

Kinge, J. M. & Hagen, T. P. (2026). Private helseforsikringer. I T. P. Hagen, G. Godager, J. Kinge & E. Aas (Red.), *Organisering og finansiering av helse- og omsorgstjenester: En innføring* (s. 359–368). Fagbokforlaget. <https://doi.org/10.55669/oa180917>

17

Private helseforsikringer

Jonas Minet Kinge og Terje P. Hagen

I noen land er private forsikringer en primær kilde for å finansiere behandling for den arbeidsføre delen av befolkningen, ofte som en erstatning for offentlige helsetjenester. I andre land fungerer private forsikringer som et supplement til dekningen som allerede tilbys av de offentlige helsetjenestene. Men selv i land hvor private helseforsikringer dekker en relativt liten andel av de samlede helseutgiftene, kan de likevel få betydning for hvem som får behandling og når (Thomson mfl., 2020).

Merk at en helseforsikring skiller seg fra uføre- og livsforsikring, som skal dekke bortfall av lønn for den som ikke lenger kan jobbe, eller for deres pårørende.

I første avsnitt 17.1 beskriver vi nærmere hva privat helseforsikring er, og fem ulike roller som private helseforsikringer kan ta, og hvordan disse sameksisterer med offentlige helseforsikringsordninger. Vi fortsetter i avsnitt 17.2 med en diskusjon av samfunnsmessige konsekvenser av et marked for private forsikringer. Vi har så en del 18.3 hvor vi beskriver helseforsikring i USA.

Private tilleggsforsikringer i Norge er beskrevet nærmere i kapittel 2.

17.1 Privat helseforsikring

I utgangspunktet er målet med helseforsikring å beskytte mennesker mot uforutsigbare og iblant store økonomiske tap, som skyldes sykdom og skader. Dette gjøres ved å porsjonere ut økonomisk risiko over flere individer og over tid.

Forsikringstakeren som benytter seg av privat helseforsikring, betaler inn til et forsikringsselskap i perioder når forsikringstakeren er frisk. Disse innbetalingene kalles forsikringspremier og utgjør prisen på forsikringen. Om sykdom eller skade inntreffer, finansierer forsikringsselskapet hele eller deler av behandlingen på vegne av forsikringstakeren.

En forsikringsavtale som beskriver vilkårene, er formulert i en kontrakt som gir forsikringstakeren et forsikringsbevis. I tillegg til utgifter til behandling kan helseforsikringer også dekke utgifter forbundet med forebygging og rehabilitering.

Om forsikringen er privat organisert, finansieres den som regel av personen som er forsikret, deres arbeidsgiver eller en kombinasjon av begge. I noen land er helseforsikring, inkludert privat helseforsikring, regulert av lov og kan være obligatorisk for alle innbyggere. I andre land er den et frivillig tillegg, eller en erstatning, for offentlige tjenester. I land med et omfattende offentlig helsevesen kan privat helseforsikring gi tilleggsdekning for tjenester som ikke er inkludert i det offentlige tilbudet, eller gi raskere tilgang til noen typer behandling.

I land uten universell helsedekning, eller med et begrenset offentlig finansieringsansvar, er privat helseforsikring ofte den primære metoden for å finansiere helsetjenester for deler av befolkningen. I land med en høy andel offentlig finansiering og relativt lave egenandeler, som i Norge, utgjør privat helseforsikring gjerne et supplement til dekningen som allerede tilbys av det offentlige. For eksempel kan private forsikringer finansiere private tilbydere og dermed redusere ventetid, samt tilby et bredere utvalg av supplerende tjenester.

I noen «hybridsystemer», som Australia, tilbys en offentlig forsikring med mulighet for å tegne egen privat forsikring i tillegg. Helseforsikring i disse landene kan være obligatorisk til en viss grad, men private alternativer sørger for at innbyggerne har bedre valgmuligheter når det gjelder tilbydere og kvalitet. På denne måten kan private helseforsikringer ha ulike roller i helse-tjenestesystemene. De kan være dominante, obligatoriske, substituerende, komplementære og supplerende (Mossialos & Thomson, 2002; Thompson & Mossialos, 2004; Pedersen, 2007):

