

Betalingsmåter for teamarbeid i primærhelsetjenesten

Michael 2021; 18: Supplement 28: 100–9.

Teamarbeid i primærhelsetjenesten er politisk prioritert. Vi beskriver forsøket med primærhelseteam samt resultater fra forsøk i andre land. I forsøket er det to finansieringsordninger som prøves ut: Honorarmodellen og Driftstilskuddsmodellen. Mens honorarmodellen med per capita tilskudd og ytelsesbaserte takster bygger på etablert finansieringsordning for fastlegene, inneholder driftstilskuddsmodellen risikojustert per capita finansiering med en (liten) prestasjonsbasert komponent. Vi argumenterer for at en kombinasjon av risikojustert per capita finansiering, aktivitetsbasert finansiering og prestasjonsbasert finansiering er en hensiktsmessig finansieringsmåte i en framtidig fastlegeordning med primærhelseteam. Hvilken vekt man skal legge på hver av de tre komponentene, blir en viktig diskusjon.

Hvordan bør helsepersonell betales? Spørsmålet har vært sentralt i helseøkonomifaget gjennom flere tiår. Forskningsresultatene tyder på at betalingsmåten påvirker aktørenes tilpasning (1–3). I denne artikkelen beskriver vi de mest utbredte betalingsmåtene i primærlegetjenesten i Norge. Vi redegjør for aktuelle internasjonale trender innen betalingssystemer, og beskriver hvordan utviklingen av nye betalingssystemer kan sees i sammenheng med endringer i organisering og innhold. Vi kommer særlig inn på den senere tids utvikling av betalingsmåter for avlønning av team i primærhelsetjenesten.

Pasientlister og nytt betalingssystem ble innført med fastlegereformen i 2001. Pasientlister og betalingssystem er virkemidler for å nå samfunnets mål om kvantitet, kvalitet og tilgjengelighet til primærlegetjenesten. Med listesystem plasseres og avgrenses legens ansvar for primærlegetjenester til egne listeinnbyggere. Fastlegereformen skulle forbedre tjenestekvaliteten

ved å sikre kontinuitet i lege-pasient-forholdet, og bedre tilgjengelighet i form av kortere ventetider.

Tall fra Statistisk sentralbyrås levekårsundersøkelser tyder på at ventetiden ble redusert etter innføringen av fastlegeordningen, fra omtrent ti dager i 1999 til seks dager i 2008 (4).

Miller beskriver en rekke viktige målsetninger myndighetene bør søke å oppnå ved utforming av et betalingssystem (5): Betalingssystemet bør oppmuntre til levering av tjenester i et omfang, og med den kvalitet som er ønskelig for samfunnet. Betalingssystemet bør stimulere til innovasjon, bidra til å redusere uønsket ulikhet i tilgjengelighet til tjenester, og bidra til å fordele risiko og usikkerhet om helseutfall og kostnader på en fordelaktig måte for samfunnet som helhet. Nødvendigheten av samhandling mellom flere tjenesteleverandører har fått økende oppmerksomhet de senere årene. Både samhandlingsreformen og senere tids initiativ for å etablere primærhelseteam som en enhetlig tjenesteleverandør i primærhelsetjenesten, er eksempler på dette. Et ideelt betalingssystem bør oppmuntre til fordelaktig samhandling mellom ulike behandlere og behandlingsnivåer.

I praksis kan ingen betalingssystemer oppfylle alle målsetninger fullt ut, og ethvert betalingssystem vil ha positive og negative sider. Valg mellom betalingssystemer innebærer derfor et valg mellom egenskaper planleggeren syns er viktige og egenskaper som er mindre viktige.

Fastlegeordningen fra 2001

Et betalingssystem er en matematisk formel som knytter størrelsen på betalingen til en eller flere observerbare variabler. Privatpraktiserende fastleger mottar betaling avhengig av hvor mange pasienter de har på sine lister, såkalt per capita-finansiering. I tillegg mottar de betaling per konsultasjon og betaling for ulike prosedyrer eller prøver, såkalte aktivitetsbaserte ytelser eller stykkpris. Takstene som danner grunnlag for de aktivitetsbaserte ytelsene, fastsettes på bakgrunn av årlige forhandlinger mellom Staten og Legeforeningen, og sammenstilles i den såkalte *normaltariffen*.

