

Helseforsikring for individet og samfunnet – Nyttig eller unyttig?

Rapport nr. 26-2024

SØA

Samfunns-
økonomisk
Analyse

Rapport nr. 26-2024
fra Samfunnsøkonomisk Analyse AS

ISBN-nummer: 978-82-8395-231-5
Oppdragsgiver: Finans Norge
Dato for ferdigstilling: 04.10.2024
Forfattere: Adrian Kellner Lysne, Rolf Røtnes, Tyra merker,
Mathias Iversen, og Marthe Linnestad Storo
Kvalitetssikrer: Vegard Salte Flatval

Borggata 2B
N-0650 Oslo
Org.nr.: 911 737 752
post@samfunnsokonomisk-analyse.no

Forord

Denne rapporten omhandler kjennetegn ved og bruken av private helseforsikringer i Norge og hvordan private helseforsikringer kan bidra til å øke ressurstilgangen til det norske helsevesenet.

Rapporten er utarbeidet for Finans Norge og har til hensikt å bidra med en mer faktabasert diskusjon rundt utvalgte hypoteser knyttet til markedet for private helseforsikringer framover.

Prosjektarbeidet har vært gjennomført høsten 2024. Funnene og vurderingene som gjøres er basert på en omfattende litteraturgjennomgang av både norsk, skandinavisk og internasjonal litteratur på områder, offentlig tilgjengelig statistikk fra SSB samt data fra tilbydere av private helseforsikringer på det norske markedet.

Vi takker Finans Norge for et spennende oppdrag og gode diskusjoner og innspill underveis i arbeidet.

Oslo, 4. oktober 2024

Adrian Kellner Lysne

Prosjektleder

Samfunnsøkonomisk Analyse AS

Sammendrag

Slik Helsepersonellkommisjonen utførlig beskrev står norske helse- og omsorgstjenester overfor et krevende utfordringsbilde framover. Den demografiske utviklingen gjør at behovet for helse- og omsorgstjenester øker samtidig som at tilbudet av personer til å levere disse tjenestene reduseres. En bekymringsverdig utvikling i sykefraværet legger ytterligere press på både tilbudssiden og etterspørselssiden trolig også framover.

Debatten rundt produksjon og finansiering av helse- og omsorgstjenestene er mangfoldig. Denne rapporten fokuserer på hvordan private helseforsikringer og private behandlinger kan bidra til å øke ressurstilgangen til den norske helsesektoren. Dette gjøres ved å svare på et utvalg påstander rundt markedet for private helseforsikringer. Vi argumenterer for at private helseforsikringer bidrar med finansiering og utføring av helsetjenester på områder hvor sykemeldingene er høye og ventetidene lange og bidrar slik til et bedre tjenestetilbud.

For det andre øker trolig private helseforsikringer kapasiteten i helsevesenet. Den mulige kapasitetsøkningen handler primært om at et mer variert arbeidsmarked når det for eksempel gjelder tjenestetilbud og arbeidstider samt mer konkurranse om arbeidskraften (økt lønn) bidrar til å øke attraktiviteten både for å stå lenger i jobb og ta en utdanning som helsefagarbeider.

For det tredje er det ingen indikasjoner på en todeling av helsevesenet som følger av private helseforsikringer til tross for at kunder med og uten privat helseforsikring har ulike kjennetegn.

Innhold

Forord	I
Sammendrag	II
1 Bakgrunn	1
2 Kjennetegn ved markedet for private helseforsikringer	4
2.1 Utviklingen av private helseforsikringer	5
2.2 Hvem har privat helseforsikring?	6
2.3 Hvorfor kjøper virksomheter privat helseforsikring?	10
2.4 Hvor brukes privat helseforsikring?	11
3 Samfunnsmessige konsekvenser av privat helseforsikring	16
3.1 Privat helseforsikring finansierer områder med stort behov.	16
3.2 Private helseforsikringer kan øke kapasiteten i det norske helsevesenet	17
3.3 Privat helseforsikring leder ikke til et todelt helsevesen.	18
4 Referanser	22
Vedlegg 1 Litteraturstudie	25

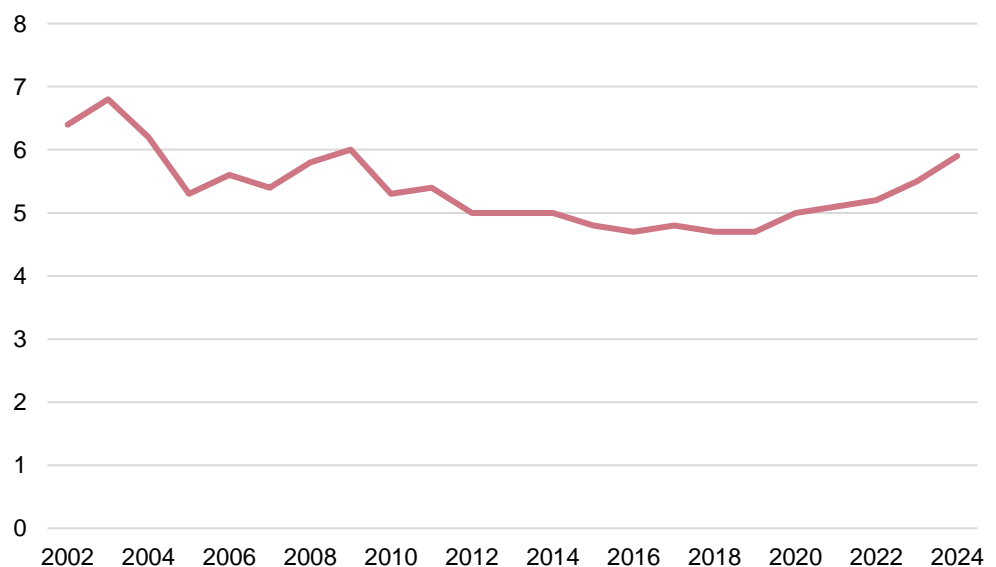
1 Bakgrunn

Debatten om virkningen av private helsetilbud i Norge er mange. I denne rapporten konsentrerer vi oss om hvordan private helseforsikringer og private behandlinger påvirker den samlede ressurstilførselen til den norske helsesektoren.

Slik Helsepersonellkommissjonen utførlig beskrev står norske helse- og omsorgstjenester overfor et krevende utfordringsbilde framover. Tilstrekkelig og kompetent personell er avgjørende for at sykehus og kommuner skal kunne tilby helse- og omsorgstjenester av god kvalitet. Tilgangen til personell handler om rekrutteringsutfordringer, demografiutviklingen og produktiviteten.

Den demografiske utfordringen handler både om at vi blir flere eldre med et større behov for helsetjenester (og omsorgstjenester), og færre personer i arbeidsstyrken til å møte det økte behovet. I tillegg til at vi blir eldre, øker sykefraværet. Det sesongjusterte totale sykefraværet (egen- og legemeldt) var på 7,1 prosent i 2. kvartal 2024. Det legemeldte fraværet var på 5,9 prosent 2. kvartal 2024, det høyeste nivået siden 2009 da Norge var rammet av svineinfluensa (NAV). NAV selv peker på at det høye nivået skyldes både at flere er sykmeldte, samtidig som de sykmeldte er borte fra jobb lenger. Totalt gikk 8,1 millioner dagsverk tapt til legemeldt sykefravær i 2. kvartal 2024, jf. Figur 1.1.

Figur 1.1 Legemeldt sykefravær per 2. kvartal, prosent. 2002-2024

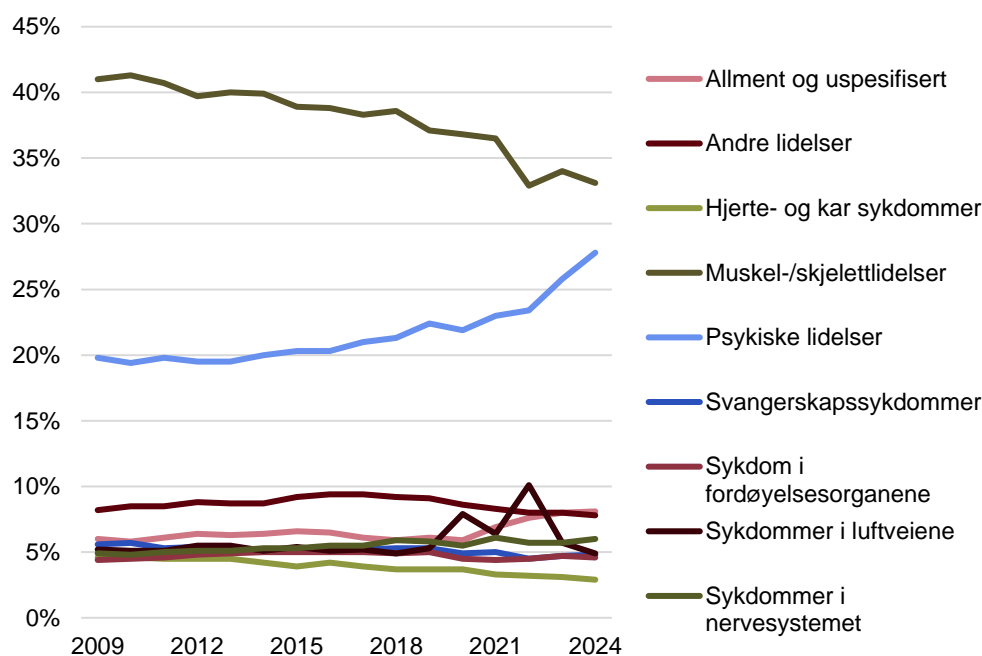


Kilde: [NAV](#)

Sykefravær grunnet psykiske lidelser har økt lenge, og økte også mest fra 2. kvartal 2023 til 2. kvartal i 2024, jf. Figur 1.2. Sykefravær med disse diagnosene utgjorde over 2,2 millioner tapte dagsverk i 2. kvartal 2024, som tilsvarer over en fjerdedel av sykefraværsdagene (NAV). Den vanligste årsaken til sykefravær er muskel- og skjelettlidelser, som utgjør om lag en tredel av alle sykemeldinger. Sykefravær med sykdommer i luftveiene er den eneste diagnosegruppen med reduksjon siden 2. kvartal 2023, og denne er betydelig redusert de siste årene. Sykefravær med diagnosen «slapphet/tretthet» økte i løpet av pandemien og øker fortsatt. Fra 2. kvartal 2023 økte sykefravær med denne diagnosen med 11 prosent, og fra 2019 er sykefravær med slapphet og trøtthet mer enn doblet. Dette er den vanligste diagnosen som settes ved tilfeller av «long covid».

