

Hagen, T. P. & Berg, O. (2026). Offentlige og private helseforsikringer i Norge. I T. P. Hagen, G. Godager, J. Kinge & E. Aas (Red.), *Organisering og finansiering av helse- og omsorgstjenester: En innføring* (s. 27–37). Fagbokforlaget. <https://doi.org/10.55669/oa180902>

2

Offentlige og private helseforsikringer i Norge

Terje P. Hagen og Ole Berg

Den offentlige helseforsikringen i Norge, vedtatt i 1909 og iverksatt fra 1911, ga en stor del av innbyggerne i Norge tilnærmet gratis helsetjenester. I første delen av kapittelet (2.1) beskriver vi hovedtrekkene i den skattebaserte forsikringsordningen: etableringen, utvidelsene som skjedde på 1950-tallet og syketrygdens integrering i Folketrygden i 1971. Etter at Folketrygden ble etablert, har det bare skjedd mindre endringer i dekningsgrad, men noen organisatoriske endringer som er viktige for å forstå dagens finansieringsordninger (2.2). Dette gjelder blant annet skillet mellom finansiering gjennom NAV og finansiering gjennom kommuner og RHF-er.

Rundt år 2000 ble de første private helseforsikringene etablert i Norge (2.3). I Norge er dette i hovedsak kollektive ordninger kjøpt av arbeidsgivere. Veksten i antall personer med privat helseforsikring har vært betydelig, men det samlede bidraget til finansieringen av helsetjenestene er fortsatt lite, i 2024 om lag 5 promille.

2.1 Etableringen av den offentlige helseforsikringen i Norge

De danske og svenske helseforsikringsmodellene og sosialforsikringsmodellene i kontinental-Europa har et felles utgangspunkt. Forsikringsordningene vokste ut av frivillige sammenslutninger. Ofte var det håndverkerlaugene som etablerte forsikringsordninger for å ta seg av personer med yrkesskade eller pensjoner for etterlatte. Smedene, som hadde et ulykkeutsatt yrke, var blant de tidligste laugene som organiserte forsikringsordninger. Etter at industrialiseringen skjøt fart, ble det etablert sykekasser for arbeiderne i flere industrigrener, med gruveindustrien som en av de første.

Tyskland var et foregangsland for å etablere nasjonale ordninger. Otto von Bismarck, som var kansler i Tyskland, fikk lovfestet helseforsikringsordninger for industrien fra 1883 og ulykkesforsikringer fra 1884. Forsikringsordningene, som var organisert som private, ofte lokalt baserte ordninger, ble finansiert ved bidrag både fra arbeidsgivere (30–40 %) og arbeidstakere (60–70 %). De tyske ordningene ble en inspirasjon for andre land. Men de kunne bli det fordi de vest-europeiske land var modne for slike ordninger. Industrialisering og

generell modernisering hadde skapt et trykk nedenfra. Bismarck innførte forsikringsordningene for å svekke arbeidernes krav om demokrati og innflytelse. Slike tanker spilte også en rolle i andre land, blant annet Storbritannia («Tory socialism»). De gjorde det også i Norge, men her var demokratiseringen på mange måter gjennomført, og kravene om omfordeling var blitt umulige å avvise. Stein Rokkan (1973) pekte i sin tid på at den tredje av nasjonsbyggingsfasene, demokratiseringen, *måtte* føre til den fjerde, omfordeling.

I Norge og Norden ble tilsvarende ordninger etablert gjennom lokale initiativer fra 1880-årene. De kom gjerne i denne rekkefølgen: Først ulykkesforsikring (uføreforsikring), så sykeforsikring, så aldersforsikring og så arbeidsledighetsforsikring. I Norge, og enda mer Finland, hadde de frivillige sammenslutningene imidlertid få medlemmer og ble derfor ikke utgangspunkt for de forsikringsordningene som kom. I Norge ble forsikringsordningen offentlig og organisert gjennom kommunene – det som ble kalt kretssykekasser (Seip, 1984; Seip, 1994). Riksforsikringsanstalten (fra 1930: Rikstrygdeverket), opprettet i 1895, fikk ansvaret for å koordinere og bidra til organiseringen av forsikringsordningene som ble etablert.

