



Foto: iStockphoto.com

Offentlig-privat samarbeid: Nøkkelen til en bærekraftig helsesektor?

Av Henrik Lerstøl Bjørøen, prosjektmedarbeider i Civita

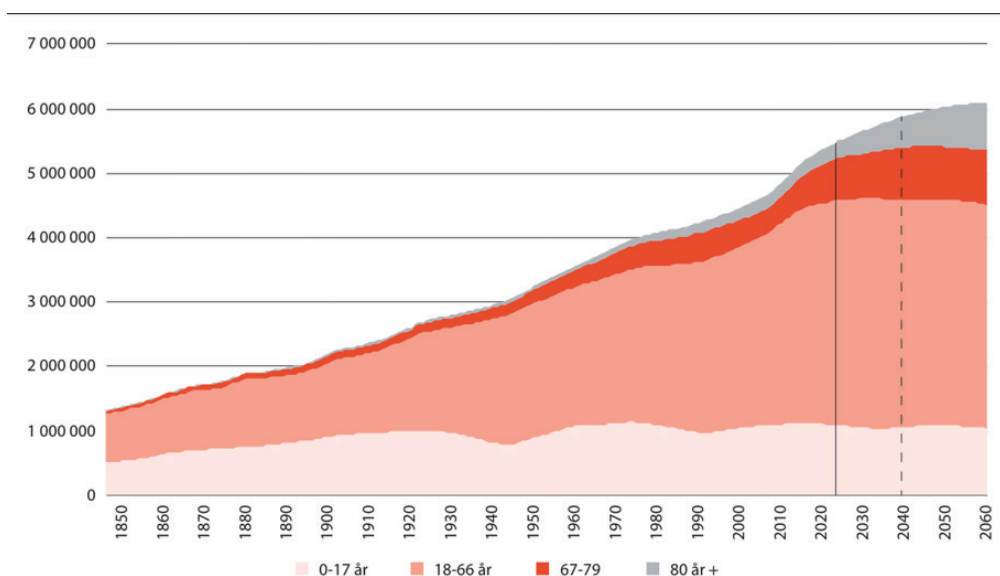
Den norske helsesektoren går en krevende tid i møte. Helsekøene øker, samtidig som det blir færre behandlere per pasient, og helseinstitusjonene får trangere økonomi. Det er kapasitetsutfordringer i den offentlige helsetjenesten, samtidig som det finnes ledig kapasitet i privat sektor. Bare i 2019 kjøpte de regionale helseforetakene tjenester for over 14 milliarder kroner fra private aktører. Likevel har regjeringen varslet at den vil vurdere å fase ut en stor del av de private aktørene fra den offentlig finansierte helsetjenesten.

Med dette bakteppet skal dette notatet undersøke betydningen av offentlig-privat samarbeid for bærekraften til den norske helsesektoren. Notatet skal også se nærmere på finansieringen av spesialisthelsetjenesten og hvordan den påvirker effektiviteten til sykehusene.

Utviklingstrekk

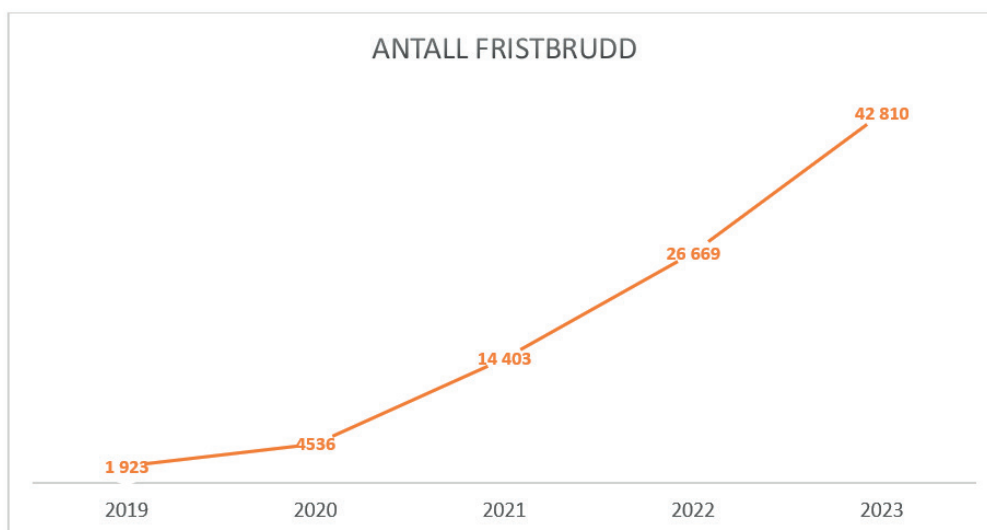
Den demografiske utviklingen i befolkningen kjennetegnes av at en større andel av befolkningen er eldre, populært omtalt som «eldrebølgen». Det betyr at flere vil ha behov for helsehjelp, og at sektoren er avhengig av å tiltrekke seg mer arbeidskraft. Samtidig vil det økende presset på helsetjenestene bety at økt kostnadseffektivitet vil være sentralt.