Selv om sykefraværet er størst i aldersgruppen 60-64 år, er økningen størst for unge voksne personer mellom 25 og 39 år (NAV).

Figur 1.2 Legemeldt sykefravær per 2. kvartal etter diagnosetype, prosent av totalt sykefravær (antall tapte dagsverk). 2009-2024.



Kilde: [NAV](#)

For å kunne opprettholde dagens nivå på helsetjenestene også i framtiden, viser framskrivninger at vi trolig både må tilføre mer ressurser (finansiering og personell) til helsevesenet, i tillegg til at produktiviteten må øke (Kinge, Klitkou, & Øien, 2023; Finansdepartementet, 2024).

Det norske offentlige helsesystemet er finansiert av skatter og tildelingen av midler er basert på politiske beslutninger. Husholdninger og virksomheter som har høyere betalingsvilje for helsetjenester kan ikke bidra med mer ressurser inn i den offentlige helsetjenesten direkte, men må belage seg på demokratiske prosesser for å få tildelt mer ressurser. Alternativet for disse husholdningene og virksomhetene som vil bidra mer inn i helsesystemet er å betale for private helseforsikringer.

Frivillige private helseforsikringer kan slik bidra til å tilføre mer ressurser til helsevesenet fra husholdninger og virksomheter med betalingsvilje for tjenester utover hva som tilbys via offentlige aktører. Denne rapporten søker å

belyse hvordan private helseforsikringer påvirker tilgjengelige ressurser til behandlinger i Norge.

Rapportens diskusjoner og funn bygger på en omfattende litteraturgjennomgang av både norsk, skandinavisk og internasjonal litteratur på områder, offentlig tilgjengelig statistikk fra SSB samt data fra tre av de største tilbyderne av private helseforsikringer på det norske markedet.

Tids- og ressursrammene for dette prosjektet muliggjør ikke dypdykk i alle detaljer og spørsmål rundt private helseforsikringer. Vi fokuserer dermed på å belyse omfanget av private helseforsikringer og hvilke kjennetegn bruken har (kjennetegn ved markedet/fenomenet) først i kapittel 2. Deretter besvares utvalgte påstander rundt virkninger av private helseforsikringer for det samlede helsetilbudet i kapittel 3.

2 Kjennetegn ved markedet for private helseforsikringer

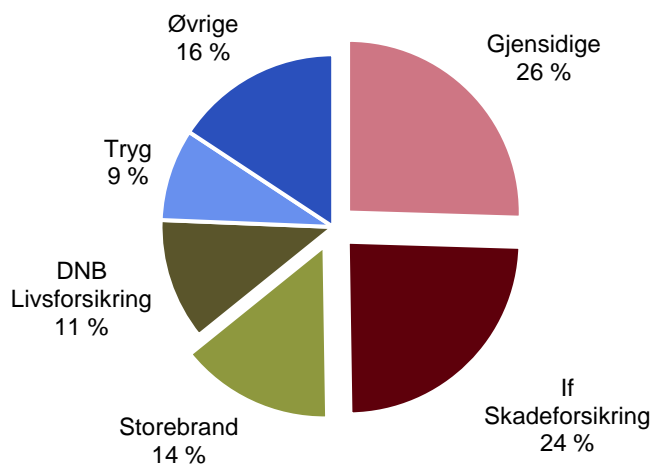
Markedet for private helseforsikringer i Norge har vokst betydelig. I 2023 hadde rundt 817 000 personer privat helseforsikring innenfor ulike næringer og ellers med relativt stor variasjon i kjennetegn. Private helseforsikringer brukes der behovet er størst, altså innenfor dagkirurgi og behandling av muskel- og skjelettsykdommer.

Det norske markedet for private helseforsikringer betegnes som et duplikat-system, der helseforsikringene dekker tjenester som allerede er dekket av det offentlige helseforsikringssystemet. Det private helseforsikringsmarkedet kan gi raskere tilgang til helsetjenester og tilgang til behandling hos private helsetjenestetilbydere som ikke er dekket av den offentlige helseforsikringen (OECD, 2023; Hagen, 2024).

Markedet for private helseforsikringer domineres av tre tilbydere; If Skadeforsikring, Storebrand (ERGO International AG) og Gjensidige. De tre aktørene, utgjorde per 30. juni 2024 til sammen omtrent to tredjedeler av markedet, jf. Figur 2.1.¹ Kollektive avtaler utgjør rundt 90 prosent av alle forsikringsavtaler. Per siste kvartal i 2023 hadde 26 prosent av sysselsatte personer i aldersgruppen 15-74 år kollektiv forsikringsavtale gjennom jobb (Finans Norge).

¹ 67,7 prosent av bestandspremiene og 64,3 prosent av antall forsikrede personer

Figur 2.1 Markedsandel av antall forsikrede, per 2. kvartal 2024. Prosent.



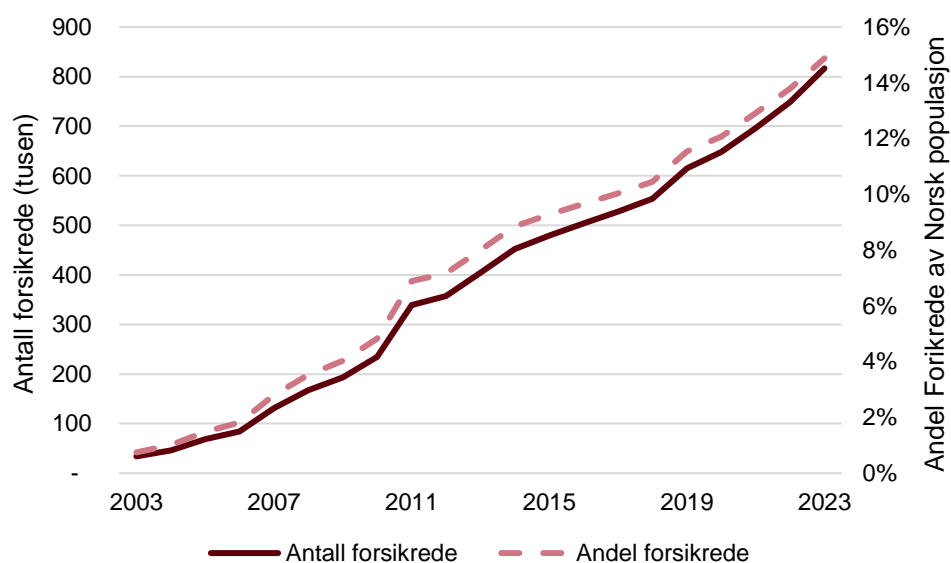
Kilde: Finans Norge²

2.1 Utviklingen av private helseforsikringer

Markedet for private helseforsikringer i Norge har vokst betydelig siden begynnelsen av millenniumet, jf. Figur 2.2. I 2003 var det 340 000 forsikringstakere og i 2023 hadde antallet økt til 817 000 (Finans Norge). I 2003 introduserte den daværende høyre-sentrumsregjeringen en skattereduksjon for selskaper som tegnet kollektiv helseforsikring. Skattereduksjonen ledet til en økning av antall private helseforsikringstakere. Tre år senere, i 2006, fjernet den nye venstre-sentrumsregjeringen skattereduksjonen, men antall private helseforsikringstakere fortsatte å øke i uforminsket takt (Roth Johnsen, 2016).

² Statistikken fra Finans Norge baserer seg på data fra forsikringsselskapene. Det er variasjon i hvordan forsikringsselskapene beregner antallet forsikrede. Selskapet If Skadeforsikring beregner statistikken ut fra årsverk i de forsikrede bedriftene, noe som kan føre til en underestimering av det faktiske antallet forsikrede.

Figur 2.2 Antall personer (tusen, v. akse) og andel (prosent, h. akse) med privat helseforsikring, 2003-2023



Kilder: Finans Norge & SSB (tabell 10211)³

Fremveksten av private helseforsikringer i Norge kan tolkes som en markedsrespons på lange ventetider til somatisk helsehjelp i det offentlig finansierte helsevesenet (Tynkkynen, et al., 2018). I perioden 1998 til 2004 var den gjennomsnittlige ventetiden i det offentlige helsevesenet 91 dager fra henvisning til behandling (Aarbu, 2010). Flere politiske tiltak ble iverksatt for å redusere ventetidene, og i perioden 2004 til 2005 hadde ventetiden sunket til 76 dager (Aarbu, 2010; Tynkkynen, et al., 2018). De siste årene, fra 2012 og fremover, har ventetiden holdt seg i området mellom 76 og 58 dager (Helsedirektoratet, 2024). Ventetiden varierer mellom regioner og ventetiden for andre type behandlinger er noe kortere (Helsedirektoratet, 2024). Til sammenligning tilbyr de tre største forsikringsselskapene på markedet en behandlingsgaranti på mellom ti dager fra det at forsikringsselskapene mottatt henvisning fra fastlege til at kunden får behandling eller operasjon (If skadeforsikring, 2024; Gjensidige, 2024; Storebrand, 2024).

