



Hvem bruker «Fritt behandlingsvalg»?

Who uses «Free Provider Choice»?

Simon Bensnes

Forsker, Forskningsavdelingen, Statistisk sentralbyrå

Simon.Bensnes@ssb.no

Ingrid Huitfeldt

Forsker, Forskningsavdelingen, Statistisk sentralbyrå

Ingrid.Huitfeldt@ssb.no

Øyvind Snilsberg

Stipendiat, Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo

oyvind.snilsberg@medisin.uio.no

Kjetil Telle

Fagdirektør for helsetjenesteforskning, Område for helsetjenester, Folkehelseinstituttet

KjetilElias.Telle@fhi.no

Sammendrag

Godkjenningsordningen i fritt behandlingsvalg (GFBV) ble innført i november 2015 og åpnet for at private tilbydere kunne søke om å bli godkjente leverandører av utvalgte behandlinger i spesialisthelsetjenesten, slik at de kunne behandle pasienter for det offentliges regning. Formålet med vår undersøkelse var å beskrive sosioøkonomiske kjennetegn ved pasientene som benyttet GFBV i 2017.

For å oppnå dette ble Helfo-refusjoner koblet på individnivå med sosioøkonomiske variabler fra Statistisk sentralbyrå. Over 90 prosent av pasientene som benyttet GFBV, var bosatt i opptaksområdet til Helse Sør-Øst. 34 prosent av pasientene som brukte GFBV, hadde høyere utdanning, og gjennomsnittsinntekten var 362 000 kroner i året. Overrepresentasjonen av pasienter med høyere utdanning i GFBV forble statistisk signifikant (odds ratio 1,2; 95 % KI 1,1–1,3) etter samtidig kontroll for alder og kjønn.

Nøkkelord

private helsetjenester, fritt behandlingsvalg, helse

Abstract

The approval scheme *Fritt behandlingsvalg* (GFBV) (Free Provider Choice) was implemented in November 2015. GFBV allowed private healthcare providers to apply for authorisation to provide specific medical treatments for which they were reimbursed at the same rate as public providers. This analysis describes the socio-economic characteristics of patients who sought treatment through GFBV in 2017.

We combine administrative individual-level data on reimbursements to providers from Helfo (The Norwegian Health Economics Administration) and socio-economic characteristics from Statistics Norway. More than 90 per cent of the patients using GFBV were residents in the South-Eastern Norway Regional Health Authority (*Helse Sør-Øst*). 34 per cent of patients using GFBV had at least some education from higher education institutions, and their average income was NOK 362,000 (GBP 31,000). Patients with higher education remain overrepresented after controlling for age and gender (odds ratio 1.2; 95% CI 1.1–1.3).

Keywords

private healthcare, free choice of provider, health

Innledning

Økt valgfrihet for pasienter og tilrettelegging for private tilbydere av helsetjenester har vært viktige utviklingstrekk ved helsetjenestene i flere europeiske land de siste tiårene, inkludert Norge (Ringard et al., 2013; Helsedirektoratet, 2017; Beckert & Kelly, 2017; Ringard et al., 2016). Noen studier tyder på at det først og fremst er personer med høyere sosioøkonomisk status som benytter seg av økt valgfrihet (Propper, 2018; Cookson et al., 2016; Morris et al., 2005; Fiva et al., 2014), og Fiva et al. finner sågar at høyt utdannede pasienters høyere bruk av sentraliserte helsetjenester også gir dem helsegevinster (Fiva et al., 2014). Dette kan tyde på at det er **en** sammenheng mellom bruk av helsetjenester og den veletablerte sosiale gradienten i helse (Dahl et al., 2014; Kelly et al., 2016).

Frem til tidlig på 2000-tallet ble institusjonen som skulle yte elektiv behandling av en pasient, i stor grad bestemt av pasientens bosted. Over tid har pasienter fått større mulighet til å påvirke behandlingssted, og ved innføringen av fritt sykehusvalg i 2001 ble det åpnet for at pasienter kunne velge å motta elektiv behandling ved andre sykehus enn det lokale. Regionale helseforetak (RHF) har også i økende grad inngått avtaler med private tilbydere, og pasienter har da kunnet velge disse. Både muligheten til å velge offentlige behandlingssteder og private med avtale ble videreført under ordningen fritt behandlingsvalg i 2015 – som i tillegg inkluderte en ny utvidelse, ofte omtalt som *godkjenningsordningen*. Godkjenningsordningen i fritt behandlingsvalg (GFBV) innebar, og innebærer fremdeles, at private tilbydere uten RHF-avtale kunne søke Helfo om å bli godkjente leverandører av utvalgte behandlinger. Innenfor GFBV kan pasienter som er vurdert å ha rett til en behandling, velge slike godkjente GFBV-institusjoner, og refusjonene til GFBV-institusjonene er finansiert gjennom en omdisponering av midler fra RHF-ene. Det er dermed ingen økte bevilgninger knyttet til GFBV totalt sett.

