

Øyvind M. Berge og Christer Hyggen

# **Framveksten av private helseforsikringer i Norden**



Øyvind M. Berge og Christer Hyggen

## **Framveksten av private helseforsikringer i Norden**

© Fafo 2010  
ISSN 0804-5135

Trykk: Allkopi AS

# Innhold

Forord .....	5
<b>1 Helseforsikringer i Norden .....</b>	<b>7</b>
1.1 Innledning og bakgrunn .....	7
<b>2 Helseforsikringer i de nordiske landene.....</b>	<b>13</b>
2.1 Norge .....	13
2.2 Sverige .....	18
2.3 Danmark .....	22
<b>3 Avsluttende drøftinger .....</b>	<b>29</b>
Referanser .....	33



# Forord

Dette notatet er utformet til LOs møteserie «Politikk til Frokost», som arrangeres på Restaurant FOLK i Folketeaterpassasjen. Dette er et åpent arrangement, der gjennomgangstemaet så langt har vært «Norden som politisk laboratorium». Møtene blir ledet av Fafo-forsker Gudmund Hernes.

På oppdrag fra LO gjennomførte Fafo i 2009 dokumentasjonsprosjektet «De nordiske modellene etter 2000». Det finnes en rekke publikasjoner fra dette prosjektet, og alle kan fritt lastes ned fra [www.fafo.no](http://www.fafo.no). Det er egne notater som beskriver bakgrunnen og fellestrekkene til de nordiske landene, egne landnotater om utviklingen i Danmark og Norge, et notat om tiltakene mot finanskrisa og til sist et notat som gjør en sammenlignende oppsummering av utviklingen i Norge, Sverige og Danmark. Også i 2010 har LO gitt Fafo i oppdrag å utarbeide bakgrunnsnotater om endringer i de nordiske modellene, som vil bli benyttet som underlagsmateriale for diskusjon på LOs frokostmøter. Dette notatet omhandler framveksten av private helseforsikringer i Norden, og er forfattet av Øyvind M. Berge og Christer Hyggen.

Det er flere som fortjener en takk for sine bidrag til dette notatet. Takk til Jon M. Hippe og Tone Fløtten for nyttige kommentarer og innspill. En takk rettes også til informasjonsavdelingen ved Fafo som har ferdigstilt notatet.

Eventuelle mangler og unøyaktigheter er selvsagt forfatterens eget ansvar.

Oslo, mai 2010

Øyvind M. Berge og Christer Hyggen



# 1 Helseforsikringer i Norden<sup>1</sup>

## 1.1 Innledning og bakgrunn

Stadig flere nordiske innbyggere blir omfattet av en privat helseforsikring. I Danmark er det nå over én million, eller 36 prosent av de sysselsatte, som er dekket av en privat helseforsikring, og nesten samtlige er tegnet etter 2002. Antall nordmenn med en slik forsikring er tidoblet på seks år, men selv om antallet nå har kommet opp i 200 000, utgjør dette bare 8 prosent av de sysselsatte. Det er dermed fortsatt et stykke igjen til Norge er oppe på dansk nivå. I Sverige er det også 8 prosent av de sysselsatte, eller rundt 360 000 personer, som har egen helseforsikring. Som i Danmark og Norge har veksten også her særlig kommet fra 2002 og utover.

I dette notatet ser vi nærmere på denne utviklingen. Hvorfor er det slik at det har blitt en voldsom økning i etterspørselen etter disse forsikringene de siste årene i en velferdsmodell som tilbyr gratis helsetjenester til alle? Vi vil først beskrive hva en privat helseforsikring er. Deretter vil vi presentere noen av argumentene som benyttes for og imot denne typen forsikringer, før vi beskriver utviklingen i markedet for privat helseforsikring i det enkelte land. Avslutningsvis ser vi på utviklingstrekk og eventuelle endringer i regelverk i de tre landene. Med utgangspunkt i dette peker vi på forklaringer på framveksten og endringer i det enkelte land, og variasjoner landene seg imellom.

### Organisering og finansiering av helsetjenester

Ingen land i verden kan tilby offentlige helsetjenester som dekker 100 prosent av alle behov eller forventninger i befolkningen. Helsevesenet må, blant annet av økonomiske årsaker, sette et tak for hva slags behandling innbyggerne skal tilbys. Selv i de nordiske velferdsstatene, der befolkningen har et bredt og universelt tilbud av helsetjenester dekket av det offentlige, er det helseområder der det åpnes for en annen organisering (jf. tabell 1.1). Innenfor de fleste helseområder kan det være ulike former for finansiering, enten i kombinasjon eller alene. Du kan være offentlig forsikret (betalt gjennom skatter), privat forsikret (betalt av individ eller arbeidsgiver) eller utgiftene kan betales direkte (av individ eller arbeidsgiver). Det kan også være offentlige eller private leverandører, uavhengig av finansieringsform og betaler. Tabell 1.1 illustrerer leverandører, former for finansiering og finansieringskilde for ulike helserelaterte ytelser og tjenester. Den er ment som en måte å illustre forskjellige former for offentlig og privat samspill innenfor ulike områder av helserelaterte behov, og er ikke utfyllende. I tabellen sammenstilles økonomiske helserelaterte ytelser med helsetjenester, og vi har særlig konsentrert oss om det mulige skillet eller samspillet mellom offentlig og privat finansiering. Formålet med tabellen er å sette private helseforsikringer inn i en kontekst. Området markert med en sirkel

<sup>1</sup> Selv om vi i dette notatet benytter begrepet «Norden», tar vi bare for oss Norge, Danmark og Sverige, ikke Finland og Island. Vi vil likevel bruke betegnelsen «nordiske land» og «den nordiske modellen», fordi landene har svært mange likhetstrekk både samfunnsmessig, økonomisk og kulturelt, og fordi «nordisk modell» er et innarbeidet begrep som nettopp viser til denne likheten. Selv om avgrensningen i første rekke er gjort av hensyn til omfang og tidsramme, er det også (så langt vi har klart å identifisere) bare i de tre landene vi tar for oss at private helseforsikringer synes særlig utbredt.

i tabellen er temaet i dette notatet. Norge brukes som eksempel, men illustrasjonen kan også benyttes generelt for de andre nordiske landene.

Tabell 1.1 Leverandører og finansieringsformer knyttet til ulike helserelaterte ytelser, tjenester og behov.

Behov for ytelse eller tjeneste	Område: avgrensning og finansiering	Leverandør og produksjon
Sykelønn – sikrer inntekt ved fravær	Offentlig sosialforsikring for inntekt til 6G Privat forsikret for inntekt over 6G Direkte betalt for inntekt over 6G	NAV Forsikringselskap (Ikke vanlig) Betalt av individ eller arbeidsgiver
Uførepensjon – årlig pensjonsutbetaling ved uførhet	Offentlig sosialforsikret opp til 6G Privat forsikret for inntekt over 6G (betalt av individ eller arbeidsgiver) Direkte betalt for inntekt over 6G	Offentlig utbetaling Forsikringselskap (individuell uføreforsikring og/eller tjenstepensjon) Dekke selv (oppsparte midler/ta tapet)
Engangskapital ved sykdom og uførhet	Offentlig sosialforsikret Privat forsikret (betalt av individ eller arbeidsgiver) Direkte dekket (av individ eller arbeidsgiver)	Finnes ikke i Norge Forsikringselskapenes «Kritisk sykdom» Utbetalt fra bedrift eller dekke selv (oppsparte midler)
Helsetjenester – fra tannhelse til kirurgi	Offentlig sosialforsikret gjennom rammebevilgning og stykkpris Privat forsikret (betalt av individ eller arbeidsgiver) Direkte kjøp (betalt av individ eller arbeidsgiver)	Offentlig og/eller private klinikker Private klinikker Private klinikker

I Norge er arbeidstakerne offentlig forsikret med *sykelønn* for inntekter inntil 6G. For svært mange norske arbeidstakere betales mellomlegget mellom 6G og faktisk lønn av arbeidsgiver. Dersom arbeidsgiver ikke betaler mellomlegget, må du enten finansiere dette selv gjennom oppsparte midler, eller gjennom en privat forsikring. En slik ordning kan betales av den enkelte selv eller arbeidsgiver.

*Uførepensjon* kan i prinsippet enten organiseres gjennom en offentlig eller privat forsikring, eller gjennom direktebetaling (ved at den enkelte tar inntektstapet selv). Det er også mulig å kombinere en offentlig og privat forsikring, der en privat tilleggsforsikring skal sikre kompensasjon som tillegg til det som dekkes gjennom det offentlige. I Norge slutter den offentlige uføreforsikringen ved 6G. For høytlønne er vanligvis uførepensjonen en del av tjenstepensjonsordningene, og det finnes også en del individuelle forsikringer. Uføreforsikring betalt av arbeidsgiver for inntekt over 6G er gjenstand for skattestimulering, men denne stopper ved 12G. Arbeidsgiver kan også betale forsikring for personer med høyere inntekt enn dette, men får da ikke skattefradrag for disse.

Dersom en arbeidstaker blir syk, har han gjerne behov for penger, utover eventuell sykelønn, for å klare seg i perioden fra han er blitt syk til han er tilbake i jobb eller er blitt uføretrygdet. En slik *engangsutbetaling ved sykdom og uførhet* kan i prinsippet være organisert gjennom en

offentlig utbetaling, en privat forsikring (betalt av individ eller arbeidsgiver) eller gjennom direktebetaling (oppsparte midler). I Norge har engangsutbetalinger ved sykdom og uførhet vært ansett å være utenfor det statlige ansvarsområdet. Det er derfor rom for at private forsikringsselskaper tilbyr forsikringen «kritisk sykdom», som skal sørge for at arbeidstakeren får penger til å klare seg i perioden fram til han enten er tilbake i jobb eller er blitt uføretrygdet.

Det er få *helsetjenester* som i Norge er definert utenfor det offentlige sitt ansvar. Det viktigste eksempelet på et slikt område er tannhelsetjenesten for voksne. Et annet eksempel kan være kosmetisk kirurgi. I prinsippet kan helsetjenestene også finansieres på ulike måter; enten ved direktebetaling, privat- eller offentlig forsikring I Norge finansieres vår (tvungne) offentlige sosialforsikring først og fremst gjennom skatter og avgifter, men også i kombinasjon med mindre egenandeler. Leveransen av helsetjenestene skjer i all hovedsak gjennom offentlige institusjoner, men også noen ganger privat (allmennleger) og gjennom private underleverandører til offentlige sykehus.

Selv om det i alle de nordiske landene eksisterer ulike former for egenandeler på helsetjenester (direkte betaling) for at det ikke skal bli et overforbruk av slike tjenester, har alle i Norden hatt krav på tilnærmet de samme gratis helsetjenestene uavhengig av betalingsevne og posisjon i samfunnet. I tillegg til den offentlige sosialforsikringen, er det også mulig å ha privat helseforsikring (betalt av arbeidsgiver eller individ). Når vi i notatet bruker begrepet om helseforsikring, viser vi altså til behandlingsavtaler mellom enten bedrifter eller enkeltpersoner og en forsikringsleverandør. Forsikringen vil typisk dekke sykehusinnleggelse og operasjon på privat sykehus innenfor en avtalt tidsfrist, behandling av ulike typer spesialister, og at det praktiske knyttet til behandlingen, som for eksempel lokalisering av ledig kapasitet, timebestilling, transport og betaling, tas hånd om av helsepersonell. Forsikringen dekker også gjerne (deler av) egenandeler i forbindelse med behandling. Endelig er det vanlig med tilbud om spesialkompetanse i utlandet dersom denne kompetansen ikke er tilgjengelig i hjemlandet. De private helseforsikringene selges av tradisjonelle forsikringsselskaper og noen få private uavhengige aktører<sup>2</sup>. Disse forsikringene skal sikre rask behandling, ikke kompensere for tapt inntekt ved sykdom eller økte kostnader for den enkelte som følge av dårlig helse. Det er denne typen forsikringer som er temaet i dette notatet.

### **Private forsikrings rolle i helsetjenesten**

I nyere litteratur identifiseres det fem ulike roller for privat helseforsikring (se f. eks Pedersen 2007, OECD 2004). Privat helseforsikring kan spille dominerende, obligatorisk, substituerende, komplementær eller supplerende roller i samspillet med de generelle helsetjenestene og finansieringsordningene i et land.

Systemer der private helseforsikringer spiller *dominerende* roller, er systemer der helseforsikringene i hovedsak dekker og finansierer helsetjenestene for den arbeidende delen av befolkningen. I slike systemer finnes det som regel offentlige helseprogram som dekker grupper av eldre eller personer med lav inntekt. USA er eksempel på et system der helseforsikringer spiller en dominerende rolle.

Privat helseforsikring kan gjøres *obligatorisk*. Dette er for eksempel tilfellet i Sveits. I 1996 ble det obligatorisk for alle innbyggere å kjøpe privat helseforsikring.

<sup>2</sup> Med uavhengige aktører mener vi her virksomheter som tilbyr forsikringslignende ordninger uten å være anerkjent som forsikringsleverandør av bransjen (I Norge FNO).

Med *substituerende* privat helseforsikring forstår vi helseforsikringer som muliggjør dekning av tjenester som ellers er tilgjengelig via det offentlige helsesystemet. Slike forsikringer kan kjøpes av de som av ulike grunner utestenges fra statlige forsikringsordninger eller der det er mulig å velge seg ut («opting out») av en statlig helseforsikring. Det første er tilfellet blant annet i Nederland og Belgia, mens det siste er tilfellet blant annet i Tyskland og England.

*Komplementære* helseforsikringer tilbyr dekning for tjenester som er ekskludert eller ikke fullt ut dekket av statlige helseforsikringer. Dette kan for eksempel gjelde helsetjenester som tannpleie. Hva som faller inn under slike forsikringer er avhengig av hva som dekkes av de statlige helseforsikringene og varierer fra land til land.