2.2 Hvem har privat helseforsikring?

For å belyse kjennetegn ved kundene som har privat helseforsikring har vi både sett på tidligere studier (kapittel 2.2.1) og data fra forsikringsselskapene (kapittel 2.2.2).

2.2.1 Hva sier litteraturen?

Flere norske studier har forsøkt å kartlegge hvem som har privat helseforsikring. Disse studiene tar hovedsakelig for seg to perspektiver: (1) hvilke personer som har privat helseforsikring (Aarbu, 2010; Dalsslåen, 2016; Øvreboten, 2016; Grepperud & Iversen, 2011), og (2) hvilke bedrifter som kjøper privat helseforsikring til sine ansatte (Alexandersen, Hagen, & Kaarbøe, 2017; Seim, Løvaas, & Hagen, 2007). Studiene bygger på data fra spørreundersøkelser utført i henholdsvis 2004 (Aarbu, 2010), 2005 (Seim, Løvaas, & Hagen, 2007), 2008 (Grepperud & Iversen, 2011), 2008 og 2012

³ Se fotnote 2

(Øvrebotten, 2016), og 2015 (Dalslåen, 2016; Alexandersen, Hagen, & Kaarbøe, 2017).

Bedrifter som tidligere har opplevd økonomisk tap på grunn av sykdom blant ansatte, er mer tilbøyelige til å tegne privat helseforsikring (Seim, Løvaas, & Hagen, 2007). Seim, Løvaas og Hagen (2007) viser også at mange bedrifter hadde selektive forsikringer hvor de bare forsikret utvalgte medarbeidere, gjerne med nøkkelroller og lederstillinger. Det er mulig at disse resultatene forklarer noen av de andre funnene.

Resultatene i Seim, Løvaas og Hagen (2007) sammenfaller med Grepperud og Iversen (2011), og Øvrebotten (2016), som finner at personer i ledende stilling har privat helseforsikring i større grad enn andre.

Aarbu (2010), Dalslåen (2016), Grepperud og Iversen (2011), og Øvrebotten (2016) finner at sannsynligheten for å ha privat helseforsikring øker med individets inntekt. Seim, Løvaas og Hagen (2007) viser også at sannsynligheten for at en bedrift kjøper privat helseforsikring til sine ansatte øker med bedriftens økonomiske resultat.

Grepperud og Iversen (2011) samt Øvrebotten (2016) viser at menn har signifikant høyere sannsynlighet for å ha privat helseforsikring enn kvinner. Aarbu (2010) og Dalslåen (2016) undersøker også denne sammenheng, men finner ingen signifikante resultater. For bedrifter er resultatene likeledes tvetydige. Alexandersen, Hagen og Kaarbøe (2017) finner at sannsynligheten for at en bedrift tilbyr privat helseforsikring øker med andelen menn i bedriften, mens Seim, Løvaas og Hagen (2007) ikke finner noen signifikant sammenheng mellom andelen menn i bedriften og sannsynligheten for å tilby privat helseforsikring.

Dalslåen (2016) fant at personer med høyere utdanning har lavere sannsynlighet for å ha privat helseforsikring. Studier som undersøker hvilke bedrifter som kjøper privat helseforsikring til sine ansatte, viser imidlertid motsatt effekt. Bedrifter med en høy andel høyt utdannede har større sannsynlighet for å tilby privat helseforsikring til sine ansatte (Seim, Løvaas, & Hagen, 2007; Alexandersen, Hagen, & Kaarbøe, 2017). Forskjellen i resultater kan delvis forklares med ulikheter mellom privat og offentlig sektor. Øvrebotten (2016), som kontrollerte for hvilken næring respondentene jobbet innenfor, fant at sannsynligheten for å ha privat helseforsikring er høyest blant de med videregående utdanning, mens det ikke er noen signifikant forskjell mellom de med grunnskoleutdanning og de med høyere utdanning. Grepperud og Iversen (2011), som også kontrollerte for næring, finner imidlertid ingen signifikante resultater knyttet til utdanningsnivå.

Seim, Løvaas og Hagen (2007), Grepperud og Iversen (2011), og Øvrebotten (2016) har sett på forsikringsdekningen for ulike næringer. Noen næringer med antatt høyere eksponering for helserisiko var overrepresentert blant dem som hadde privat helseforsikring, men noen var også underrepresentert. Seim, Løvaas og Hagen (2007) viste en overrepresentasjon blant individer som jobbet innen bergverksdrift og oljeutvinning, bygge- og anleggsvirksomhet, og jord- og skogbruk. Grepperud og Iversen (2011) viste en overrepresentasjon blant individer som jobbet innen bergverksdrift og oljeutvinning, industri, kraft og vannforsyning, og finansiell tjenesteyting. Grepperud og Iversen (2011) viste også en underrepresentasjon blant individer som jobbet innen offentlig administrasjon, helse og undervisning. Øvrebotten (2016) fant lignende resultater, hvor individer som jobbet innen

offentlig administrasjon, helse, undervisning og varehandel er underrepresentert i forhold til personer som jobbet innen industri blant de som har privat helseforsikring. Øvrebotten fant videre at personer som jobbet innen finansiell tjenesteyting var overrepresentert.

Andre funn viser at personer som stemmer Høyre, er mer sannsynlige til å ha privat helseforsikring, mens de som stemmer Sosialistisk Venstreparti, er mindre sannsynlige til dette sammenlignet med Arbeiderpartiets velgere (Dalslåen, 2016). Aarbu (2010) fant at personer som røyket var mer tilbøyelige til å tegne privat helseforsikring enn andre.

Funnene fra litteraturstudien om hvem som har privat helseforsikring er oppsummert i tabell i vedlegg 1.

2.2.2 Hva sier data?

Vi har mottatt statistikk fra flere forsikringsselskaper for å studere hvilke bedrifter som tilbyr sine ansatte kollektiv helseforsikring. Både tilgjengeligheten og innholdet i statistikken varierer. Derfor inkluderer ikke statistikken vi presenterer data fra alle forsikringsselskaper på markedet og statistikkgrunnlaget vil variere mellom de ulike kjennetegnene vi ser på. Uttrekket av data har blitt gjennomført i september 2024 med siste tilgjengelige tall.

Med statistikk fra Gjensidige, If Skadeforsikring, Storebrand (ERGO) og Fremtind, finner vi at i overkant av 16 prosent av bedriftene de forsikrer er små bedrifter hvor det jobber 2 til 5 personer (1 til 4 ansatte).⁴

Forsikringsselskapene som er inkludert i datagrunnlaget utgjør mer enn halve markedet. Sammenlignbar statistikk fra SSB tabell (07091) viser at i 2024 utgjorde antall små bedrifter med 1 til 4 ansatte i underkant av 16 prosent av bedriftene i Norge. Slik kan det se ut til at små bedrifter er noe overrepresentert blant de med kollektive forsikringer. Tallene er imidlertid usikre siden vi ikke har statistikk fra alle forsikringsselskapene..

Vi har fremstilt statistikk på andelen sysselsatte og andelen bedrifter innen hver næring ifølge EUs standard for næringsgrupperinger (NACE). Statistikken baserer seg på tilgjengelig data fra SSB (tabell 07091 og 09175) og forsikringsselskapene Gjensidige, If Skadeforsikring, Fremtind og Landkreditt. Forsikringsselskapene som er inkludert i datagrunnlaget utgjør mer enn halvparten av markedet.⁵

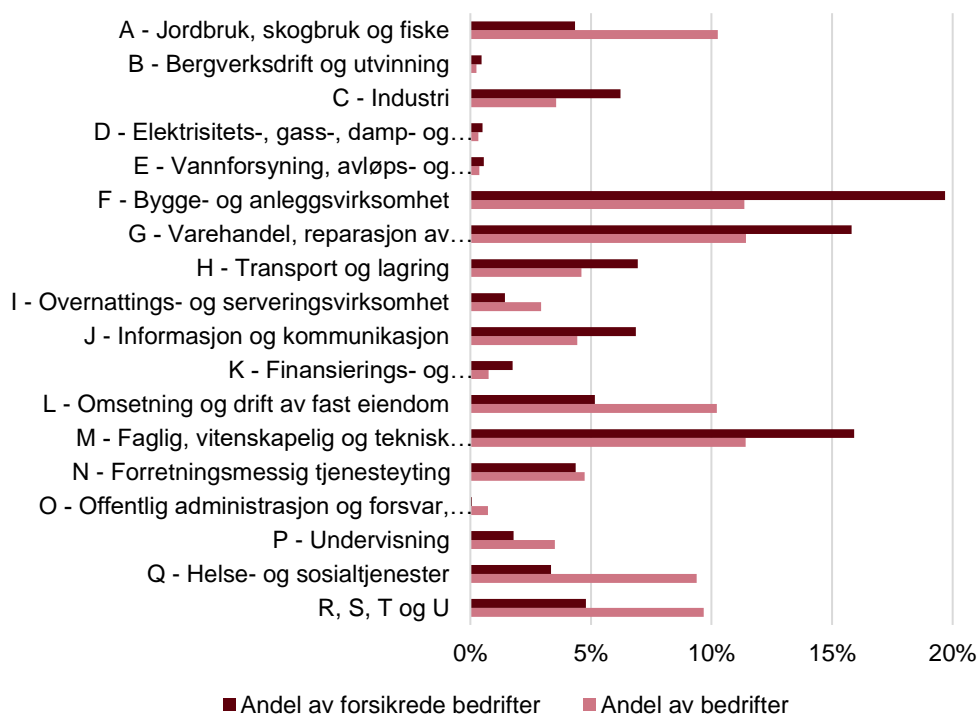
Industribedrifter (C) som tilbyr kollektive helseforsikringer til sine ansatte utgjør seks prosent av alle bedrifter som tilbyr kollektive helseforsikringer til sine ansatte, jf. Figur 2.3. Til sammenligning utgjør industrien under fire prosent av alle bedrifter i Norge. Bedrifter i industrien kan slik betraktes som overrepresentert blant dem som tilbyr kollektive helseforsikringer til sine ansatte. Likeledes finner vi at bedrifter innen bergverksdrift og utvinning (B),

⁴ Vi valgte å operasjonalisere begrepet små bedrifter til bedrifter hvor det jobber 2 til 5 personer (1 til 4 ansatte) og ikke bedrifter hvor det jobber 1 til 5 personer grunnet usikkerhet i definisjonen av hva som utgjør en bedrift uten ansatte i oversendte statistikk. En enkeltmannsbedrift hvor eier jobber deltid og samtidig også har en annen jobb kan utgjøre del av statistikken på enkeltmannsbedrifter, men det gir ikke mening å regne med disse i statistikken på hvilke som har kollektiv helseforsikring gjennom jobb når de også kan få helseforsikring gjennom en annen bedrift.

