vi risikerer med andre ord å skape store ulikheter i det norske samfunnet, dersom vi ikke møter produktivitsutfordringene.

Skal vi unngå lavere kvalitet på tjenestene og et todelt helsevesen, må vi derfor få en økt satsing på utvikling og innføring av produktivitsfremmende teknologi og metoder i helsesektoren, slik at vi sikrer tjenester av høy kvalitet, samtidig som vi sikrer kostnadseffektivitet. Dette oppnås trolig best ved et tett samarbeid med private behandlingsbedrifter – slik vi ser gjennom ordningen fritt behandlingsvalg – fordi det øker sannsynligheten for at noen finner nye, bedre og mer produktive måter å møte behovene på når man slipper til mange ulike aktører med ulik tilnærming til de forskjellige helsetjenestene.

Det er dessuten slik at et større mangfold blant aktørene kan gi bedre tilpassede tjenester – noe som er viktig i takt med at befolkningen stadig får økte forventninger til mer medvirkning og individuell tilpasning av helsetjenestene.

Bidrar fritt behandlingsvalg til svekket økonomi i det offentlige helsevesenet?

Enkelte kritikere hevder at fritt behandlingsvalg bidrar til svekket økonomi i helseforetakene. Stortingsrepresentant og helsepolitiker for Arbeiderpartiet, Tuva Moflag, har, som tidligere nevnt, uttalt til NRK at fritt behandlingsvalg flytter penger «ut av de offentlige sykehusene».¹⁸ Sigrun Aasland i tankesmien Agenda har argumentert på en lignende måte.¹⁹ Men hvor riktig er egentlig denne bekymringen?

Vi kan for eksempel se på året 2019. Da ble det utbetalt refusjoner på 289 millioner kroner gjennom fritt behandlingsvalg-ordningen.²⁰ I samme år var driftskostnadene til spesialisthelsetjenesten ifølge velferdstjenesteutvalget på om lag 150 milliarder kroner.²¹ Det er i tillegg slik at regionenes kjøp av tjenester fra private gjennom anbudsordningen, altså RHF-enes kjøpsavtaler med private helseaktører, beløp seg til om lag 6,3 milliarder kroner.²² Utbetalte refusjoner til private aktører gjennom godkjenningsordningen i fritt behandlingsvalg utgjør altså bare en svært liten del av beløpet som helseforetakene totalt sett bruker på kjøp av private aktører, og kun en marginal del av de totale driftskostnadene til spesialisthelsetjenesten. Å hevde at fritt behandlingsvalg svekker økonomien i det offentlige helsevesenet, er med andre ord å overvurdere ordningens

omfang kraftig – uansett om det er bevisst eller ubevisst. Alternativet er at pengene hadde gått til at det offentlige foretok alle behandlingene selv. Pengene blir uansett brukt, og de blir ikke nødvendigvis mer effektivt brukt hos offentlige behandlere.

Noen hundre millioner kroner til private helseaktører gjennom godkjenningsordningen i fritt behandlingsvalg hvert år er dessuten en lav kostnad, dersom pasientene som konsekvens av rask og riktig behandling kan redde livet eller igjen bli arbeidsføre etter sykmelding. Gevinsten ved at pasienter får den behandlingen de trenger, raskest og best mulig, er rett og slett uvurderlig. Og som vi har sett over, er for eksempel poliklinikken ved Oslo Universitetssykehus, Ullevål, helt avhengig av de private aktørene i fritt behandlingsvalg-ordningen for å gi pasientene time innen tidsrammen som er påkrevd. Hvis sykehusene ikke har plass, personell eller øvrig kapasitet til å ta unna alle henvisningene som kommer, er fritt behandlingsvalg-ordningen en viktig bidragsyter til at pasienter får den behandlingen de har krav på til rett tid. En avvikling av ordningen vil fort føre til en massiv brems i behandlinger og ny opphopning av henvisninger rundt om på sykehusene. Dette vil gå utover pasientene.