*Supplerende* private helseforsikringer tilbyr i hovedsak de samme tjenestene som de statlige helseforsikringene/det offentlige helsevesenet. Slike forsikringer vil altså på mange måter gi en dobbeltdekning. Hovedformålet med forsikringer av denne typen vil ofte være å gi utvidede valgmuligheter med hensyn til hvem, når eller hvor ulike former for behandling skal gjennomføres. Slike forsikringer selges ofte inn på argumenter om at de kan tilby raskere tilgang til planlagte behandlinger enn det et offentlig system kan levere. Det er denne typen forsikringer som omtales som private helseforsikringer eller behandlingsforsikringer i Norge, Sverige og Danmark.

Private helseforsikringer er særlig aktuelt å studere på grunn av det siste tiårets enorme vekst i utbredelse, men også fordi slike behandlingsforsikringer i utgangspunktet dobbeltforsikrer innbyggerne. Dette siden innbyggerne i de nordiske velferdsstatene, for de fleste praktiske hensyn, allerede er dekket av offentlige ordninger. Derfor er det heller ikke så rart at det å selge private helseforsikringer i Norden har blitt sammenlignet med å selge sand i Sahara.

Som vi diskuterer ovenfor er det innenfor en rekke helseområder samspill mellom private og offentlige finansieringsformer. Det finnes ikke et offentlig tilbud på engangsutbetalinger ved kritisk sykdom. Det legges følgelig opp til at innbyggerne skal forsikre seg privat dersom de har behov for en økonomisk sikring mot slike tilfeller. Når det gjelder sykelønn er det i Norge gjort en prioritering som tilsier en offentlig dekning inntil 6G, mens det overskytende overlates til direktebetaling og privat forsikring. Innenfor tilbudet av helsetjenester er det åpnet opp for avlastning på leverandørsiden, men det er i utgangspunktet ikke overlatt noe på finansieringssiden til den private sfære. Det at forsikringsselskapene i både Norge, Sverige og Danmark gjennom det siste tiåret har solgt en rekke private helseforsikringer, er derfor et svært interessant fenomen.

Det kan altså være mange grunner til at samspillet mellom sosialforsikring og private helseforsikring ser ut som det gjør i Norden per i dag. Noen mulige faktorer som forklarer situasjonen i de nordiske land kan være:

- Det er ikke mulig å forlate det offentlige sosialforsikringssystemet («opting out») selv med en privat forsikring.
- Det offentlige har definert noen områder der de ikke har et tilbud og som med dette åpner opp et rom/marked for private. Likevel har det offentlige i svært liten grad prioritert bort behov eller behandlingsområder i noen av de nordiske landene.
- Det offentlige har mulighet for å regulere/stimulere gjennom bruk av skatter. De tre landene benytter seg av denne typen regulering i ulik grad.
- Uavhengig av offentlige prioriteringer, kan arbeidsgiver oppleve et behov for å kjøpe tilleggstjenester og forsikringer som skal sørge for at (nøkkel-) medarbeiderne skal komme raskt tilbake i jobb ved sykdom, eller som et instrument for rekruttering/sikre lojale arbeidere.

- Forsikringsleverandørene som ønsker å utvide sine markeder kan overbevise arbeidsgiver og arbeidstakere om fordeler med og behov for nye produkter.
- Innbyggernes opplevelse av begrenset tilgang, økte forventninger og/eller endret forbruk av helsetjenester.

### **Argumenter i diskusjonen om private helseforsikringer i Norden**

Veksten i salget av private helseforsikringer i Norden kan indikere at arbeidsgivere og enkelt-individer ønsker tilgang på helsetjenester som per i dag ikke dekkes av det offentlige, eller ønsker en kortere ventetid enn hva det offentlige systemet tilbyr.

I diskusjonen i forkant av innføringen av skattefritak for arbeidsgiverbetalte behandlingsforsikringer i Norge i 2003, pekte redaktøren i Tidsskrift for Den norske legeforening på to hovedårsaker til å stimulere til at det tegnes private helseforsikringer: Den ene ville være å gi enkeltpersoner mulighet for valg, og den andre ville være å øke overføringene til helsevesenet (Haug 2003). I mange land er det ikke uvanlig at enkeltpersoner forsikrer seg på en slik måte. I USA er for eksempel det meste av helsevesenet organisert rundt private helseforsikringer. Et slikt system forutsetter en viss overkapasitet og dermed en reell konkurranse blant dem som finansierer og leverer helsetjenestene. Innenfor et system av denne typen vil det altså være mulig å forsikre seg for å være sikret en bedre kvalitet på helsetilbudet, en annen type tilbud eller mulighet til å velge spesialist, enerom, dyrere medisiner, spesielle behandlingsformer eller lignende.

Ved å la enkeltindivider og arbeidsgivere betale en del av utgiftene til helsetjenester via private helseforsikringer, vil dette i teorien kunne tilføre helsevesenet flere økonomiske midler, eller også avlaste det offentlige helsevesenet ved å kanalisere en del pasienter inn i privat behandling. Ifølge en slik logikk bør det altså ikke være problematisk med private helseforsikringer, verken for enkeltindivider, arbeidsgivere eller helsevesenet. Individet vil sikres raskere og mer tilpasset behandling, arbeidsgivere vil kunne oppleve redusert sykefravær ved at arbeidstakerne får raskere og mer tilpasset behandling, og helsevesenet vil få frigjort ressurser slik at helsekøene kan reduseres. For storsamfunnet vil dette også kunne være positivt, med lavere utgifter til sykepenge, høyere effektivitet og større skatteinntekter.

På tross av dette er det en rekke argumenter som taler mot at det skal oppfordres til en videre utbredelse av private helseforsikringer gjennom skattesubsidiering, slik det er i Danmark og har vært i Norge. Et hovedargument er at dette skaper muligheten for en vekst i sosial ulikhet i helse. Private helseforsikringer vil bare komme de som kan betale for dem til gode. Dette betyr at det kun er de som får forsikringen dekket av arbeidsgiver, eller som har økonomisk mulighet til å betale for den selv, som vil nyte godt av de fordelene forsikringen vil gi. Personer med dårlig råd og personer uten arbeid vil med andre ord utestenges fra helsegoder. Private helseforsikringer vil på denne måten kunne være med på å forsterke allerede eksisterende helseforskjeller i Norden. Vi vet at det er de høyest lønnede og de som er i arbeid som allerede har den beste helsen. Det er også disse gruppene som i størst grad benytter seg av spesialisthelsetjenestene (Jensen 2009).

Et relatert argument er knyttet til prioritering av behandling i helsekøene. Så lenge sykehusbehandling og spesialistbehandling er et knapt gode, vil det at en person får raskere tilgang til behandling kunne føre til at noen får behandling på bekostning av andre. Noen rykker framover i køen, og de rykker framover i køen på grunn av medlemskap i en privat helseforsikringsordning, ikke av helsemessige årsaker. Dette skjer blant annet på grunn av

raskere henvisning til spesialist og veiledning fra forsikringsleverandør om hvor det finnes ledig kapasitet. Dersom de forsikrede får behandling på private sykehus, vil de i praksis ikke fortrenge andre i køen. Det har likevel vært argumenter for at også dette kan være med på å redusere kapasiteten i de offentlige sykehusene, ved at medisinsk kapasitet trekkes inn i de private behandlingsinstitusjonene. Dette vil særlig kunne være tilfelle i Norden, der årsakene til å tegne helseforsikring er et ønske om raskere behandling heller enn spesielle preferanser om behandlingssted og behandlingsform. En konsekvens av dette vil altså kunne være at det ikke lenger er det offentlige som lager prioriteringer av i hvilken rekkefølge lidelser og pasienter skal behandles, men arbeidsgivere og allmennleger.

Private helseforsikringer kan også føre til en endring i forbruk av helsetjenester. En enklere tilgang (gjennom fravær av kø) vil kunne føre til at det samlet sett skjer en økning i etterspørselen etter helsetjenester. Forsikringenes utforming kan videre bidra til en dreining i hva som behandles og dermed hvordan de samlede helseressursene benyttes. Ikke minst kan det føre til en økt belastning på det offentlige, ved at de tyngste operasjonene fortsatt gjennomføres i det offentlige, mens enklere operasjoner og behandlinger gjennomføres i det private, dekket av private helseforsikringer. Det har også vært argumentert for at de kostbare behandlingene og operasjonene, for eksempel i forbindelse med hjerteinfarkt og kreftbehandling, fortsatt vil holdes innenfor det offentlige, fordi det er de offentlige sykehusene som vil ha kompetansen og det kostbare utstyret. Disse mulige konsekvensene av økt bruk av private helseforsikringer vil stå i direkte motsetning til verdigrunnlaget for den nordiske helsepolitikken, der det understrekes betydningen av et likeverdig tilbud av helsetjenester, samt at de som trenger det mest skal prioriteres.

Endelig kan den økte utbredelsen av private helseforsikringer påvirke skatteviljen blant dem som har en slik forsikring. Prinsippet om universalisme har vært en av grunnpilarene i de nordiske velferdsmodellene. I stedet for å behøvsprøve velferdstjenestene slik de gjøres i noen velferds-samfunn, har de universelt blitt tilbudt hele befolkningen. Et av formålene med dette har vært at alle skal føle en sterkere forpliktelse til å bidra når man personlig får nytte av de offentlige velferdsgodene. Således vil også de økonomisk bedre stilte lag av befolkningen kunne få en høyere skattevillighet enn de ellers ville ha hatt. Dersom man antar at det er de økonomisk best stilte som tegner en privat helseforsikring og de med dette blir dobbeltdekket, kan dette i neste omgang medføre at deres villighet til å være med på å finansiere det offentlige helsetilbudet reduseres.

Private helseforsikringer er et tema som i stigende grad har fått offentlig interesse og oppmerksomhet, og debattene har tidvis vært svært opphetet i både Norge og Danmark. Det framholdes gjerne at problemstillinger knyttet privat helseforsikring går inn i velferdsstatens kjerne, fordi framveksten av disse forsikringene bryter med rettferdighetsprinsippene som våre universelle velferdsordninger har vært tuftet på. Det finnes flere hypoteser på den økende etterspørselen etter slike forsikringer. En mulighet kan være at helsekøene etter hvert har blitt så omfattende, at stadig flere borgere og arbeidsgivere føler behov for forsikringer som sørger for hurtigere behandling. I tillegg til å beskrive utviklingen i markedet for private helseforsikringer i de tre landene, vil vi derfor også se nærmere på hvordan ventetiden til de offentlige helsetjenestene har utviklet seg i samme periode.

## 2 Helseforsikringer i de nordiske landene

En grunnleggende målsetting ved den nordiske velferdsmodellen er at alle borgerne skal gis tilgang på ressurser som er avgjørende for å kunne styre sine liv. Lik tilgang for alle betyr at slike ressurser må finansieres gjennom generelle skatter og avgifter. Tilgang på medisinsk behandling er en åpenbar forutsetning for at det enkelte individ skal kunne yte optimalt både i arbeids- og privatlivet, og er på denne måten et sentralt element i den nordiske velferdsmodellen. Det er imidlertid vanskelig til enhver tid å sikre alle personer med et behandlingsbehov umiddelbar tilgang til nødvendige, forventede eller ønskede helsetjenester. Køer vil derfor med all sannsynlighet oppstå. Køer i helsesystemet og påfølgende ventetid vil kunne ha store konsekvenser både for den enkelte, for arbeidsgivere og for velferdsstaten (Aarbu 2008).

### 2.1 Norge

#### Pasientrettigheter og fritt sykehusvalg

Ifølge lov om pasientrettigheter er norske pasienter i utgangspunktet godt sikret innenfor det offentlige helsevesen, også uten private helseforsikringer.

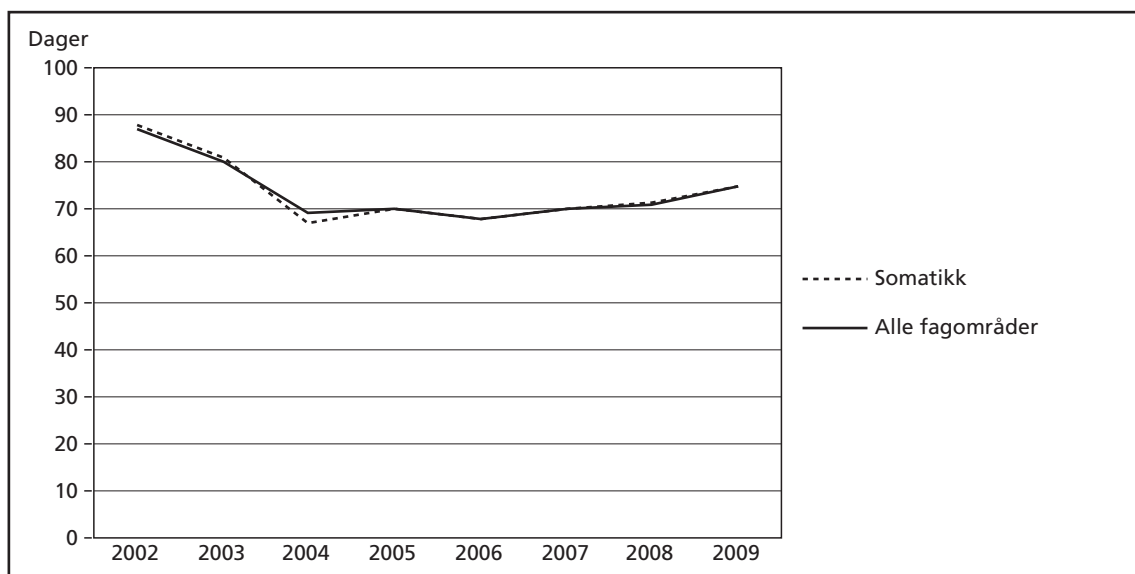
Dersom pasienten har en henvisning til spesialist fra allmennlege eller andre med henvisningsrett, har behandlingsstedet som mottar henvisningen plikt til å vurdere denne innen 30 dager. (For pasienter under 23 år med psykiske lidelser eller rusavhengighet skal vurdering av henvisning skje innen 10 dager.) Dersom det er grunn til å tro at pasienten har en alvorlig sykdom, skal vurderingen skje raskere, og maksimalt innen 14 virkedager. Vurdering av henvisningen kan få tre utfall: pasienten kan få rett til prioritert hjelp, ikke prioritert helsehjelp eller ikke tilbud om helsehjelp i spesialisthelsetjenesten. Ved godkjenning av henvisningen skal det gis en tidsfrist fra behandlingsstedet. Dersom spesialisthelsetjenesten ikke klarer å starte den planlagte utredningen eller behandlingen innen denne fristen, skal pasientformidlingen finne et annet tilbud til pasienten ved et annet sykehus i Norge, eller ved et behandlingssted i utlandet.

