

Hagen, T. P. (2026). Sosialforsikringsmodeller. I T. P. Hagen, G. Godager, J. Kinge & E. Aas (Red.), *Organisering og finansiering av helse- og omsorgstjenester: En innføring* (s. 349–358). Fagbokforlaget. <https://doi.org/10.55669/oa180916>

16

Sosialforsikringsmodeller

Terje P. Hagen

Helseforsikringsordningene både i Norge og andre land startet som frivillige initiativer, gjerne anført av håndtverkerlaugene eller religiøse foreninger. I Norge spilte disse initiativene en mindre rolle enn i andre europeiske land. Hos oss var staten og kommunene tidlige deltakere i sykeforsikringskassene. På det europeiske kontinentet var frivilligheten sterkere, men også der kom det etter hvert statlige initiativer. Tyskland var først ute da rikskansler Bismarck innførte en nasjonal helseforsikringsordning i 1883 (16.1). Det tyske initiativet ga impulser til liknende ordninger i hele Europa på slutten av 1800-tallet og tidlig på 1900-tallet. Som vi så i kapittel 2, endret Storbritannia, de skandinaviske landene og landene i Sør-Europa modell fra en sosialforsikringsmodell til en skattebasert modell i løpet av etterkrigstiden, mens øvrige land beholdt hovedtrekkene i sosialforsikringsmodellen. I dag er det imidlertid noen forskjeller mellom landene med sosialforsikringsmodeller, blant annet når det gjelder antall forsikringsselskaper (16.2). Land med ett nasjonalt sosialforsikringsselskap har sterke likhetstrekk med de skattebaserte modellene.

Det har vært diskusjoner om hvor kostnadseffektive sosialforsikringsmodellene har vært, og Nederland gjennomførte i 2006 en reform i sitt sosialforsikringssystem som for det første innebar at alle måtte tegne helseforsikring, og for det andre at forsikringsselskapene skulle konkurrere om forsikringstakerne (16.3). Reformen, som er basert på omfattende ordninger for risikojustering av forsikringsselskapenes inntekter, har skapt stor interesse i øvrige sosialforsikringsland. Modellen har også et utjevnenende element ved at premiene er inntektsgraderte.

16.1 Sosialforsikringsordningenes kjerne

Kjernen i en sosialforsikringsordning er at både arbeidstakere og arbeidsgivere bidrar økonomisk. Arbeidstakernes bidrag blir trukket direkte fra lønnen, mens arbeidsgiverne bidrar med en prosentandel av lønnskostnadene. Premiene som betales fra begge parter, går inn til et forsikringsselskap eller en sykekasse. Sykekassen dekker utgifter forbundet med sykdom, enten som refusjoner til forsikringstakeren eller ved å finansiere helsetjenestene direkte. I de siste 10 årene har den siste modellen vært dominerende.

De tyske sosialforsikringsordningene, som ble etablert på slutten av 1800-tallet under ledelse av rikskansler Otto von Bismarck, gjorde denne typen ordninger til et obligatorisk system. Alle ble altså pålagt å tegne forsikring. I 1883 ble den første loven om obligatorisk helseforsikring (Gesetzliche Krankenversicherung) vedtatt. Deretter, i 1884, ble loven om arbeidsuførhets-trygd (Rentenversicherung) innført. Pensjonstrygden (Pensionversicherung) ble etablert i 1889, og var den første pensjonsordningen av sitt slag i verden. De tyske sosialforsikringsordningene ble utviklet for å balansere sosiale rettigheter for arbeidere og økonomiske forpliktelser for arbeidsgiverne, og hadde som formål å sikre et visst velferdsnivå for arbeidstakere. I tillegg var det viktig for Bismarck å dempe den sosiale uroen som fulgte med den raske industrialiseringen.

I dag finner vi sosialforsikringsmodeller i flere vesteuropeiske land – Belgia, Frankrike, Luxembourg, Nederland, Sveits, Tyskland og Østerrike. I tillegg har flere av de tidligere østeuropeiske landene etablert forsikringsmodeller med inspirasjon fra sosialforsikringsmodellene, blant andre Estland, Latvia, Litauen, Tsjekkia, Ungarn, Slovakia og Slovenia. Disse landene har imidlertid sterkere innslag av statlig styring enn de tradisjonelle sosialforsikringslandene.