Tabellen under viser Norges befolkning etter aldersgrupper, observert før 2022 og fremskrevet deretter. Fra SSB.¹



Symptomene på disse utfordringene ser vi allerede i dag. Helsedirektoratets tall for 2023 viser at ventetidene i sykehusene har økt med nesten to uker på to år.² Det har også vært en markant økning i fristbrudd, altså tilfellene hvor spesialisthelsetjenesten ikke klarer å levere helsehjelp til pasienter innen forsvarlig tid. Andelen fristbrudd for alle sektorer har økt fra 7,1 prosent i 2022 til 9,8 prosent i 2023.

Antall fristbrudd innmeldt av spesialisthelsetjenesten. Tall hentet fra Helsedirektoratet.³



Økende ventetider og flere fristbrudd gir indikasjoner på kapasitetsutfordringer i den offentlige helsetjenesten. Sett i lys av bærekraften i den norske velferdsstaten er dette en bekymringsverdig utvikling. Dersom det offentlige ikke har nødvendig kapasitet, gir dette gode grunner til å anvende den kapasiteten som finnes i privat sektor i større grad. Arbeidsdelingen mellom offentlige, ideelle og kommersielle aktører er derfor sentral for en bærekraftig helsetjeneste.

Hvem er de private?

I Norge bærer det offentlige hovedansvaret for å sikre pasientenes tilgang på helsehjelp. Hensikten med dette er at pasientene skal ha lik tilgang til helsehjelp uavhengig av sosioøkonomiske eller geografiske faktorer. I stedet skal behandling gis til pasienter som har størst behov, basert på medisinske kriterier. Dette prinsippet er det tverrpolitisk enighet om.

Men i flere tilfeller vil ikke den offentlige tjenesten alene kunne levere helsehjelp tidsnok eller av god nok kvalitet. Det kan skyldes kapasitetsutfordringer som legger press på den offentlige helsetjenesten. I den forbindelse kan private aktører være et supplement som avlastar den offentlige tjenesten og reduserer ventetidene. De kan også være viktige for å sikre mangfold i helsetilbudet og valgfrihet for pasientene.

I debatten om offentlig-privat samarbeid er det viktig å skille mellom ulike grupper private aktører. Én gruppe er de helprivate, kommersielle aktørene. Her finner vi tjenester som Dr.Dropin, private psykologtilbud og privat helseforsikring. Disse kjennetegnes av at de ikke finansieres av det offentlige, og de er derfor avhengige av brukerbetalinger eller private tilskudd.

En annen gruppe er de kommersielle aktørene som har avtaler med det offentlige, eksempelvis gjennom anbud, langsiktige avtaler, fritt brukervalg og avtalespesialistordningen. Disse mottar offentlig finansiering samtidig som de driver kommersielt, altså med overskudd som mål.

Ved siden av de kommersielle har vi de ideelle aktørene. Disse blir vanligvis skattefinansiert gjennom avtaler med det offentlige, men kan også finansieres privat. Eksempler på ideelle organisasjoner er Frelsesarmeen, Blå Kors og Diakonhjemmet. Det viktigste skillet mellom ideelle og kommersielle er at de ideelle må reinvestere et eventuelt overskudd i sitt ideelle formål, mens kommersielle kan ta utbytte.

Likevel kan forskjellen mellom en ideell og en kommersiell aktør i mange tilfeller være glidende. Kommersielle reinvesterer også ofte mye av eventuelle overskudd tilbake i driften av tjenestene. Selv om stiftelse er den vanligste organisasjonsformen for ideelle aktører, kan de også drives som aksjeselskaper med stor omsetning og kommersielle trekk. På bakgrunn av et behov for et tydeligere skille mellom kommersielle og ideelle, har Avkommersialiseringsutvalgets delrapport foreslått følgende definisjon av en ideell aktør:

«Aktøren må arbeide for et formål utover seg selv som angår menneskers velferd (sosialt) og som er av allmenn interesse ved at det kommer fellesskapet til gode ved at ressursene som fellesskapet har avsatt til å beskytte borgeres interesser utnyttes så effektivt som mulig (fellesskapets beste).»⁴

Det har vært et ønske fra nåværende regjering at skillet mellom kommersielle og ideelle skal tydeliggjøres, slik at det offentlige lettere skal kunne differensiere mellom aktørene i anskaffelsesprosesser og avtaleinngåelser.