⁵ Vi inkluderer ikke tall på bedrifter eller ansatte som arbeider i en ukjent næring. Eksempler på dette finner vi i SSBs tabell 07091 hvor bedriftenes næring er uoppgitt, SSBs tabell 09175 som ikke inkluderer personer som er sysselsatte innen næringen Internasjonale organisasjoner og organer (U), og i forsikringsselskapenes datagrunnlag hvor næringen til noen bedrifter og deres ansatte er ukjent.

elektrisitets-, gass-, damp- og varmtvannsforsyning (D), vannforsyning, avløps- og renovasjonsvirksomhet (E), bygge- og anleggsvirksomhet (F), varehandel, reparasjon av motorvogner (G), transport og lagring (H), IKT (J), finansierings- og forsikringsvirksomhet (K), og faglig, vitenskapelig og teknisk tjenesteyting (M) er overrepresentert blant dem som tilbyr kollektive helseforsikringer til sine ansatte. Mange av disse næringene er høyrisikonæringer hvor mange bedrifter også er pålagt å ha bedriftshelsetjeneste.

Figur 2.3 Andel forsikrede bedrifter med privat helseforsikring per næringshovedområde. Per andre kvartal 2024. Prosent.



Kilder: SSB (tabell 09175) og datagrunnlag fra forsikringsselskapene

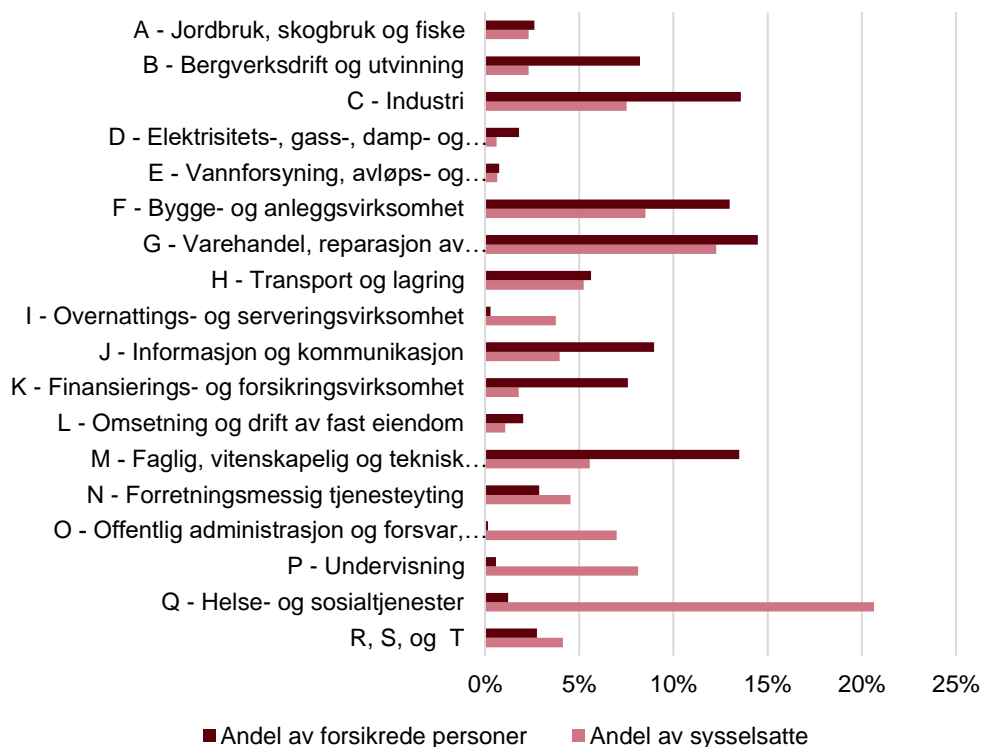
Note: Vi har slått sammen næringene R, S, T og U fordi disse separat sett var for små for å gi meningsfylt statistikk. Disse næringene er R - Kulturell virksomhet, underholdning og fritidsaktiviteter, S - Annen tjenesteyting, T - Lønnet arbeid i private husholdninger, og U - Internasjonale organisasjoner og organer

Blant de næringer som er underrepresentert blant dem som tilbyr kollektive helseforsikringer til sine ansatte finner vi jordbruk, skogbruk og fiske (A), overnattings- og serveringsvirksomhet (I), omsetning og drift av fast eiendom (L), forretningsmessig tjenesteyting (N), offentlig administrasjon og forsvar, og trygdeordninger underlagt offentlig forvaltning (O), undervisning (P), helse- og sosialtjenester (Q), og den sammenslåtte gruppen (R, S, T og U). Størst er underrepresentasjonen innenfor offentlig administrasjon og forsvar, og trygdeordninger underlagt offentlig forvaltning som kun utgjør 0,7 promille av alle bedrifter som tilbyr kollektive helseforsikringer til sine ansatte, men utgjør hele 0,7 prosent av alle bedrifter i Norge. Noen av de næringene som er underrepresentert er også høyrisikonæringer⁶, herunder særlig undervisning (P), helse- og sosialtjenester (Q).

⁶ Vi definerer høyrisikonæringer som de næringene som er pålagt å ha bedriftshelsetjeneste på grunn av arbeidsrelaterte risikoforhold. Dette er regulert i forskrift om organisering, ledelse og medvirkning kapittel 13, se lovdata.no.

Et skille mellom de underrepresenterte og de overrepresenterte næringene ser ut til å være at mange av de underrepresenterte bedriftene er offentlige bedrifter som er finansiert av offentlige midler.

Figur 2.4 Andel av forsikrede personer og andel av sysselsatte, per næringshovedområde. Per andre kvartal 2024. Prosent.



Kilder: SSB (tabell 07091) og datagrunnlag fra forsikringsselskapene

Note: Vi har slått sammen næringene R, S, og T fordi disse var slått sammen i datagrunnlaget fra SSB. Disse næringene er R - Kulturell virksomhet, underholdning og fritidsaktiviteter, S - Annen tjenesteyting, T - Lønnet arbeid i private husholdninger

Figur 2.4 sammenligner andel forsikrede personer per næringshovedområde med andel næringen utgjør av alle sysselsatte i Norge. Helse og sosialtjenester (Q) skiller seg ut som særlig underrepresentert med kun 1,2 prosent av totalt antall forsikrede til tross for at næringshovedområdet utgjør over 20 prosent av alle sysselsatte. Videre ser vi en særlig underrepresentering av forsikrede innen næringshovedområdene undervisning (P), offentlig administrasjon og forsvar, og trygdeordninger underlagt offentlig forvaltning (O) og overnattings- og serveringsvirksomhet (I). Motsatt er næringshovedområde finansierings- og forsikringsvirksomhet (K), bergverksdrift og utvinning (B), faglig, vitenskapelig og teknisk tjenesteyting (M), elektrisitets-, gass-, damp- og varmtvannsforsyning (D) og IKT (J) særlig overrepresentert blant de forsikrede med en andel som er mellom 2 og 4 ganger så stor som andel av sysselsatte. Industri (C), bygge- og anleggsvirksomhet (F) og omsetning og drift av fast eiendom (L) er også overrepresentert med nærmere dobbelt så stor andel forsikrede som næringsområdene utgjør av antall sysselsatte.

2.3 Hvorfor kjøper virksomheter privat helseforsikring?

I en spørreundersøkelse gjennomført av SINTEF (Hem, 2009), rapporterer 95 prosent av respondentene at den viktigste årsaken til å tegne privat helseforsikring er raskere tilgang til helsetjenester for sine ansatte. Deretter

følger hensynet til de ansatte som blir syke. Respondentene mente derimot at helseforsikring ikke er en veldig viktig faktor for å forbedre arbeidsmiljøet eller økonomien i bedriften. 60 prosent av respondentene som har helseforsikring mener nytten av helseforsikring er større enn kostnaden, mens 19 prosent mente nytten var mindre enn kostnaden.

Blant respondentene som ikke har helseforsikring oppgis den viktigste årsaken som at bedriftshelsetjenesten står for den nødvendige oppfølgingen av sykemeldte. Deretter følger det at de økonomiske kostnadene til forsikringen vil være høyere enn gevinsten.