- *Dominant*: I USA spiller private forsikringer en dominerende rolle, i hvert fall for befolkningen under 65 år, da disse ikke omfattes av offentlige forsikringsordninger. For denne gruppen har myndighetene i hovedsak overlatt finansiering av helsetjenester og helseforsikring til private aktører, og vi beskriver dette nærmere senere i kapittelet.
- *Obligatorisk*: Noen land har obligatorisk privat helseforsikring. Obligatorisk privat helseforsikring er ofte strengt regulert, slik som for eksempel i Sveits. Her er det blant annet åpen innmelding, slik at forsikringsselskaper ikke kan nekte å tilby forsikring. Det eksisterer også en standard minimumspakke av tjenester, og det er ikke fritt frem for forsikringsselskapene å bestemme forsikringspremiens størrelse.

- *Substituerende*: Denne typen private forsikringer dekker den delen av befolkningen i et land som er ekskludert fra offentlige forsikringsordninger, eller der grupper av individer ikke kan være medlem av både offentlig og privat forsikring, men må velge én av dem. Ofte brukes inntekt til å dele befolkningen inn etter forsikringsrettigheter. I Tyskland kan individer med høy inntekt velge å kjøpe en privat helseforsikring, i stedet for å være en del av sosialforsikringssystemet (Thomson mfl., 2020).
- *Komplementær*: Dekker tjenester som ikke er inkludert i den offentlige helseforsikringen, eller tjenester som ikke er fullt ut finansiert av det offentlige (i tilfeller med høy egenandel). Typisk kan dette være forsikringer som dekker tannhelsetjenester, briller, høreapparater osv.
- *Supplerende*: Når private helseforsikringer betegnes som supplerende, dekker de tjenester som også dekkes av den offentlige forsikringen. Slike private forsikringer øker valgmulighetene og vil typisk kunne gi adgang til raskere behandling, og i noen tilfeller adgang til bedre kvalitet. De fleste europeiske landene har denne typen private forsikringer.

17.2 Samfunnskonsekvenser av private helseforsikringer

I det følgende diskuterer vi mulige samfunnsmessige konsekvenser av et marked for private forsikringer. Strukturen og diskusjonen er basert på Grepperud (2018). Vi ser både på effekter på effektivitet og på konsekvenser for ulikhet og fordeling. Vi tar et samfunnsperspektiv ettersom vi er opptatt av effekter utover de som direkte vedrører forsikringstakerne. Grepperud (2018) og Thomson mfl. (2020) presenterer fem argumenter i favør og fire argumenter i disfavør av markeder for private helseforsikringer.

Fem argumenter i favør av et privat marked for helseforsikringer.

Økt offentlig finansiering: Privat helseforsikring kan bidra til overføringer av finansielle ressurser til offentlig sektor, hvis kollektive forsikringer utløser

arbeidsgiveravgift for virksomhetene og beskatning for arbeidstakere. Videre er det slik at de med privat forsikring bidrar til finansiering av offentlige utgifter generelt, og offentlige helseutgifter spesielt, gjennom skatter og avgifter. Siden de forsikrede både betaler premier og skatt – på samme måte som folk uten privat forsikring – kan de betraktes som «dobbelbetalende», eller som en gruppe som «subsidierer» de som konsumerer offentlig finansierte helsetjenester.

Redusert press på offentlige helsetjenester: Hvis de med private forsikringer forbruker private helsetjenester, og ikke offentlig finansierte helsetjenester, vil etterspørselen etter offentlige helsetjenester avta. Dette vil igjen frigjøre ressurser innen den offentlige helsetjenesten til bruk på andre pasientgrupper. En konsekvens, alt annet likt, er at ventetidene i offentlig sektor vil reduseres.

Produktivitets- og helsegevinster som følge av redusert ventetid: Hvis eksistensen av private forsikringer fører til raskere adgang til behandling, sammenliknet med det offentlige tilbudet, kan dette redusere lengden på sykefraværet for de sysselsatte. Det kan igjen føre til økt verdiskapning og reduserte utgifter til sykepenger.

Mer effektiv køforvaltning: For at et marked for private helseforsikringer skal kunne resultere i en mer effektiv køforvaltning, er det en forutsetning at det er rom for forbedring, altså at køene i den offentlige helsesektoren ikke allerede er effektivt forvaltet. I så fall kan det være at de private forsikringselskapene vil være i stand til å utnytte restkapasiteten i offentlig sektor, slik at gjennomsnittlig ventetid for dem som benytter seg av de offentlige tjenestene ikke øker, samtidig som denne sektoren utfører flere behandlinger.