Sosialforsikringsmodellene i Vest-Europa har i dag tre viktige kjennetegn (Saltman mfl., 2004):

- Det er private ordninger organisert nokså uavhengig av staten
- Ordningene er langt på vei selvregulerende
- Ordningene er stabile i betydningen at det skjer små organisatoriske endringer over tid

Saltman mfl. (2004) betrakter sosialforsikringssystemene som mer enn bare en samling institusjoner. Institusjonene fungerer heller som mellomledd, som den administrative utøvelsen av en rekke verdier som er dypt forankret i samfunnet som helhet og i historisk utviklede prinsipper om kollektivt ansvar og sosial solidaritet.

Legges det vekt på de strukturelle egenskapene ved sosialforsikrings-systemene, kan de følgende seks komponentene karakteriseres som kjernen i systemene (Hoffmeyer & McCarthy, 1994; Normand & Busse, 2002; Saltman mfl., 2004):

Risikouavhengige premier: Forsikringspremiene er knyttet til medlemmenes inntekt, vanligvis i form av en prosentandel av medlemmets lønn. Dette har to viktige implikasjoner. For det første er bidragene eller premiene ikke knyttet til medlemmets helsestatus. I tillegg er det slik at hvis et medlem har ektefelle og/eller barn, er de også automatisk dekket av samme inntektsrelaterte premie. For det andre samles premiene inn separat fra skattene og statsbudsjettet. Finansiering av helsesektoren er dermed beskyttet mot de politiske kampene som er iboende i offentlig budsjettering.

Sykekasser som betalere/kjøpere: Premiene samles enten direkte av sykekassene (Østerrike, Frankrike, Tyskland, Sveits) eller fordeles fra et sentralt statlig fond (Israel, Luxembourg, Nederland) til flere sykekasser (Belgia bruker begge metodene). Sykekassene er private ideelle organisasjoner som styres av et styre. Reguleringene sykekassene opererer under, er vanligvis etablert gjennom nasjonal lovgivning (Østerrike, Frankrike, Tyskland, Luxembourg, Nederland, Sveits) og/eller tett kontrollert gjennom statlig regulering. Sykekassene bruker inntektene fra medlemmenes premier for å finansiere tjenester tilbudt av ulike tilbydere (både private ideelle organisasjoner, private kommersielle og offentlig driftede).

Solidaritet i dekning, finansiering og forsikringspakke: Avhengig av land er det meste av befolkningen dekket av sosialforsikringssystemet. I land med mindre enn 100 prosent obligatorisk deltakelse er det vanligvis de høyest inntektsindividene som får tillatelse (Tyskland) til å kjøpe privat forsikring. Finansieringen for alle medlemmer jevnes ut enten innenfor nasjonale statlige fond (Israel, Nederland), innenfor regionale myndigheter (Østerrike) eller stiftelsesbaserte fond (Sveits), gjennom obligatoriske risikoutjevningsmekanismer (Belgia, Tyskland, Israel, Nederland) eller gjennom statlige tilskudd (Belgia, Frankrike). I alle disse åtte landene har alle innbyggere tilgang til den samme pakken av tjenester («basic benefit package»).

Pluralisme i aktører/organisatorisk struktur: Sosialforsikringssystemene varierer med hensyn til antallet og opprinnelsen til sykekassene. Bakgrunnen kan være i profesjonelle, geografiske, religiøse/politiske og/eller ikke-partiske organisasjoner. Nesten alle sykehus, uavhengig av eierskap, og nesten alle leger, uavhengig av hvordan de er organisert (enkeltpraksis, gruppepraksis osv.), har kontrakter med sykekassene og er en del av sosialforsikringssystemet.