Det er stor uenighet mellom de politiske partiene om i hvor stor grad det offentlige skal kjøpe ledig kapasitet hos private aktører. Denne problemstillingen har vært særlig aktuell i behandlingen av enkelte sykdommer hvor det er stor pasientpågang og tilstrømningen av pasienter konsentreres mot et lite antall spesialister.

Støre-regjeringens tilnærming til de private

I Hurdalsplattformen fastslo regjeringen at «Dagens markedstenkning, målstyring og privatisering i helsetjenesten må reduseres». ⁵ Her ble det klart at regjeringen ville redusere de private aktørenes betydning. Senere har regjeringen nedsatt Avkommersialiseringsutvalget, som skal utrede hvordan kommersiell drift kan fases ut i ulike skattefinansierte velferdstjenester. I tillegg har Arbeiderpartiets landsmøte vedtatt at det skal være mulig å nekte private i helsetjenesten å etablere seg. Nylig fremla regjeringen også Nasjonal helse- og samhandlingsplan, som forsterket inntrykket av at de kommersielle aktørenes rolle skal begrenses. Det har altså vært et gjennomgående trekk under nåværende regjering at helsetjenesten skal utvikles i retning av mer offentlig styring og mindre privat innflytelse.

Mens regjeringen har vært positiv til å styrke de ideelle aktørenes posisjon, har de hatt et mål om å svekke de kommersielle aktørenes rolle i helsetjenesten. Dette er også grunnen til at Avkommersialiseringsutvalget startet med å utforme en definisjon av ideelle aktører. Et definert skille mellom ideelle og kommersielle gjør det lettere for myndighetene å prioritere de ideelle virksomhetene i anskaffelsesprosesser og tilskuddsordninger, på bekostning av de kommersielle.

En forskjellsbehandling mellom ideelle og kommersielle aktører, som regjeringen altså ønsker å forsterke, er ikke uproblematisk. For det første vil en forskjellbehandling på bekostning av de kommersielle kunne bidra til betydelig svekket kostnadseffektivitet, lavere kvalitet på tjenestene og mindre valgfrihet for befolkningen. Det vil ramme hardest i distriktskommunene, fordi de kommersielle aktørene i større grad er til stede i hele landet, mens de ideelle er konsentrert i og rundt storbykommunene. ⁶

En prioritering av ideelle fremfor kommersielle kan også stride mot EU/EØS-rettens prinsipp om likebehandling av økonomiske aktører, slik Avkommersialiseringsutvalget selv skriver i sin delrapport. Det som åpner for en slik forskjellsbehandling, er reservasjonsadgangen for ideelle organisasjoner i anskaffelsesregelverket, som har blitt akseptert i EU/EØS-retten. Forutsetningen for at dette er i tråd med regelverket er at reservasjonen «bidrar til å oppnå sosiale mål, fellesskapets beste og budsjettmessig effektivitet». ⁷

Hovedargumentene bak regjeringens ønske om å svekke de kommersielle aktørenes rolle, har vært å forebygge en skjevfordeling av tilgang på helsetjenester basert på sosioøkonomiske faktorer, og at skattepenger skal omfordeles fra de kommersielle til offentlig sektor, slik at de kommer felleskapet til gode. Det fremkommer også av Nasjonal helse- og samhandlingsplan: «Regjeringen vil forhindre at privatfinansierte tilbydere uten avtale med det offentlige (helprivate tilbud) vokser på bekostning av det offentlige, og på den måten utfordrer prinsippet om likeverdig tilgang til gode tjenester for alle». ⁸

Høyresidens innvending er at dersom det offentlige finansierer tjenestene, har det liten betydning hvorvidt leverandøren er offentlig eller privat. Kapasiteten hos private aktører kan kjøpes opp av det offentlige og skattefinansieres, samtidig som offentlig styring bidrar til å sikre likeverdig tilgang til helsehjelp. Samtidig vil private aktører styrke mangfoldet i helsetjenestene og dermed beskytte pasientenes valgfrihet.