Økt konkurranse: Dette argumentet ble i sin tid anvendt som forsvar for innføringen av skattefritaket for behandlingsforsikringer betalt av arbeidsgiver (Bondevik II-regjeringen i 2003). Det er flere mulige tolkninger av hva som ligger i dette argumentet. En mulighet er at økt valgfrihet (både mellom forsikringsselskaper og mellom tilbydere av helsetjenester) overfører makt til pasientene, og derigjennom gjør behandlerne på tilbudssiden mer lydhøre for pasientenes behov. En annen tolkning er at økt konkurranse har læringseffekter – altså at økt mangfold gir informasjon om mer effektive måter å organisere tjenestetilbudet på, noe som igjen vil gagne alle fremtidige brukere av slike tjenester.

Argumenter i disfavør av et privat marked for behandlingsforsikringer

Tap av helsepersonell i offentlig sektor: I den grad et privat forsikringsmarked stimulerer til økt aktivitet i privat sektor, kan dette redusere kvaliteten på og omfanget av de tjenestene som leveres av den offentlige helsesektoren. Dette kan skje ved at privat sektor, ved hjelp av høyere lønn eller bedre betingelser, lokker helsepersonell fra offentlig sektor over til privat sektor. Det vil – på kort sikt – bedre kapasitet og kvalitet i den «importerende sektoren» på bekostning av kapasitet og kvalitet i den «eksporterende sektoren». På lengre sikt kan man tilpasse seg ved å øke antall helsepersonell. I den grad tilgangen på ny arbeidskraft er begrenset i økonomien, kan slike effekter vedvare over tid.

Styrket privat eierskap: Et privat forsikringsmarked kan stimulere fremveksten av en privat sektor. Dette er lite ønskelig om man har sterke preferanser for en offentlig helsetjeneste.

Beslagleggelse av ressurser i det offentlige helsevesenet: I noen tilfeller kan forsikringsselskapene oppfylle sine behandlingsgarantier ved å allokere sine forsikringstakere til «et offentlig forløp». Det er blant annet argumentert for at fastlegene bruker (for mye) tid på å etterkomme de private forsikringsselskaperes krav til dokumentasjon. Det forekommer også at noen forsikrede, som har startet et «privat forløp», av ulike årsaker har blitt tilbakeført til «et offentlig forløp».

Ulikhet i tilgangen til helsetjenester: Et av de viktigste ankepunktene mot private helseforsikringer er at de kan øke ulikhetene i tilgangen til helsetjenester og dermed bidra til et «to-delt» helsevesen. Det er fortrinnsvis personer som jobber i privat sektor, eller personer med høy inntekt og formue – altså de rikeste og friskeste – som har private helseforsikringer. Disse får dermed ofte tilbud om raskere behandling (og eventuelt bedre behandling). I praksis kan private forsikringer derfor favorisere en gruppe individer som, langs dimensjoner som inntekt (betalingssevne) og helse, avviker fra individer som ikke har denne typen forsikring.

I tillegg til de overnevnte fire argumentene kan det være slik at jo flere private forsikringsselskaper, jo høyere unødvendig ressursbruk (effektivitetstap). Årsaken er at administrative kostnader da dupliseres, og at man dermed ikke utnytter eventuelle stordriftsfordeler slik tilfellet ville være ved en offentlig helseforsikring (monopol). På den andre siden vil økt offentlig finansiering gjennom økt bruk av skatter og avgifter skape vridningseffekter

i økonomien («skattekiler»), noe som påfører samfunnet et effektivitetstap (skattefinansieringskostnader).

17.3 Helseforsikring i USA

De føderale myndighetene i USA har typisk en mer begrenset rolle når det gjelder finansiering av helsetjenester og eierskap til helseprodusenter enn i de fleste europeiske land. De viktigste oppgavene amerikanske myndigheter har, er (Tikkanen mfl., 2020):

- Utarbeide lover og nasjonale strategier for helsesektoren
- Administrere og finansiere offentlige forsikringsprogrammer rettet mot eldre og lavinntektshusholdninger (Medicare og Medicaid)
- Regulere legemidler og medisinsk utstyr
- Støtte de føderale markedsplassene for privat helseforsikring.
- Tilby et ekstra tilbud av tjenester for enkelte grupper slik som militært personell, veteraner og urfolk.