I Norge ble «obligatorisk» sykeforsikring innført av regjeringen Knudsen (Venstre) i 1909. Forsikringen trådte i kraft i 1911 og gjaldt fra starten vel en tredjedel av den økonomisk aktive befolkningen. Store grupper ble da pålagt å forsikre seg. Vi fikk obligatorisk forsikring.

Det var politisk strid om finansieringen. Arbeiderpartiet ønsket i utgangspunktet en ren skattefinansiert ordning (Schiøtz, 2003). Som så ofte når det gjelder velferdspolitiske spørsmål, ble resultatet et kompromiss: Medlemmene betalte fra starten av 60 % av premien, arbeidsgiverne 10 % og det offentlige 30 % - fordelt på staten (20 %) og kommunene (10 %). Den skattefinansierte delen utgjorde med andre ord 30 % av totalen.

Medlemspremien gikk ned til 49,5 % i 1956, da sykeforsikringen ble gjort universell. Da sykeforsikringen ble inkorporert i folketrygden i 1971, ble premiebetalingen avløst av avgifter (i 1971 3,2 % av pensjonsgivende inntekt, siden endret noe). Hele ordningen sluttet da å være tradisjonell premiebasert forsikring og ble en «skattebasert» ordning. Siden den norske forsikringsordningen fra starten av var offentlig, og skritt for skritt ble utvidet, kan man si at Norge gradvis innførte en skattebasert ordning. Norge startet dermed lenge før Storbritannia, som mange regner som landet som innførte en skattebasert forsikring.

Den britiske modellen ble etablert like etter 2. verdenskrig. Økonomen William Beveridge ga støtet til modellen ved en rapport publisert i 1942 (Beveridge, 1942), der han tok til orde for et skattefinansiert helseforsikrings-system.¹ Dermed var de to dominerende helseforsikringsmodellene i Europa etablert, og de fikk sine navn etter idemakerne – Bismarck-modellen og Beveridge-modellen. Man kan imidlertid også si at den første modellen, ved sin dynamiske innretning, la premissene for den andre modellen. Alle de nordiske landene konverterte til den skattefinansierte modellen (Beveridge-modellen) i løpet av 1950- og 60-årene (Schiøtz, 2003).

Sentraliserte, desentraliserte og pragmatiske modeller for skattebasert forsikring

Storbritannia har en sentralisert helseforsikringsmodell. Alle skattene drives inn av staten. Deretter allokeres ressursene til regionale og lokale administrative enheter basert på indikatorer for behov blant borgerne. Det britiske «National Health Service» (NHS) er én organisasjon og det er ingen elementer av lokale inntekter i organisasjonen. Styrken ved en slik organisasjon er stor grad av rettferdighet siden ressursene fordeles etter behov. Et problem kan være at tjenestene framstår som helt gratis. Det er vanskelig å se sammenhengene mellom det som betales inn av skatter og ytelsene en får. Da blir etterspørselen stor – ofte høyere enn tilbudet. Den norske modellen for styring av spesialisthelsetjenestene har vært tilsvarende denne modellen etter statens overtakelse av spesialisthelsetjenesten fra 2002.

Motsatsen er en fullstendig desentralisert organisasjon der fylkeskommunale og kommunalt drevne helsetjenester finansieres kun av lokale skatter. Siden skattegrunnlaget varierer mye mellom kommunene siden borgerne har ulike inntekter, eller fordi det er lokale variasjoner i ønskene om nivået på helsetjenestene, vil ikke tilbudet kun reflektere helsetjenestebehovene, men også nivået på lokale skatteinntekter. Fordelen med modellen er nære koblinger mellom det borgerne betaler i skatt og tilbudet av tjenester. Dersom en ønsker å øke volumet eller heve kvaliteten på tjenestene må en akseptere høyere skatter. Ulempen er at tjenestene ikke blir tildelt basert kun på pasientenes behov.

I de nordiske landene har vi de vi kan kalle en pragmatisk modell. Kommunene og fylkeskommunene finansieres gjennom en kombinasjon av lokale skatter og statlige overføringer der en gjennom overføringene utjevner mye av skatteulikheten. Fordelen med modellen er en rimelig grad av likhet og samtidig en viss kobling mellom hva borgerne betaler i skatter og tilbudet av tjenester. Ønsker kommunen

1 Beveridge ønsket et skattebasert system med lokalt og regionalt forankret tjenesteproduksjon. Ved iverksettelsen av Beveridge-planen valgte en imidlertid en statlig løsning, der alle tjenestene ble finansiert gjennom nasjonale skatter, og tjenesteytingen skjedde gjennom den statlige National Health Service (NHS).