Det kan likevel være et problem at fritt behandlingsvalg, der pengene følger pasienten, ikke inngår i helseforetakenes budsjettplanlegging. Det er klart at det skaper uforutsigbarhet for enkelte sykehus når de plutselig mottar en uventet regning på noen titalls millioner kroner for pasienter i deres region, som har benyttet seg av fritt behandlingsvalg. Det kan fort velte de lokale regnskapene. Men her kan en mulig løsning være å begynne å adressere regningene sentralt – henvisninger er jo tross alt godkjent av sykehusene som er berettiget til å ha slik vurderingskompetanse. Det bør derfor være mulig å skaffe seg oversikt over utgifter til aktører gjennom fritt behandlingsvalg tidligere. Denne uforutsigbarheten er uansett en utfordring som bør kunne løses uten å avvikle hele ordningen. Fritt behandlingsvalg har, som de fleste andre ordninger, potensiale for forbedring.

Her må det også påpekes at den nevnte evalueringen av fritt behandlingsvalg finner at ordningen i liten grad har bidratt til å realisere målene om reduserte ventetider og mer effektive sykehus.²³ Ventetiden for pasienter som har brukt fritt behandlingsvalg er riktignok kortere, men ordningen har altså ikke påvirket ventetidene ellers. Forklaringen på dette kan være at bruken av fritt behandlingsvalg foreløpig har vært relativt begrenset og at HF-ene i liten grad har opplevd at drift og behandlingstilbud påvirkes. En utvidelse av ordningen, slik at flere benytter seg av den, kan altså bidra til å realisere målene om reduserte ventetider og mer effektive sykehus. I tillegg er det slik at evalueringen er klar på at konklusjonen må modifiseres der hvor Helfo-godkjente leverandører er etablert i nær geografisk tilknytning til offentlige institusjoner. Slik vi så over at tilfellet er i Oslo, hvor poliklinikken ved Oslo Universitetssykehus, Ullevål, er helt avhengig av de private aktørene i fritt behandlingsvalg-ordningen for å gi pasientene time innen tidsrammen som er påkrevd. Fritt behandlingsvalg har med andre ord trolig bidratt til reduserte ventetider og mer effektivitet ved sykehus i hovedstaden.

Brukervalg kan bidra til bedre helsetjenester

Godkjenningsordningen i fritt behandlingsvalg er en form for brukervalgordning. Danmark var det første landet i Skandinavia som innførte brukervalgordninger som en lovbestemt rettighet – fritt sykehusvalg ble introdusert allerede i 1993.²⁴ Norge har fulgt etter, først ved innføringen av fritt sykehusvalg ved årtusenskiftet, senere med utvidelse av ordningen gjennom innføring av fritt behandlingsvalg.

Sammenligner vi konkurranseutsetting med brukervalgordninger, minner sistnevnte i større grad om vanlige markeder. Anbudskonkurranser er på sett og vis en konkurranse om markedet, fordi det konkurreres om å få kontrakten til å drive en tjeneste i stedet for å konkurrere om å tiltrekke seg brukerne. Brukervalgordninger, slik som godkjenningsordningen i fritt behandlingsvalg, minner mer om konkurranse i markedet, fordi leverandørene konkurrerer om å tiltrekke seg brukerne. Faste priser og føringer på hvem som kan motta og utføre behandlinger fører riktignok til at brukervalgordninger skiller seg fra ordinære markeder – konkurransen dreier seg primært om å levere den beste kvaliteten på tjenestene, ikke om pris.

Følgende egenskaper trekkes frem i økonomisk teori og i utredninger fra konkurransemyndigheter som relevante for å vurdere om brukervalg er egnet:²⁵