Effektene av økt valgfrihet og private tilbydere reiser en rekke interessante spørsmål, og fordeler og ulemper ved denne utviklingen debatteres i forskningslitteraturen så vel som i det offentlige ordskiftet (Dagens Medisin, 2020; Helse Vest, 2014). Argumenter mot økt valgfrihet og privatisering har blant annet vært at ressurser flyttes fra behandling av sammensatte og kompliserte tilstander i offentlige helsetjenester til behandling av enkle tilstander hos private tilbydere, at det særlig tilgodeser ressurssterke pasientgrupper, og at det kan bidra til et todelt helsesystem ved at verdifull medisinsk kompetanse flyttes fra offentlige til private tilbydere. Argumenter for har blant annet vært utvidet kapasitet og at konkurranse gir høyere kvalitet eller mer effektive tjenester. Det er naturligvis svært vanskelig å dokumentere slike mulige kausale effekter på en empirisk pålitelig måte, og vi gjør heller ikke noe forsøk på det i denne artikkelen. Formålet med artikkelen er å beskrive demografiske og sosioøkonomiske kjennetegn ved pasientene som benyttet seg av somatiske tjenester i GFBV i 2017, og sammenlikne disse med pasienter som hadde vært til somatisk behandling i poliklinikk eller hos avtalespesialister med de samme ICD-10-diagnosene.

Materiale og metode

Forskriften for fritt behandlingsvalg (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015) regulerer hvilke diagnoser og prosedyrer som omfattes av godkjenningsordningen, og den opererer med syv såkalte «tjenestetyper»: hjerte og kar; gynekologi; øye; bevegelsesapparatet; fordøyelsessystemet; urologi, nyre og urinveier; og hud og plastikkirurgi. Konkrete eksempler på behandlinger og prosedyrer inkluderer hjerteutredning med arbeids-EKG og ultralyd, grå stær, karpaltunnelsyndrom, gastroskopi, koloskopi, brokkoperasjon lår/lyske og brystreduerende operasjoner. Mens det var en del GFBV-institusjoner som tilbød tjenester innen

hjerter og kar, og noen innen bevegelsesapparatet, var tilbudet i de andre tjenestetypene lite eller fraværende i 2017. Ifølge Helsedirektoratet var det totalt 1792, 4435, 7949 og 14 988 pasienter som mottok behandling i somatiske GFBV-institusjoner i hhv. 2016, 2017, 2018 og 2019 (Helsedirektoratet, 2020). I 2019 utgjorde de samlede refusjonene til somatiske behandlinger 60 millioner kroner, og totalt ble 287 millioner refundert til alle behandlingsområder og leverandører gjennom godkjenningsordningen. Refusjonene til behandlinger gjennom GFBV har økt betydelig de siste årene; for somatikk ble refusjonene mer enn doblet fra 2016 til 2019 (Helsedirektoratet, 2020).

For å beskrive kjennetegn ved dem som brukte GFBV, koblet vi individdata for alle bosatte i Norge fra Statistisk sentralbyrå (SSB) med alle refusjoner i Registeret for kontroll og utbetalinger av helserefusjoner (KUHR) ved hjelp av prosjektspesifikt kryptert fødselsnummer. Vi hadde tilgang til data for flere år til og med 2017, men vi tok ikke med refusjoner for 2015 og 2016 fordi det var få og datakvaliteten er mer usikker (Helsedirektoratet, 2017).

KUHR inneholder refusjonskrav fra behandlere og helseinstitusjoner til Helfo med en egen kode for GFBV-refusjoner. Vi benyttet refusjoner i KUHR til somatiske spesialisthelsetjenester, det vil si fra poliklinikker, avtalespesialister og GFBV-institusjoner, for behandling av pasienter med ICD-10-diagnosene som det var gitt GFBV-refusjon for i 2017.

Utvalget vårt bestod dermed av alle pasienter med en slik diagnose fra poliklinikk, avtalespesialist eller GFBV-institusjon i 2017. Noen pasienter hadde flere konsultasjoner for slike diagnoser i 2017, og vi baserte oss da på den første. Tabell 1 viser antall pasienter i utvalget etter ICD-10-diagnosebokstav, fordelt på pasienter med og uten refusjon i GFBV.