å bedre tilbudet, kan den heve eiendomsskatten (se kapittel 6 for en nærmere beskrivelse). Et problem med modellen er at den er kompleks. Vil borgerne miste oversikten over pengestrømmene og skylde på staten når det er kommunen som har ansvaret?

2.2 Integreringen gjennom Folketrygden

Lov om folketrygd ble lagt fram av Borten-regjeringen (H, KrF, SP, V), vedtatt av Stortinget den 17. juni 1966 og trådte i kraft fra 1. januar 1967. Loven hadde støtte også fra Arbeiderpartiet. Gjennom Folketrygden integrerte man finansieringen av hele helse- og trygdeområdet. Den viktigste nyskapningen med folketrygden var innføringen av en tilleggspensjon gradert etter tidligere inntekt på toppen av grunntrygdene. Innføring av tilleggspensjoner var et politisk kompromiss og rommet tanken om at folk i hovedsak skulle kunne leve som de var vant til som yrkesaktive.

I 1966 ble pensjoner og attføring samlet i folketrygdloven, og i 1971 ble regler om syketrygd, arbeidsløshetsstrygd og yrkesskadetrygd innarbeidet. Sykelønnsordningen kom i 1978. Fra slutten av 1970-tallet ble ordningene med betalt fødsels- og adopsjonspermisjon gradvis utbygd. Ny fleksibel alderspensjon ble innført fra 2011.

I utgangspunktet ble mye av helsetjenestene finansiert av syketrygden. Sykehusenes poliklinikker ble drevet av legene direkte og ble finansiert av refusjoner fra syketrygden og egenandeler. Kurdøgnfinansieringen (se del C) ble i hovedsak dekket av folketrygden. Etter krigen og frem til 1970 måtte imidlertid sykehuseierne i økende grad bidra til finansieringen. Det måtte de også fra 1973 og frem til 1980, da sykehusene ble rammefinansiert. Også primærlegene og de praktiserende spesialister ble finansiert av refusjoner fra syke-/folketrygden og blant annet egenandeler.

Dette, langt på vei legebestemte, finansieringssystemet ble gradvis endret. Ansvaret for spesialisthelsetjenestene og sykehjemmene ble lagt til fylkeskommunene fra 1969. Fylkeskommunene ble da finansiert ved en kombinasjon av refusjoner fra staten (Folketrygden), rammeoverføringer fra staten (1980) og inntektsskatt fra borgerne (se nærmere beskrivelse i del C). Kommunene hadde lenge en marginal rolle i den kliniske helsetjenesten, men fikk et stort

ansvar ved etableringen av kommunehelsetjenesten fra 1984 (se nærmere beskrivelse i Del B). Finansieringen ble da i økende grad basert på lokale skatter og generelle overføringer fra staten, mens refusjonene til primærlegene og de private spesialistene i stor grad fortsatte å komme fra Folketrygden.

I 2004 ble Helseøkonomiforvaltningen etablert som folketrygdens oppgjørsorganisasjon, underlagt Rikstrygdeverket. Da NAV ble etablert i 2006, skiftet enheten navn til NAV Helsetjenesteforvaltning. Forvaltningsansvaret for helserefusjon ble flyttet fra NAV til Helsedirektoratet i 2009, og enheten endret navn til Helfo (Helseøkonomiforvaltningen). Helfo har i dag ansvaret for refusjoner til blant andre fastleger og fysioterapeuter, og dekning av utgifter til f.eks. pasientreiser. De har også ansvaret for bytte av fastleger, m.m.