Komponentene i betalingssystemet har ulike egenskaper. Per capita-komponenten er uavhengig av *hvordan* og *hvor mye* legen eller primærhelseteamet behandler sine pasienter, samtidig som inntektene fra denne komponenten blir større når antallet listepasienter øker. Betaling basert utelukkende på per capita finansiering motiverer derfor legen til å ta ansvar for mange pasienter. Siden økt aktivitet (flere tjenester til pasientene) kun medfører økte kostnader og ikke større inntekter for praksisen, kan utfallet bli et lavere tjenestevolum enn ønskelig. I rene per capita systemer spiller derfor behandlerens egen motivasjon for pasientbehandling en helt avgjø-

Avlønningsform	Avlønningsformel	Særtrekk ved betalingsystemet
[A] Rendyrket per capita betaling	Driftsinntekt = # pasienter * per capita sats (kr)	<ul style="list-style-type: none"> – Ingen usikkerhet knyttet til myndighetenes totale utgifter. – Usikkerhet for legen med hensyn til egne kostnader, siden kostnader til pasientbehandling må dekkes av legen. – Oppmuntrer legene til å ta ansvar for mange pasienter – Oppmuntrer til lavt tjenestevolum – Oppmuntrer til pasientseleksjon: Kostbart for legene å ta ansvar for pasienter med stort behov for tjenester.
[B] Rendyrket aktivitetsbasert betaling	Driftsinntekt = #takster * takst (kr)	<ul style="list-style-type: none"> – Usikkerhet knyttet til myndighetenes totale utgifter. – Mindre inntektsusikkerhet for legen – Kan oppmuntre legene til å tilby stort tjenestevolum – Oppmuntrer ikke til pasientseleksjon: -- - Pasienter med stort behov for tjenester er ikke mer kostbare å behandle for den enkelte lege, siden det kan kompenseres med å behandle et mindre antall pasienter
[C] Rendyrket fastlønn eller Fast driftstilskudd	Driftsinntekt = fast årlig beløp (kr)	<ul style="list-style-type: none"> – Ingen usikkerhet knyttet til myndighetenes totale utgifter. – Oppmuntrer til lavt tjenestevolum – Oppmuntrer ikke til pasientseleksjon: Pasienter med stort behov for tjenester er ikke mer kostbare å behandle for den enkelte lege.
[D] Kombinasjon av per capita betaling og aktivitetsbasert betaling	Driftsinntekt = #pasienter * per capita sats (kr) + #takster * takst (kr)	<ul style="list-style-type: none"> – Noe usikkerhet knyttet til myndighetenes totale utgifter. – Noe usikkerhet for legen med hensyn til egne kostnader, men mindre enn under (A). – Oppmuntrer legene til å ta ansvar for mange pasienter – Kan oppmuntre til større tjenestevolum enn under (A) – Kan oppmuntre til pasientseleksjon: Kostbart for legene å ta ansvar for pasienter med stort behov for tjenester siden det blir vanskeligere å samtidig ta ansvar for mange pasienter.
[E] Kombinasjon av fastlønn eller Fast driftstilskudd og aktivitetsbasert betaling	Driftsinntekt = fast årlig beløp (kr) + #takster * takst (kr)	<ul style="list-style-type: none"> – Noe usikkerhet knyttet til de myndighetenes totale utgifter. – Noe usikkerhet for legen med hensyn til egne kostnader, men mindre enn under (A). – Inntektene er uavhengig av om legen tilbyr mange tjenester til få pasienter, eller få tjenester til mange pasienter – Oppmuntrer til større tjenestevolum enn under (A)
[F] Bruk av risikostjustert per capita betaling, aktivitetsbasert betaling, og refusjon av sykepleierlønn.	Driftsinntekt = #pasienter * risikostjustert per capita sats (kr) + #takster * takst (kr) + refusjon av (deler av) sykepleierlønnen	<ul style="list-style-type: none"> – Noe usikkerhet knyttet til myndighetenes totale utgifter. – Noe usikkerhet for legen med hensyn til egne kostnader, men mindre enn under (A). – Oppmuntrer legene til å ta ansvar for mange pasienter – Kan oppmuntre til større tjenestevolum enn under (A) – Med ideell risikostjustering kan insentivene til pasientseleksjon blir redusert i forhold til A og D