Fra KUHR hentet vi den dikotome utfallsvariabelen som viser om det var gitt refusjon for pasienten innenfor GFBV eller ikke i 2017. Denne variabelen er grunnlaget for institusjonens refusjon fra Helfo, og kvaliteten antas derfor å være god. Den er også grunnlaget for Helsedirektoratets statistikk om GFBV (Helsedirektoratet, 2017; **Helsedirektoratet**, 2020). Videre benyttet vi diagnosene i KUHR til å definere en kategorisk variabel for de syv tjenestetypene (hjerter og kar; gynekologi; øye; bevegelsesapparatet; fordøyelsessystemet; urologi, nyre og urinveier; og hud og plastikkirurgi).

Fra SSB-dataene definerte vi følgende variabler (i 2017): *kvinne* (vs. mann), *alder* (hele år), *gift eller samboer* (vs. verken gift eller samboer), *utdanning* (kun fullført grunnskole, videregående, kort høyere utdanning og lang høyere utdanning), *grad innen helsefag* (fullført universitets- eller høyskoleutdanning i medisin, farmakologi, fysioterapi, sykepleie, o.l. vs. ingen slik grad) og *inntekt* (pensjonsgivende inntekt). I tillegg hadde vi informasjon om pasientens bostedskommune i 2017 og kommunen der GFBV-institusjonen var lokalisert.

Vi startet med å beskrive kjennetegn som bosted, alder, kjønn osv. for dem som hadde benyttet GFBV. Deretter gjorde vi det samme for dem som var behandlet for de samme diagnosene i 2017 utenfor GFBV, dvs. i vanlig poliklinikk eller hos avtalespesialist. Til sist benyttet vi bivariate logistiske modeller med den dikotome variabelen GFBV som utfall, og vi kjørte separate modeller for hver av de ovennevnte variablene som forklaringsvariabel. I tillegg til slike bivariate logistiske modeller kjørte vi også multivariate logistiske modeller med samtidig justering for alder og kjønn, dvs. at vi i tillegg til den ene spesifikke forklaringsvariabelen også la til kjønn og alder (definert som over) som forklaringsvariabler. Vi rapporterte odds ratioer (OR) for den spesifikke forklaringsvariabelen med 95-prosent konfidensintervaller.

Prosjektet behandler aidentifiserte individdata for hele befolkningen over en rekke år og fra flere registre. Prosjektet er godkjent av REK (2017/373/REK sør-øst D) og finansiert av Norges forskningsråd.

Tabell 1. Antall pasienter som mottok somatisk behandling innenfor GFBV i 2017 etter diagnosegrupper, og antall pasienter som mottok behandling i somatisk poliklinikk eller avtalespesialist i 2017 med de samme diagnosene.

ICD-10 bokstav		Hyppigst forekommende diagnose (alle siffer) blant GFBV-pasientene	GFBV	Poliklinikk eller avtalespesialist
G	Sykdommer i nervesystemet	G560 Karpaltunnelsyndrom (n = 131)	147	11 268
I	Sykdommer i sirkulasjonssystemet	I10 Essensiell hypertensjon (n = 233)	1061	12 916
K	Sykdommer i fordøyelsessystemet	K649 Uspesifiserte hemoroider (n = 127)	594	14 863
R	Symptomer, tegn, unormale kliniske funn og laboratoriefunn, ikke klassifisert annet sted	R074 Uspesifiserte brystmerter (n = 117)	556	9315
Z	Faktorer som har betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten	Z048 Undersøkelse eller observasjon av annen spesifisert årsak (n = 929)	1603	5065
A, C, D, E, H, J, L, M, N, O, Q		H251 Kjernestør hos eldre (n = 78)	337	47 794
Total			4298	101 221

Note: ICD-10-bokstaver med færre enn 100 GFBV-pasienter er slått sammen.
 Datakilde: KUHR

Tabell 2. Kjennetegn ved pasientene som mottok somatisk behandling under GFBV i 2017 (kolonne 1), og ved pasienter behandlet for de samme diagnosene i somatisk poliklinikk eller avtalespesialist i 2017 (kolonne 2), samt odds ratioer (OR) med 95 % konfidensintervall (95 % KI) fra logistiske modeller med GFBV som avhengig variabel og angitt kjennetegn ved pasientene som uavhengig variabel, uten (kolonne 3 og 4) og med (kolonne 5 og 6) korreksjon for alder og kjønn.