I Norge har vi en ordning med såkalt fritt sykehusvalg. Dette betyr at pasienter med henvisning selv kan velge hvilket sykehus som skal undersøke og/eller behandle. Denne ordningen omfatter alle sykehus, distriktpsikiatriske sentre og institusjoner som tilbyr tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelbruk, eller behandlingssteder i en slik institusjon. Det er en forutsetning at institusjonen eies av eller har avtale med et regionalt helseforetak. Ordningen med fritt sykehusvalg gjelder ikke ved øyeblikkelig hjelp, men ved alle planlagte undersøkelser, utredninger og behandling innenfor fysisk helse, tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelbruk og psykisk helsevern. Fritt sykehusvalg gir ikke rett til å velge en mer spesialisert type behandling enn det som er spesifisert i henvisningen.

## Helsekøer og ventetid

Gjennomsnittlig ventetid for behandling i Norge er, ifølge Norsk pasientregister, drøyt 70 dager. Det er imidlertid store variasjoner på tvers av behandlingsgrupper, behandlingssteder og helseregioner. Figur 2.1 viser utviklingen i perioden 2002 til 2008 for gjennomsnittlig ventetid for alle fagområder ved offentlige behandlingsinstitusjoner, samt for somatisk behandling. Vi ser at det var en kraftig reduksjon i gjennomsnittlig ventetid fra 2002 til 2004.<sup>3</sup> Etter dette har ventetiden vært relativt stabil, med en svak stigning mot slutten av perioden.

Figur 2.1 Ventetid i Norge 2002 – 2008.



Kilde: Sosial- og helsedirektoratet

## Regelverk og policyendringer

Regelverket knyttet til private helseforsikringer har vært gjenstand for ulike politiske og ideologiske grep og har dermed vært utsatt for flere endringer de senere årene. I dagens system finnes det ingen fradragsmuligheter for utgifter til private helseforsikringer for enkeltindivider. I tilfeller med arbeidsgiverbetalt helseforsikring fordelsbeskattes dette. Bondevik II-regjeringen innførte i 2003 regler som innebar at ansatte ikke ble fordelsbeskattet for bedriftens behandlingsutgifter eller utgifter til kjøp av privat helseforsikring for sine ansatte. Da Stoltenberg II-regjeringen kom til makten, reverserte de denne regelen og besluttet at privat helseforsikring skulle beskattes fra og med 2006. Skattefritaket for arbeidsgivers dekning av behandlingsutgifter og helse-/behandlingsforsikringer ble altså innført i 2003 og avskaffet i forbindelse med skattereformen 2006, jf. St.prp. nr. 1 Tillegg nr. 1 (2005–2006). Skattereformen innebar en opprydding og innstramming i en rekke særordninger i skattesystemet som sto igjen eller hadde utviklet seg etter reformen i 1992, blant annet også innstramming i beskatningen av enkelte naturalytelser.

I januar 2010 kom det igjen inn forslag om skattefritak for arbeidsgiverbetalte behandlingsforsikringer. Forslaget ble blant annet begrunnet med høyt skattepress og lave inntekter fra arbeidsgiveravgift og personskatt på helseforsikringer. I tillegg ble det antydnet en forventet

<sup>3</sup> Daværende helsestatsråd Dagfinn Høybråten tilskrev i et intervju med Dagens Medisin denne reduksjonen en mer effektiv helse-tjeneste, bedre utnyttelse av kapasiteten som følge av fritt sykehusvalg, at pasienter ble sendt til utlandet og en større ryddeprosess i ventelistene. Alt dette som følge av sykehusreformen der staten overtok eieransvaret (Dagens Medisin 03/04).

økning i omfanget av private behandlingsforsikringer og hevdet at private behandlingsforsikringer vil føre til kortere ventetider og raskere behandling i helsevesenet generelt ved at mange behandlinger vil flyttes til utlandet og til private innenlandske sykehus (Representantforslag 41S 2009 – 2010).

I tråd med brev fra statsråd Sigbjørn Johnsen besluttet flertallet i finanskomiteen å avvise forslaget. Dette ble gjort med henvisninger til hensynet til enkelheten i skattesystemet, mulig uthuling av skattegrunnlaget og mulige uheldige fordelingsvirkninger. I tillegg ble det vist det til ordningen «raskere tilbake», en ordning der helseforetakene, i samarbeid med NAV, tilbyr ulike arbeidsrettete tiltak for den enkelte sykemeldte. Denne ordningen er målrettet, og utvelgelsen av hvem som får tilgang er ikke overlatt til arbeidsgiver eller den enkeltes private økonomi. Statsråden mener en slik ordning kanalisere midlene over statsbudsjettet, som er mer målrettet for å gi tilpasset effekt for den enkelte som trenger den (Brev fra Finansdepartementet 29.01.2010).

Flertallet består av finanskomiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet. Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet, Høyre og Venstre stemte for et forslag om å unnta private helseforsikringer fra arbeidsgiveravgift og personbeskatning – altså en gjeninnføring av ordningen slik den var i perioden fra 2003 til 2006 (Innst. 187 S 2009 – 2010).

## Utforming

Det finnes en rekke leverandører av privat helseforsikring i Norge. Disse leverandørene tilbyr ulike løsninger med forskjellige muligheter både for bedrifter og enkeltpersoner. Det er likevel en del fellestrekk mellom forsikringene og avtalene på tvers av leverandørene. Prisen varierer også betydelig med utgangspunkt i hva som dekkes i de ulike avtalene. Her vil vi ikke gå i detalj i de ulike produktene hos de forskjellige leverandørene, men nøye oss med å beskrive en typisk behandlingsforsikring levert av en norsk leverandør. En behandlingsforsikring selges inn til person- eller bedriftskunder som behandlingsavtaler eller helseforsikringer. Slike avtaler skal typisk sikre behandling hos spesialist i Norge eller utlandet når kunden trenger det innen en gitt frist. En garantert frist på operasjoner er for eksempel 28 dager hos Storebrand, men kan også være 20 eller 10 dager, avhengig av avtale og leverandør. I tillegg er det slik at leverandøren forplikter seg til å ta hånd om det praktiske knyttet til administrasjon av kostnader og behandlinger. En stor del av tjenesten som leveres ved behov vil med andre ord bestå i veiledning og konsulenttjenester knyttet til praktisk manøvrering i helsevesenet. Det er ulik dekning ved ulik pris hos de ulike leverandørene, men en typisk behandlingsforsikring dekker dagkirurgi, alle former for kreftbehandling, legespesialistbehandling, sykehusinnleggelse, fysioterapi og kiropraktikk samt organtransplantasjon.<sup>4</sup> Bruk av helseforsikringen forutsetter henvisning der dette kreves. Henvisning fås gjerne av vanlig allmennlege eller bedriftslege. Utgifter til allmennlege dekkes som regel ikke av forsikringen. Det er vanligvis ingen egenandel knyttet til forsikringen, men dette varierer. Premiekostnadene knyttet til helse- og behandlingsforsikringene varierer også gjerne med utgangspunkt i alder, røyking og helse. Forsikringene blir typisk dyrere for røykere, eldre og personer med dårlig helse. Dette gjelder for de tradisjonelle forsikringsselskapene. Her foreligger det krav om helsevurdering før tegning av forsikring. Det finnes også noen leverandører som ikke krever helsevurdering, disse regnes ikke inn blant

<sup>4</sup> Behandlingsforsikringer i Norge dekker typisk ikke behandling for psykiske lidelser, behandling ved graviditet eller lignende, tannlege, behandling ved rusmidler og medikamentavhengighet, behandling som ikke er medisinsk nødvendig – som for eksempel kosmetisk behandling, dietter og vektregulering eller alternative behandlingsformer.

forsikringselskapene. Disse selskapene, i Norge gjelder dette Valeo Helseforsikring og Vertikal Helseassistanse, tilbyr en flat pris, eller en pris avhengig av alder. Premiekostnadene for en vanlig privat helseforsikring i Norge varierer fra omtrent 1800 kroner i året til nærmere 5000.

En av fordelene man får ved å tegne helseforsikring er altså veiledning i det som mange opplever som et komplisert og uoversiktlig felt, helsevesenet. En av de norske leverandørene, Valeo, tilbyr i tillegg til det som kan omtales som tradisjonell behandlingsforsikring, en enklere løsning som kun gir støtte til veiledning ved behov. For en relativt lav månedlig sum er det mulig å kjøpe seg hjelp til veiledning i helsevesenet fra veiledere med kompetanse på pasientrettheter samt kunnskap og kjennskap til det offentlige og det private behandlingssystemet.

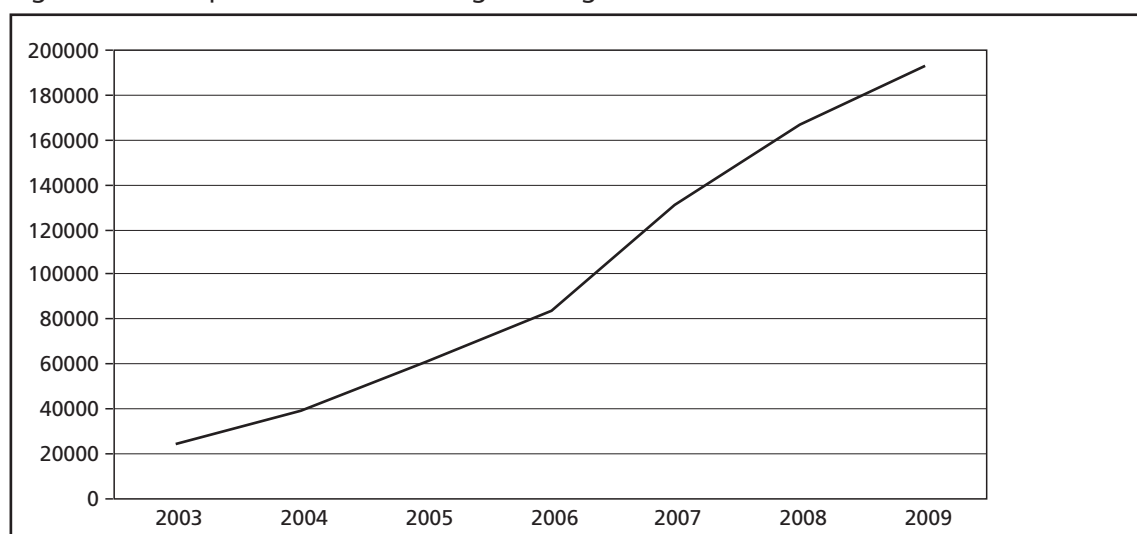
### Omfang og utvikling

Ved utgangen av 2009 var det nær 200 000 personer som hadde privat helseforsikring i Norge. Antallet nordmenn med slik forsikring er nær tidoblet på 6 år, fra å være omtrent ikke-eksisterende i det norske markedet til i dag å dekke i underkant av 8 prosent av arbeidsstyrken.

Finansnærings hovedorganisasjon (FNO) begynte systematisk sammenstilling av data over utbredelsen av behandlingsforsikringer i Norge fra 2003. Vi har altså få kilder som kan si noe om utbredelsen av private helseforsikringer før dette. Skaset (2000) anslår at antallet helseforsikringer i 1998 var omtrent 7500. Dette var forsikringer som i hovedsak var rettet mot nøkkelpersonell og næringslivstopper.

Veksten vi observerer i 2004 og 2005 kan settes i sammenheng med det tidligere omtalte skattefritaket for arbeidsgiverbetalte private helseforsikringer som ble innført i 2003. Dette skattefritaket ble fjernet i 2006 ved en gjeninnføring av fordelsbeskatning av blant annet arbeidsgiverbetalte private helseforsikringer. I utgangspunktet skulle vi forvente en stagnasjon eller til og med en nedgang i antallet behandlingsforsikringer, men dette er ikke tilfellet. En av grunnene til dette kan være innføringen av obligatorisk tjenstepensjon (OTP) fra 2006. OTP medførte pålegg for alle arbeidsgivere om å opprette en ordning for tjenstepensjon ved inngangen til 2007. De aller fleste arbeidsgivere gikk ut i markedet for å kjøpe tjenstepensjonsordninger til sine ansatte. Manifest antok i sin gjennomgang av private helseforsikringer

Figur 2.2 Antall private helseforsikringer i Norge. 2003 – 2008.