2.3 Private tilleggsforsikringer i Norge og Norden

Selv om den offentlige helseforsikringen er helt dominerende i de nordiske landene, har det vært en økning i kjøp av private, frivillige forsikringer i alle de nordiske landene de siste 15 årene. Økningen har primært skjedd for supplerende forsikringer, dvs. forsikringer som gir samme tilbud som den offentlige forsikringen, men med kortere ventetider som den primære målsettingen. Andelen av befolkningen som i 2016 hadde slike forsikringer, var lavest i Sverige (6 %) og Norge (9 %) og høyest i Finland (21 %) og Danmark (32 %). I Danmark har en i tillegg en forsikringsordning med supplerende funksjoner som benevnes som «Danmark», som blant annet dekker tannlegetjenester og utgifter i forbindelse med synssvekkelse (briller). Vel 40 % av befolkningen hadde denne forsikringen (Tynkkynen mfl., 2018). Finland har en langt mer omfattende ordning for bedriftshelsetjenesten enn de andre nordiske landene.

Alexandersen et al. (2016) og Tynkkynen et al. (2018) beskriver utviklingen av private helseforsikringer i de nordiske landene og rasjonalet bak ekspansjonen. Analysene indikerer at hovedfunksjonen til private helseforsikringer i de nordiske landene er å dekke egenbetalinger for helsetjenester som også er fullt ut forsikret av det offentlige helsevesenet (komplementær), og å gi raskere tilgang til behandlinger. Utviklingen av nordiske private helseforsikringer er

forskjellig på tross av flere likheter ved de nordiske helsesystemene. Det argumenteres også for at ulike typer av private helseforsikringer er en respons på begrensninger i den offentlige dekningen, som igjen er påvirket av historiske og politiske faktorer.

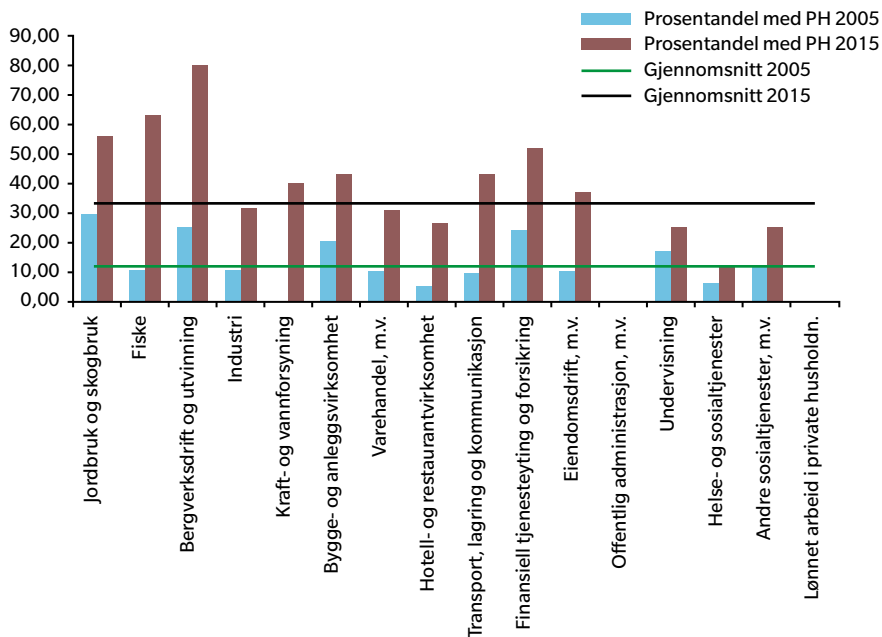
Alexandersen et al. (2016) gir en nærmere analyse av veksten i private helseforsikringer i Norge. Analysen finner at vel 90 % av private helseforsikringer i Norge er basert på kollektive avtaler, dvs. at de er inngått for grupper av personer, primært ansatte i bedrifter. Bedrifter med flere ansatte, flere menn og de som opererer i næringer med lavere sykefravær har høyere sannsynlighet for å kjøpe private helseforsikringer enn bedrifter med de motsatte kjennetegnene. Arbeidsgiveres avgjørelse om å kjøpe private helseforsikringer er påvirket av ansattes ønsker/preferanser og arbeidsgiveres oppfatning av om private helseforsikringer kan brukes i en rekrutteringsstrategi. I gjennomsnitt rapporterer bedriftene/arbeidsgiverne at de er fornøyde eller veldig fornøyde med det medisinske tilbudet som ansatte får gjennom private helseforsikringer.

Figur 2.1 viser andelen av bedrifter i ulike næringer som har kjøpt privat helseforsikring til sine ansatte i 2005 og 2015, der statistikk fra 2005 er hentet fra Seim mfl. (2007). I 2015 har 33 % av bedriftene kjøpt private helseforsikringer for sine ansatte. Det tilsvarende tallet i 2005 er 11 %.