2.4 Hvor brukes privat helseforsikring?

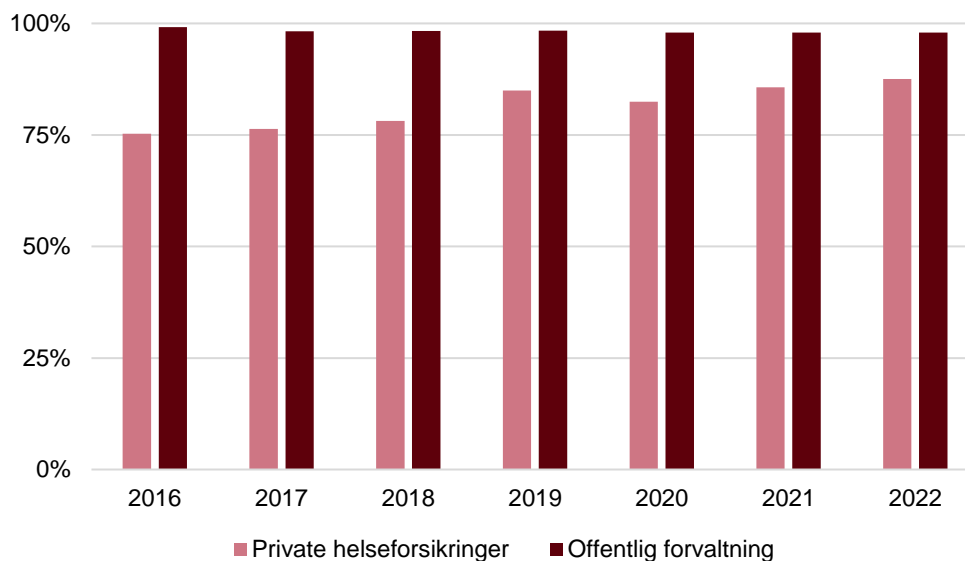
En del av ressursene som fordeles til helsevesenet, enten gjennom skatteinntekter eller forsikringspremier brukes til administrasjon. Administrative kostnader øker med antall ansatte som koordinerer helsetjenester, vurderer risiko, markedsfører og selger, mv. Andelen som går til administrative kostnader har en tendens til å øke dersom det er mange selskaper i markedet, ettersom stordriftsfordeler går tapt, og hver enkelt aktør må konkurrere mot de andre gjennom blant annet markedsføring.

Ressursene som går tilbake til brukerne gjennom betaling for behandlinger kalles skadeprosent. Private helseforsikringer i Norge har, i et internasjonalt perspektiv, en høy skadeprosent (Nicolle & Mathauer, 2010). Derimot, hvis vi estimerer skadeprosenten for det offentlige helsevesenet i form av andelen av de totale helseutgiftene (HC.1-7) som ikke går til å finansiere helseadministrasjonen (HC.7), er skadeprosenten for private helseforsikringer lav i sammenligning, jf. Figur 2.5.⁷

De totale helseutgiftene for de private helseforsikringene i 2022 var to milliarder kroner. Til sammenligning var de samlede helseutgiftene fra offentlig forvaltning i samme år 388 milliarder kroner. Den offentlig finansierte helsetjenesten dekker utgifter i en lang rekke områder der de private helseforsikringene ikke opererer, herunder blant annet sykehjemstjenester og medisiner (SSB tabell 10811).

⁷ Kodene HC.1-7 og HC.7 refererer til internasjonalt standardiserte utgiftskoder som er definert i OECDs rapport A System of Health Accounts 2011 (OECD, 2011) og som blir brukt av blant annet SSB for å definere utgiftsposter i helsevesenet.

Figur 2.5 Skadeprosent, andel ressurser som medgår til behandling. Prosent. 2016-2022.



Kilder: Finans Norge og SSB (tabell 10811)

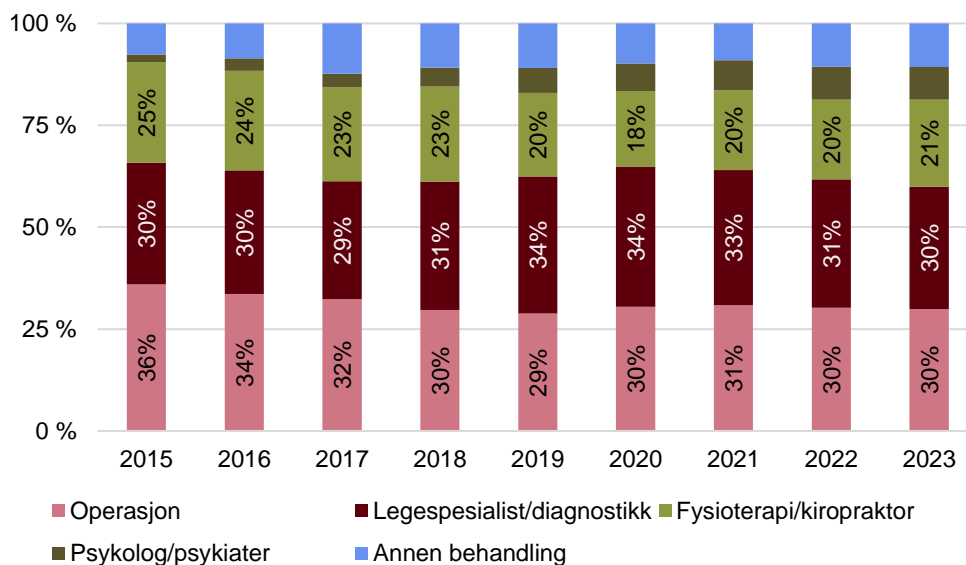
Helseforsikringenes utgifter for helsetjenester går primært til tjenester som kategoriseres som medisinsk behandling (HC.1), jf. Figur 2.6. Disse tjenestene er i hovedsak av kurativ natur. I forhold til de totale helseutgiftene innen medisinsk behandling (HC.1) utgjorde utgiftene fra private helseforsikringene mindre enn én prosent. I kategorien medisinsk behandling (HC.1) inngår også behandlinger og utgiftskategorier som ikke er del av de private helseforsikringene (herunder blant annet tannlegetjenester). Samtidig dekker de private helseforsikringene utgifter til behandling som ikke inngår i kategorien medisinsk behandling (HC.1), slik som noen typer av rehabilitering (HC.2) og røntgen (HC.4.2). Det er derfor nødvendig å se på enkelte utgiftsposter for å gjøre en meningsfylt sammenligning av utgiftsposter i det offentlige og private helsetilbudet i Norge.

Finans Norge kategoriserer utgiftspostene slik vist i figur 2.6. Fordelingen mellom utgiftspostene har vært ganske stabil de siste årene. De største utgiftene går til operasjon (30 prosent) og legespesialist/diagnostikk (30 prosent) i 2023. Også utgifter til fysioterapi/kiropraktor er forholdsvis stor (21 prosent).

Fra SSBs statistikk på helseutgifter kan vi trekke frem to utgiftsposter med utgifter som er av lignende natur som de som den private helseforsikringen bidrar med: (1) HC.1.3.3 Legetjenester fra spesialister, og (2) HC.1.3.9 Fysioterapi, kiropraktisk behandling og annen medisinsk behandling⁸. Den første vil vi sammenligne med Finans Norges statistikk på utgifter for Legespesialist/diagnostikk, og den andre vil vi sammenligne med Finans Norges statistikk på utgifter for Fysioterapi/kiropraktor.

⁸ Disse utgiftspostene inkluderer både utgifter fra HF.1 Offentlig forvaltning og HF2-4 Husholdningenes egenbetaling mv. I HF2-4 Husholdningenes egenbetaling mv. inngår også frivillige private helseforsikringer.

Figur 2.6 Utgiftsfordeling, private helseforsikringer. 2016-2023. Prosent

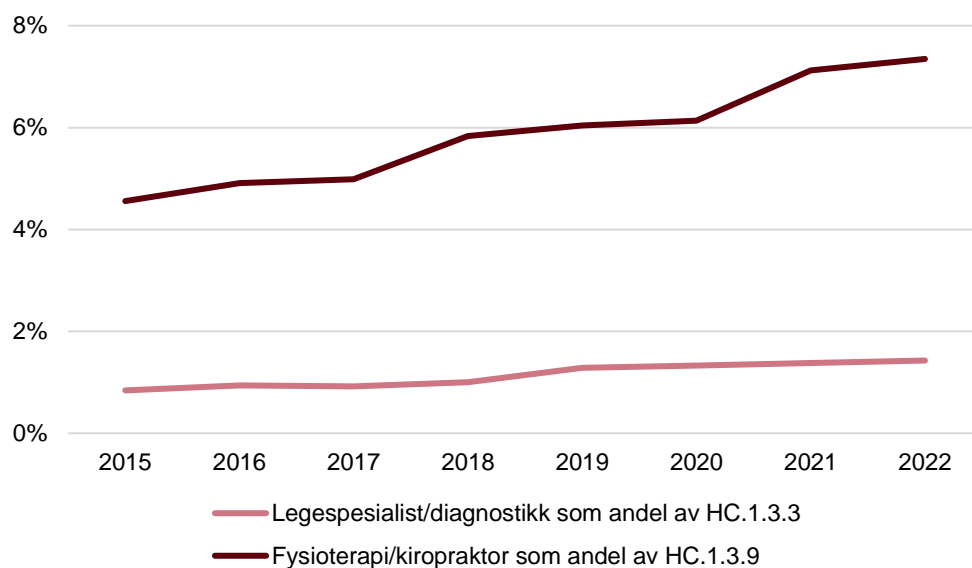


Kilde: Finans Norge

I perioden mellom 2015 og 2022 har de private helseforsikringenes utgifter for Legespesialist/diagnostikk utgjort mellom 0,8 prosent og 1,4 prosent av de totale utgiftene for HC.1.3.3 Legetjenester fra spesialister, jf. Figur 2.7. Andelen er økende, hvilket er en naturlig følge i og med at antallet forsikrede individer øker. Inkluderer vi at de private helseforsikringenes utgifter kan omfatte utgifter til røntgen og annen diagnostikk som ligger i en annen utgiftspost i SSBs statistikk, fremstår andelen av utgiftene til Legespesialist/diagnostikk forholdsvis liten.