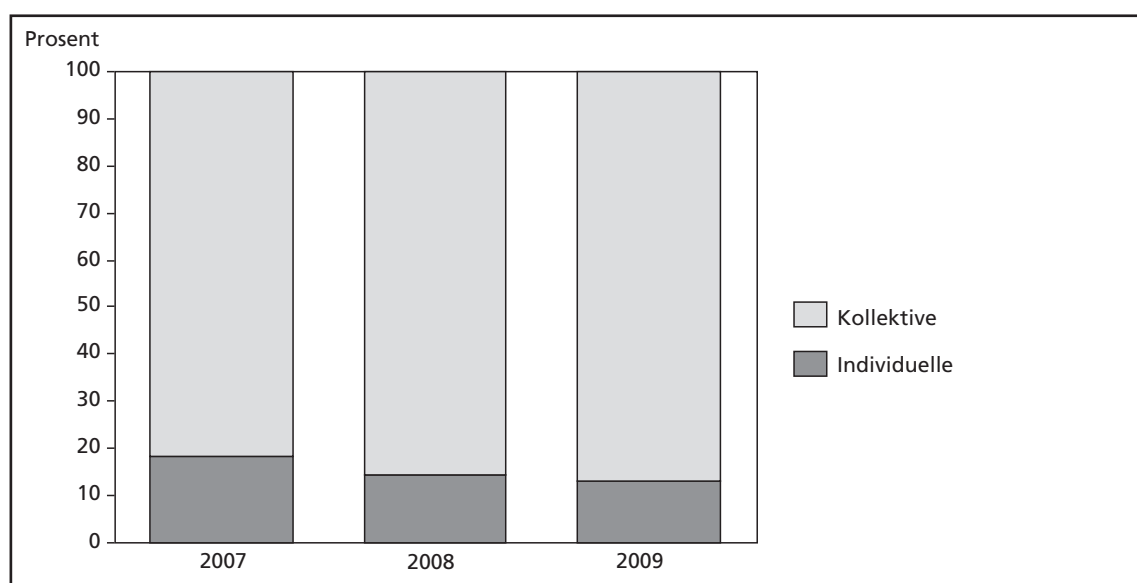


Kilde: FNO og Vertikal Helseassistanse (Vertikal Helseassistanse rapporterer ikke inn bestandstall til FNO. Vi baserer oss her derfor på selskapets egne tall.)

at selskapene som leverte løsninger for obligatorisk tjenstepensjon også solgte inn private helseforsikringer som del av en «pakke» (Manifest 2009). Vi har ikke her hatt muligheter til å undersøke denne hypotesen i nærmere detalj, men en undersøkelse av innføring av OTP gjennomført av Fafo, viste at omtrent 27 prosent av bedriftene med innskuddsbaserte tjenstepensjonsordninger hadde avtaler om forsikringsdekninger utover innskuddsfritak ved uførhet (Veland 2008). De fleste av disse forsikringene var uføredekninger, etterlattepensjon og barnpensjon, men det er ikke utenkelig at en del bedrifter også inngikk avtaler om privat helseforsikring for sine ansatte.

De aller fleste med privat helseforsikring i Norge har det som del av kollektive avtaler. Dette vil i all hovedsak være forsikringer via arbeidsgiver. Vi ser at veksten de siste årene særlig har skjedd innenfor det kollektive markedet; mens antallet personer med individuelle private helseforsikringer har stått på stedet hvil, har antallet dekket av kollektive behandlingsforsikringer vokst med drøyt 60 prosent fra 2007. Dette har altså skjedd til tross for fordelsbeskatningen av arbeidsgiverbetalte private helseforsikringer, og veksten har også fortsatt etter innføringen av OTP i perioden 2006 til 2007.

Figur 2.3 Andelen med Individuelle og kollektive private helseforsikringer i Norge 2007 – 2009.



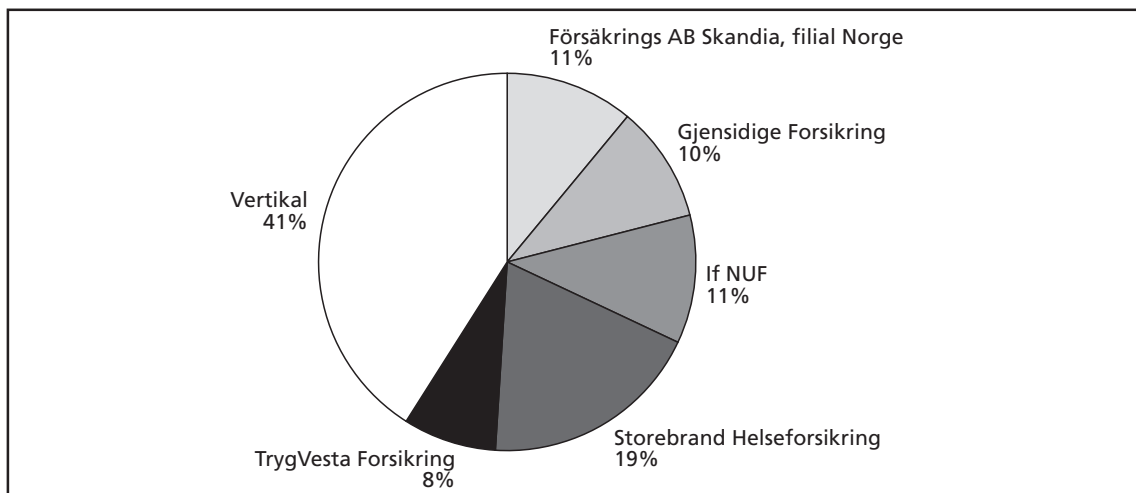
Kilde: FNO og Vertikal Helseassistanse

Det raskt voksende markedet for private tjenstepensjoner i Norge er i utgangspunktet et attraktivt marked for de tradisjonelle forsikringsselskapene, men det har også vokst fram selskaper som tilbyr ordninger som ligner på de tradisjonelle behandlingsforsikringene. Den største leverandøren i det norske markedet i dag, målt i antall kunder, er Vertikal Helseassistanse. Som vi ser av figur 2.4 på neste side, er likevel også de store forsikringsselskapene viktige aktører.

Det individuelle markedet er betydelig mindre enn det kollektive. I markedet for individuelle private helseforsikringer har Storebrand omtrent halvparten av alle avtalene, dette utgjorde ved utgangen av 2009 drøyt 12 000 personer. Vertikal Helseforsikring var den nest største aktøren med omtrent 30 prosent av markedet.

I markedet for kollektive private helseforsikringer er det noe større konkurranse mellom aktørene. Den største aktøren er Vertikal Helseassistanse med sin markedsandel på drøyt 40 prosent, fulgt av Storebrand med sin markedsandel på 19 prosent. Skandia, Gjensidige, If og TrygVesta deler resten av markedet mellom seg.

Figur 2.4 Markedsandeler i det norske markedet for private helseforsikringer. Kollektive avtaler.



Kilde: FNO og Vertikal Helseassistanse

## 2.2 Sverige

I Sverige tilbyr forsikringsleverandørene både «sjukforsikring» og «sjukvårdsforsikring». Mens «sjukforsikring» er en forsikring som dekker gapet mellom sykelønn og din ordinære lønn når man blir syk, er «sjukvårdsforsikring» er motsatsen til det som i Norge kalles private helseforsikringer. «Sjukvårdsforsikring» (heretter privat helseforsikring) er en behandlingsforsikring som blant annet dekker kostnader som følge av medisinsk og annen behandling, kirurgi og innleggelse på sykehus, ettervern, reise og opphold ved private behandlinger, medisiner og helserådgivning. Som andel av befolkningen er det om lag like mange med privat helseforsikring som i Norge. Over 360 000 svensker er i dag omfattet av en slik forsikring, og majoriteten av disse er tegnet etter 2002. De fleste får forsikringen som et frynsegode gjennom jobben sin, men en økende andel er svensker som har tegnet forsikringen på privat initiativ.

### Pasientrettigheter

Ifølge hälso- och sjukvårdslagen av 1982 skal den svenske befolkningen ha lik tilgang til helse- og sykeomsorgstjenester innenfor de ressurser som er til rådighet. Befolkningen skal tilbys helsetjeneste av god kvalitet og som er lett tilgjengelig. Svenske pasienter har også rett til nødvendig informasjon. Nyere utvikling i det svenske lovverket styrker blant annet presisering av informasjonsplikten fra behandler til pasient, samtidig som pasienter får en større innflytelse over valget av behandlingen dersom det finnes flere behandlingsalternativer (NOU 2003:1). Siden 1997 er primærhelsetjenesten ansvarlig for å tilby pasientene hjelp samme dag, det vil si enten per telefon eller gjennom besøk. Dersom pasienten ikke får treffe en lege ved sin første kontakt med helsetjenesten, skal pasienten få time senest innen åtte dager. Om pasienten har behov for spesialisthelsetjeneste, skal det gis tilbud om dette så snart som mulig, og senest innen tre måneder. Ved alvorlige tilfeller skal pasienten få time senest innen en måned. I Sverige er det innført fritt sykehusvalg innenfor den regionen man tilhører. Betingelsen for å kunne velge er at det foreligger henvisning fra primærlege som praktiserer i regionen.

## Helsekøer og ventetid

Fra 1. november 2005 innførte svenske myndigheter en ventetidsgaranti på helsetjenester. Garantien innebærer at bestemte besøk og behandlinger skal tilbys innen tre måneder, og den omfatter alt innenfor speisialisthelsetjenesten. I september 2008 ble det bevilget en milliard svenske koner, «kömiljarden», som skulle bidra til å redusere den svenske helsekøen. En evaluering gjennomført av Socialstyrelsen (2010) framholder at kömiljarden har redusert antall pasienter som venter lenger enn 90 dager betraktelig. Likevel sier rapporten at det er for tidlig å trekke konklusjoner om kömiljarden sin langsiktige effekt på ventetidene. Socialdepartementet (2010) viser til at det har vært en reduksjon på 82 prosent på pasienter som må vente mer enn 90 dager på behandling fra høsten 2008 til høsten 2009. I november 2009 var det rundt 5500 svensker som hadde ventet på behandling i mer enn 90 dager (ibid.). Regjeringen varsler at satsingen vil fortsette også i 2010, med fortsatt økte bevilgninger og skjerpede krav til helsevesenet ved at flere diagnoser vil bli omfattet av ventetidsgarantien. Vi har ikke identifisert statistikk for utviklingen i ventetid i det svenske helsevesenet for årene før 2008. En studie gjennomført av Sverige Kommuner och Landsting (2007), indikerer imidlertid at befolkningen i perioden 2002 til 2006 oppfattet at de kom lettere til i helsevesenet. En økende andel oppgav at de opplevde det som lett å oppnå kontakt (fra 50 % til 63 %, at ventetiden var rimelig (fra 71 % til 78 %) og at de fikk den hjelp de forventet seg på klinikk og sykehus (fra 82 % til 85 %).

## Policyendringer og regelverk

Vi har ikke identifisert noen policyendringer knyttet til private helseforsikringer i Sverige. Dersom forsikringen er en del av dine lønns- og arbeidsvilkår (dekket av arbeidsgiver), blir du fordelsbeskattet for dette. Vi har ikke identifisert perioder med skattefritak, eller med andre skattesatser enn de som gjelder i dag. Dersom arbeidsgiveren betaler for helseforsikringen, er 3 prosent av forsikringspremien en skattepliktig fordel for den ansatte. På dette skattepliktige beløpet må arbeidsgiveren også betale arbeidsgiveravgift, men det er til gjengjeld også fradragberettiget som lønnskostnad. Også dersom den ansatte betaler premien til den private helseforsikringen gjennom sin bruttolønn, vil 3 prosent av premien beskattes som fordel. Dersom den ansattes helseforsikring også omfatter andre i familien, er hele premiebeløpet skattepliktig.

At man bare skattelegges 3 prosent av forsikringspremien innebærer imidlertid at egenandelen for den ansatte i form av økt skatt vil være svært lav. Tar man utgangspunkt i at man har en forsikring som årlig koster 2500 kroner, blir beløpet man fordelsbeskattes for, kroner 75. Det er også dette beløpet som arbeidsgiver betaler arbeidsgiveravgift for. Dersom man antar en marginalsatt på 50 prosent, vil egenandelen for den ansatte være 37,50 kroner i året eller cirka 3 kroner i måneden.

## Utforming

De private helseforsikringene i Sverige ligner både i form og innhold på de private helseforsikringene som selges i Norge. Vi finner også igjen flere av de samme forsikringsselskapene. Typisk slipper man å vente i helsekø, da man får tilbud om behandling av privat helsepersonell. Noen selskaper har egne formidlingsavdelinger som man kontakter og som bestiller time hos en privat klinikk. For det første legebesøket krever noen av selskapene at man betaler en egenandel, mens forsikringsselskapet dekker resten av kostnadene til behandling. Andre

forsikringsselskaper krever at man først besøker en allmennlege og får en henvisning før man kan få dekket behandling ved en privat klinikk. Det er gjerne mulig å ha forsikringer som gjør at man slipper å ha henvisning, men da blir den private helseforsikringen markant dyrere. Vi har ikke identifisert forsikringer som utsteder garantier mot hvor lenge man maksimalt må vente på behandling, men det blir av noen antydning at man kan regne med å komme til hos medisinske spesialister innen to dager, og til kirurgi innen to uker.