	GFBV	Poliklinikk eller avtalespesialist	Bivariate logistisk regresjoner		Multivariate logistiske regresjoner (korrigert for alder og kjønn)	
			OR	95% KI	OR	95% KI
Kvinner	52 %	49 %	1,136*	[1,069,1,208]		
Alder (år)	54,2	60,3	0,981*	[0,979,0,982]		
Gift eller samboer	56 %	66 %	0,678*	[0,638,0,721]	0,908*	[0,846,0,974]
Utdanning						
Grunnskole	27 %	26 %	1,157*	[1,071,1,248]	1,015	[0,939,1,097]
Videregående	40 %	45 %	Referanse		Referanse	
Høy utdanning, kort	25 %	22 %	1,275*	[1,179,1,379]	1,171*	[1,081,1,268]
Høy utdanning, lang	9,2 %	8,2 %	1,260*	[1,126,1,409]	1,204*	[1,076,1,347]
Helsefaglig utdanning	4,4 %	3,9 %	1,149	[0,991,1,334]	1,096	[0,943,1,275]
Inntekt (kroner)	361 818	331 174	1,000*	[1,000,1,000]	1,000	[1,000,1,000]
Bosted						
Området til Sør-Øst RHF	91 %	55 %	39,53*	[24,183,64,629]	38,63*	[23,627,63,152]
Området til Vest RHF	7,7 %	29 %	6,227*	[3,768,10,290]	6,066*	[3,671,10,026]
Området til Midt RHF	0,4 %	8,8 %	Referanse		Referanse	
Området til Nord RHF	0,7 %	7,7 %	2,008*	[1,086,3,715]	2,063*	[1,115,3,816]
Tjenestetyp						
Hjerte og kar	48 %	25 %	9,739*	[8,402,11,288]	10,94*	[9,423,12,693]
Gynekologi	0,1 %	9,1 %	0,0384*	[0,012,0,120]	0,0418*	[0,013,0,131]
Øye	1,8 %	5,8 %	1,572*	[1,207,2,046]	2,073*	[1,585,2,710]
Bevegelsesapparatet	4,6 %	23 %	Referanse		Referanse	
Fordøyelsessystemet	43 %	19 %	11,70*	[10,082,13,567]	12,18*	[10,482,14,144]
Urologi	2,6 %	19 %	0,665*	[0,526,0,841]	0,907	[0,707,1,163]
Observasjoner	4 298	101 221		105 519		105 519

* Statistisk signifikans på 5-prosent-nivå.
 Datakilder: KUHR og Statistisk sentralbyrå.

Resultater

Totalt 4298 pasienter hadde vært til somatisk GFBV-behandling i 2017 (første kolonne i tabell 2). Over 90 prosent var bosatt i opptaksområdet til Helse Sør-Øst, 8 prosent i opptaksområdet til Helse Vest, og svært få eller ingen i opptaksområdet til Helse Midt-Norge og Helse Nord.

Kommuner med GFBV-institusjon er markert i rødt i kartet i figur 1, og de røde og mørkeblå kommunene hadde innbyggere som benyttet seg av GFBV i 2017. GFBV ble i hovedsak benyttet av personer bosatt i kommuner med en slik institusjon eller i nabokommuner.

Totalt 48 prosent av pasientene fikk behandling innen tjenestetypen hjerte/karlidelser, 43 prosent innen fordøyelsessystemet, 5 prosent bevegelsesapparatet, 3 prosent urologi og 2 prosent øye (første kolonne i tabell 2); 52 prosent var kvinner, og gjennomsnittsalderen var 54 år. Av pasientene var 57 prosent gift eller samboere, 34 prosent hadde høyere utdanning, og 4 prosent hadde helsefaglig utdanning.