Korporativ modell for forhandlinger, bred deltakelse: Forhandlinger om lønn og godtgjørelser skjer vanligvis på regional og/eller nasjonal basis, og styringsstrukturen for sykekassene er preget av bred deltakelse. Medisinske foreninger, sykehusforeninger og andre profesjonelle grupper har ofte også ansvar for beslutninger.

Individuelle valg av tilbydere og (delvis) sykekasse: Medlemmer av sykekasser kan vanligvis få helsehjelp fra nesten alle leger og sykehus. I seks av de åtte landene er det ikke nødvendig med henvisning for å få time hos en spesialist (Israel og Nederland er unntak). I økende grad kan medlemmene også velge å bytte sykekasse (unntak er Østerrike, Frankrike og Luxembourg).

Som oversikten antyder, er det noen forskjeller mellom landene. Forskjellene er ytterligere illustrert i Tabell 16.1, der vi har trukket ut fire land (Østerrike, Tyskland, Nederland og Sveits) og beskriver disse når det gjelder trekk ved systemene (Busse mfl., 2004).

Tabell 16.1

*Karakteristika ved utvalgte sosialforsikringssystem**

	Østerrike	Tyskland	Nederland	Sveits
Antall forsikringsorganisasjoner	20	> 100	12	60
Utgiftsdeling mellom arbeidsgiver/ arbeidstaker	Varierende	50/50	80/20	0/100
Valg av sykekasse	Ingen valgmuligheter	De fleste kan velge hver 18 måned	Alle kan velge hvert år	Alle kan velge 2 ganger per år

Kilde: Bearbeidet fra Busse mfl. (2004)

Antall forsikringsorganisasjoner eller sykekasser varierer over tid og har de siste 20 årene blitt kraftig redusert. Dette gjelder særlig i Tyskland, der det ved årtusenskiftet var om lag 330 ulike sykekasser. I Nederland har også antallet blitt redusert. I tillegg til fire store forsikringsorganisasjoner eksisterer en del mindre sykekasser som dekker spesielle regioner. Utgiftsdelingen mellom

arbeidstaker og arbeidsgiver er vanligvis 50/50, men i Sveits betaler arbeidstaker hele premien. Når det gjelder valgmulighetene, har disse økt over tid, men de er fortsatt begrenset, for eksempel i Østerrike.

I tillegg til premiene som betales av forsikringstakerne, eksisterer det visse skattesubsidier av helsetjenester i enkelte av landene. For eksempel dekkes investeringsutgifter til sykehusene av delstatene i Tyskland. I Nederland dekkes helseutgiftene til arbeidsledige av staten og finansieres av skatteinntekter.

16.2 Konkurransen – Nederland som eksempel

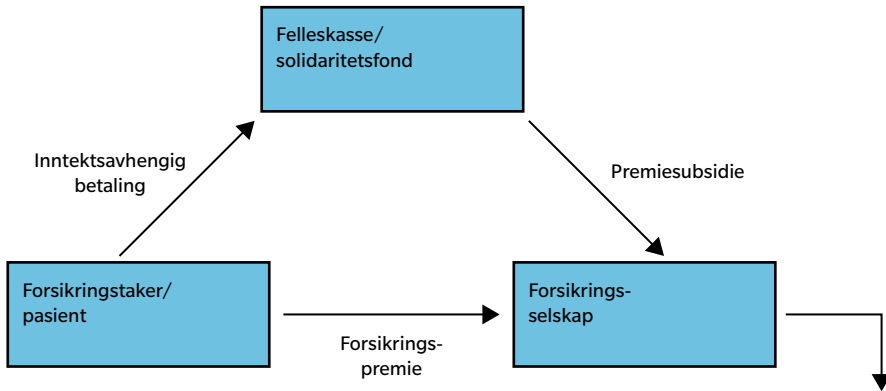
Nederland er et spesielt interessant sosialforsikringsland fordi det på en systematisk måte har forsøkt å indusere konkurranse mellom forsikringsselskapene (Schut & Van de Ven, 2005; van de Ven & Schut, 2008). Begrunnelsen var i utgangspunktet et ønske om å holde kostnadene nede.