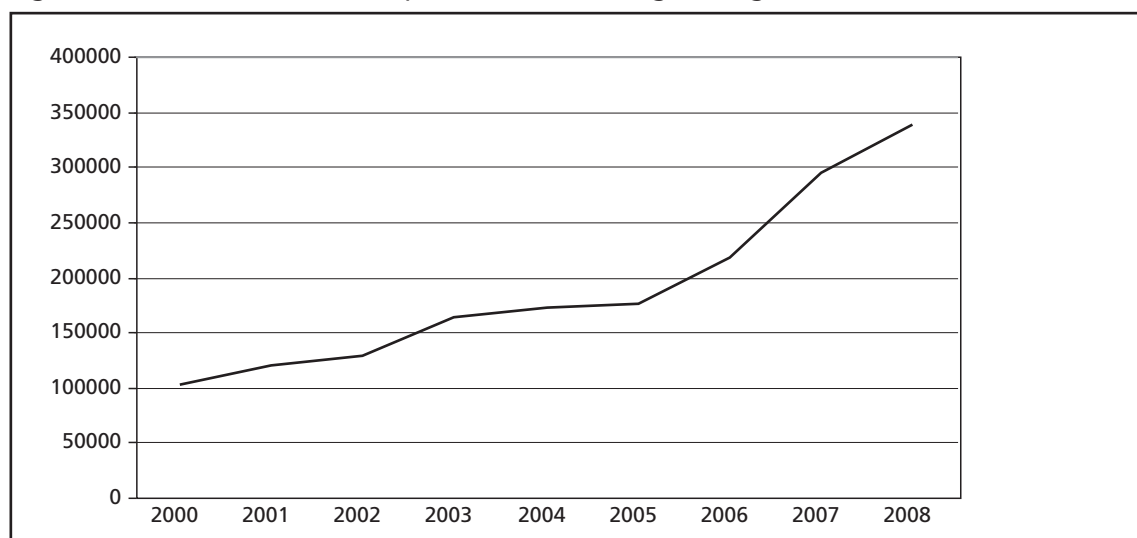
Prisen på en privat helseforsikring varierer mye, avhengig av den forsikredes alder og hva den dekker. Mens en basis helseforsikring for unge mellom 17–29 år gjerne koster mellom 800 og 1000 kroner, finner man forsikringer som årlig koster mer enn 30 000 for personer over 75. Forsikringer i denne prisklassen dekker imidlertid mye mer enn basisforsikringene, og man har da heller ikke behov for en henvisning fra en lege for å få utgiftene på en privatklinikk dekket. En basisforsikring for personer mellom 30 og 54 år koster gjerne fra om lag 1500 til om lag 2500 i året. En slik forsikring dekker gjerne hele eller deler av kostnadene knyttet til medisinsk rådgivning og helseplanlegging, behandling på private klinikker, egenandeler, operasjon og sykehusinnleggelse, ettervern og rehabilitering, fysioterapi/naprapat og kiropraktor inntil et gitt antall besøk i året, reiser og overnatting, og hjelpemidler. Noen dekker også et gitt antall besøk hos psykolog i året som en del av basistilbudet, mens hos andre selskaper må man tegne en dyrere forsikring for å få dette inkludert.

### Omfang og utvikling

Fenomenet med private helseforsikringer er også i Sverige relativt nytt. I 1986 var det bare 5500 personer som hadde slik forsikring. De første forsikringene som ble solgt i det svenske markedet var gruppeforsikringer som i hovedsak var attraktive for små og mellomstore bedrifter. Fram til 1990 skjedde det meste av veksten i bedriftsmarkedet med små bedrifter.

Ved tusenårsskiftet viser statistikk fra Försäkringsförbundet at det var drøyt 100 000 svensker som hadde slik forsikring.<sup>5</sup> Dette tallet økte jevnt fram til 2002, og etter dette har man

Figur 2.5 Antall forsikrede med privat helseforsikring i Sverige 2000 – 2008.



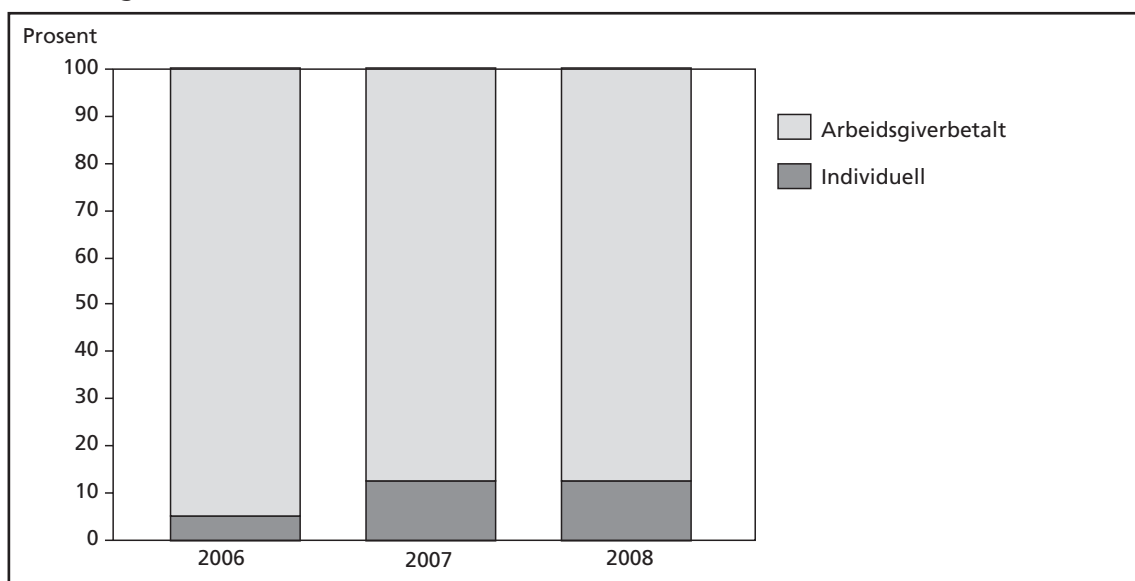
Kilde: Försäkringsförbundet, statistikk revidert november 2009

<sup>5</sup> Tallene for sjukvårdsförsäkring omfatter også rehabiliteringsförsäkring i perioden fra 2000 til 2004. Det er ikke mulig å skille disse i statistikken. Statistikken overrapporterer derfor antallet med sjukvårdsförsäkring for 2004 noe. Rehabiliteringsförsäkring utgjorde likevel en svært liten andel av forsikringene. I 2004 var det for eksempel kun drøyt 1400 personer med slike forsikringer.

observerte en relativt kraftig vekst. Særlig skjøt veksten fart fra 2005, og med dette har markedet for private helseforsikringer blitt nærmere to og en halv ganger større i løpet av åtte år.

Privat helseforsikring kan som nevnt ovenfor tegnes som individuelle forsikringer eller arbeidsgiverbetalte forsikringer. Det er fortsatt en stor overvekt av arbeidsgiverbetalte helseforsikringer, og nesten 87 prosent av de forsikrede har den som et frynsegode i jobben sin. Samtidig ser vi at veksten i individuelle private helseforsikringer har vært betydelig i perioden. Av figur 2.6 framgår det at den relative andelen av arbeidsgiverbetalte helseforsikringer har sunket fra omtrent 94 i 2006 til 87 prosent i 2008.

Figur 2.6 Andel forsikrede med henholdsvis arbeidsgiverbetalt og individuelt betalt sjukvårdsforsikring.



Kilde: Försäkringsförbundet, statistikk revidert november 2009

Veksten i private helseforsikringer kommer samtidig som det observeres en økende tendens til misnøye med erstatningsnivå i offentlige ordninger og økende mistillit til at det offentlige skal klare å løse velferds- og helseutfordringene. I en undersøkelse gjennomført av Folksam belyses utbredelsen av forsikringer og holdninger til velferd generelt og arbeidsrelatert sosialforsikring spesielt. Denne undersøkelsen peker på tendenser til at svenskene i større og større grad gjør individualistiske vurderinger med hensyn til velferd og blir mer positive til private løsninger som supplement og alternativ til offentlige kollektive løsninger (Folksam 2009a). Samtidig viser Sveriges kommuner och Landsting sitt vårdbarometer om befolkningens syn på helsevesenet, en stabil og økende tillit til at man har tilgang på de helsetjenestene man behøver og at man får nødvendig behandling innen rimelig tid (Sveriges kommuner och Landsting 2007).

Videre undersøkelser om forsikringsdekninger knyttet til helse viser at Stockholmsboere skiller seg ut, særlig med hensyn til private helseforsikringer. Folksams undersøkelse om velferdstendenser i storbyregionene 2009 viser at mens andelen som hadde tegnet privat helseforsikring var 16 prosent i hele Sverige, var andelen i Stor-Stockholm 20 prosent (Folksam 2009b).

Mens det tidligere i hovedsak var næringslivsledere og nøkkelpersonell som tegnet private helseforsikringer, er det nå mer utbredt i de bredere lag av den svenske arbeidsstyrken. Dette kommer blant annet som følge av at det blir vanligere å forsikre hele arbeidsstokken når en

bedrift inngår forsikringsavtaler. Også enkelte svenske kommuner har valgt å tegne private helseforsikringer for sine ansatte.

Sunne kommune var den første svenske kommunen som tegnet privat helseforsikring for sine ansatte. Dette skjedde i 2007. Siden dette ble ansett å være et pilotprosjekt, har Sunne kommune vært gjenstand for stor oppmerksomhet både fra bransjen og fra forskerhold. En studie av ordningen konkluderte i 2008 med at forsikringen var lønnsom for Sunne kommune, og at de positive effektene av ordningen veier tyngre enn de negative effektene (Tengberg 2008). De positive effektene som beskrives i studien er blant annet knyttet til nedgang i observert sykefravær i perioden etter innføring av helseforsikringen. Den økonomiske gevinsten ved redusert sykefravær beregnes å være høyere enn den årlige premien til forsikringen på 3,6 millioner kroner. Det tas høyde for at ikke all nedgang i sykefravær skyldes tegning av privat helseforsikring, men at en del av nedgangen også skyldes økt fokusering på helse, endrede kommunikasjonsformer i ledelsen og større innflytelse over egen arbeidssituasjon for de ansatte. Det har også vært en kraftig reduksjon i sykefraværet i Sverige generelt gjennom 2000-tallet, med en halvering i perioden 2002–2007 (Berge m.fl. 2009:29). Kommunens begrunnelse for å inngå en slik privat helseforsikring var ikke et inntrykk av dårlige offentlige helsetjenester, men misnøye med tilgjengeligheten og ventetidene i det offentlige helsesystemet.

Et av arbeidsgivernes viktigste argumenter for å tegne privat helseforsikring er å redusere sykefraværet i bedriften. Det gjøres en kost-nytte-analyse av kostnadene til forsikringspremier og de mulige gevinstene av redusert sykefravær som følge av rask behandling. I 2008 gjennomførte Tegle Jansson & Partners en undersøkelse av sammenhengen mellom svenske bedrifters helsefremmende og rehabiliterende aktiviteter. I dette arbeidet så de også nærmere på mulige sammenhenger mellom private helseforsikringer og sykefravær. Studien var bestilt av Svensk Näringsliv og omfattet 470 bedrifter i små og mellomstore bedrifter (30 – 499 ansatte) i Livsmedelföretagen, Sveriges Byggindustrier og TransportGruppen. Studien konkluderer med at kjøp av privat helseforsikring har en effekt på sykefraværet. De statistiske analysene støtter en hypotese om en reduksjon i sykefraværet, hos bedrifter med gjennomsnittlig sykefravær, på 20 prosent ved kjøp av helseforsikring.

Funnene fra Sverige gir ikke noe entydig bilde på effektene av helseforsikringer på sykefravær. De fleste studiene er gjennomført av bransjen selv og konsulentselskapene. Selv om noen av disse studiene finner reduksjon i sykefravær i aktuelle bedrifter, er det ikke kontrollert for den generelle nedgangen i sykefravær i Sverige i perioden.

## 2.3 Danmark

Det er tre typer private forsikringer i Danmark som er relatert til helse: 1) brukerbetalingsforsikringer, 2) behandlingsforsikringer / sundhedsforsikringer og 3) kritisk sykdomsforsikringer (Copenhagen Economics 2008:16). Det er «sundhedsforsikringene» som er motsvart til de norske private helseforsikringene, og det er disse vi skal se nærmere på i det følgende. Brukerbetalingsforsikringer er forsikringer som dekker brukerbetalingen ved ulike typer av behandlinger som fysioterapi og tannpleie. Kritisk sykdomsforsikring er forsikringer som sikrer økonomisk støtte i tilfeller der man blir alvorlig syk. Ved denne typen forsikring behøver man ikke å benytte utbetalingen til behandling, og den er ofte koblet sammen med en pensjonsordning. Sundhedsforsikringene (heretter privat helseforsikring) er forsikringer som dekker (deler av) et behandlingsforløp. Det være seg operasjoner på private sykehus og klinikker, utgifter

til medisiner eller laboratorie- og røntgenundersøkelser, for å nevne noen eksempler. Over 1 million dansker er i dag omfattet av en slik privat helseforsikring, og det blir stadig flere. De fleste får sin forsikring dekket av arbeidsgiver, som en del av sine lønns- og arbeidsvilkår.