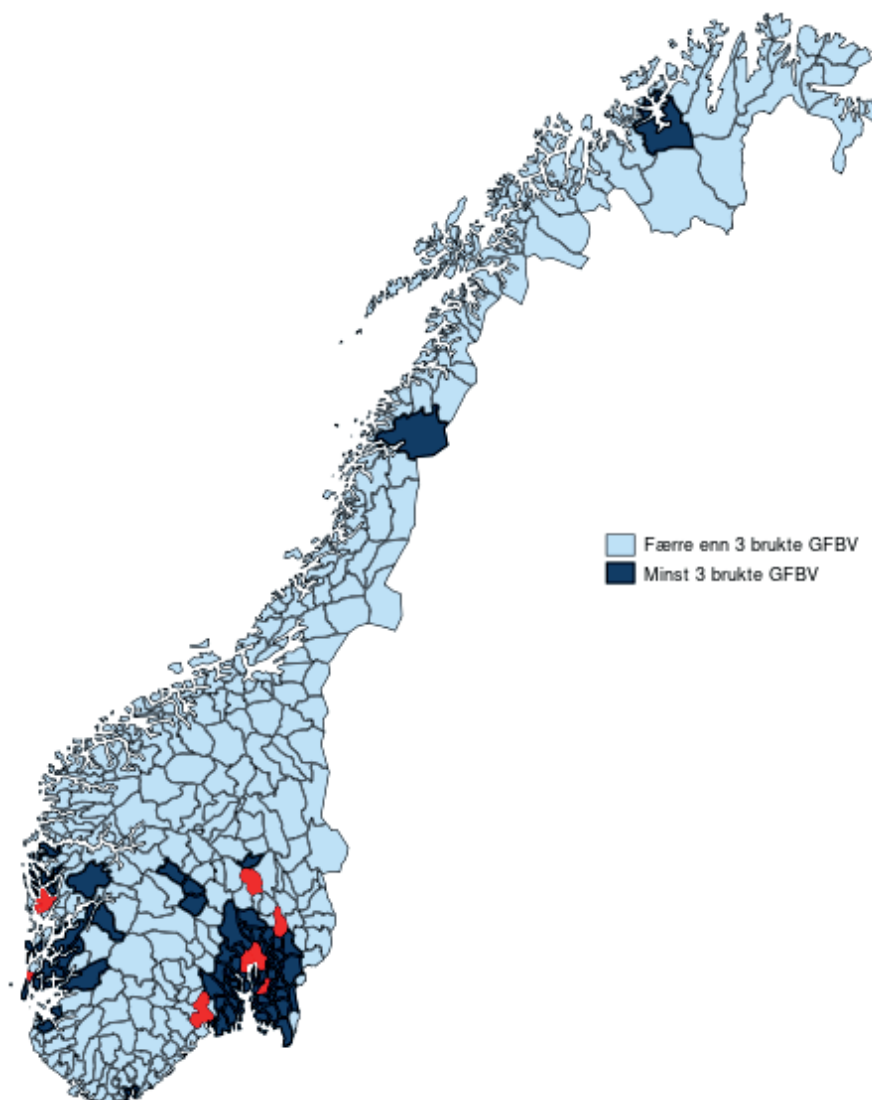
Hele 101 221 pasienter var til somatisk behandling i poliklinikk eller hos avtalespesialister i 2017 med de samme ICD-10-diagnosene som de 4298 GFBV-pasientene (tabell 1). Av disse var 49 prosent kvinner, og gjennomsnittsalderen var 60 år (andre kolonne i tabell 2). Totalt 66 prosent av pasientene var gift eller samboere, 30 prosent hadde høyere utdanning, og 4 prosent hadde helsefaglig utdanning. Av pasientene var 55 prosent bosatt i opptaksområdet til Helse Sør-Øst, 29 prosent i opptaksområdet til Helse Vest, og de resterende var jevnt fordelt mellom opptaksområdene til Helse Midt-Norge og Helse Nord. Totalt 25 prosent av pasientene fikk behandling innen tjenestetypen hjerte/karlidelser, 19 prosent innen fordøyelsessystemet, 23 prosent bevegelsesapparatet, 19 prosent urologi og 6 prosent øye.

Den ujusterte oddsratioen (OR) for at kvinner (menn er referanse) benyttet GFBV i stedet for poliklinikk eller avtalespesialist, var 1,14 (95 % KI 1,07–1,21). Tilbøyeligheten for å benytte GFBV fremfor poliklinikk eller avtalespesialist falt med alderen (OR 0,98; 95 % KI 0,979–0,982). Gifte og samboende pasienter hadde lavere ujustert tilbøyelighet til å benytte GFBV enn pasientene i poliklinikk eller avtalespesialist (OR 0,678; 95 % KI 0,638–0,721).

For utdanning (videregående er referansegruppe) var den ujusterte OR 1,16 (95 % KI 1,07–1,25) for dem med kun grunnskole, 1,28 (95 % KI 1,18–1,38) for dem med kort høyere utdanning og 1,26 (95 % KI 1,13–1,41) for dem med lang høyere utdanning. For pasienter med helsefaglig utdanning dekker konfidensintervallet 1. Pasienter med høyere inntekt benyttet GFBV statistisk signifikant oftere enn andre pasienter, men den ujusterte OR er så marginalt høyere enn 1 at det ikke er synlig når vi oppgir resultatet med 3 desimaler (95 % KI 1,000–1,000).