- *Er tjenesten kompleks og vanskelig å evaluere for en bruker?* Hvis det er vanskelig for bruker å fastslå kvaliteten, er det vanskelig for brukeren å velge riktig i tråd med sine preferanser. Kvaliteten på tjenester er ofte vanskelig å vurdere på forhånd. Men hvis vi for eksempel ser for oss en ruspasient, vil denne pasienten selv merke om det er reell fremgang i behandlingen. En rusmisbruker som fullfører en behandling, vil for eksempel være klar over om hen er rusfri eller ikke etter endt behandling. En slik tjeneste er ikke nødvendigvis for kompleks og vanskelig å evaluere for bruker. Blant tjenestene i fritt behandlingsvalg-ordningen kan pasienter dessuten finne informasjon om ulike behandlinger og behandlingssteder på helsenorge.no, altså forventede ventetider, kvalitetsindikatorer og antall utførte behandlinger.
- *Er leveringstiden kritisk?* Brukervalg fungerer neppe i situasjoner der leveringstid for tjenesten er kritisk, som for eksempel somatiske akuttbehandlinger. Nesten ingen av behandlingene innenfor fritt behandlingsvalg kan sies å ha utpreget kritisk leveringstid, selv om pasient og situasjon selvsagt kan føre til at tid er mer kritisk i enkelte situasjoner. Det er i all hovedsak offentlige sykehus og private aktører med leveringsavtale som behandler akutte og alvorlige syke pasienter. De aller fleste tjenestene levert av private aktører i fritt behandlingsvalg-ordningen, som for eksempel behandling for selvskadning, har ikke kritisk leveringstid av denne typen.
- *Benyttes tjenesten regelmessig?* Hvis brukeren kan basere sine valg på personlig opplevelse av tjenesten, forbedres mulighetene til å ta riktige valg i fremtiden. Det er selvsagt ingen som blir behandlet for en sykdom, som ønsker at dette skal være en behandling som benyttes regelmessig, men i en rekke forskjellige fritt behandlingsvalgtjenester, som for eksempel behandling for spiseforstyrrelser, har bruker gode forutsetninger for å basere en eventuell fremtidig behandling på egen opplevelse av en lignende, tidligere utført behandling.

- *Er det verdt å velge – har valget noen reell betydning?* Hvis fordelene med å selv velge en leverandør er små sammenlignet med å ikke kunne velge, kan det være vanskelig å motivere brukerne til å benytte brukervalgsystemet. Det betyr at kostnadene forbundet med å tilegne seg informasjon oppfattes som for høye i forhold til fordelene med å ta et valg. Dette kan nok være tilfelle for enkelte mennesker som skal behandles innenfor fritt behandlingsvalg, men de trenger da heller ikke å ta dette valget – behandling får de uansett. I mange tilfeller vil fordelene med å selv velge leverandør, langt overstige kostnadene med å tilegne seg informasjon. En bruker som har forsøkt en rekke forskjellige behandlinger for sin sykdom hos offentlige aktører uten positivt utfall, vil for eksempel kunne få store gevinster av å kunne velge en alternativ og annerledes behandling fra en privat aktør.²⁶

Som vi ser, passer flere av momentene som blir trukket frem som relevante for å vurdere om brukervalg er egnet, bra med flere av tjenestene innenfor fritt behandlingsvalg. Det betyr ikke at alle typer behandling innenfor fritt behandlingsvalg er optimalt egnet for å være del av en brukervalgordning, men det indikerer at fritt behandlingsvalg totalt sett er godt egnet som brukervalgordning.

Først når man kan tjene eller tape på å tiltrekke seg eller miste brukere, finnes det et reelt element av konkurranse som gir de rette insentivene til god kvalitet i en tjeneste.²⁷ Private leverandører som er avhengige av å bli valgt av brukerne for å overleve, har mye sterkere insentiver enn både offentlige sykehus og leverandører med faste kontrakter, til å levere tjenester som er tilpasset folks preferanser. Her vil noen kanskje hevde at private aktører kan ta snarveier som går utover kvaliteten. Men leverandører i godkjenningsordningen for fritt behandlingsvalg blir underlagt samme lovkrav som offentlig spesialisthelsetjeneste og private med avtale, og det stilles en rekke krav til leverandørene, herunder rapportering av data, markedsføring, internkontroll og skatteattest, samt dokumentasjonskrav knyttet til bemanning og kompetanse. Leverandørene godkjennes av Helfo, som er en del av helsedirektoratet og en statlig aktør på linje med helseforetakene. Tilsynsmyndigheten består av helsetilsynet og fylkeslegen – tilsynsmyndigheten er altså akkurat den samme for leverandører i fritt behandlingsvalg som den er for andre. Grunnen til at vi har et helsetilsyn og fylkesleger som følger opp helsetjenestene her i landet, er at de skal avdekke feil som skjer i både privat og offentlig sektor – de som ikke driver skikkelig, blir stengt.