### Pasientrettigheter og fritt sykehusvalg

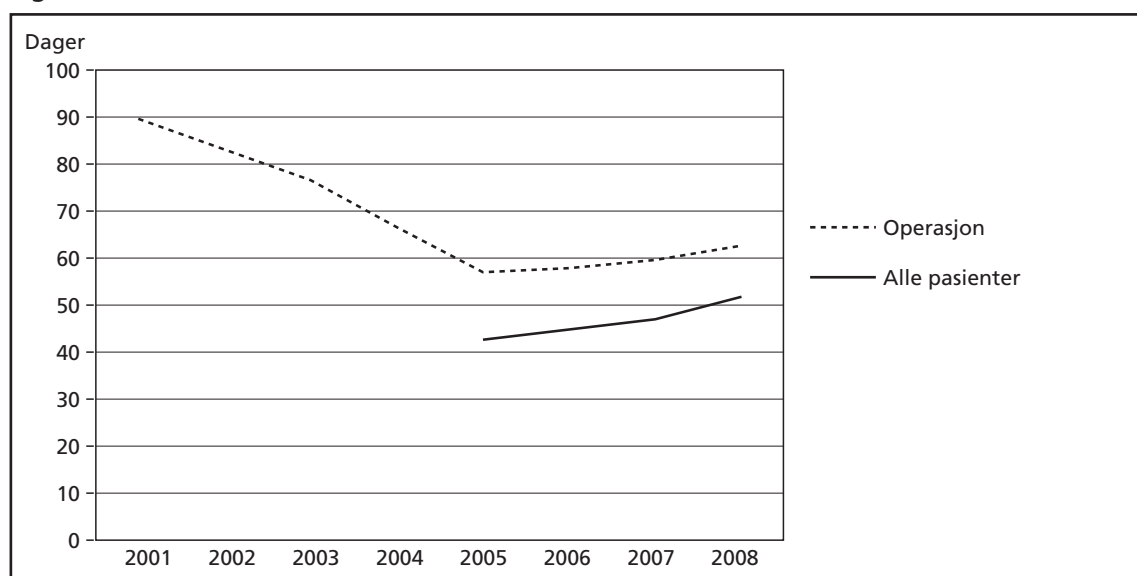
Fra 1990-tallet og framover har det blitt innført fritt sykehusvalg i Danmark. Først med fritt valg mellom de offentlige sykehusene, deretter med et utvidet fritt sykehusvalg fra 2002 som også omfattet behandling på private og utenlandske sykehus. Dersom pasienter måtte vente mer enn to måneder på behandling, kunne man fra 2002 bli behandlet på private eller utenlandske sykehus på det offentliges regning (Kvist 2009). I beregning av ventetid regnes ikke perioder der man er under utredning (Copenhagen Economics 2008). Kanskje er det også derfor at Kjellberg m.fl (2009:9) framholder at de private helseforsikringene har størst verdi i utredningsforløpet, da verdien av ventegarantien synes mindre. De peker på at ventetidsgarantien i det offentlige ellers har bidratt til at ventetiden for en operasjon har vært meget kort for de som aktivt har valgt sykehus, og at verdien av en privat helseforsikring således har vært relativt marginal for denne gruppen pasienter (ibid.).

Siden 2002 har reglene for fritt sykehusvalg endret seg en rekke ganger. I 2007 fikk pasientene mulighet til utvidet fritt sykehusvalg etter en måneds venting. Denne garantien ble imidlertid suspendert av regjeringen i oktober 2008 på grunn av lange ventelister som følge av en storkonflikt med sykepleierne våren 2008 (Kvist 2009). Til gjengjeld har regionene forpliktet seg til å gå ut å kjøpe ledig kapasitet på privatsykehusene.

### Helsekøer og ventetid

I Danmark rapporterer alle sykehus inn ventetider på ulike behandlinger og operasjoner til Sundhedsstyrelsen. Disse tallene legges ut, slik at pasientene får oversikt over ventetiden ved de ulike sykehusene. Denne informasjonen kan de benytte når de gjennom fritt sykehusvalg

Figur 2.7 Ventetid i Danmark 2001 – 2008.



Kilde: Sundhedsøkonomisk center, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse

\* 2002 og 2004 er estimat basert på midtverdier.

velger behandlingssted. En gjennomgang av ventetiden i Danmark i perioden 2001 til 2008 viser først en sterk nedadgående trend, der ventetiden for danske pasienter stadig ble kortere. Mens man i 2001 i gjennomsnitt måtte vente tre måneder på en operasjon, var denne ventetiden redusert med en måned i løpet av fire år. Det er rimelig å anta at dette henger sammen med ventetidsgarantien som ble innført fra 2002. Etter 2005 kan vi observere en svak økning i ventetid, men fortsatt er ventetiden i snitt om lag to måneder.

### **Policyendringer og regelverk**

De siste årene med borgerlige regjeringer i Danmark har lagt til rette for en voldsom vekst i bruken av private helseforsikringer. Virkemidlene som har vært tatt i bruk er særlig skattefritak for slike forsikringer. Den gjeldende lovgivingen for private helseforsikringer er fra 2002 (Copenhagen Economics 2008:13). Dette året ble det gjort en endring i ligningsloven § 30 som gjorde arbeidsgiverfinansierte helseforsikringer unntatt fordelsbeskatning. Et krav for skattefritaket er at samtlige medarbeidere på arbeidsplassen er omfattet av ordningen (jf. Lov nr. 389 av 6. juni 2002). En annen betingelse for skattefritaket er at det foreligger en henvisning til behandling/legeerklæring fra en lege, eller i andre tilfeller skriftlig erklæring fra en kiropraktor/psykolog med autorisasjon. Før de private helseforsikringene ble unntatt fordelsbeskatning, var det relativt få som hadde tegnet en slik forsikring. Noen bedrifter hadde tegnet forsikring på nøkkelpersonell, men ordningen var så lite utbredt at 2002 i en rapport av Copenhagen Economics (2008:4) omtales som året denne typen forsikringer oppstod.

Kravet om at alle på arbeidsplassen må være dekket for at skattefritaket skal gjelde, vil bidra til en sosial lik fordeling mellom de sysselsatte. Mens det i første rekke fortsatt er nøkkelpersonell som får dekket en privat helseforsikring av sin arbeidsgiver i Norge, vil et bredere lag av arbeidstokken være omfattet i Danmark. Samtidig vil skattefritaket kunne bidra til økt sosial (helse-)ulikhet mellom de sysselsatte og den samlede befolkningen for øvrig.

Copenhagen Economics (2008:27–28) beregner den direkte provenyeffekten av skattefritaket til å være 465 millioner for 2008. Kjellberg m.fl (2010:14) viser til at det er gjort svært sprikende vurderinger av verdien av skatteletten. Ifølge skatteministeriet utgjorde den direkte provenyeffekten 340 millioner i 2007, mens Det Økonomiske Råd anslår at verdien av fradraget er 30 prosent høyere. Det høyeste anslaget har beregnet verdien til nærmere 700 millioner for 2008. Det er uansett vanskelig å konkludere hva nettoeffekten for det offentlige vil være. For det første vil det at forsikringen dekker utgiftene til enkelte undersøkelser, operasjoner og medisiner kunne medføre besparelser for helsevesenet og dermed for det offentlige. Samtidig kan det at man er dekket av en forsikring og får hurtigere behandling kunne øke etterspørselen etter helsetjenester blant de forsikrede.

En utfordring ved at de private helseforsikringene er arbeidsgiverfinansiert og unntatt fra fordelsbeskatning, kan være at de forsikrede ikke i særlig grad vil reflektere over det faktiske behovet for slike forsikringer. Dersom folk hadde måttet kjøpe egen helseforsikring for sin beskattede lønn, ville de kanskje vurdert nærmere hvor fordelaktig ordningene er, eller om man allerede er tilstrekkelig dekket av offentlige garantier.

### **Utforming**

En privat helseforsikring koster mellom 500 og 2400 kroner, avhengig av aldersgruppe, forsikringsselskap og dekningsgrad (Kjellberg m.fl 2010:19). Den gjennomsnittlige premieinntekten for forsikringsselskapene er beregnet til å være rundt 1000 kroner i året per person.

Denne premien har ligget konstant siden 2003, mens utbetalingene har steget mye. I 2007 var bruttoutgiften per forsikringsstaker på 893 kroner, mens bruttoinntekten var på 996. Følgelig var dekningsbidraget fra hver forsikringsstaker 104 kroner. Til sammenligning var dette bidraget 690 kroner i 2003. Kjellberg m.fl (2010:19) estimerer at det med denne utviklingen allerede i 2008 var et negativt dekningsbidrag per forsikringsstaker på 43 kroner. Det er derfor rimelig å forvente at prisen på slike forsikringer vil komme til å stige, og/eller at det blir økt risikodeling i form av brukerbetaling.

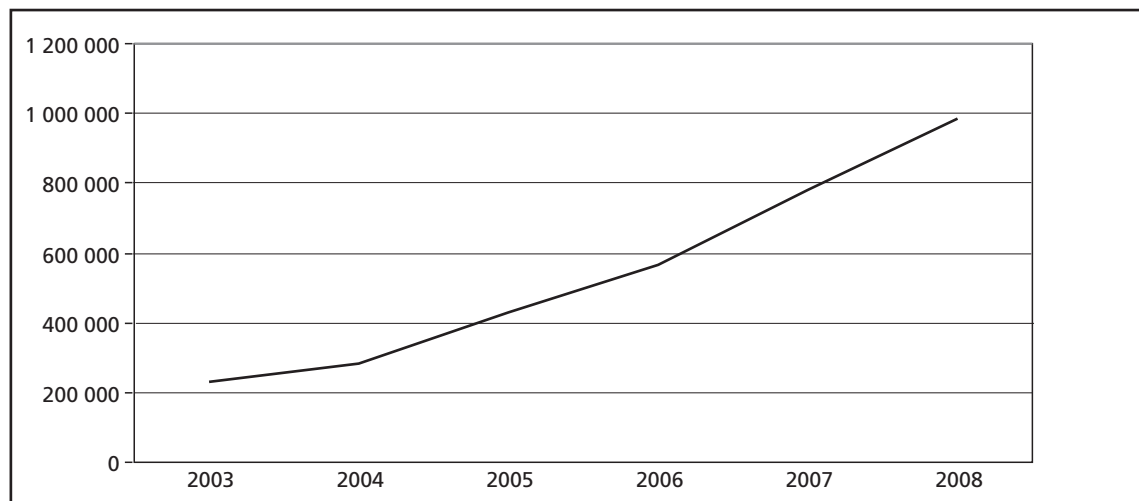
Kjellberg m.fl (2010:15) peker på at det er store forskjeller mellom de private helseforsikringene som tilbys. Forskjellene finnes likevel på detaljnivå, og forsikringene har ellers klare likheter. Typisk dekker forsikringen (deler av) utgiftene til behandling på private sykehus, av privatpraktiserende spesialister, laboratorie- og røntgenundersøkelser, poliklinisk behandling, sykehusopphold og medisin, operasjoner, skanning, pacemaker, proteser og hjelpemidler, gjenopptrening, fysioterapeut, kiropraktor, psykiater, psykolog og annen krisehjelp, alkoholavvenning, sykepleier i hjemmet og transport mellom hjem og behandlingssted (ibid.). Den dekker som regel ikke sykdommer som har oppstått før forsikringen ble tegnet, akutt oppståtte skader og kroniske lidelser. Den dekker heller ikke sykdommer som følge av profesjonell idrett, kosmetiske operasjoner, alternativ behandling, briller, kontaktlinser, tannbehandling, behandling av barnløshet, eller følger av graviditet og fødsler (ibid.). Noen av disse elementene kan likevel dekkes mot å betale høyere premier.

Ofte tilbyr forsikringsselskapene en grunndekning som skal sikre hurtig behandling på et privatsykehus, og forskjellige supplerende tilleggsmoduler. I økende grad inneholder grunnmodulene også behandling hos kiropraktor, fysioterapeut og psykolog (ibid.:16). Dekning for rekreasjons- og behandlingsopphold, samt midlertidig hjelp i hjemmet, kan også vanligvis kjøpes i tillegg.

### Omfang og utvikling

Før det i 2002 ble mulig for bedrifter å tilby sine ansatte helseforsikring skattefritt, var omfanget av slike forsikringer relativt begrenset i Danmark. Kjellberg m.fl (2010:13) anslår at det i 2001 var omkring 50 000 dansker som hadde tegnet en privat helseforsikring. I dag er derimot drøyt 1 million dansker omfattet av en eller annen form for privat helseforsikring.

Figur 2.8 Antall forsikrede med Sundhedsforsikring i Danmark. 2003 – 2008.



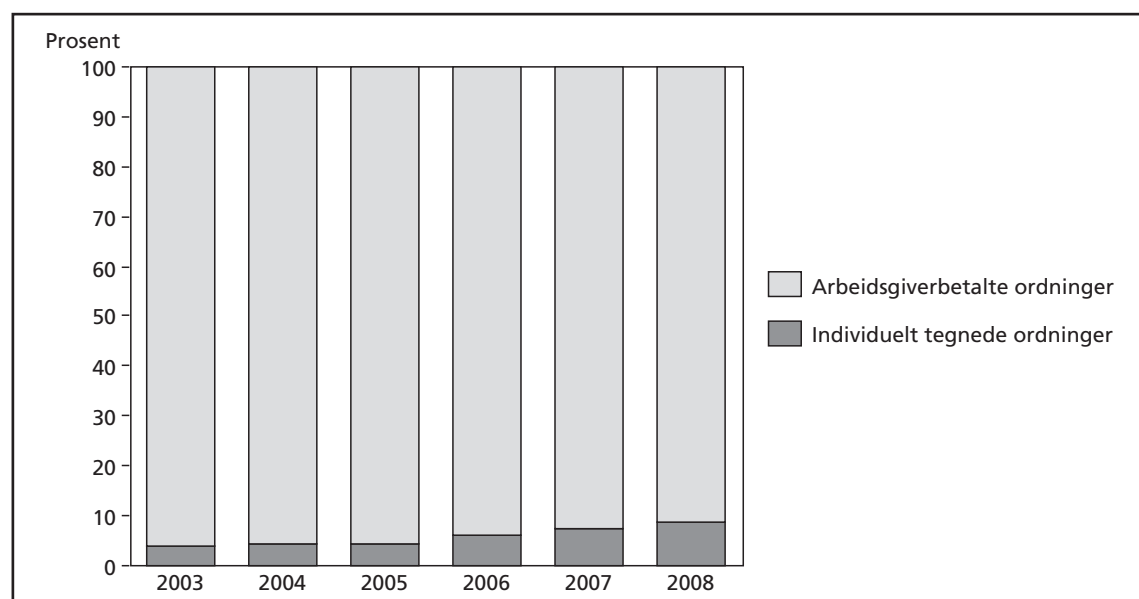
Kilde: Forsikring og Pension

Veksten har følgelig vært formidabel de senere årene. Den danske bransjeorganisasjonen Forsikring og Pension observerer en nær femdobling i antallet dansker med privat helseforsikring i femårsperioden fra 2003 til 2008. I perioden vi har hatt data for ser vi at det har vært en jevnt høy økning i antallet forsikrede – og tendensen ser ikke ut til å stoppe med det første. Ikke minst fordi flere kommuner og andre offentlige institusjoner arbeider med å utvikle et tilbud om privat helseforsikring som en del av lønnspakken til sine ansatte. Tilbud om forsikring til barn og samboer/ektefelle er også et marked i vekst (ibid.).