For bosted (Helse Midt-Norge er referansegruppe) var OR 40 (95 % KI 24–65) for dem som var bosatt i opptaksområdet til Helse Sør-Øst, 6,23 (95 % KI 3,77–10,29) for dem i opptaksområdet til Helse Vest og 2,01 (95 % KI 1,09–3,72) for Helse Nord. For de syv tjenestetypene (bevegelsesapparatet er referansegruppe) var OR hhv. 11,7 (95 % KI 10,08–13,57), 9,74 (95 % KI 8,40–11,29) og 1,57 (95 % KI 1,21–2,05) for fordøyelsessystemet, hjerte/kar og øye, mens OR var hhv. 0,67 (95 % KI 0,53–0,84) for urologi og 0,04 (95 % KI 0,01–0,12) for gynekologi.

I de to siste kolonnene i tabell 2 justerte vi samtidig for alder og kjønn. De med lang høyere utdanning benyttet også i disse modellene GFBV signifikant mer enn de med videregående skole, mens konfidensintervallet for inntekt dekker 1. Sivilstatus har mindre betydning. Resultatene for bosted likner mye på de ujusterte funnene, og det samme gjelder de syv tjenestetypene.



Figur 1. Somatisk behandling innenfor GFBV i 2017 for innbyggere etter bostedskommune. Kommuner i rødt hadde minst én GFBV-institusjon med refusjoner for somatisk behandling i 2017, og alle kommuner med en slik institusjon hadde innbyggere som benyttet GFBV i 2017.

Datakilder: KUHR og Statistisk sentralbyrå (kommunestrukturen i 2017 er benyttet).

Diskusjon

Pasientene som fikk behandling ved en privat institusjon under godkjenningsordningen i Fritt behandlingsvalg (GFBV) i 2017, hadde en sterk tendens til å være bosatt i og rundt kommunene med et slikt tilbud. GFBV ble derfor i all hovedsak benyttet av personer som bor i og rundt de store byene sør i Norge. Vi sammenliknet GFBV-pasientene i 2017 med alle andre pasienter som fikk behandling for de samme ICD-10-diagnosene i poliklinikk eller hos avtalespesialist samme år. Sammenlikningen viste en klar statistisk signifikant høyere bruk av GFBV-ordningen blant pasienter bosatt i opptaksområdet til Helse Sør-Øst og Helse Vest enn ellers i landet, også etter at vi hadde kontrollert for alder og kjønn. Denne sammenhengen kan komme av flere forhold. For eksempel kan det tenkes at helsetjenestene, kanskje særlig fastlegen eller helseforetak med nærhet til en GFBV-institusjon, har mer kunnskap

om ordningen og dermed gir pasienten mer informasjon (Beckert, 2018). Det finnes også en stor internasjonal litteratur som viser at pasienter som bor lenger unna helsetjenestene, benytter dem mindre enn pasienter som bor nærmere (f.eks. Nemet & Bailey, 2000; O'Reilly et al., 2001; Strauss et al., 2006) – til tross for tegn til at de som bor lenger unna, har dårligere helse enn de som bor nærmere (Kelly et al., 2016). I Norge har Raknes og medforfattere sett på variasjon i reiseavstand til legevakt på Sørlandet, og de finner også at personer som bor lenger unna, sjeldnere besøker legevakten, også for akutte tilstander (Raknes et al., 2013; 2014a; 2014b). I lys av denne litteraturen er det ikke overraskende at plassering av GFBV-institusjonene i og rundt de store byene sør i Norge har ført til at det først og fremst er pasienter bosatt i sentrale strøk i Sør-Norge, som har benyttet GFBV.

Våre resultater viste også at pasienter med høyere utdanning generelt er mer tilbøyelig til å benytte GFBV-ordningen enn andre. Tilsvarende assosiasjoner er også funnet i tidligere studier (Propper, 2018; Cookson et al., 2016; Morris et al., 2005; Fiva et al., 2014). En av årsakene til dette kan være at pasienter med høyere utdanning i større grad kjenner til ordningen, men det kan også skyldes at utdanningsnivå henger sammen med andre forhold som påvirker valg av behandlingssted, slik som alder fordi utdanningsnivået er lavere i den eldre befolkningen. Vi fant imidlertid at den høyere bruken av GFBV i grupper med høy utdanning bestod etter at vi hadde kontrollert for alder og kjønn.