I samme tidsperiode har de private helseforsikringenes utgifter for Fysioterapi/kiropraktor utgjort mellom 4,6 prosent og 7,4 prosent av de totale utgiftene for HC.1.3.9 Fysioterapi, kiropraktisk behandling og annen medisinsk behandling, jf. Figur 2.6. Også her er andelen økende. De private helseforsikringene dekker både Fysioterapi/kiropraktor med kurativ natur og når det blir brukt i rehabilitering. Hvis vi også inkluderer utgifter til HC.2 Rehabilitering finner vi at de private helseforsikringenes utgifter for Fysioterapi/kiropraktor utgjorde mellom 2,4 prosent og 4,0 prosent av de totale utgiftene for HC.1.3.9 Fysioterapi, kiropraktisk behandling og annen medisinsk behandling og HC.2 Rehabilitering i løpet av årene 2015 og 2022. De private helseforsikringenes utgifter for Fysioterapi/kiropraktor er fortsatt forholdsvis store.

Figur 2.7 Andel utgifter finansiert av privat helseforsikring, 2015-2022. Prosent.

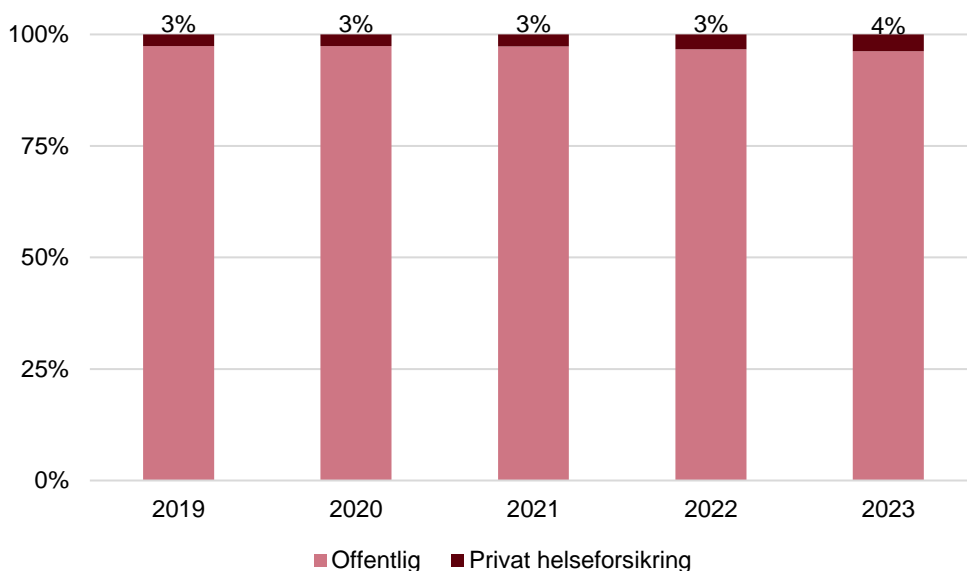


Kilder: Finans Norge & SSB (tabell 10811)

Note: HC.1.3.3 inkluderer 'Legetjenester fra spesialister'. C.1.3.9 inkluderer 'Fysioterapi, kiropraktisk behandling og annen medisinsk behandling'

Ifølge Finans Norge finansierte private helseforsikringer 20 242 operasjoner i 2023. Sammenlignet med antallet kirurgiske behandlinger finansiert av det offentlige helsevesenet samme år (519 825 inngrep), utgjør disse operasjonene 4 prosent av alle kirurgiske inngrep.

Figur 2.8 Kirurgiske inngrep fordelt etter finansieringskilde (offentlig finansiert eller gjennom privat helseforsikring)



Kilder: Finans Norge og Helsenorge (2024)

Selv om finansieringen gjennom private helseforsikringer ikke utgjør veldig høy andel, så er det forskjell mellom typer av behandling. Spesielt høy andel finansiering gjennom private helseforsikringer ser vi til operasjoner som pågår på dagtid og med ressurser til behandling av muskel- og skjelettsykdommer gjennom fysioterapi/kiropraktikk. Dette gjelder både om vi ser på behandlingenes andel av ressursbruken og behandlinger finansiert med privat helseforsikring, og som andel av samlet ressursbruk. Private helseforsikringer bidrar slik med ressurser særlig på områder der behovet for ressurser er stort (omfang av behandlinger og utfordringer er størst).

3 Samfunnsmessige konsekvenser av privat helseforsikring

Et utvalg påstander rundt markedet for private helseforsikringer belyses i dette kapitlet. For det første dekker private helseforsikringer områder der sykemeldingene er høye og ventetidene lange og bidrar slik til et bedre tjenestetilbud. For det andre øker trolig private helseforsikringer kapasiteten i helsevesenet. Og for det tredje er det ingen indikasjoner på en todeling av helsevesenet til tross for at kunder med og uten privat helseforsikring har ulike kjennetegn.

Dette kapitlet legger fram og forsøker å besvare en rekke påstander som er tilstede i debatten rundt markedet for private helseforsikringer. Påstandene er ikke uttømmende og er kun ment som et bidrag til en mer faktabasert debatt rundt de påstandene som løftes fram. Drøftingen må ikke betraktes som en samlet vurdering av samfunnsnyttene av private helseforsikringer.

3.1 Privat helseforsikring finansierer områder med stort behov

De høye syketallene og de lange ventetidene i det offentlige helsevesenet indikerer at Norge har et betydelig og vedvarende behov for helsetjenester som ikke fullt ut dekkes av det offentlige systemet. For at private helseforsikringer skal kunne bidra til å møte dette behovet, bør vi kunne observere at det private helseforsikringsmarkedet tilbyr tjenester som reflekterer dette generelle behovet. Private helseforsikringer bør altså tilby tjenester som det offentlige helsevesenet ikke klarer å levere i tide, eller behandlinger som prioriteres lavere, eller ikke prioriteres, av det offentlige.

De private helseforsikringene finansierer primært operasjoner, legespesialist/diagnostikk og fysioterapi/kiropraktor. Muskel- og skjelettlidelser den største enkeltårsaken til tapte dagsverk gjennom legemeldtsykefravær av alle diagnosetyper. Muskel- og skjelettlidelser utgjør om lag en tredel av alle tapte dagsverk gjennom legemeldtsykefravær. Beroende på alvorlighetsgrad vil de fleste muskel- og skjelettlidelsene behandles gjennom fysioterapi og kiropraktikk, eller operasjon.

I forhold til de private helseforsikringenes andel av de totale utgiftene til medisinsk behandling (HC.1) utgjør de private helseforsikringenes utgifter til fysioterapi og kiropraktikk en signifikant del av de totale utgiftene i kategorien Fysioterapi, kiropraktisk behandling og annen medisinsk behandling (HC.1.3.9).

Vi ser også at private helseforsikringer utgjør en betydelig andel av de kirurgiske inngrepene som gjennomføres i Norge. Med tanke på de lange ventetidene for somatisk behandling, kan dette tolkes som at private helseforsikringer leverer helsetjenester innen det tidsrommet pasientene selv anser som mer tilfredsstillende.

Basert på den kvantitative dataen vi innhentet, ser vi at midlene fra private helseforsikringer i stor grad går til områder med relativt høyt sykefravær og lange ventetider. Vi ønsker imidlertid påpeke at våre tall ikke gir et fullstendig bilde, ettersom definisjoner av utgiftsposter varierer mellom de private helseforsikringene og SSBs statistikk over helseutgifter og Helsensorges statistikk på kirurgiske inngrep. Noen ganger dekker private helseforsikringer mindre enn det som er inkludert i den offisielle statistikken, mens de andre ganger dekker mer.

3.2 Private helseforsikringer kan øke kapasiteten i det norske helsevesenet

Resursene til helsevesenet er knappe, og framskrivinger av behovet for helsetjenester viser at de vil bli enda mer knappe i fremtiden. Dersom private helseforsikringer skal være en del av løsningen og ikke en del av problemet, må innslaget av private helseforsikringene bidra til å øke den totale kapasiteten i helsevesenet. Våre vurderinger tilsier at private helseforsikringer nettopp bidrar til å øke finansieringen til helsevesenet.

For det første representerer private helseforsikringer penger som ellers ikke ville vært tilgjengelige for helsevesenet. På denne måten bidrar private helseforsikringer til å øke de samlede ressursene til helsevesenet.

Private helseforsikringer øker den totale tilgjengelige kapasiteten i helsetjenesten dersom private helseforsikringer tilbyr helsetjenester fra tjenestetilbydere som ellers ikke ville vært en del av markedet. Dette kan være behandlinger i utlandet i helsetjenester med overkapasitet. Alternativt i tilfeller der private tilbydere i Norge bruker arbeidskraft som ellers ikke ville ha jobbet for det offentlige helsevesenet. Under disse forutsetningene vil den totale kapasiteten i og ressurser til helsevesenet øke, samt at køene i det offentlige helsevesenet ville bli redusert.

Dersom helseutdannet personell som ellers ville arbeide i offentlig sektor velger å jobbe i privat sektor, vil den totale kapasiteten i helsesektoren i beste fall holdes konstant. På grunn av reduserte stordriftsfordeler ville trolig kapasiteten blitt redusert.

Helsesektoren er arbeidskraftsintensiv. Kapasiteten i helsetjenesten avhenger derfor av tilgangen på mennesker som ønsker å arbeide i sektoren. NAVs bedriftsundersøkelse (NAV, 2024) har i flere år beskrevet en mangel på arbeidskraft i helserelaterte yrker. De tre yrkene med størst mangel i 2024 var

innen helsetjenesten, og på sjette plass lå legespesialister. Sykepleiere har toppet listen med størst mangel i bedriftene hvert år siden 2015.