Modellen man hadde før 2006, var basert på et forsikringssystem der offentlig forsikring var obligatorisk for store grupper (vel 60 %) av befolkningen, mens de øvrige kunne velge om de ville kjøpe privat forsikring eller ikke. Etter 2006 ble forsikring obligatorisk for alle grupper. Alle skulle da kjøpe forsikring hos konkurrerende private forsikringsselskaper. Tilbudet av tjenester ble bestemt av staten ved at det ble definert en grunnpakke (basic benefit package). Denne ga i utgangspunktet bred dekning av tjenester: legetjenester, sykehustjenester, medisiner, medisinsk utstyr, rehabilitering, forebygging, psykisk helsehjelp og tannhelse for barn (men ikke for voksne). Tannhelsetjenester for voksne kan anskaffes enten ved egenbetaling eller ved en egen tilleggsforsikring.

Staten åpnet altså opp for konkurranse mellom forsikringsselskapene. Forsikringsselskapene tilbyr ulike forsikringspakker til kundene. Den enkelte kan for eksempel velge mellom kontrakter med høye egenandeler, som gir lavere forsikringspremier. De kan også velge å inngå gruppekontrakter (for eksempel på arbeidsplassen), noe som gir rabatter. Videre kan de velge kontrakter der man fritt kan velge sykehus, eller der valgmulighetene er begrenset, m.m.

Figur 16.1

Pengestrømmer i det nederlandske sosialforsikringssystemet



Et grunnleggende problem ved konkurranse i forsikringsmarkeder er pasient-seleksjon (se boks). For å hindre dette inneholder systemet forbud mot diskriminering. Forsikringsselskapene er pålagt å godta alle søkere og kan ikke skille mellom forsikringstakere på grunnlag av alder, helsestatus eller andre faktorer. Dette sikrer i utgangspunktet at alle har lik tilgang til forsikring.

I tillegg differensieres forsikringsselskapenes inntekter basert på den forsikredes risikoprofil. Forsikringsselskapet får en premiesubsidie som reflekterer forsikringstakerens risikoprofil. En person med store behov gir større inntekter for selskapet enn en person med lavere behov.

Den forsikredes arbeidsgiver betaler inn til felleskassen basert på den forsikredes inntekt (inntektsavhengig betaling). Samtidig mottar lavinntektsgrupper og arbeidsledige subsidier slik at de klarer å betale forsikringspremiene. Dette omfatter om lag 50 % av inntektene til forsikringssystemet. I tillegg betaler den forsikrede selv inn til forsikringsselskapet (50 %) basert på den typen forsikring en velger (høye/lave egenandeler, stor/liten valgfrihet, osv.), men altså ikke avhengig av inntekt eller helsetilstand.

SELEKSJON

Seleksjon av pasienter er et grunnleggende problem i forsikringsmarkeder der forsikrings-selskapene konkurrerer om forsikringstakerne.

Insentivene for seleksjon til stede hvis: $C \neq SI$, der C = forventede kostnader ved behandling av pasienten og SI = bidrag til sosialforsikringen.

Helseøkonomen Randell Ellis (1993) beskriver tre former for pasientseleksjon:

Fløteskumming (cream skinning): Forsikringsselskapet forsøker å tiltrekke seg pasienter som krever lite ressurser samtidig som de gir høye bidrag.

Nedprioritering (skimping): En reduserer kvaliteten for pasienter som krever mye ressurser samtidig som de gir lave inntektsbidrag.

Unngå risikoutsatte pasienter (dumping): Unngå pasienter som krever mye ressurser samtidig som de gir lave inntektsbidrag.

Forsikringsselskapene inngår på sin side kontrakter med den enkelte leverandør av helsetjenester – både primærleger og sykehus. Pleie- og omsorgstjenestene er fortsatt et ansvar som ligger til kommunene.

Erfaringene fra de første årene etter reformen var at utgiftene til spesialisthelsetjenester økte. Forsikringstakerne var altså villige til å betale mer for helsetjenester for å redusere køene. I dag står Nederland foran mange av de samme problemene som vesteuropeiske land, med mangel på helsepersonell.