Tabell 1: Egenskaper ved ulike avlønningsformer

rende rolle. Det er vanlig å anta at helsepersonell opplever egen nytte av å bidra til at pasienter blir friske. Per capita-betaling alene gir insentiver til å yte *flå* tjenester til hver pasient. Annerledes er det med et betalingssystem basert utelukkende på aktivitetsbaserte takster. Slik stykkprisbetaling oppmuntrer til et høyt aktivitetsnivå, og både tjenesteomfang og kostnadsnivå kan bli høyere enn ønskelig (6). Newhouse refererer til betalingssystemer med ren per capita finansiering og ren aktivitetsbasert finansiering som ekstremtilfeller, og argumenterer for at et optimalt betalingssystem for helse-tjenester er et system som kombinerer ulike former for betaling: «*If pure fee-for-service results in overservicing and pure capitation in underservicing, the optimal scheme is a mixture*» (7). Newhouse sitt råd er altså å benytte et blandet betalingssystem som oppmuntrer til aktivitet og tjenestevolum og samtidig motiverer til anstrengelser for å begrense ressursbruken. Formålet med å kombinere per capita-finansiering og aktivitetsbasert finansiering er nettopp at de ulike komponentene ivaretar ulike helsepolitiske mål.

I tabell 1 oppsummerer vi særtrekk ved ulike betalingsordninger idet vi beskriver betalingsordninger som kombinerer flere ulike komponenter, og eventuelt inkluderer innslag av fast lønn og/eller såkalt resultatbasert betaling (pay for performance).

Betalingsmåter i forsøk med primærhelseteam

Forsøket med primærhelseteam (PHT) startet opp i 2018 med bakgrunn i stortingsmeldingen *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet* (8). Tabell 2 framstiller betalingsmåtene inkludert de sentrale komponenter i fastlegeordningen, slik at leseren skal kunne sammenligne.

Det ytes tilskudd til å ansette en primærhelseteamsykepleier per tre fastlegeårsverk. Primærhelseteamet skal følge opp pasienter med kronisk sykdom, med psykiske lidelser og rusavhengighet, skrøpelige eldre, personer med utviklingshemming og pasienter med funksjonsnedsettelse. Legekontorene er fordelt på to finansieringsmodeller: Honorarmodellen (12 legekontor) og driftstilskuddsmodellen (fem legekontor). I honorarmodellen er fastlegens betalingsmåte den samme som i dagens modell for fastlegeordningen. Sykepleieren er ansatt i et driftsselskap og mottar fast lønn. Lønna finansieres delvis av et fast driftstilskudd og delvis av aktivitetsavhengige takster. Målet er at takstene skal finansiere halvparten av sykepleierkostnaden. Hovedkomponenten i driftstilskuddsmodellen er driftstilskuddet, som består av to komponenter: listeinnbyggertilskudd og tilskudd som avhenger av aktivitet og kvalitet. I tillegg er det noen takster som er knyttet til egenandeler betalt av pasientene. Tabell 2 gir flere detaljer. Generelt er praksis-

Ordinær fastlegepraksis	Sats (kr)
Basistilskudd per år per person for de 1000 første listeinnbyggere (utbetales av kommunen)	577
Basistilskudd per år per person fra 1001 til 2500 listeinnbyggere	499
Takster	
Konsultasjon ved oppmøte hos fastlegen (takst 2 ad, betalt av pasienten dersom pasienten ikke har frikort)	160
Tillegg for tidsbruk ved konsultasjonsvarighet utover 20 min. per påbegynt 15 min (takst 2cd, 201,-betalt av HELFO og 10,- betalt av pasienten)	211
Tillegg for fastlege som er spesialist i allmenntilleggsmedisin (takst 2dd, 47,- betalt av HELFO og 52,- betalt av pasienten)	99
Forsøk med primærhelseteam: Honorarmodellen	
Betalingsystem for fastlege som ordinær fastlegepraksis	
Driftstilskudd per sykepleierårsverk	450 000
Takster	
Oppfølging hos sykepleier med minst 15 minutters varighet (takst S2a, betalt av pasienten dersom pasienten ikke har frikort)	160
Tillegg for tidsbruk ved oppfølging som varer utover 20 min. per påbegynt 15 min (takst S2c, 132 betalt av HELFO og 10 av pasienten)	142
Forsøk med primærhelseteam: Driftstilskuddsmodellen	
Driftstilskudd	1813,54
Listeinnbyggertilskudd basert på alder og kjønn (81,55%), Levekår (2,5%), Reiseavstand (2%)	86,33%
Dekningsgrad for pasientkontakter på egen liste	5,04%
Tilskudd basert på kvalitet: Andel helsepersonell med spesialisering (6,25%), Andel (pasientgruppe KOLS og Diabetes) med behandlingsplan/behandlingsmål (1%), Andel med gjennomført medikamentgjennomgang (1,5%), Dekningsgrad mulighet for timebestilling digitalt (0,2%) (fastlegeforskrift § 21)	8,63%
Takster	
Konsultasjon ved oppmøte hos fastlegen (takst 074a, betalt av pasienten dersom pasienten ikke har frikort)	160
Tillegg for fastlege som er spesialist i allmenntilleggsmedisin (takst 074c, betalt av pasienten dersom pasienten ikke har frikort)	52
Oppfølging hos sykepleier med minst 15 minutters varighet (takst 088b, betalt av pasienten dersom pasienten ikke har frikort)	160
Tillegg for tidsbruk ved oppfølging som varer utover 20 min. per påbegynt 15 min (takst 088e, betalt av pasienten dersom pasienten ikke har frikort)	10