Et ytterligere poeng er at en «avkommersialisering» av helsesektoren bare vil ha den utjevne og omfordelende effekten som regjeringen ønsker, dersom den offentlige helsetjenesten har kapasitet til å levere tjenestene raskt nok. Dersom det offentlige mangler kapasitet og ventetidene øker, vil resultatet være at flere pasienter søker seg til de rent kommersielle tilbudene.

Når flere oppsøker kommersielle tjenester fordi det offentlige ikke har kapasitet, risikerer regjeringen å oppnå det motsatte av det som er hensikten, altså at det oppstår en todeling av helsetjenesten, der private tilbud kun er tilgjengelige for pasienter med tilstrekkelig betalingsevne. Det vil derfor tjene pasientene at det offentlige har et godt samarbeid også med de kommersielle, som kan spille en avgjørende rolle i å avlaste den offentlige helsetjenesten.

At privat sektor kan spille en viktig rolle for den offentlige helsetjenesten, har vi også konkrete eksempler på fra koronapandemien. Under pandemien kjøpte kommuner testkapasitet fra aktører som Dr.Dropin, Kry, Volvat, Aleris og Hjemmelegene – som alle kan defineres som kommersielle aktører etter Avkommersialiseringsutvalgets definisjon. Dette var de avhengige av for å kunne levere tilstrekkelig med koronatester til befolkningen. I tillegg var det store internasjonale selskaper som stod for produksjonen av vaksiner. Et godt samarbeid mellom det offentlige og private var med andre ord en avgjørende faktor for en vellykket håndtering av pandemien.

I evalueringene som ble gjort av Norges håndtering av pandemien, understrekes flere ganger betydningen av de private aktørene. Her ble det også trukket noen konklusjoner som bør være et varsel om risikomomentene ved å svekke det offentlig-private samarbeidet: «For å styrke den samlede krisehåndteringen bør den fleksibiliteten som finnes innenfor de offentlige tjenestene i større grad omfatte private aktører. Et eget spørsmål er derfor hvordan fastlegene og avtale-spesialistene kan benyttes best mulig i kommende kriser hvor det kan være betydelig mer press på andre deler av helsetjenesten.»^{9,10}

I fremtiden er presset på den offentlige helsetjenesten ventet å øke, med færre behandlere per pasient og et mer krevende kostnadsbilde. Derfor er det sannsynlig at de kommersielle aktørenes betydning også vil øke, da den offentlige helsetjenesten vil ha større behov for avlastning. Til tross for dette gir regjeringen uttrykk for et ønske om å fase ut de kommersielle aktørene fra offentlig finansierte helsetjenester.

Å fase de kommersielle ut fullstendig, slik at de kun vil fungere som helprivate aktører, vil med stor sannsynlighet føre til en uheldig todeling av helsesektoren, hvor betalingsevne avgjør hvorvidt pasientene har tilgang til den ledige kapasiteten i privat sektor. Videre vil det kunne gjøre helsetjenesten mer sårbar i fremtiden, dersom det offentlig-private samarbeidet svekkes og helsesektoren blir mer fragmentert. Det vil også kunne svekke mangfoldet i helsetilbudet og dermed ramme pasientenes valgfrihet.

Sykehusfinansieringen

I en tid hvor det blir stadig mer krevende for sykehusene å opprettholde økonomisk bærekraftig drift, vil den finansielle innretningen ha stor betydning. Hvordan spesialisthelsetjenesten finansieres vil også utgjøre et viktig premiss for offentlig-privat samarbeid.

I debatten om finansieringen av spesialisthelsetjenesten kan vi skille mellom rammestyrte og innsatsstyrt finansiering (ISF). Rammestyrte finansiering innebærer at de regionale helseforetakene (RHF-ene) får en rammebevilgning som de må prioritere innenfor. Størrelsen på denne bevilgningen bestemmes av demografiske faktorer som antall innbyggere i en helseregion, alderssammensetning, sosioøkonomiske kriterier og kostnadsdata. Helsedirektoratet har oppgitt at rammestyring gir god kostnadskontroll, men at den er mindre egnet til å stimulere til økt aktivitet og effektiv drift.¹¹

Innsatsstyrt finansiering betyr at de regionale helseforetakene får betalt stykkpris for behandlingene. Det er altså en aktivitetsbasert finansieringsordning, hvor bevilgningene til RHF-ene baseres på hvor mange og hvilke grupper pasienter som behandles. Ordningen opererer etter standardiserte kompensasjonsordninger for pasientgrupper. Disse reguleres av DRG-systemet (Diagnoserelaterte grupper).¹²