Videre gjør fritt behandlingsvalg det mulig å velge bort aktører som ikke leverer den kvaliteten man forventer, samtidig som ordningen sørger for å belønne de som leverer god kvalitet. Skal man utrede og behandle en hjertesykdom, er dette poenget mindre relevant, men særlig innen rus- og psykiatribehandling er det viktig å vite at man har rett til å velge noe annet enn det myndighetene eller fastlegen anbefaler at du skal bruke.

Private er ofte flinkere til å tenke annerledes, nettopp fordi de må tiltrekke seg brukerne, og de er derfor ofte flinkere til å tilby alternative tilnærminger, behandlingsmetoder og behandlingsintensitet – som kan være avgjørende for dem som ikke har fått god nok hjelp i det offentlige. Det er vanskelig å finne noen tall på hvor mange som velger bort et offentlig sykehus eller behandlingssted til fordel for en privat leverandør, pasientdata gir ikke sikre opplysninger om hvor mange pasienter som faktisk benytter seg av denne retten. Men samtidig som fritt behandlingsvalg har blitt et hett

politisk tema, har det kommet frem en rekke historier som viser verdien av at enkeltmennesker kan velge bort offentlige aktører til fordel for alternative behandlinger fra private aktører.²⁸ Å kunne velge bort noe vi er misfornøyd med, har stor verdi. Det gir valgfrihet og makt til pasienten.

Den tidligere nevnte evalueringen av fritt behandlingsvalg finner også at reformen har bidratt til økt valgfrihet for flere av pasientene.²⁹ Evalueringen peker på at det for noen pasienter har vært avgjørende for helse, funksjon og livskvalitet å kunne velge behandlingssted. Dette gjelder kanskje spesielt innen fagområdene TSB, psykisk helse og rehabilitering. Godkjenningsordningen i fritt behandlingsvalg har bidratt til et mangfold av behandlingssteder med ønsket praksisvariasjon, altså en variasjon i behandlingstilnærming eller behandlingsintensitet. Denne praksisvariasjonen gjør at pasienter som benytter seg av fritt behandlingsvalg kan velge seg til det stedet med den behandlingstilnærmingen de tror vil være best for dem.

Valgfrihet og pasientinvolvering

En vanlig innvending mot godkjenningsordningen i fritt behandlingsvalg og andre former for brukervalgordninger, er at vi i mange situasjoner ikke vet vårt eget beste. Og det er riktig at vi ikke har forutsetninger for å vite hva som er et godt valg i en del tilfeller. Det kan for eksempel tenkes at en rusmisbruker ikke er i stand til å ta det beste valget om hvilket behandlingssted vedkommende bør oppsøke. Men det betyr ikke at myndigheter eller helsepersonell alltid foretar et bedre valg enn brukeren selv gjør. Politikere kan ha helt andre prioriteringer enn å gi deg som enkeltperson det beste tilbudet, for eksempel å gi et mest mulig likt tilbud til alle. Og en fastlege vet ikke nødvendigvis hvilken type behandling som passer best for deg, selv om denne fastlegen skulle vite om gode behandlingssteder for din sykdom. At noen mennesker i noen situasjoner ikke vet sitt eget beste – at valgfriheten ikke er reell – er dessuten ikke et godt argument for at valgfriheten til alle skal innskrenkes. Og valgfrihet kan ha positive konsekvenser utover det å være en verdi i seg selv.

Valgfrihet som konsept er tett knyttet opp til respekten for individets autonomi, frihet og evne til selvbestemmelse. Det handler om å kunne velge selv fremfor at noen andre bestemmer for deg. Å gi pasienter valgmuligheter kan øke deres tilfredshet, og det kan gi pasienten informasjon, kunnskap og eierskap til egen helsesituasjon og behandling. Samtidig kan valgfrihet føre til bedre samarbeid i klinisk praksis, og tettere samarbeidet i behandlingsløpet kan igjen bidra til mer tillit i pasient-behandler-relasjonen.