For å få flere mennesker til å ønske å arbeide i helsevesenet, må de underliggende årsakene til at sykepleiere og andre helsearbeidere velger å forlate yrket løses. Undersøkelser av så vel Norsk sykepleierforbund (NSF) og NHO understreker at mange sykepleiere ser for seg å forlate yrket. Ifølge en undersøkelse blant NSF's medlemmer oppgir 18 prosent at de vil jobbe andre steder enn helsetjenesten og oppgir arbeidsbelastning og lav lønn som hovedgrunner for å forlate yrket (NSF, 2023).

Ifølge NHOs undersøkelse er det nærmere 17 prosent av sykepleierne som ser for seg å ikke jobbe som sykepleiere innen fem år. Dertil er det i overkant av 12 prosent av sykepleierne som ser for seg at de vil pensjonere/førtidspensjonere seg innen fem år. Videre svarer 92 prosent av de som vurderer å slutte som sykepleier at høy arbeidsbelastning er en av årsakene. For lav lønn oppgis som grunn av 72 prosent og turnus/ukurante arbeidstider av 65 prosent. På spørsmål om hva som kunne fått dem til å stå lengre i jobben som sykepleier svares det at lavere arbeidsbelastning og høyere lønn må til.

Blant de respondentene som tidligere har jobbet som sykepleiere er det igjen høy arbeidsbelastning og ukurante arbeidstider som er de viktigste årsakene til at de sluttet i yrket. Hele 27 prosent av de som tidligere har jobbet som sykepleiere svarer at ingen ting ville fått dem tilbake i jobben.

Det private helseforsikringsmarkedet er sterkt knyttet sammen med private helsetjenestetilbydere. De private helseforsikringene leder til at flere private helsetjenestebedrifter kan operere på markedet. Uten disse tilbyderne ville staten og det offentlige helsevesenet vært monopolist på markedet med sterk forhandlingsposisjon i arbeidsvilkårs- og lønnsforhandlinger. Konkurransen mellom flere helsetjenestetilbydere kan styrke de ansattes forhandlingsposisjon når det gjelder lønn og arbeidstider.

I tillegg kan en større variasjon av arbeidsplasser, tjenester, turnuser, arbeidssted mv. bidra til å møte de ansattes behov og ønsker på en bedre måte enn hva tilfellet er i dag. Et mer variert arbeidsmarked og sterkere konkurranse på arbeidsgiversiden kan bidra til å beholde ansatte som ellers vurderer å forlate yrket og potensielt lokke de som allerede har sluttet tilbake. På lengre sikt kan også forbedrede arbeidsvilkår øke attraktiviteten til helsevesenet som en karrierevei, og dermed tiltrekke flere til yrket.

Private helseforsikringer kan være en del av løsningen for å få inn mer resurser inn i det norske helsevesenet. Vi har derimot ikke beregnet hvorvidt den samlede kapasiteten i helsevesenet øker selv med økte resurser. Kapasitetsutviklingen bestemmes også av effekten på stordriftsfordeler (produktiviteten).

3.3 Privat helseforsikring leder ikke til et todelt helsevesen.

Denne påstanden har to aspekter: Den første delen bygger på ideen om at det eksisterer et klart skille mellom de som har, og de som ikke har, privat helseforsikring. Den andre delen bygger på ideen om at de som har privat

helseforsikring har en annen holdning til det offentlige helsevesenet gjennom at de ikke ønsker å bidra økonomisk til det offentlige, eller mener at det offentlige helsevesenet ikke bør være den primære leverandøren av helsetjenester i samfunnet. Så lenge de med privat helseforsikring velger å benytte seg av private helsetjenester, men fortsatt er villig til å betale for det offentlige helsevesenet, vil effekten være en avlastning av det offentlige systemet.

3.3.1 Finnes det et skille mellom de som har og ikke har privat helseforsikring?

Forskning på feltet indikerer en mulig oppdeling mellom de som har, og de som ikke har, privat helseforsikring. Dessverre er den akademiske litteraturen på dette området relativt utdatert. De nyeste studiene baserer seg på data fra 2015, da markedet for helseforsikringer var halvparten så stort som i 2024. Alderen på forskningen og datagrunnlaget gjør funnene mindre relevante for dagens situasjon. Like fullt fremhever tidligere studier noen faktorer som øker sannsynligheten for å ha privat helseforsikring, inkludert bedriftens opplevde sykdomsrisiko, inntekt, kjønn og næring. Disse faktorene henger godt sammen. Høy inntekt er ofte knyttet til stillinger med større ansvar og vanskeligheter med å erstatte ansatte, noe som øker risikoen for bedriftene dersom disse blir sykemeldte.

Mange av næringene med høyere sannsynlighet for å tilby privat helseforsikring er forbundet med høy helserisiko for arbeidstakere, og mange bedrifter i disse næringene er pålagt å ha bedriftshelsetjeneste. Blant næringene med høy sannsynlighet for å tilby privat helseforsikring finner vi også finansiell tjenesteyting, noe som ikke er overraskende, da det ofte er disse næringene som tilbyr slike forsikringer til markedet. At en næring tilbyr sine ansatte egne produkter er derfor ikke uventet.

Blant de næringene hvor det er lavere sannsynlighet for å ha privat helseforsikring finner vi mange bedrifter som er finansiert gjennom offentlige midler.

Data fra forsikringsselskapene viser lignende mønstre når det gjelder hvilke næringer som særlig tilbyr sine ansatte privat helseforsikring. Det er fortsatt mange næringer med høy helserisiko som tilbyr privat helseforsikring. Siden disse næringene i stor grad er pålagt å ha bedriftshelsetjeneste, kan den private helseforsikringen tolkes som en form for «bedriftshelsetjeneste pluss», der bedriftene forsikrer seg om rask oppfølging av sine ansatte. Dette kan også sees i lys av SINTEFs rapport fra 2009, der den viktigste årsaken blant bedrifter som ikke hadde helseforsikring, var at bedriftshelsetjenesten allerede sørget for nødvendig oppfølging av de ansatte (Hem, 2009).

I dette prosjektet har vi også undersøkt om små bedrifter, som potensielt kan oppleve større risiko gjennom sykdom blant sine ansatte, hadde høyere sannsynlighet for å tegne kollektiv helseforsikring. Vi fant at små bedrifter var i hovedsak representativt fordelt, men med en liten overrepresentasjon blant de bedriftene som hadde privat helseforsikring. Disse funnene må imidlertid tolkes med forsiktighet, da vi mangler data fra hele forsikringsmarkedet, og fordi vi måtte operasjonalisere begrepet "små bedrifter" på en måte som kan påvirke resultatene.

3.3.2 Ønsker de med privat helseforsikring å melde seg ut av det offentlige helsesystemet?

Fremtiden for det offentlige helsevesenet er avhengig av befolkningens demokratiske støtte for å sikre tilstrekkelig finansiering. Dersom økt bruk av private helseforsikringer svekker støtten til det offentlig finansierte helsevesenet og reduserer viljen til å betale skatt, kan dette påvirke politiske beslutninger og dermed finansieringen av det offentlige helsevesenet negativt.

To britiske studier undersøkte sammenhengen mellom privat helseforsikring og holdninger til den offentlig finansierte helsetjenesten. En studie fra 1999 fant at bruken av private helsetjenester eller privat helseforsikring ikke ser ut til å være direkte knyttet til endringer i holdninger til offentlig finansiering av helsetjenesten (Burchardt & Propper, 1999). En annen upublisert britisk studie av Hall og Preston (1998) fant imidlertid at individer som kjøper privat helseforsikring til seg selv viser mindre støtte til å øke utgiftene til den offentlige helsesektoren.

En spansk studie fra 2008 viste at personer med individuell privat helseforsikring har en tendens til å støtte det offentlig finansierte helsesystemet i mindre grad enn personer uten privat helseforsikring (Costa-Font & Jofre-Bonet, 2008).

I en skandinavisk kontekst viser en nyere norsk studie ingen signifikant forskjell i støtten til det offentlige helsesystemet som primær leverandør av helsetjenester mellom respondenter med og uten privat helseforsikring (Martinussen & Magnussen, 2019). Lignende resultater ble funnet i en svensk studie publisert i 2022. Den viste ingen signifikant forskjell i støtten for økte skatter for å forbedre det offentlige helsevesenet mellom individer med og uten privat helseforsikring (Kullberg, Blomqvist, & Winblad, 2022).

Det finnes flere forklaringer på hvorfor resultatene fra de ulike studiene varierer. Selv om alle de nevnte studiene baserte seg på data fra spørreundersøkelser, var spørsmålene formulert forskjellig. Burchardt og Propper (1999), Hall og Preston (1998), samt Kullberg, Blomqvist, & Winblad (2022) fokuserte på støtte til finansieringen av det offentlige helsevesenet, mens Costa-Font og Jofre-Bonet (2008) undersøkte den generelle oppslutningen om det offentlige helsevesenet. Martinussen og Magnussen (2019) rettet oppmerksomheten mot oppslutningen om at det offentlige helsevesenet skulle være den primære leverandøren av helsetjenester.

Respondentutvalget i studiene til Hall og Preston (1998) og Costa-Font og Jofre-Bonet (2008) inkluderte kun personer med individuelle private helseforsikringer, og ikke de som hadde kollektive forsikringer gjennom arbeidsgiver, noe som er den vanligste formen for helseforsikring i Norge. Kullberg, Blomqvist, & Winblad (2022) og Martinussen og Magnussen (2019) er både nyere og plassert i en skandinavisk kontekst, hvor det offentlige helsevesenet og markedet for private helseforsikringer er mer sammenlignbare, og hvor vi også kulturelt sett ligner hverandre.