De regionale helseforetakene står fritt til å bestemme hvordan de vil innrette finansieringen av egne helseforetak. På samme måte står helseforetakene fritt med hensyn til hvordan de fordeler ISF-inntektene innad i eget foretak. I realiteten er ISF-ordningen en finansieringsform som foregår i en 3-trinns prosess. Først utbetales midlene fra staten til RHF-ene, dernest fra RHF-ene til HF-ene i egen region. Til slutt fordeles ISF-midlene innad i det enkelte HF.¹³

I dag er finansieringen av spesialisthelsetjenesten en form for hybridløsning mellom ramme- og innsatsstyrt finansiering. I budsjettet for 2024 er bevilgningen til de regionale helseforetakene på 198 milliarder kroner. Innenfor denne summen er det satt av omtrent 39 milliarder kroner til Innsatsstyrt Finansiering (ISF), som representerer omtrent 20 prosent av det totale driftsbudsjettet. For tjenester innen somatikken utgjør innsatsstyrt finansiering 40 prosent, noe som indikerer at ISF-refusjonene er beregnet til å dekke 40 prosent av de gjennomsnittlige kostnadene forbundet med pasientbehandling. Det er verdt å merke seg at denne prosentsatsen ble redusert fra 50 til 40 prosent i 2023.¹⁴

Hovedargumentet for ISF er at det stimulerer til økt aktivitet og kostnadseffektivitet i sykehusene. En slik finansiering gjør det også lettere å måle og få oversikt over aktiviteten i sykehusene. Imidlertid er ulike helsepolitiske aktører delt i synet på ISF. Rådet for psykisk helse har uttalt at ISF er et kraftfullt insentiv til å prioritere somatikk fremfor pasienter med psykiske lidelser. Akademikerne og Psykologforeningen har også pekt på dette. Psykologforeningen mener derimot at ISF ikke understøtter gode faglige vurderinger og tiltak, men bidrar til å begrense dette, og at ISF bidrar til å hemme samhandling mellom tjenestenivåer og bremser faglig innovasjon.¹⁵

Fra Nasjonal helse- og samhandlingsplan ble det klart at regjeringen vil redusere andelen innsatsstyrt finansiering fra dagens 40 til 30 prosent fra 2025, og dermed øke rammefinansieringen.

Begrunnelsen er «økt strategisk handlingsrom, unngå overbehandling og overdiagnostikk, støtte opp om samhandling og faglige vurderinger, oppnå likere finansiering av somatikk, psykisk helsevern og rusbehandling, samt for å redusere uønsket økonomifokus».¹⁶

Faglitteraturen som foreligger om finansiering av spesialisthelsetjenesten, gir gode indikasjoner på at innsatsstyrt finansiering medfører økt aktivitet i sykehusene. En studie fra 2012 undersøkte effektene av innsatsstyrt finansiering i fem land (England, Finland, Frankrike, Tyskland og Irland). Studien finner en sammenheng mellom innsatsstyrt finansiering og økt aktivitet, redusert oppholdstid og reduserte kostnader i sykehusene.¹⁷

Fra studier på norske sykehus er det funnet en liten, men signifikant, sammenheng mellom innsatsstyrt finansiering og kortere oppholdstid blant eldre pasienter med hjertesykdommer.¹⁸ Andre studier finner også økt effektivitet i norske sykehus etter innføringen av innsatsstyrt finansiering.^{19,20}

En utredning fra Sykehusutvalget tegner det samme bildet: «Innføring av ISF ser ut til å ha redusert liggetiden for noen pasientgrupper. Dette kan tolkes som at effektivitetsforbedringer primært kommer gjennom kortere opphold. Dette støttes også av forskning fra andre land. Sykehusene synes å reagere på endringer i ISF-refusjonen med å øke aktiviteten.»²¹

En vanlig innvending mot innsatsstyrt finansiering er at det gir grobunn for en «markedstenkning» i helsetjenesten, hvor hensyn til lønnsomhet og økonomi overstyrer hensyn til kvalitet i behandlingen. I faglitteraturen defineres dette som at sykehusene «skummer fløten» – hvor de motiveres til å prioritere pasienter som er mindre ressurskrevende, og som gir høyest mulig lønnsomhet. Dette kan være en aktuell problemstilling for enkelte pasientgrupper, hvor sykehusene får lik kompensasjon fra staten uavhengig av om pasienten mottar behandling samme dag eller får innlagt pleie over flere dager.