Mer valgfrihet og pasientinvolvering kan også bidra til at råd og behandling etterleves bedre fra pasientens side, og slik sett bidra til bedre helseutfall. Pasientens anledning til å velge er også sentralt rent psykologisk, fordi valgmuligheter, det å konkret uttrykke et valg, etterleve det og oppleve at andre respekterer det, er sentralt for opplevd egenverdi. På den måten kan man tenke seg at en pasient som allerede er preget og redusert av en medisinsk tilstand, kan ha et prinsipielt behov for å oppleve en viss grad av kontroll. Innflytelse over egen behandling, gjennom mulighet til å velge blant ulike behandlere, kan være et enkelt tiltak for å bidra til dette, fordi det kan bidra til eierskap og motivasjon.

En annen dimensjon som er viktig å ta med seg, er at valg også er viktig i helsesituasjoner, fordi valgenes utfoldelse kan gi mer og viktig informasjon til behandler, som kan vise seg å være viktig i behandlingsløpet. Det kan for eksempel være faktorer som frykt eller ukjente overbevisninger som kan være viktige å vite om når helsepersonell behandler pasienter.

En viktig forutsetning for at valgfriheten i en ordning som fritt behandlingsvalg skal være mest mulig reell, er at behandlingsvalgene fattes på et godt informasjonsgrunnlag. Pasienter baserer seg ofte på såkalt «soft» kunnskap. Det vil si at både egne, venners og bekjentes erfaringer er viktige. I tillegg er gjerne egen fastleges erfaringer med de ulike aktørene viktige i valgprosessen. Samtidig kan dette være utfordrende, all den tid pasienters opplevelse og vurdering av kvalitet kan avvike fra den «faktiske» kvaliteten på tjenesten. Derfor er det viktig med ytterligere informasjon.

Informasjonstjenesten «Velg behandlingssted» bidrar med slik informasjon. Tjenesten består av en pasientrådgivningstjeneste på telefon og en informasjonskanal på nettstedet helsenorge.no. Her kan brukere finne informasjon om ulike behandlinger og behandlingssteder, det vil si forventede ventetider, kvalitetsindikatorer og antall utførte behandlinger. Informasjonen på nettsidene er en sentral kilde til informasjon for pasientene. Bruken av nettsidene har økt hvert år siden 2016 og var hele 40 prosent høyere i 2019 enn i 2016.³⁰ Det var mellom 20 000 og 46 000 besøk på nettsidene hver måned i 2019. Gjennom denne informasjonskanalen forenkler og tilgjengeliggjør man altså kunnskap, som gjør det lettere å finne og sammenligne informasjon om ulike aktører og supplere «soft» informasjon med «hard» informasjon. Dette kan bidra til at pasientene har større mulighet til å fatte informerte og opplyste valg – altså at valgfriheten er mest mulig reell.

Samtidig har informasjonstjenesten fått kritikk fra Riksrevisjonen for at det er for stor variasjon mellom forventet ventetid og faktisk ventetid ved det enkelte behandlingssted.³¹ Konsekvensen av dette kan bli at formålet med ordningen fritt behandlingsvalg ikke ivaretas på en god nok måte, fordi mange pasienter ikke får mulighet til å velge behandlingssted med kortest faktisk ventetid og at ledig kapasitet ikke blir utnyttet. Skal formålet med fritt behandlingsvalg-ordningen oppfylles, er det derfor avgjørende at dette blir tatt tak i.