Andelen bedrifter som har kjøpt privat helseforsikring, er særlig stor innen næringene Bergverksdrift og utvinning (80 %), Fiske (63 %), Jordbruk og skogbruk (56 %) og Finans og forsikring (52 %). Sammenlikner vi med andelen i 2005, observerer vi økning i alle næringer. Fiske, bergverksdrift og utvinning og kraft- og vannforsyning er næringene som har økt sine andeler mest, målt i absolutte størrelser.

Figur 2.1

Bedrifter etter næring som har kjøpt private helseforsikringer i Norge, 2005 og 2015



Selv om det er variasjon i bedriftenes motivasjon for å kjøpe private, frivillige helseforsikringer, er den viktigste begrunnelsen å holde sykefraværet nede. Det finnes også studier som tyder på at økt ventetid kan redusere arbeidstilbudet gjennom økt sykefravær og uføretrygd (Godøy et al, 2024).

En gjennomgang av nettsidene for de norske selskapene viser at det gis garantier for følgende tjenester, gitt at kravet om henvisning fra fastlege er oppfylt:

- en første spesialistvurdering (inkludert diagnostikk) innen et spesifisert tidsrom (varierer typisk fra 5 til 14 dager)
- en videre behandling innen et spesifisert tidsrom (varierer fra 10 til 28 dager)
- tilbud om rehabilitering (gitt operasjon)

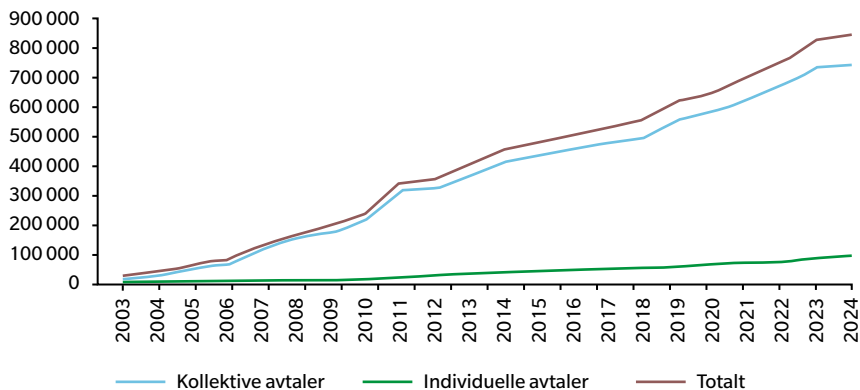
Det foreligger også tilbud om behandling fra andre enn legespesialister, slik som psykologer, fysioterapeuter, kiropraktorer og manuelle terapeuter, typisk med en øvre grense på antall konsultasjoner. I tillegg tilbys tjenester som ikke nødvendigvis tilbys av det offentlige systemet, som døgnåpne helsetelefoner og muligheten for flere spesialistvurderinger («second opinions»). Mange tilbyr også personlige rådgivere (gjerne sykepleiere) som følger den enkelte pasient gjennom behandlingsforløpet (pasientnavigasjon), og som tar ansvar for praktiske forhold i tilknytning til pasientreiser. Enkelte selskaper tilbyr også full dekning av reseptbelagte medisiner og et alternativ til egen fastlege (videokonsultasjon).

De fleste selskapene informerer om at behandlingen vil finne sted i privat sektor, og mange av dem er tilsluttet et nettverk av private behandlere. Behandlingskostnadene finansieres i sin helhet av premieinnbetalingene. Et viktig unntak fra dette har vært Vertikal Helse, der en andel av de forsikrede mottar behandling av offentlig finansierte leverandører. Dette selskapet forsøker først å finne behandlingsplass for sine forsikringstakere i det offentlig finansierte helsevesenet. En sammenlikning av behandlingsgarantienes lengde og ventetidene på offentlig finansierte spesialisthelsetjenester tilsier at de med private behandlingsforsikringer gjennomgående har kortere ventetid på spesialisthelsetjenester enn de uten denne forsikringen.