En studie fra 2009 undersøker hvorvidt sykehusene «skummer fløten» i behandling av pasienter innenfor dagkirurgi. Studien fant indikasjoner på en viss forekomst av dette etter at innsatsstyrt finansiering ble innført i 1997, men etter innføringen av helseforetaksmodellen i 2002 konkluderer studien med at det har vært på et stabilt eller redusert nivå.²²

Videre konkluderte Sykehusutvalget med at «det er fra de publiserte studiene ikke mulig å konkludere med om sykehusene systematisk «oppkoder» pasientene, for slik å øke sine inntekter».²³

Litteraturen gir altså ikke empirisk grunnlag for å fastslå at ISF medfører en uheldig markedstenkning i spesialisthelsetjenesten.

Dersom sykehusene ble preget av en økende «markedstenkning» som gikk på bekostning av kvaliteten på behandlingen, vil det være rimelig å anta at dette ville hatt et negativt utslag på pasienttilfredsheten. Flere studier har pekt på at det ikke har vært noen økning i misnøye hos pasienter som følge av en aktivitetsbasert finansieringsordning. Derimot har pasienter rapportert om økt tilfredshet som følge av kortere ventetider og høyere effektivitet i sykehusene.²⁴

Forskningen på finansiering av spesialisthelsetjenesten er begrenset, og preges av kompleksiteten i å undersøke effektiviteten i norske sykehus for et mangfold av pasienter med svært ulike sykdommer. Litteraturen finner likevel en signifikant sammenheng mellom innsatsstyrt finansiering, økt aktivitet og redusert oppholdstid i sykehusene.

I en tid hvor presset på helsetjenesten øker og høy effektivitet blir viktigere, er det gode argumenter for innsatsstyrt finansiering. En aktivitetsbasert finansiering vil kunne motivere spesialisthelsetjenesten til å øke aktiviteten, som kan motivere de offentlige tjenestene til å inngå flere avtaler med kommersielle og ideelle aktører for å øke kapasiteten. Samtidig er mer forskning nødvendig for å fastslå hvordan innsatsstyrt finansiering påvirker kvalitet og kostnadseffektivitet i helsetjenestene.

Arbeidskraft og konkurranseutsetting

Fremover vil helsesektoren ha behov for stadig mer arbeidskraft. Beregninger fra Erling Holmøy i SSB på vegne av Helsepersonellkommisjonen, anslår at helse- og omsorgssektoren vil trenge 190 000 flere ansatte frem til 2050, for å kunne møte etterspørselen etter tjenestene. Det tilsvarer en økning i personell på over 50 prosent.²⁵

Dersom flere skal rekrutteres til helse- og omsorgssektoren må den være en attraktiv arbeidsplass. I en undersøkelse fra NHO svarer 84 prosent av sykepleierne at valgmuligheter for arbeidsgiver og arbeidstid er viktig.²⁶ I forlengelsen av det kan private aktører spille en viktig rolle i å gi mer mangfold og valgfrihet til arbeidstakere, som vil løfte attraktiviteten til sektoren. Konkurranse med private aktører kan også motivere det offentlige til å styrke vilkårene for sine ansatte for å tiltrekke seg arbeidskraft.

Videre er det gode holdepunkter for at konkurranseutsetting bidrar til å effektivisere offentlig tjenesteproduksjon. Dette konkluderte også Velferdstjenesteutvalget med: «private produserer mer kostnadseffektivt, fordi de er underlagt markedets disiplinerende mekanismer (konkurranse) og eksplisitte lønnsomhetskrav.» Det vises også til at «markedstenkning kan skape overrullingseffekter som leder til disiplinering eller mer kostnadsbevissthet i det offentliges egenproduksjon».²⁷

En vanlig innvending mot konkurranseutsetting er at det rammer kvaliteten på tjenestene. En rapport fra Menon Economics konkluderte derimot med at det ikke finnes evidens for at konkurranseutsetting av en tjeneste svekker kvaliteten.²⁸ Offentlig regulering vil også kunne forebygge at tjenestekvaliteten svekkes i avtaler med private aktører.

Samlet sett er det flere aspekter som tilsier at konkurranseutsetting av tjenester i helse- og omsorgssektoren bidrar til økt kostnadseffektivitet, samtidig som det løfter attraktiviteten til sektoren. Dette vil være avgjørende for at den tiltrekker seg nok arbeidskraft til å møte den økende etterspørselen etter helse- og omsorgstjenester.