Det må også nevnes at forskerne bak evalueringen av fritt behandlingsvalg finner at informasjonen om ordningen ikke er tilstrekkelig god når pasienter skal henvises, slik at ikke alle pasientene kjenner sin rettighet.³² De finner for eksempel at ikke alle som er berettiget til å ha henvisningskompetanse, informerer om rettigheten til å fritt velge behandlingssted, og at noen til og med direkte motarbeider pasientenes ønsker, samt at ressurssterke personer lettere klarer å orientere seg om hvilke rettigheter de har. Skal ordningen bidra til reell valgfrihet, bør det derfor iverksettes tiltak. Dette kan for eksempel gjøres ved å synliggjøre informasjon om fritt behandlingsvalg ved fastlegekontorer og behandlingssteder, sammen med bedre informasjon om informasjonstjenesten «Velg behandlingssted», veiledningstjenesten og klageadgang dersom man blir motarbeidet. Videre ved å tematisere dilemmaet en behandler kan stå overfor når pasientenes ønske om behandlingssted ikke samsvarer med faglig vurdering, samt ved å forenkle systemet der det er mulig – for eksempel ved å støtte bedre kommunikasjon mellom offentlige og private behandlingssteder for å ivareta god pasientflyt.

Konklusjon

Fritt behandlingsvalg innebærer at pasienter som har rett til helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten kan velge behandlingssted på det offentlige regning. Pasienten kan velge mellom offentlige behandlingssteder, private som har avtale med det offentlige og private som er godkjent av staten. Målet med ordningen er å redusere ventetider, øke valgfriheten for pasienter og stimulere til økt effektivitet i offentlige sykehus.

I den offentlige debatten om ordningen er det psykiatri- og rusbehandling som får mest oppmerksomhet, og det meste av utbetalte refusjoner går også til disse typer behandlinger. Men det er klart flest pasienter som får somatisk utredning og behandling gjennom fritt behandlingsvalg. Det er altså en liten del av pengene som går til å dekke utredning og behandling for klart flest pasienter.³³ Dette er underkommunisert i debatten.

Den uavhengige evalueringen av fritt behandlingsvalg finner at ordningen i liten grad har bidratt til å realisere målene om reduserte ventetider og mer effektive sykehus. Ventetiden for pasienter som har brukt fritt behandlingsvalg er riktignok kortere, men ordningen har altså ikke påvirket ventetidene generelt sett. Forklaringen på dette kan være at bruken av fritt behandlingsvalg foreløpig har vært relativt begrenset og at helseforetakene derfor i liten grad har opplevd at drift og behandlingstilbud påvirkes. En utvidelse av ordningen, slik at flere benytter seg av den, kan altså bidra til å realisere målene om reduserte ventetider og mer effektive sykehus i mye større grad. I tillegg er det slik at evalueringen er klar på at konklusjonen må modifieres der hvor Helfogd kjente leverandører er etablert i nær geografisk tilknytning til offentlige institusjoner. Slik vi har sett er tilfellet i Oslo, hvor poliklinikken ved Oslo Universitetssykehus, Ullevål, er helt avhengig av de private aktørene i fritt behandlingsvalg-ordningen for å gi pasientene time innen tidsrammen som er påkrevd. Fritt behandlingsvalg har med andre ord trolig bidratt til reduserte ventetider og mer effektivitet ved sykehus i hovedstaden.

Ordningen fungerer altså som et viktig supplement til det offentlige helsevesenet, fordi det avlaster ventelister og frigjør personell internt på sykehus i en sentral region som Oslo. En avvikling av ordningen vil fort føre til en massiv brems i behandlinger og ny opphopning av henvisninger rundt om på disse sykehusene, som kan føre til at sykehusene får mindre kapasitet til å behandle akutte og alvorlige syke. Dette vil gå utover pasientene. Her ser vi altså hvordan fritt behandlingsvalg, ved å involvere private til å behandle somatiske sykdommer, kan bidra, og trolig bidrar allerede, til reduserte ventetider og mer effektivitet i offentlige sykehus.

Samtidig kan fritt behandlingsvalg føre til større sannsynlighet for at noen finner nye, bedre og mer produktive måter å møte behovene på, fordi man slipper til mange ulike aktører med ulik tilnærming til de forskjellige helsetjenestene. Det er dessuten slik at et større mangfold blant aktørene kan gi større muligheter for å tilpasse tjenestene etter folks behov. I tillegg trekker informanter, fra både offentlige og private behandlingssteder, frem at faren for en todeling mellom de som har penger til å kjøpe seg ut av køen og de som ikke har det, reduseres med fritt behandlingsvalg. Alt i alt kan altså reformen bidra til at vi unngår en todeling av vårt felles helsevesen.