16.3 Oppsummering

Sosialforsikringsmodeller for helsevesen har sitt opphav i frivillige initiativer fra håndtverkerlauget og religiøse foreninger på 1800-tallet. Tyskland var pionerland da rikskansler Bismarck innførte verdens første nasjonale helseforsikringsordning i 1883, etterfulgt av arbeidsuførhetstrygd (1884) og pensjonstrygd (1889). Dette tyske initiativet spredte seg til hele Europa.

I dag finnes sosialforsikringsmodeller i flere vesteuropeiske land som Belgia, Frankrike, Luxembourg, Nederland, Sveits, Tyskland og Østerrike, samt i flere tidligere østeuropeiske land. Modellene kjennetegnes ved at de er private ordninger som er langt på vei selvregulerende og stabile over tid.

Sosialforsikringsmodellene er basert på seks hovedkomponenter:

1. Risikouavhengige premier – Premiene er knyttet til inntekt, ikke helsestatus, og dekker hele familien
2. Sykekasser som betalere/kjøpere – Private ideelle organisasjoner som samler inn premier og finansierer tjenester
3. Solidaritet i dekning – Mest mulig av befolkningen dekkes, med samme tjenestepakke for alle
4. Pluralisme i aktører – Ulike typer sykekasser med ulik bakgrunn og organisering
5. Korporativ forhandlingsmodell – Bred deltakelse i styring og forhandlinger
6. Individuelle valg – Medlemmer kan velge tilbydere og ofte også sykekaske

Nederland gjennomførte en omfattende reform i 2006 for å skape konkurranse mellom forsikringsselskaper og holde kostnadene nede. Hovedelementene var:

- Obligatorisk forsikring for alle – Fra 60 % obligatorisk dekning til 100 %
- Konkurranse mellom private forsikringsselskaper – Alle må kjøpe fra konkurrerende selskaper
- Standardisert grunnpakke – Staten definerer hvilke tjenester som skal dekkes
- Valgmuligheter – Kunder kan velge mellom ulike kontraktstyper (egenandeler, valgfrihet etc.)
- Antidiskrimineringsregler – Forsikringsselskaper må godta alle søkere
- Risikojustering – Selskapenes inntekter justeres basert på kundens risikoprofil
- Blandet finansiering – 50 % fra arbeidsgivere (inntektsavhengig), 50 % fra individuelle premier

Systemet inkluderer også subsidier til lavinntektsgrupper og arbeidsledige for å sikre at alle kan betale forsikringspremiene.

De første erfaringene viste at utgiftene til spesialisthelsetjenester økte fordi forsikringstakerne var villige til å betale mer for å redusere køer. Nederland står i dag overfor de samme utfordringene som andre vesteuropeiske land, med mangel på helsepersonell.

SPØRSMÅL OG OPPGAVER TIL KAPITTEL 16

1. Forklar hvordan sosialforsikringsmodellene for helsevesenet oppsto og utviklet seg fra slutten av 1800-tallet. Hvilken rolle spilte Bismarcks Tyskland i denne utviklingen?
2. Beskriv hovedkomponentene som karakteriserer sosialforsikringssystemer. Hvordan skiller disse systemene seg fra skattebaserte modeller?
3. Sammenlign sosialforsikringssystemene i Østerrike, Tyskland, Nederland og Sveits når det gjelder antall forsikringsorganisasjoner, utgiftsdeling og valgmuligheter. Hva kan forklare disse forskjellene?
4. Analyser hovedelementene i den nederlandske helseforsikringsreformen fra 2006. Hva var hovedmålene med reformen og hvordan skulle konkurranse bidra til å nå disse målene?
5. Forklar hvordan det nederlandske systemet håndterer problemet med pasientseleksjon og sikrer solidaritet samtidig som det tillater konkurranse mellom forsikringsselskaper.
6. Evaluer de første erfaringene med den nederlandske reformen. Hvilke utilsiktede konsekvenser oppsto, og hvilke utfordringer står Nederland overfor i dag?