Konklusjon

Presset på den norske helsetjenesten øker, og det vil fortsette i tiden fremover. Det blir færre behandlere per pasient, samtidig som ventetidene øker. Et godt samarbeid mellom offentlig og privat sektor vil være avgjørende for at helsesektoren står rustet til å møte fremtidens utfordringer. Dette samarbeidet inkluderer også de kommersielle aktørene, som Støre-regjeringen har signalisert at den vil vurdere fase ut av den offentlig finansierte helsetjenesten.

Selv om det er gode argumenter for å begrense kommersiell innflytelse i helsetjenesten, står regjeringens politikk i fare for å svekke det offentlig-private samarbeidet. Det kan i verste fall gjøre norsk helsetjeneste mer sårbar i møte med de demografiske og økonomiske utfordringene. Eksempelvis illustrerte koronapandemien hvor viktig private aktører kan være når uforutsette hendelser inntreffer, og den offentlige tjenesten blir satt under press.

Færre behandlere per pasient betyr at ressursbruken i helsesektoren må effektiviseres. Et viktig aspekt i dette er finansieringen av spesialisthelsetjenesten, som også vil påvirke det offentlig-private samarbeidet. Regjeringen utvikler helsetjenesten i retning av rammestyrte finansiering. I en tid hvor høy aktivitet og effektivitet i helsetjenesten vil være viktig for å få ned ventetidene og sikre pasientenes tilgang på helsehjelp, er det gode indikasjoner i forskningslitteraturen på at innsatsstyrt finansiering vil være et bedre alternativ. Erfaringer fra en rekke land viser en tydelig sammenheng mellom innsatsstyrt finansiering og økt aktivitet i sykehusene.

Tilgang på helsehjelp burde ikke være betinget av pasientenes økonomiske ressurser. Å øke det offentlige helsetilbudet på bekostning av helprivate, kommersielle aktører kan derfor ha en utjevne effekt. Men dette prinsippet fungerer bare i praksis, dersom de regionale helseforetakene har den nødvendige kapasiteten til å levere tjenestene. Når de ikke har det, slik tilfellet i økende grad har vært, må det vurderes om kapasiteten og kompetansen som privat sektor innehar, skal benyttes i større grad.

Det kan redusere ventetidene i helsetjenesten, dersom det offentlige kjøper ledig kapasitet fra private aktører i større grad. Dette er kostbart, men det må vurderes opp mot kostnadene og konsekvensene av at flere pasienter må vente lenger på nødvendig helsehjelp. I mange tilfeller vil sykdommer kunne forverres av lange ventetider, og for noen pasientgrupper kan lange ventetider være livstruende. Når helsekøene vokser vil dette også kunne skape en todelt helsesektor, hvor det kun er pasienter med tilstrekkelig betalingssevne som får helsehjelpen de trenger gjennom de helprivate tjenestene.

I møte med økende ventetider må det utøves skjønn og pragmatisme i spørsmål om arbeidsdeling mellom offentlige, ideelle og kommersielle aktører. Det vil være et alvorlig feiltrinn, dersom ideologiske overbevisninger om å fase ut kommersielle aktører går på bekostning av pasientenes tilgang til nødvendig helsehjelp. Et godt samarbeid mellom det offentlige, ideelle og kommersielle vil ikke bare være viktig, men også avgjørende for at helsesektoren skal være så bærekraftig som mulig i tiden som kommer.

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. Den enkeltes 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 tilbakemeldinger, slik at vi kan rette opp eller justere.