Fritt behandlingsvalg gjør det også mulig å velge bort aktører som ikke leverer den kvaliteten man

forventer, samtidig som at ordningen sørger for å belønne de som leverer god kvalitet. Særlig innen rus- og psykiatribehandling er det viktig å vite at man har rett til å velge noe annet enn det myndighetene eller fastlegen anbefaler at du skal bruke. Å kunne velge bort noe vi er misfornøyde med, har stor verdi. Private er ofte flinkere til å tenke annerledes, nettopp fordi de må tiltrekke seg brukerne, og de er derfor ofte flinkere til å tilby praksisvariasjon i form av behandlingstilnærming og behandlingsintensitet, som gjør at pasienter kan velge det de tror passer best for dem. Dette kan være avgjørende for dem som ikke har fått god nok hjelp i det offentlige. Ordningen bidrar altså til økt valgfrihet for pasientene – et av hovedmålene med reformen.

Flere av målene med ordningen ser altså ut til å bli delvis oppfylt. Samtidig ser ordningen ut til å ha forbedringspotensial. Det kan for eksempel være et problem at fritt behandlingsvalg, der pengene følger pasienten, ikke inngår i helseforetakenes budsjettplanlegging. Det kan gå utover regionale og lokale regnskap. En mulig løsning på dette kan være å begynne å adressere regningene sentralt. Henvisninger er jo tross alt godkjent av sykehusene som er berettiget til å ha slik vurderingskompetanse. Det bør derfor være mulig å skaffe seg oversikt tidligere over utgifter til private aktører gjennom fritt behandlingsvalg.

I tillegg fremstår det som et problem at informasjonstjenesten for ordningen får kritikk for at det er for stor variasjon mellom forventet ventetid og faktisk ventetid ved det enkelte behandlingssted. Konsekvensen av dette kan bli at formålet med ordningen fritt behandlingsvalg ikke ivaretas på en god nok måte, fordi mange pasienter ikke får mulighet til å velge behandlingssted med kortest faktisk ventetid og at ledig kapasitet ikke blir utnyttet. Ordningen får også kritikk for at det ikke er god nok informasjon i de forskjellige leddene om hvilke rettigheter pasientene faktisk har til å velge behandlingssted.

Skal formålet med fritt behandlingsvalgordningen oppfylles i størst mulig grad, er det avgjørende at utfordringer knyttet til budsjettplanlegging og informasjonsflyt blir tatt tak i. Når mesteparten av midlene går til et fåtall pasienter, er det kanskje også muligheter for å anvende disse midlene bedre innenfor enkelte behandlingsløp. Men i stedet for at den offentlige debatten skal dreie seg om en ordning bør beholdes eller avvikles, bør den heller dreie seg om hvordan en tilsynelatende totalt sett god ordning kan forbedres – slik at vi kan fortsette å sette pasienten i sentrum.

Civita er en liberal tankesmie som gjennom sitt arbeid skal bidra til økt kunnskap og oppslutning om liberale verdier, institusjoner og løsninger, og fremme en samfunnsutvikling basert på respekt for individets frihet og personlige ansvar. Civita er uavhengig av politiske partier, interesseorganisasjoner og offentlige myndigheter. Den enkelte publikasjons forfatter(e) står for alle utredninger, konklusjoner og anbefalinger, og disse analysene deles ikke nødvendigvis av andre ansatte, ledelse, styre eller bidragsytere. Skulle feil eller mangler oppdages, ville vi sette stor pris på tilbakemelding, slik at vi kan rette opp eller justere.

Ta kontakt med forfatteren på aslak@civita.no eller civita@civita.no.