Ifølge Finans Norge (Finansnæringens hovedorganisasjon) var det ved utløpet av 2023 totalt 816 707 individer som hadde behandlingsforsikringer. 656 863 hadde barneforsikring, og 555 551 hadde kritisk sykdomsforsikring. Andelen av den norske befolkningen med behandlingsforsikring har vokst jevnt (figur 17.2), og den relative veksten det siste året (fra 2022 til 2023) har vært på 9,1 %.

Figur 2.2

Utviklingen i private behandlingsforsikringer, 2003–2024²



Kilde: Finans Norge

Tallene som presenteres i Figur 2.2 er ikke komplette. Blant annet inkluderes ikke internasjonale forsikringsselskaper som selger forsikringer til norske bedrifter. I tillegg inkluderes ikke individer eller organisasjoner som har medlemskap hos private klinikker, som for eksempel Aleris, Volvat og NIMI (Norsk idrettsmedisinsk institutt, del av Volvat siden 2021) selv om slike medlemskap har visse paralleller til private behandlingsforsikringer.

2.4 Oppsummering

Norge etablerte obligatorisk sykeforsikring i 1909 (iverksatt 1911), som dekket en tredjedel av den økonomisk aktive befolkningen. I motsetning til den tyske Bismarck-modellen, der sykekassene ble etablert som private organisasjoner,

2 Finans Norge registrerte i utgangspunktet kun egne medlemsbedrifter. Vertikal Helse ble ikke medlem før i 2012. Fra 2012 var Vertikal inkludert i Codan, og fra september 2017 er Vertikal inkludert i forsikringsselskapet If.

valgte Norge en offentlig modell organisert gjennom kommunale kretssykekasser. Finansieringen var opprinnelig delt mellom medlemmer (60 %), arbeidsgivere (10 %), stat (20 %) og kommuner (10 %). Systemet utviklet seg gradvis mot en ren skattebasert ordning (Beveridge-modell). I 1956 ble sykeforsikringen universell, og i 1971 ble den integrert i folketrygden.

Etter folketrygdens etablering i 1967 har ansvaret for helsetjenester blitt fordelt mellom ulike nivåer. Spesialisthelsetjenester ble overført til fylkeskommuner (1969), senere til regionale helseforetak, mens kommunene fikk hovedansvar for primærhelsetjenesten (1984). NAV/Helfo administrerer refusjoner til fastleger og andre primærhelsetjenester, mens det meste av finansieringen til helsetjenestene nå går gjennom RHF-ene og kommunene.

Rundt år 2000 etablerte de første private helseforsikringsselskapene seg i Norge. I 2023 hadde 816 707 personer (ca. 15%) behandlingsforsikringer. Over 90 % er kollektive ordninger kjøpt av arbeidsgivere, primært for å redusere sykefravær og som rekrutteringstiltak. Private forsikringer tilbyr hovedsakelig raskere tilgang til samme tjenester som det offentlige (supplerende funksjon), med garanterte behandlingstider på 5–14 dager for spesialistvurdering og 10–28 dager for behandling. Til tross for sterk vekst utgjør private forsikringer fortsatt bare 0,5 % av total helsetjenestefinansiering i Norge.

SPØRSMÅL OG OPPGAVER TIL KAPITTEL 2

1. Historisk perspektiv: Hvorfor valgte Norge en offentlig helseforsikringsmodell fremfor den tyske arbeidsgiverfinansierte modellen? Hvilken rolle spilte demokratiseringsprosessen?
2. Finansieringsutvikling: Hva var de politiske og praktiske argumentene for overgangen fra premiebasert til skattefinansiert helseforsikring?
3. Ansvarsfordeling: Hvordan fungerer dagens tredelte finansieringsstruktur (NAV/Helfo, kommuner, RHF-er)? Hvilke utfordringer kan denne kompleksiteten skape?
4. Private forsikrings rolle: Er veksten i private helseforsikringer et tegn på svikt i det offentlige systemet, eller en naturlig utvikling i et velferdssamfunn?
5. Arbeidsgivermotivasjon: Hvordan kan arbeidsgiveres kjøp av helseforsikringer påvirke likhetsprinsippet i norsk helsepolitikk?
6. Nordisk sammenlikning: Hva forklarer de store forskjellene i private forsikrings utbredelse mellom Norge (9 %) og Danmark (32 %)?
7. Framtidsperspektiv: Vil private forsikrings vekst utfordre den universelle, skattebaserte modellen på lang sikt?