Ta kontakt med forfatteren på civita@civita.no

Noter

- 1 <https://www.ssb.no/statbank/table/13599/>
- 2 <https://www.dagensmedisin.no/fristbrudd-helsedirektoratet-helsepolitikk-og-helseekonomi/pa-to-ar-har-ventetiden-pa-helsehjelp-i-sykehus-okt-med-nesten-to-uker/593256>
- 3 <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/fristbruddordningen>
- 4 <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2024-1/id3023595/?ch=1>
- 5 <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/hurdalsplattformen/id2877252/?ch=13>
- 6 <https://www.nhogeneo.no/contentassets/23dc62d495044547bd1e14e94aaebd5/rapport---ideelle-og-kommersielle-aktorer-i-helse--og-omsorgssektoren---5.10.pdf>
- 7 <https://www.regjeringen.no/contentassets/4635b25e135c448fbbc79a3fadd576ef/no/pdfs/nou202420240001000dddpdfs.pdf>
- 8 <https://www.regjeringen.no/contentassets/4e5d9e6c63d24cd7bdab5d8c58d8adc4/no/pdfs/stm-202320240009000dddpdfs.pdf>
- 9 <https://www.regjeringen.no/contentassets/5d388acc92064389b2a4e1a449c5865e/no/pdfs/nou202120210006000dddpdfs.pdf>
- 10 <https://www.regjeringen.no/contentassets/d0b61f6e1d1b40d1bb92ff9d9b60793d/no/pdfs/nou202220220005000dddpdfs.pdf>
- 11 https://www.helsedirektoratet.no/tema/finansiering/innsatsstyrt-finansiering-og-drg-systemet/innsatsstyrt-finansiering-isf/ISF_uttalelser_2015%20%E2%80%93%2008.08.15%20En%20gjennomgang%20av%20finansieringsordningene%20i%20spesialisthelsetjenesten.pdf/_attachment/inline/78f36ff3-3245-4d15-8d23-723d0073413e:f4288a6fdf507c6e84401323dceb840b661921e6/ISF_uttalelser_2015%20%E2%80%93%2008.08.15%20En%20gjennomgang%20av%20finansieringsordningene%20i%20spesialisthelsetjenesten.pdf
- 12 <https://www.helsedirektoratet.no/tema/finansiering/innsatsstyrt-finansiering-og-drg-systemet/drg-systemet#omdrsystemet%E2%80%8B>
- 13 https://www.helsedirektoratet.no/tema/finansiering/innsatsstyrt-finansiering-og-drg-systemet/innsatsstyrt-finansiering-isf/ISF_uttalelser_2015%20%E2%80%93%2008.08.15%20En%20gjennomgang%20av%20finansieringsordningene%20i%20spesialisthelsetjenesten.pdf/_attachment/inline/78f36ff3-3245-4d15-8d23-723d0073413e:f4288a6fdf507c6e84401323dceb840b661921e6/ISF_uttalelser_2015%20%E2%80%93%2008.08.15%20En%20gjennomgang%20av%20finansieringsordningene%20i%20spesialisthelsetjenesten.pdf
- 14 <https://www.regjeringen.no/contentassets/4e5d9e6c63d24cd7bdab5d8c58d8adc4/no/pdfs/stm-202320240009000dddpdfs.pdf>
- 15 <https://www.regjeringen.no/contentassets/dc00b0a95cf349748bf94d49189b6b2f/no/pdfs/nou202320230008000dddpdfs.pdf>
- 16 <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-9-20232024/id3027594/?ch=8>
- 17 <https://www.cambridge.org/core/journals/health-economics-policy-and-law/article/abs/paying-for-hospital-care-the-experience-with-implementing-activitybased-funding-in-five-european-countries/AC-44D759A649CD1977D00ABBDE1208D9>
- 18 <https://bmchealthserves.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-13-172>
- 19 <https://link.springer.com/article/10.1023/A:1026212820367>
- 20 <https://eprints.whiterose.ac.uk/140285/1/CHERP30.pdf>

- 21 <https://www.regjeringen.no/contentassets/dc00b0a95cf349748bf94d49189b6b2f/no/pdfs/nou202320230008000dddpdfs.pdf>
- 22 <https://www.cambridge.org/core/journals/health-economics-policy-and-law/article/abs/reimbursement-systems-organisational-forms-and-patient-selection-evidence-from-day-surgery-in-norway/F9772083F-96921653909FE43E43EFBB7>
- 23 <https://www.regjeringen.no/contentassets/dc00b0a95cf349748bf94d49189b6b2f/no/pdfs/nou202320230008000dddpdfs.pdf>
- 24 https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/30318/HORN_2006_1.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- 25 <https://www.regjeringen.no/contentassets/337fef958f2148bebd326f0749a1213d/no/pdfs/nou202320230004000dddpdfs.pdf>
- 26 https://www.nhogeneo.no/artikler/2023/ny-undersokelse-sykepleiere-vil-ha-valgfrihet/?fbclid=IwAR1q5_4dTFH6OmTuWakTtZ_k_0XrEPtqSslg7mCSI6aGurPx44YClbSs
- 27 <https://www.regjeringen.no/contentassets/92c603f025264ef4a83390b51dd2ec2f/no/pdfs/nou202020200013000dddpdfs.pdf>
- 28 <https://www.nhogeneo.no/contentassets/23dc62d495044547bd1e14e94aaebed5/rapport---ideelle-og-kommersielle-aktorer-i-helse--og-omsorgssektoren---5.10.pd>