Tabell 2: Utdrag av sentrale satser i betalingsystemet i den norske fastlegeordningen per november 2020.

inntektene i driftstilskuddsmodellen langt mindre aktivitetsavhengig enn hva inntektene i honorarmodellen er.

Forsøket skal foregå fram til 2023 og blir evaluert av en forskergruppe som er et samarbeid mellom Institutt for helse og samfunn (Universitetet i Oslo), Nasjonalt senter for distriktsmedisin (Universitetet i Tromsø) og Oslo Economics.

Evalueringer av andre forsøk med primærhelseteam

Forsøk med PHT er en del av en internasjonal utvikling. OECD (9) framhever teambasert primærhelsetjeneste som et virkemiddel for bedre kvalitet og effektivitet i tjenesten. De beskriver også mangfoldet av PHT-modeller.

Selv om PHT-modeller finnes i flere land, har få blitt evaluert. Fire modeller som har blitt evaluert, er Patient-Centered Medical Homes (PCMH) i USA, Family Health Teams (FHT) og Family Medicine Groups (FMG) i Canada og Multidisciplinary Group Practices (MGP) i Frankrike. Modellene fungerer ved at legekantor som deltar, får økonomiske belønninger, men for å delta må legekantor oppfylle ulike krav. Et felles krav er at legekantor må bestå av sykepleiere i tillegg til leger. Vi gir her en oversikt over resultatene fra evalueringer av modellene i USA, Canada og Frankrike. Evalueringene har undersøkt bruk av helsetjenester, utgifter til helsetjenester og kvalitetsindikatorer.

Patient-Centered Medical Homes, USA

PCMH implementeres som lokale pilotprosjekter, med egne evalueringer. Evalueringene har blitt oppsummert i ulike litteraturstudier. To tidlige litteraturstudier konkluderte med at evalueringene enten viste sprikende funn eller var resultatløse (10–11). En senere litteraturstudie fant at PCMH kun forbedret et fåtall av utfallene som ble undersøkt, og etterlyste samtidig kunnskap om hva som fungerer med modellen og hva som er mindre nyttig (12). Andre litteraturstudier har forsøkt å belyse effekten av PCMH på ulike pasientgrupper. De fant positive effekter på eldre pasienter (13), men ikke på pasienter med diabetes eller lav inntekt (14–15).

Family Health Teams og Family Medicine Groups, Canada

Unikt for modellene i Canada er at legekantor må tilby utvidet åpningstid og døgnåpen telefontjeneste. I tillegg introduserte FHT per capita finansiering, noe som har vist seg å være for kostbart og modellen skal derfor fases ut. Like før det ble bestemt at FHT skulle utfases, ble det lansert en stor deskriptiv evaluering av modellen. Hovedfunnet var at pasienter i FHT opplevde fastlegetjenesten som langt mer tilgjengelig og omfattende sam-

menlignet med pasienter i Ontario generelt (16). En tilhørende evaluering sammenlignet FHT med seks andre modeller for primærhelsetjenesten i Ontario. Evalueringen fant at FHT ga mer anbefalt behandling av diabetespasienter enn den tradisjonelle stykkpris-modellen, men fant ingen forskjeller mellom modellene på helsetjenestebruk (17). En evaluering av Quebecs FMG-modell fant nedgang i bruk av og utgifter til fastlegetjenester og spesialister, men ingen effekt på legevakt og sykehusinnleggelseser (18).