Sluttnoter

- 1 NOU 2020:13, *Private aktører i velferdsstaten. Velferdstjenesteutvalgets delutredning I og II om offentlig finansierte velferdstjenester*, s. 175
- 2 Avsnittet bygger på Helsedirektoratet, Fritt behandlingsvalg, årsrapport 2020
- 3 Helsedirektoratet, Status Fritt behandlingsvalg per 1. tertial 2021
- 4 Høyres stortingsvalgprogram 2021–2025, s. 35
- 5 Fremskrittspartiets partiprogram 2021–2025, s. 63
- 6 Rødts arbeidsprogram 2021–2025, s. 18
- 7 SVs arbeidsprogram 2021–2025, s. 46
- 8 Arbeiderpartiets partiprogram 2021–2025, s. 57
- 9 Senterpartiets prinsipp- og handlingsprogram 2021–2025, s. 90
- 10 Miljøpartiet De Grønnes arbeidsprogram 2021–2025, s. 97
- 11 https://www.nrk.no/norge/solbergs-valglofte_-flere-skal-fa-helsehjelp-av-private-1.15558754
- 12 <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2020/09/16/-vi-ma-stoppe-privatiserings-eksperimentene/>
- 13 Legekunsten nr. 2/19, medlemsblad for praktiserende spesialisters landsforening
- 14 Ibid.
- 15 HELED og SERAF, UiO og NORCE Samfunn, *Evaluering av fritt behandlingsvalg*, 2021
- 16 Bråthen, Remy, Geir Hjelmås, Erling Holmøy og Ingunn Hegstad Ottersen, *Bemanningsbehov i spesialisthelsetjenesten mot 2040*, SSB rapport 2015/29, og Jacobsen, Erik W., Lars H. Lind, Bettina Engebretsen og Erland Skogli, *Helsenæringens verdi 2020*, Menon-publikasjon nr. 50/2020
- 17 NOU 2016:3, *Ved et vendepunkt: Fra ressursøkonomi til kunnskapsøkonomi — Produktivitetskomisjonens andre rapport*
- 18 https://www.nrk.no/norge/solbergs-valglofte_-flere-skal-fa-helsehjelp-av-private-1.15558754
- 19 Agenda-notat 06/2021, *Hvem skal lage velferd? Hvor nyttig er markedslogikk i velferdsstatens førstelinje?*
- 20 Helsedirektoratet, Fritt behandlingsvalg, årsrapport 2019
- 21 NOU 2020:13, *Private aktører i velferdsstaten. Velferdstjenesteutvalgets delutredning I og II om offentlig finansierte velferdstjenester*, s. 163
- 22 Helsedirektoratet, Fritt behandlingsvalg, årsrapport 2019
- 23 HELED og SERAF, UiO og NORCE Samfunn, *Evaluering av fritt behandlingsvalg*, 2021
- 24 Bjørnu, Emil C., Jon M. Hippe, Jon Helgheim Holte, Rolf Røtnes, Sissel C. Trygstad og Ann Cecilie Bergene, *når velferden er til salgs. Ideelle og kommersielle leverandører av velferdstjenester*, Fafo rapport 2019: 11, s. 75
- 25 Bygger på NOU 2020:13, *Private aktører i velferdsstaten. Velferdstjenesteutvalgets delutredning I og II om offentlig finansierte velferdstjenester*, s. 81–82
- 26 Se for eksempel <https://tv.nrk.no/serie/helene-sjekker-inn/2020/MDFP12700320/avspiller>
- 27 Civita-notat nr. 20/2016, *Velferdsinnovatørene*, s. 24
- 28 Se for eksempel <https://www.nrk.no/ytring/friheten-til-a-overleve-1.15564777>, eller https://www.nrk.no/norge/solbergs-valglofte_-flere-skal-fa-helsehjelp-av-private-1.15558754
- 29 HELED og SERAF, UiO og NORCE Samfunn, *Evaluering av fritt behandlingsvalg*, 2021
- 30 Helsedirektoratet, Fritt behandlingsvalg, årsrapport 2019
- 31 Riksrevisjonen, Riksrevisjonens undersøkelse av kvaliteten på informasjon om forventede ventetider i ordningen med fritt behandlingsvalg, dokument 3:2 (2020–2021)
- 32 Avsnittet bygger på HELED og SERAF, UiO og NORCE Samfunn, *Evaluering av fritt behandlingsvalg*, 2021
- 33 <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2021/02/24/den-politiske-uenigheten/>