Alder var i seg selv negativt assosiert med bruk av GFBV-ordningen. Årsakene til dette er trolig mange og sammensatte, men eldre pasienter har ofte flere komorbiditeter som kan innebære at de standardiserte behandlingene som tilbys i GFBV-institusjoner, ikke er like egnet for denne gruppen. I høringen før innføringen av GFBV var Helse Vest bekymret «for at ordningen vil føre til at de enkle tilstandene får høyere prioritet og raskere helsehjelp, på bekostning av sammensatte og kompliserte tilstander og andre fagområde som skal prioriteres høyest ved ivaretagelse av sørge-for-ansvaret til de regionale helseforetakene» (Helse Vest, 2014). Nylig har også toppledelsen i Helse Sør-Øst uttrykt bekymringer rundt kvalitet og oppfølging av GFBV-institusjoner og argumentert for at RHF-avtaler med private tilbydere gir både bedre ressursutnyttelse og er et bedre utgangspunkt for oppfølging av leverandører enn GFBV (Dagens Medisin, 2020).

En styrke ved vår studie er at vi dekker samtlige pasienter i Norge som har fått behandling i GFBV-ordningen på somatisk institusjon i 2017 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015), og at vi har kunnet sammenlikne dem med alle andre pasienter i Norge som fikk behandling for de samme diagnosene i poliklinikk eller hos avtalespesialist. Men vi har ikke kunnet koble på prosedyrer, da prosedyrekodene ikke er pålitelig registrert i KUHR, og GFBV-institusjonenes registrering i Norsk pasientregister (der prosedyrekodene er mer pålitelige) har vært for mangelfull (Helsedirektoratet, 2017). Dette dataproblemet innebærer at vi har måttet sammenlikne GFBV-pasientene med pasienter med samme diagnoser i vanlig poliklinikk og hos avtalespesialist, og at vi ikke har kunnet avgrense til de aktuelle prosedyrene. Følgelig består trolig sammenlikningsgruppen vår av flere pasienter enn dem som *kunne* benyttet GFBV-ordningen. Vi har derfor *ikke* beregnet andelen av pasientene i Norge som benyttet GFBV blant alle pasientene som juridisk sett kunne benyttet GFBV – vi har kun sett på kjennetegn ved pasientene innenfor de angitte diagnosegruppene som faktisk benytter GFBV. Fra et overordnet samfunnsperspektiv fanger vår analyse fordelingen av GFBV på ulike pasientgrupper, men den sier ingenting om hvorvidt GFBV når ut til de gruppene som man ønsket å nå, eller om effektene av GFBV er i overensstemmelse med intensjonene. En ytterligere svakhet er at vi ikke har hatt tilgang til nyere data enn fra 2017, og det blir derfor interessant å se fremtidig forskning som kan følge utviklingen i hvem som benytter GFBV over tid.

Ytterligere forskning er nødvendig for å forstå bedre hvorfor noen pasienter benytter GFBV mer enn andre. En mulig forklaring ut over reiseavstand kunne være tilgang til informasjon om ordninger og evne til å navigere systemet. En annen kunne være komorbiditeter som kan bidra til å komplisere transport eller behandling ved GFBV-institusjonene, som i noen grad er organisert for å gjennomføre standardiserte prosedyrer. Ulike preferanser i befolkningen for å benytte private tilbydere kan også tenkes å være en forklaring. Sosio-økonomisk gradient i bruk av GFBV vil videre kunne reflektere faktorer på tilbudssiden, for eksempel ved at de private GFBV-institusjonene tilbyr behandlinger som er mest relevant for noen pasientgrupper eller at de etablerer seg i områder der innbyggerne har høy sosio-økonomisk status (Gaynor & Town, 2011).

Det vil være svært viktig for utformingen av fremtidens norske helsetjenester å få frem forskning som kan belyse om økt valgfrihet og privatisering har påvirket effektiviteten og kvaliteten i det norske helsevesenet, samt om forskyvninger av pasienter med høy utdanning til private tilbydere har bedret (eller kan bedre) tilgangen til eller kvaliteten på de offentlige tjenestene for resten av befolkningen. Tidligere studier har påvist klare assosiasjoner mellom høyere utdanning og bedre helse, og basert på kvasiekperimentelle metoder har flere forfattere sågar argumentert for en årsakssammenheng (Cutler & Lleras-Muney, 2010; Fiva et al., 2014; Clark & Royer, 2013; Brunello et al., 2016). I hvilken grad ulik tilgang til og bruk av helsetjenester, inkludert ordninger som GFBV, kan påvirke den veletablerte sosiale gradienten i helse (Dahl et al., 2014), er et svært komplekst – men like fullt svært viktig – spørsmål å belyse bedre for å sikre gode helsetjenester for alle i fremtidens Norge.

Takkenote

Vi takker Norges forskningsråd for finansiering (GeoHealth, prosjektnummer 256678). Vi takker også Helfo, Norsk pasientregister og SSB for tilgang til data i prosjektet samt Vegard Håvik for databistand og Atle Fretheim og Merete Holtermann for nyttige kommentarer til tidligere utkast. Forfatterne står alene ansvarlig for analysene og tolkningene.