Derfor anser vi studiene av Kullberg, Blomqvist og Winblad (2022) samt Martinussen og Magnussen (2019) som de mest relevante for dagens norske kontekst, spesielt når det gjelder spørsmålet om private helseforsikringer vil føre til et todelt helsevesen. Disse studiene gir ikke støtte til antakelsen om at personer med privat helseforsikring i Norge har en vesentlig annerledes holdning til det offentlige helsevesenet.

Selv om det finnes identifiserbare forskjeller mellom de som har privat helseforsikring og de som ikke har det, ser vi ingen indikasjon på at dette vil føre til et todelt helsevesen.

4 Referanser

Alexandersen, N., Anell, A., Kaarboe, O., Lehto, J. S., Tynkkynen, L.-K., & Vrangbæk, K. (2016). The development of voluntary private health insurance in the Nordic countries. *Nordic Journal of Health Economics*, 68-83.

Alexandersen, N., Hagen, T. P., & Kaarbøe, O. M. (2017). *Hvilke bedrifter kjøper private helseforsikringer i Norge?* Samfunnsøkonomen.

Burchardt, T., & Propper, C. (1999). Does the UK Have a Private Welfare Class? *Journal of Social Policy*, 643–665.

Costa-Font, J., & Jofre-Bonet, M. (2008). IS THERE A 'SECESSION OF THE WEALTHY'? PRIVATE HEALTHINSURANCE UPTAKE AND NATIONALHEALTH SYSTEM SUPPORT. *Bulletin of Economic Research*, 231-326.

Dalslåen, A. K. (2016). *Master thesis: Behandlingsforsikring i Norge : en logistisk regresjonsanalyse av hva som påvirker norske innbyggere til å ha privat helseforsikring*. Hentet fra <http://hdl.handle.net/11250/2436440>

Finansdepartementet. (2024). *Meld. St. 31 Perspektivmeldingen 2024*.

Gjensidige. (2024). *behandlingsforsikring*. Hentet fra [gjensidige.no: https://www.gjensidige.no/forsikring/personforsikring/behandlingsforsikring](https://www.gjensidige.no/forsikring/personforsikring/behandlingsforsikring)

Grepperud, S., & Iversen, T. (2011). Hvem har arbeidsgiverfinansiert behandlingsforsikring? *Tidsskrift for Velferdsforskning*, 15–24.

Hagen, T. P. (2024, August 14). *Privat helseforsikring*. Hentet fra Store Norske Leksikon - Store Medisinske Leksikon: https://sml.snl.no/privat_helseforsikring

Hall, J., & Preston, I. (1998). Working paper: Public and private choice in UK health insurance. *IFS Working Papers No. W98/19*.

Helsedirektoratet. (2024). *Sykehusopphold - ventetid*.

Helsedirektoratet. (2024). *Ventetider og pasientrettigheter*. Hentet fra Helsedirektoratet: <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/statistikk-fra-npr/ventetider-og-pasientrettigheter>

Helsenorge. (2024). *Kirurgisk behandling, bostedsområder*. Hentet fra [helsedirektoratet.no](https://www.helsedirektoratet.no): <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/samdata-spesialisthelsetjenesten/kirurgisk-behandling-bostedsomrader>

- Hem, K.-G. (2009). *Privat helseforsikring og sykefravær*. SINTEF Teknologi og samfunn.
- If skadeforsikring. (2024). *Helseforsikring*. Hentet fra if.no: <https://www.if.no/privat/forsikring/personforsikring/helseforsikring>
- Kinge, J. M., Klitkou, S. T., & Øien, H. (2023). *Future disease-specific health spending and burden of disease in Norway, 2019 to 2040*.
- Kullberg, L., Blomqvist, P., & Winblad, U. (2022). Does voluntary health insurance reduce the use of and the willingness to finance public health care in Sweden? *Health Economics, Policy and Law*.
- Martinussen, P. E., & Magnussen, J. (2019). Is having private health insurance associated with less support for public healthcare? Evidence from the Norwegian NHS. *Health Policy*, 675–680.
- NAV. (2024). *Bedriftsundersøkelsen*. Hentet fra nav.no: <https://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/kunnskap/analyser-fra-nav/arbeid-og-velferd/arbeid-og-velferd/bedriftsundersokelsen>
- Nicolle, E., & Mathauer, I. (2010). *Administrative costs of health insurance schemes: Exploring the reasons for their variability - DISCUSSION PAPER NUMBER 8 - 2010*. Geneva: World Health Organization.
- NSF. (2023). *17,7 prosent av sykepleierne ønsker å forlate helsetjenesten*. Hentet fra nsf.no: <https://www.nsf.no/artikkel/177-prosent-av-sykepleierne-onsker-forlate-helsetjenesten>
- OECD. (2011). *A System of Health Accounts 2011*. OECD.
- OECD. (2023). *OECD Health Statistics 2023 - Definitions, Sources and Methods*. OECD.
- Roth Johnsen, J. (2016). Norway. I A. Sagan, & S. Thomson, *Voluntary health insurance in Europe: Country experience* (ss. 105-108). World Health Organization: European Observatory on Health Systems and Policies.
- Seim, A., Løvaas, L., & Hagen, T. P. (2007). Hva kjennetegner virksomheter som kjøper private helseforsikringer? *Tidsskrift for den Norske Legeforening*, 2673-5.
- SSB. (2023). *Eldrebølgen skaper stor usikkerhet for helsesektoren*.
- Storebrand. (2024). *Helseforsikring*. Hentet fra Storebrand.no: <https://www.storebrand.no/privat/forsikring/helseforsikring>
- Tynkkynen, L.-K., Alexandersen, N., Kaarbøe, O., Anell, A., Lehto, J., & Vrangbæk, K. (2018). Development of voluntary private health insurance in Nordic countries – An exploratory study on country-specific contextual factors. *Health Policy*, 485-492.
- Øvrebotten, G. A. (2016). *Masteroppgave: Arbeidsgiverfinansiert behandlingforsikring – et ansattgode eller en helseforsikring?*

Aarbu, K. O. (2010). *Discussion Paper No. 11/2010: Demand patterns for treatment insurance in Norway*. . Norwegian School of Economics and Business Administration: Department of Economics.

Vedlegg 1 Litteraturstudie

Vi har gjennomført en litteraturstudie om hvem som har privat helseforsikring. Vi presenterer funnene i detalj i kapittel 2.2.1. Vi vedlegg 1 oppsummerer vi disse funnene i en tabell.

Tabell 1 Funn fra litteratur fordelt på kjennetegn ved kunder med privat helseforsikring

Faktor	Resultat	Studie
Bedriftens økonomiske risiko	Bedrifter som tidligere har opplevd økonomisk tap på grunn av sykdom blant ansatte, er mer sannsynlige til å tegne privat helseforsikring	(Seim, Løvaas, & Hagen, 2007)
	Mange bedrifter hadde selektive forsikringer hvor de kun forsikret personer i nøkkelroller og lederstillinger.	(Seim, Løvaas, & Hagen, 2007)
	Personer i ledende stilling har privat helseforsikring i større grad enn andre	(Grepperud & Iversen, 2011), (Øvrebotten, 2016)
Inntekt	Sannsynlighet for å ha privat helseforsikring øker med individets inntekt	(Aarbu, 2010), (Dalslåen, 2016), (Grepperud & Iversen, 2011) (Øvrebotten, 2016)
	... og bedriftenes økonomiske resultat.	(Seim, Løvaas, & Hagen, 2007)
Kjønn	Sannsynligheten for å ha privat helseforsikring er større for menn, enn kvinner.	(Grepperud & Iversen, 2011) (Øvrebotten, 2016)
	Sannsynligheten for at en bedrift tilbyr privat helseforsikring øker med andelen menn i bedriften	(Alexandersen, Hagen, & Kaarbøe, 2017)
	Usikre resultater	(Aarbu, 2010) (Dalslåen, 2016) (Seim, Løvaas, & Hagen, 2007)
Utdanning	Personer med høyere utdanning har lavere sannsynlighet for å ha privat helseforsikring	(Dalslåen, 2016)
	Bedrifter med en høy andel høyt utdannede har større sannsynlighet for å tilby privat helseforsikring	(Seim, Løvaas, & Hagen, 2007) (Alexandersen, Hagen, & Kaarbøe, 2017)
	Sannsynligheten for å ha privat helseforsikring er høyest blant de med videregående utdanning	(Øvrebotten, 2016)
	Usikre resultater	(Grepperud & Iversen, 2011)

Faktor	Resultat	Studie
Næringer	Noen næringer var overrepresentert blant dem som hadde privat helseforsikring:	(Seim, Løvaas, & Hagen, 2007)
	- bergverksdrift og oljeutvinning	(Seim, Løvaas, & Hagen, 2007) (Grepperud & Iversen, 2011)
	- finansiell tjenesteyting	(Grepperud & Iversen, 2011) (Øvrebotten, 2016)
	- bygge- og anleggsvirksomhet - jord- og skogsbruk	(Seim, Løvaas, & Hagen, 2007)
	- industri, - kraft og vannforsyning	(Grepperud & Iversen, 2011)
	Noen næringer var underrepresentert blant dem som hadde privat helseforsikring.	
	- offentlig administrasjon - helse - undervisning	(Grepperud & Iversen, 2011) (Øvrebotten, 2016)
	- varehandel	(Øvrebotten, 2016)
Politisk orientering	Personer som stemmer Høyre, er mer sannsynlige til å ha privat helseforsikring, mens de som stemmer Sosialistisk Venstreparti, er mindre sannsynlige til dette sammenlignet med Arbeiderpartiets velgere	Dalslåen (2016)