I figur 2.8 kan man se utviklingen i antall tegnede forsikringer i perioden 2003 til 2008. Selv om denne statistikken ikke er fullstendig, siden tallene her bare omfatter leverandører som rapporterer til Forsikring og Pension, er det grunn til å tro at det ikke vil være særlig mange forsikrede som ikke er omfattet i disse tallene. De største forsikringsleverandørene i Danmark er med i bransjeorganisasjonen Forsikring og Pension og rapporterer inn sine tall. Statistikken er her basert på antall helseforsikrede i TrygVesta, Danica Pension, Skandia Liv, Finanssektorens Pensionskasse, PensionDanmark, IF, Topdanmark, PFA, Codan og Mølholm.<sup>6</sup>

Danske myndigheter samler ikke inn data om hvem som har en privat helseforsikring, men de fleste som er omfattet av en slik ordning har den dekket gjennom jobben. Av figur 2.9 kan vi se at det er de arbeidsgiverbetalte private helseforsikringene som er dominerende. Hele ni av ti helseforsikringer er betalt av arbeidsgiver, men det er betydelige forskjeller mellom ansatte i privat og offentlig sektor. Mens nærmere 60 prosent av ansatte i privat sektor får dekket helseforsikring gjennom jobben, er den tilsvarende andel i offentlig sektor beskjedne 6 prosent (Kjellberg m.fl 2010:21). Det er også svært få utenfor arbeidsmarkedet som har en privat helseforsikring. Vi observerer likevel den samme tendensen som i Sverige, mot et økende innslag av individuelt tegnede ordninger, slik at den relative vekten mellom arbeidsgiverbetalte og individuelt tegnede helseforsikringer har forskjøvet seg noe.

Figur 2.9 Andel forsikrede med henholdsvis arbeidsgiverbetalt og individuelt betalt premie. Danmark 2003 – 2008.



Kilde: Forsikring og Pension

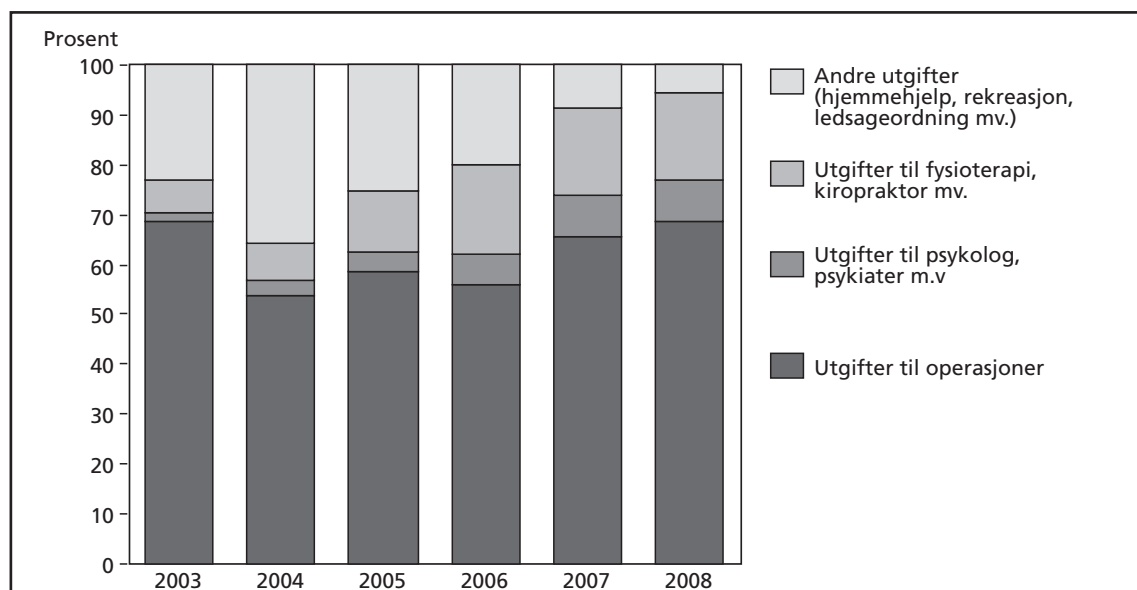
<sup>6</sup>I tillegg tilbyr IHI Bupa helseforsikring, men har få danske kunder med en slik forsikring, og er ikke inkludert i statistikken.

Kjellberg m.fl (2010:21) viser også at det er en positiv korrelasjon mellom lønnsnivå og forsikringsdekning. Mens 66 prosent av de ansatte i privat sektor som har en årsinntekt over 500 000 kroner er dekket av en privat helseforsikring, er den tilsvarende andelen 50 prosent for de som tjener under 300 000. Det er også flere menn enn kvinner som er dekket (ibid.), men dette kan nok i hovedsak relateres til at det er flere kvinner som jobber i offentlig sektor og flere menn som jobber i privat sektor. Det er også interessant at alder synes å ha en betydning for om man er forsikret eller ikke. Mens 66 prosent av yngre arbeidstakere (18–34 år) i privat sektor er dekket, er den tilsvarende andelen 42 prosent for eldre arbeidstakere (over 56 år) og 57 prosent blant de øvrige (35–55 år) (ibid.).

Det er altså få dansker på det offentlige arbeidsmarkedet og nesten ingen utenfor arbeidsmarkedet som har en privat helseforsikring. Følgelig er det en objektiv ulikhet i adgang til private skattesubsidierte helseforsikringer. Men det er ikke mulig å si om dette omsettes til en ulik adgang til det danske helsevesenet. Det finnes riktignok oversikter over hvem som benytter seg av de private helseforsikringene og hva de benyttes til. Kjellberg m.fl (2010:23) viser til en undersøkelse som ble gjennomført av Arbejderbevægelsens Erhvervsråd over hvem som fikk dekket behandling på privatsykehus gjennom sin private helseforsikring i 2007. Denne undersøkelsen viste at det var relativt få arbeidsledige, pensjonister og ufaglærte arbeidstakere som fikk dekket behandling gjennom privat forsikring, mens fire av ti ledere og halvparten av ordinære lønsmottakere hadde fått dette. Funnet er ikke overraskende, siden det først og fremst er ordinære lønsmottakere og ledere som er dekket av private helseforsikringer.

For Danmark har vi også fått tilgang på en oversikt over utbetaling fra de private helseforsikringene. I figur 2.10 kan man se hvordan utbetalingene fordeler seg etter utgiftskategori. Nærmere 70 prosent av utbetalingene går til å dekke utgifter knyttet til operasjoner. Etter først en liten nedgang, er disse utgiftene økt tilbake til 2003-nivået. Selv om det er en forholdsvis liten andel som går til å dekke utgifter til psykolog, observerer vi at det er en økning i denne andelen. Likeens er det en økning i utgifter til fysioterapi og kiropraktor. Det er «andre utgifter» som hjemmehjelp, rekreasjon og ledsagerordning mv. som stadig synes å utgjøre en mindre andel av utbetalingene. Dette kan henge sammen med at dette er utgifter som ikke

Figur 2.10 Oversikt over utbetalinger fra private helseforsikringer, fordelt på utgiftskategori. Danmark 2003 – 2008.



Kilde: Forsikring og Pension

dekkes av flere av forsikringene, eller at forsikringsselskapene har måttet skjerpe inn på hvilke utgifter de går med på å dekke, ettersom samlede utbetalinger nærmer seg deres inntekter. Som nevnt ovenfor estimeres det at de samlede utbetalinger for forsikringsselskapene nå utgjør cirka 996 millioner, noe som overstiger de cirka 954 millionene de tar inn i forsikringspremier (Kjellberg m.fl 2010:19).

### 3 Avsluttende drøftinger

Stadig flere i Norden skaffer seg en privat helseforsikring. I dette notatet har vi beskrevet omfang, regelverk og policyendringer i de nordiske landene. I Danmark har over 1 million tegnet en privat helseforsikring, mens det i Sverige og i Norge er henholdsvis 360 000 og 200 000 innbyggere som har gjort det samme. I alle land er dette et relativt nytt fenomen, og de fleste av forsikringene er tegnet etter 2002. Typisk inngår de private helseforsikringene som ansattes lønns- og arbeidsvilkår, men det er også en økende andel forsikringer som er tegnet individuelt. Det er dessuten ulike skatteregimer i de tre landene for tilfellene der den private helseforsikringen finansieres av arbeidsgiver. I Danmark har dette vært skattefritt siden den borgerlige regjeringen (Fogh Rasmussen) fjernet fordelsbeskatningen i 2002. Dersom bedriften ikke forsikrer alle arbeidstakerne, blir imidlertid forsikringen beskattet. I Norge fjernet den borgerlige regjeringen (Bondevik II) fordelsbeskatningen på private helseforsikringer i 2003. Denne ble gjeninnført av den rødgrønne regjeringen (Stoltenberg II) i 2006. I dag blir ansatte med helseforsikring finansiert av sin arbeidsgiver fordelsbeskattet for hele forsikringspremien. Hvilken skattesats den enkelte vil få på denne fordelene, vil variere med inntekt, men den vil nok typisk ligge på mellom 40 og 50 prosent av premien. I Sverige har det så langt vi klarer å identifisere, vært den samme skattekategorien av arbeidsgiverfinansierte private helseforsikringer. De ansatte blir fordelsbeskattet tilsvarende 3 prosent av forsikringspremien. Dette vil i praksis si at utgiften for den enkelte blir svært lav. I tabell 3.1 (på neste side) oppsummerer vi våre funn knyttet til omfang, skatteregime og policyendringer i de tre landene.

I hovedsak tilbyr forsikringene de samme tjenestene som det man allerede er dekket av gjennom offentlige ordninger. De private helseforsikringene har med andre ord en supplerende funksjon. I notatet har vi vist hvordan innbyggerne i alle land er dekket av ulike pasientrettigheter og ventegarantier i de offentlige ordningene. Hovedformålet med å skaffe seg en forsikring av denne typen vil følgelig være å utvide valgmuligheten med hensyn til hvem, når eller hvor ulike former for behandling skal gjennomføres. I Norge selges forsikringene under argumentet om at de kan tilby raskere tilgang til behandlinger enn hva det offentlige systemet kan levere.

Det kan være mange grunner til den kraftige veksten i omfanget av private helseforsikringer som vi observerer. En åpenbar forklaring kan være ventelister og kø i helsevesenet. Salgsargumentet for de private helseforsikringene i Norge har stort sett dreid seg om kortere ventetid, ikke at man oppnår mer bredde eller bedre kvalitet i tilbudet. Det er gjennomført en analyse av sammenhengen mellom ventekøer og tegning av behandlingsforsikring i Norge. Aarbu har gjennomført en analyse av norske surveydata fra 2004 og kombinert disse med regionsoppdelte ventelistedata fra Norsk pasientregister (Aarbu 2008b). Studien viser at kjøps sannsynligheten påvirkes både av kortsiktige og langsiktige ventelister, men først dersom ventelistene i en region har vært konsistent over lang tid. Han konkluderer dermed med at det er en positiv sammenheng mellom kjøps sannsynlighet og ventelister. Han konkluderer videre med at sammenhengen er sterkest for kjøp av individuell behandlingsforsikring. Disse funnene gjenspeiler funn fra britiske undersøkelser, men sammenhengene er svakere i Norge. Også i Storbritannia er det slik at arbeidsgiverbetalt forsikring i mindre grad påvirkes av helsekøer enn av individuelle kjøp. En mulig forklaring på dette er at arbeidsgivere ofte opererer på tvers

Tabell 3.1 Private helseforsikringer: Omfang, skatteregime og policyendring.