Multidisciplinary Group Practices, Frankrike

MGP har det unike kravet at legekantor må være etablert i rurale eller underbetjente urbane områder. Mousquès og kolleger evaluerte modellene i en serie av rapporter, hvorav to var effektevalueringer som sammenlignet MGP med den tradisjonelle stykkpris-modellen. Evalueringene fant at MGP var assosiert med høyere legeproduktivitet, lavere utgifter til legemidler og spesialister, og bedre kvalitet på tjenesten (19–20).

Diskusjon av finansieringsordninger for primærhelseteam

I honorarmodellen blir fastlegene betalt på samme måte som i dagens modell, mens sykepleierne blir finansiert med en kombinasjon av fast tilskudd per sykepleierårsverk og takster. I driftstilskuddsmodellen er de aktivitetsbaserte takstene i stor grad byttet ut med driftstilskudd som i hovedsak (86 %) avhenger av aldersjustert listelengde og i noen grad (14 %) av aktivitet og kvalitet. Forskjellen mellom modellene kan dermed forenkles til forskjellene mellom,

- a) kombinasjon av per capita finansiering og aktivitetsbasert finansiering (honorarmodellen)
- b) risikostjustert per capita finansiering med en (liten) prestasjonsbasert komponent (driftstilskuddsmodellen)

I driftstilskuddsmodellen blir de offentlige utgiftene til fastlegetjenesten stort sett bestemt av befolkningens størrelse og alderssammensetning. Det er dermed på kort sikt ingen usikkerhet knyttet til de offentlige utgifter til fastlegetjenesten. Den økonomiske usikkerheten er det legekantorene som bærer. Dersom den årlige per capita-satsen ikke dekker den årlige kostnaden til å behandle en pasient, er det legekantoret som selv må bære denne ekstra kostnaden i driftstilskuddsmodellen. I honorarmodellen blir denne kostnaden delt med det offentlige ved hjelp av de aktivitetsbaserte takstene. Denne forskjellen i finansieringsmåte får betydning for de økonomiske incitamentene til å yte helsetjenester. Siden legekantoret i driftstilskuddsmodellen bærer alle kostnadene ved helsetjenestene, er det ikke noe direkte

økonomisk insitament til å yte helsetjenester. Det er hensynet til pasientenes helse som er oppmuntringen til å yte helsetjenester. Dermed er det heller ikke noe økonomisk insitament til overbehandling, slik det kan være i ordninger med aktivitetsbaserte takster. Ulempen er samtidig at pasientene i driftstilskuddsmodellen kan motta færre tjenester enn hva hensynet til helsen tilsier. I noen tilfeller kan helsetjenestene ytes på fastlegekontoret eller i spesialisthelsetjenesten. Et eksempel kan være samtaleterapi ved lettere psykiske lidelser. Det er da et større økonomisk insitament til å henvise til spesialisthelsetjenesten i driftstilskuddsmodellen enn hva det er i honorarmodellen. Utover det profesjonelle engasjementet for pasientenes beste er det pasientenes valgfrihet og den prestasjonsbaserte belønning som oppmuntrer til god pasientbehandling i driftstilskuddsmodellen. I honorarmodellen er det pasientenes valgfrihet og i noen grad de aktivitetsbaserte takstene som spiller denne rollen. Vi ser dermed at begge modellene har sine fordeler og ulemper i å oppnå god pasientbehandling innenfor de ressursene samfunnet ønsker å stille til disposisjon. Tidligere i artikkelen refererte vi til Newhouse (7), som argumenterer for å blande betalings-systemer som hver for seg har både tiltalende og mindre tiltalende egenskaper. I en fastlegeordning med primærhelseteam vil det innebære en kombinasjon av risikojustert per capita finansiering, aktivitetsbasert finansiering og prestasjonsbasert finansiering. Hvilken vekt man skal legge på hver av de tre komponentene, blir en viktig diskusjon i forlengelsen av det forsøket som nå pågår.