Litteratur

- Beckert, W., & Kelly, E. (2017). Divided by choice? Private providers, patient choice and hospital sorting in the English national health service. *ISF Working Paper W17/15*.
- Beckert, W. (2018). Choice in the presence of experts: The role of general practitioners in patients' hospital choice. *60*, 98–117.
- Brunello, G., Fort, M., Schneeweis, N., & Winter-Ebmer, R. (2016). The causal effect of education on health: what is the role of health behaviors? *Health Econ*, *25*(3), 314–336.
- Clark, D., & Royer, H. (2013). The effect of education on adult mortality and health: evidence from Britain. *American Economic Review*, *103*(6), 2087–2120.
- Cookson, R., Propper, C., Asaria, M., & Raine, R. (2016). Socio-economic inequalities in health care in England. *Fiscal Studies*, *37*(3–4), 371–403.
- Cutler, D., & Lleras-Muney, A. (2010). Understanding differences in health behaviors by education. *Journal of Health Economics*, 1–28.
- Dagens Medisin. (<https://www.dagensmedisin.no/artikler/2020/02/13/advarer-mot-folger-av-hoies-prestisjereform/>). Advarer mot følger av Høies prestisjereform. *Dagens Medisin*.
- Dahl, E., Bergsli, H., & van der Wel, K. A. (2014). *Sosial ulikhet i helse: En norsk kunnskapsoversikt (Hovedrapport)*. OsloMet.
- Fiva, J. H., Hægeland, T., Rønning, M., & Syse, A. (2014). Access to treatment and educational inequalities in cancer survival. *Journal of Health Economics*, *36*, 98–111.

- Gaynor, M., & Town, R. J. (2011). *Competition in health care markets. Handbook of Health Economics*, 2, 499–637. Elsevier.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). Forskrift om private virksomheters adgang til å yte spesialisthelsetjenester mot betaling fra staten (FOR-2015-10-29-1232), § 11, andre ledd, bokstav a–g. Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helsedirektoratet. (2017). *Status for Fritt behandlingsvalg – desember 2017*. Rapport IS-2681. Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2020). *Fritt behandlingsvalg. Årsrapport 2019*. Rapport IS-2889. Helsedirektoratet.
- Helse Vest. (2014). *Høringsuttalelse Helse Vest: Innføring av fritt behandlingsvalg i spesialisthelsetjenesten*. https://www.regjeringen.no/contentassets/b870d4125d6145b199ea7b254717c6c2/hv.pdf?uid=Helse_Vest.
- Kelly, C., Hulme, C., Farragher, T., & Clarke, G. (2016). Are differences in travel time or distance to healthcare for adults in global north countries associated with an impact on health outcomes? a systematic review. *BMJ Open*, 6(11).
- Morris, S., Sutton, M., & Gravelle, H. (2005). Inequity and inequality in the use of health care in England: an empirical investigation. *Social science & medicine*, 60(6), 1251–1266.
- Nemet, G. F., & Bailey, A. J. (2000). Distance and health care utilization among the rural elderly. *Social Science & Medicine*, 50(9), 1197–1208.
- O'Reilly, D., Stevenson, M., McCay, C., & Jamison, J. (2001). General practice out-of-hours service, variations in use and equality in access to a doctor: a cross-sectional study. *British Journal of General Practice*, 51(469), 625–629.
- Propper, C. (2018). Competition in health care: lessons from the English experience. *Health Economics, Policy and Law*, 13(3–4), 492–508.
- Raknes, G., Hansen, E. H., & Hunnskaar, S. (2013). Distance and utilisation of outof-hours services in a Norwegian urban/rural district: an ecological study. *BMC Health Services Research*, 13(1), 222.
- Raknes, G., Hansen, E. H., & Hunnskaar, S. (2014a). Reiseavstand og bruk av legevakt. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 134, 2151–2155.
- Raknes, G., Hansen, E. H., & Hunnskaar, S. (2014b). Reisetid og avstand til norske legevakter. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 134, 2145–2150.
- Ringard, Å., Sagan, A., Saunes, I. S., & Lindahl, A. (2013). Norway: Health system review. *Health Systems in Transition*, 15(8), 1–162.
- Ringard, Å., Sperre Saunes, I., & Sagan, A. (2016). The 2015 hospital treatment choice reform in Norway: Continuity or change? *120*, 350–355.
- Strauss, K., MacLean, C., Troy, A., & Littenberg, B. (2006). Driving distance as a barrier to glyceemic control in diabetes. *Journal of general internal medicine*, 21(4), 378.