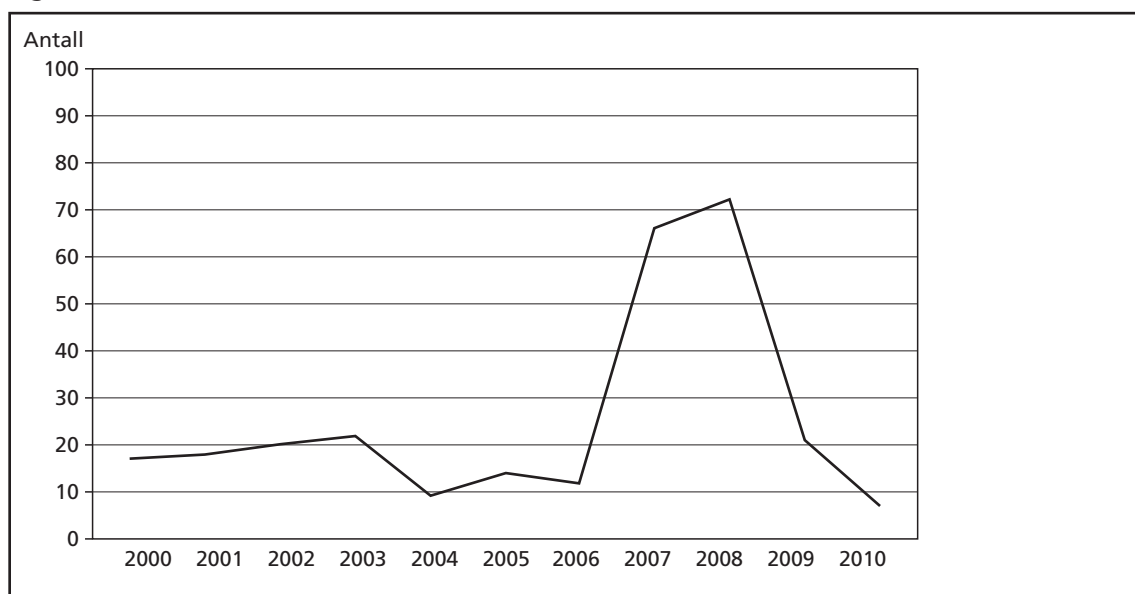
	Norge	Sverige	Danmark
Antall forsikrede	200 000	360 000	1 000 000
Andel av sysselsatte med forsikring	8 prosent	8 prosent	36 prosent
Typisk pris på helseforsikring*	3000	2500	1000
Andel arbeidsgiver-finansierte forsikringer	88 prosent	87 prosent	90 prosent
Framvekst	Særlig fra 2003, i 1998 var det bare rundt 7500 med en slik forsikring.	Særlig fra 2002, men allerede 100 000 med en slik forsikring i 2000.	Særlig fra 2002. I 2001 anslås det at det var rundt 50 000 med en slik forsikring.
Skatteregime	Hele premien fordelsbeskattes. I praksis vil det innebære en skatt på i underkant av 50 prosent avhengig av arbeidstakerens lønnsnivå.	Fordelsbeskattes 3 prosent av forsikringspremien. I praksis vil følgelig skatten være svært lav.	Skattefritt dersom alle på arbeidsplassen er omfattet.
Policyendringer	Borgerlig regjering fjernet fordelsbeskatning i 2003 (Bondevik II). Gjeninnført av den rødgrønne regjeringen med effekt fra 2006 (Stoltenberg II).	Ingen identifisert.	Borgerlig regjering fjernet fordelsbeskatning i 2002 forutsatt at alle ansatte i bedriften ble forsikret (Fogh Rasmussen).

\* Gjennomsnitt av stikkprøver hos leverandørene. Årlig premie for individuell privat helseforsikring.

av regioner og i mindre grad vil vektlegge de regionspesifikke helsekøene. Det kan også være slik at arbeidsgivere legger mindre vekt på selve effekten en helseforsikring kan ha på ventetid, og mer på effekten den kan ha for å trekke til seg kompetente arbeidstakere (Besley, Hall og Preston 1999). I dette notatet har vi sett hvordan ventetiden til det offentlige helsevesenet har blitt kraftig redusert i Norden på 2000-tallet. Veksten i omfanget av private helseforsikringer har følgelig kommet i en periode der ventetiden til det offentlige helsevesenet stadig har blitt mindre. Det er dermed vanskelig å slutte at det bare kan være ventetider som forklarer den oppståtte etterspørselen etter private helseforsikringer. En mulig forklaring kan være at befolkningen oppfatter at ventetiden har økt siden media har økt sin fokusering på helsekøer. En indikator på dette kan være antall ganger ventelister i helsevesenet omtales i norske medier. Av figur 3.1 kan vi se at det fra midten av 2000-tallet var en kraftig vekst i omtalen av ventetider i helsevesenet. Dette kan ha bidratt til å skape et inntrykk av at ventetidene har økt, selv om de i samme periode faktisk har gått ned. Dette kan igjen ha bidratt til at flere har følt behov for å tegne en forsikring som korter ned ventetiden for å komme til behandling.<sup>7</sup>

<sup>7</sup> Man skal imidlertid være forsiktig med å overtolke antall medietreff. Det har i samme periode vært en enorm vekst i antall nyhetssaker i nettmedier generelt. Derfor vil man for de fleste søkeord oppleve en vekst i perioden. Vi har likevel valgt å inkludere figuren, fordi den viser en voldsom vekst etterfulgt av en topp i 2007 og 2008, for så avta fra 2009. Dette kan indikere at det i en periode har vært et særlig søkelys på ventetider i helsevesenet.

Figur 3.1 Omtale av ventetider i helsevesenet, norske medier 2000 – 2010.



Kilde: Retriever

Selv om veksten i omfang av private helseforsikringer må betraktes som sterk i alle de tre landene, er det påfallende hvor mye sterkere den har vært i Danmark, hvor man ikke blir fordelsbeskattet. Veksten begynte også i Norge etter at fordelsbeskatningen ble fjernet i 2003, men på en annen side har veksten også fortsatt etter at beskatningen ble gjeninnført i 2006. At Sverige med sin svært moderate beskatning av arbeidsgiverfinansierte helseforsikringer har en tredjedel av antall forsikringer sammenlignet med Danmark, kan indikere at bare en liten beskatning demper veksten i antall forsikringer.

Det kan også være at økningen i stor del er tilbudsrevet. Vi finner store forskjeller i hvor mye de private helseforsikringene typisk koster i de tre landene. I Danmark der helseforsikringen i gjennomsnitt koster rundt 1000 kroner, selges langt flere forsikringer enn i Norge og Sverige, der prisen typisk er to til tre ganger så høy. I Danmark hvor forsikringene må betraktes som svært billige, selges de også med tap, da selskapene har høyere utgifter enn de samlede forsikringspremiene utgjør. En mulig forklaring på hvorfor forsikringsselskapene velger å selge forsikringer med tap, kan selvsagt være at konkurransen i markedet er svært hard og at marginene derfor presses mot null. En annen forklaring kan være at man ønsker å skape et marked for denne typen forsikringer, og at man av denne grunn først selger dem uten å tjene penger på dem. Etter hvert som flere skaffer seg en forsikring som gir en rett til å gå foran i køen, økes presset på at også alle andre skaffer seg den samme retten. Etter hvert kan forsikringsselskapene sette opp prisen uten at kundene forsvinner fordi man ikke kan la være å ha forsikring når alle andre har én.

I OECDs store gjennomgang og undersøkelse av private helseforsikringer konkluderes det med at private helseforsikringer representerer både muligheter og risikoer knyttet til oppnåelse av målene til helsevesenet. Helseforsikringene krediteres for å gi ny innsprøyting av midler til helsesystemet, øke valgmulighetene for pasientene og gjøre systemene mer tilpasningsdyktige (Colomb og Tapay 2004). Vi har ikke i denne gjennomgangen funnet noe som entydig bekrefter effekten av private helseforsikringer på sykefraværet. Likevel synes både nærings salgsargument og arbeidsgivernes motivasjon for å tegne forsikring for sine ansatte å være at de skal komme raskere tilbake i jobb og dermed redusere sykefraværet. Det å tillate at de i

arbeid kommer raskere til i helsevesenet kan således være positivt for den enkelte bedrift og samfunnet som helhet, fordi de returnerer raskere til produktivt arbeid. Samtidig vokser det fram betydelige utfordringer knyttet til likhets- og rettferdighetsprinsippene som de nordiske velferdsmodellene er tuftet på. I de nordiske landene har alle hatt tilgang på tilnærmet gratis helsetjenester uavhengig av betalingsevne og posisjon i samfunnet. I Sverige var det først vanlig bare å forsikre næringslivsledere og nøkkelpersonell, men stadig flere ordinære lønsmottakere blir dekket, fordi bedriftene i økende grad forsikrer hele arbeidsstokken. I Norge er det først og fremst ledere og de høyest lønnede som er dekket av privat helseforsikring. I Danmark er det på samme måte få arbeidsledige, pensjonister og ufaglærte arbeidstakere som har fått dekket behandling gjennom privat forsikring, mens fire av ti ledere og halvparten av ordinære lønsmottakere har fått dette. Dette illustrerer hvordan prinsippet om befolkningens lik rett til behandling settes på prøve gjennom framveksten av private helseforsikringer.

## Referanser

- Askildsen, J.E., T.H. Holmås og L.K. Noranger (2006), *Bør kommuner kjøpe helseforsikring*. SNF-arbeidsnotat nr 51/06. Bergen: Samfunns- og næringslivsforskning
- Berge, Ø., J. Christensen, J.E. Dølvik, T. Fløtten, J.M. Hippe, H. Kavli og S. Trygstad (2009), *De nordiske modellene etter 2000 – en sammenliknende oppsummering*. Oslo: Fafo-notat 2009:11
- Besley, T., J. Hall og I. Preston (1999), «The demand for private health insurance: Do waiting lists matter?» *Journal of Public Economics*, 72, 155–181
- Brev til stortinget 29.01.2010. Dokument 8:41 S (2009-2010), fra representantene Olsen, Nesvik og Tybring-Gjedde vedrørende skattefritak for arbeidsgiverbetalte behandlingsforsikringer og treningskort
- Colombo, F. og N. Tapay (2004), *Private health insurance in OECD countries: The benefits and costs for individuals and Health systems*. OECD health working papers no. 15
- Finansdepartementet (2010), Dokument 8:41 S (2009-2010) fra representantene Olsen, Nesvik og Tybring-Gjedde vedrørende skattefritak for arbeidsgiverbetalte behandlingsforsikringer og treningskort
- Forsikring & Pension (2008), *Sundhedsforsikringer – en løsning på fremtidens velfærd?* F&P Analyserapport 2008:4. Copenhagen Economics
- Forsikring & Pension (2009), *Danskernes syn på sundhedsforsikringer*. F&P Rapport 2009
- Haug, C. (2003), «Med liten skrift.» *Tidsskrift for Den norske legeforening*, nr 15–14
- Heim, G.H. (2009), *Privat helseforsikring og sykefravær*. Sintef rapport A13613.
- Jensen, A. (2009), *Sosiale ulikheter i bruk av helsetjenester. En analyse av data fra Statistisk sentralbyrås levekårsundersøkelse om helse, omsorg og sosial kontakt*. SSB rapport 2009/ 6
- Kvist, J. (2009), *De nordiske modellene etter 2000 – utviklingen i Danmark*. Oslo: Fafo-notat 2009:10
- Manifest (2009), *Klassedelt helsevesen? Om utbredelsen av privat helseforsikring i Norge*. Manifest rapport nr. 1 – 2009
- Møller, M.F., S.R. Raskmark, J.W. Bengtson (2009), *Private sundhedsforsikringer – en utfordring til den danske velfærdsstat*
- Pedersen, I. (2007), *Private helseforsikringer – status og betydning for utvikling i sosiale helse-skillnader*. Notatserie i helseøkonomi, HEB program for helseøkonomi Bergen
- OECD (2004), *Private Health insurance in OECD countries*. The OECD health project

- OECD (2004), *Proposal for a taxonomy of health insurance. The OECD Study on Private Health Insurance*. OECD Health project.
- Representantforslag 41 S (2009 – 2010), fra stortingsrepresentantene Per Arne Olsen, Harald T. Nesvik og Christian Tybring-Gjedde. Dokument 8:41S
- Seim, A., L. Løvaas og T.P. Hagen (2007), «Hva kjennetegner virksomheter som kjøper private helseforsikringer.» *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, nr. 20,127:2673 – 5
- Socialdepartementet (2010), *Kömiljarden 2009 – resultatet*. <http://www.regeringen.se/content/1/c6/13/66/97/2d211a73.pdf>
- Socialstyrelsen (2010), *Uppföljning av den nationella vårdgarantin och "kömiljarden"*. Årsrapport 2010
- Sveriges kommuner och Landsting (2007), *Vårdbarometern. Befolkningens syn på vården 2002 – 2006*. Rapport 2 - 2007. [http://www.vardbarometern.nu/downloads/Vardbarometern\\_2002-2006.pdf](http://www.vardbarometern.nu/downloads/Vardbarometern_2002-2006.pdf)
- Svärdman, H. (2009), *Välfärdstendenser i storstadsregionerna 2009*. Folksam rapport 2009.
- Svärdman, H. (2009), *Välfärdstendens 2009*. Folksam rapport.
- Skaset, M. (2004), *Private helseforsikringer: Hvilken betydning for dagens og morgendagens norske helsevesen*. Senter for helseadministrasjon
- Tengberg, G. (2008), *Privat sjukvårdsförsäkring i det offentliga*. Förvaltningshögskolan, Göteborgs universitet
- Tegle, S. (2008), *Undersökning om samband mellan företagens hälsofrämjande och rehabiliterande aktiviteter inkl försäkringstjänster och sjukfrånvaron*. Tegle Jansson & Partners.
- Aarbu, K.O. (2008), «Privat helseforsikring – kommet for å bli?» *Magma*, årgang 11, nr. 4
- Aarbu, K.O. (2009), Exploring demand patterns for treatment insurance in Norway. 6th Norwegian-German Seminar on Public Economics



# Framveksten av private helseforsikringer i Norden

Stadig flere nordiske innbyggere blir omfattet av en privat helseforsikring. I Danmark er det nå over én million, eller 36 prosent av de sysselsatte, som er dekket av en privat helseforsikring, og nesten samtlige er tegnet etter 2002. Antall nordmenn med en slik forsikring er tidoblet på seks år, men selv om antallet nå har kommet opp i 200 000, utgjør dette bare 8 prosent av de sysselsatte. I Sverige er det også 8 prosent av de sysselsatte, eller rundt 360 000 personer, som har egen helseforsikring. Som i de andre nordiske landene har veksten også her særlig kommet fra 2002 og utover. I dette notatet ser vi nærmere på denne utviklingen. Hvorfor er det slik at vi har fått en voldsom økning i etterspørselen etter disse forsikringene i en velferdsmodell som tilbyr gratis helsetjenester til alle?