Litteratur

1. Scott A. Economics of General Practice. I: Culyer AJ, Newhouse JP, red. *Handbook of Health Economics, Volume 1*. 1 utg. Elsevier Science B.V; 2000: 1175–1200.
2. Gosden T, Forland F, Kristiansen IS. Impact of payment system on behaviour of primary care physicians: a systematic review. *Journal of Health Services Research and Policy*. 2010; 6: 44–55.
3. Iversen T, Lurås H. Capitation and incentives in primary care. I: Jones AM, red. *The Elgar Companion to Health Economics*. Cheltenham, Northampton, MA: Edward Elgar; 2011: 280–288.
4. Godager G, Iversen T. *Brukernes erfaringer med fastlegeordningen 2001–2015*. HERO skriftserie 10/2016. Oslo: Universitetet i Oslo, 2016.
5. Miller HD. *Creating Payment Systems to Accelerate Value-Driven Health Care: Issues and Options for Policy Reform*. New York, NY: Commonwealth Fund, 2007.
6. McGuire TG. Physician agency. I: Culyer and Newhouse JP, red. *Handbook of Health Economics, Volume 1*. 1 utg. Elsevier Science B.V, 2000: 461–536.
7. Newhouse JP. Reimbursing health plans and health providers: efficiency in production versus selection. *Journal of Economic Literature*. 1996; 34: 1236–1263.
8. Meld. St. 26. (2014–2015). *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, 2015.
9. OECD, Health Policy Studies. *Realising the potential of primary health care*. Paris: OECD Publishing; 2020.
10. Jackson GL, Powers BJ, Chatterjee R et al. The patient centered medical home. A systematic review. *Ann Intern Med*. 2013; 158: 169–178.
11. Peikes D, Zutshi A, Genevro JL et al. Early evaluations of the medical home: building on a promising start. *Am J Manag Care*. 2012; 18:105–116.
12. Sinaiko AD, Landrum MB, Meyers DJ et al. Synthesis of research on patient-centered medical homes brings systematic differences into relief. *Health Affairs*. 2017; 36: 500–508.
13. Xu J. The patient-centered medical home and healthcare outcomes for older adults: a systematic review. *The Gerontologist*. 2016; 56: 405–406.
14. McManus LS, Dominguez-Cancino KA, Stanek MK et al. The patient-centered medical home as an intervention strategy for diabetes mellitus: a systematic review of the literature. *Curr Diabetes Rev*. 2021; 17: 317–331.
15. van den Berk-Clark C, Doucette E, Rottnek F et al. Do patient-centered medical homes improve health behaviors, outcomes, and experiences of low-income patients? A systematic review and meta-analysis. *Health Serv Res*. 2018; 53: 1777–1798.
16. The Conference Board of Canada. *Final report: an external evaluation of the family health team (FHT) initiative*. Ottawa: The Conference Board of Canada, 2014.
17. Glazier RH, Hutchison B, Kopp A. *A comparison of family health teams to other Ontario primary care models, 2004/05 to 2011/12*. Toronto: Institute for Clinical Evaluative Sciences, 2015.
18. Strumpf E, Ammi M, Diop M et al. The impact of team-based primary care on health care services utilization and costs: Québec's family medicine groups. *Journal of Health Economics*. 2017; 55: 76–93.

19. Mousquès J, Daniel F. *Multiprofessional group practices generate gains in terms of productivity and expenditures*. Questions d'économie de la santé n°210. Paris, Irdes (Institute Research And Documentation In Economy De La Santé), 2015.
20. Mousquès J, Daniel F. *The impact of multiprofessional group practices on the quality of general practice*. Questions d'économie de la santé n°211. Paris, Irdes (Institute Research And Documentation In Economy De La Santé), 2015.

Geir Godager
geir.godager@medisin.uio.no
Avdeling for helseledelse og helseøkonomi
Institutt for helse og samfunn
Universitetet i Oslo
Postboks 1089 Blindern
0318 Oslo

Geir Godager er samfunnsøkonom og førsteamanuensis ved Avdeling for helseledelse og helseøkonomi, Institutt for helse og samfunn.

Tor Iversen
tor.iversen@medisin.uio.no
Avdeling for helseledelse og helseøkonomi
Institutt for helse og samfunn
Universitetet i Oslo
Postboks 1089 Blindern
0318 Oslo

Tor Iversen er samfunnsøkonom og professor ved Avdeling for helseledelse og helseøkonomi, Institutt for helse og samfunn.

Øyvind Snilsberg
oyvind.snilsberg@medisin.uio.no
Avdeling for helseledelse og helseøkonomi
Institutt for helse og samfunn
Universitetet i Oslo
Postboks 1089 Blindern
0318 Oslo

Øyvind Snilsberg er samfunnsøkonom og stipendiat ved Avdeling for helseledelse og helseøkonomi, Institutt for helse og samfunn.