Med et slikt begrenset ansvar er deler av befolkningen (i hovedsak yrkesaktive under 65 år) avhengig av private helseforsikringer. I det følgende beskrives de ulike offentlige forsikringsordningene som eksisterer i USA. Avslutningsvis følger en mer utfyllende beskrivelse av private helseforsikringer i USA.

USA har i prinsippet ikke universell helseforsikring. I 2023 hadde likevel rundt 93 prosent av befolkningen forsikring, noe som etterlater i overkant av 7 prosent av befolkningen uforsikret (Commonwealth Fund, 2026). Arbeidsgiverfinansiert helseforsikring utgjør en viktig del av forsikringene blant den arbeidsføre befolkningen, og ble introdusert i løpet av 1920-tallet. I 2018 var omtrent 55 prosent av befolkningen dekket av forsikring gjennom arbeidsgiver (Tikkanen mfl., 2020).

USA har også offentlige forsikringsprogrammer, og de to viktigste, *Medicare* og *Medicaid*, ble innført gjennom *Social Security Act* i 1965. For en samlet systemoversikt, se Tikkanen mfl. (2020) / Mossialos mfl. (2017). *Medicare* sikrer en rett til offentlig finansiert behandling for individer over

65 år og for individer under 65 år med bestemte funksjonshemninger. *Medicaid* og *Children's Health Insurance Program* dekker kostnadene for helsetjenester og medisiner for den fattigste delen av befolkningen.

Medicare deles inn i fire ulike programmer. Part A dekker sykehusutgifter, part B dekker legebesøk og annen behandling utenfor sykehus og inkluderer også en del reseptbelagte legemidler. Part A og B refereres ofte til som «the original Medicare». Man kan i tillegg melde seg inn i Part D, som er et alternativ for dekning av reseptbelagte medisiner. En annen mulighet er *Medicare Advantage*, også kalt *part C*. Part C er en Medicare-godkjent forsikring fra en privat tilbyder, som et alternativ til «Original Medicare». Part C-planene inkluderer Part A, B og vanligvis part D.

Medicaid skal dekke helsetjenester for lavinntektshusholdninger. Ordningen er behovsprøvd, noe som betyr at mottak av ytelsen er avhengig av en individuell vurdering av den enkeltes økonomiske situasjon. I dag dekker *Medicaid* 17,9 prosent av USAs befolkning. Ettersom dette er et program som er administrert av delstatene (ikke-føderalt) og basert på behovsprøving, varierer kriteriene for berettigelse på tvers av statene. Individer må søke om Medicaid-dekning og resertifisering årlig.

Children's Health Insurance Program (CHIP) ble opprettet i 1997 som et offentlig, statlig administrert program. Programmet ble utformet for å dekke uforsikrede barn i familier med moderate inntekter, men som har for høy inntekt til å kvalifisere for ytelser fra *Medicaid*.

Privat helseforsikring spiller en betydelig rolle i det amerikanske helsevesenet, og for omtrent to tredjedeler av amerikanerne (66 %) er privat forsikring deres primære kilde til finansiering av behandling (U.S. Census Bureau 2025). Ettersom de eldste, med de høyeste utgiftene, i stor grad er dekket av offentlige forsikringsprogrammer, var de med privat forsikring ansvarlig for en tredjedel (34 %) av de totale helseutgiftene i 2018. Brorparten av de private forsikringene (55 %) er betalt av arbeidsgiver, mens en lavere andel (11 %) er betalt på individuell basis (Commonwealth Fund, 2026).

Arbeidsgivere inngår ofte avtaler med private tilbydere for håndtering av forsikringsytelsene. De fleste arbeidsgiverbaserte helseforsikringene inkluderer både arbeidstakere og deres pårørende. Selv om det finnes forsikringer som er fullt ut finansiert av arbeidsgivere, er det vanligste at arbeidsgivere og ansatte betaler en andel av premien.

Affordable Care Act (ACA), også kjent som «Obamacare», introduserte en føderal markedsplass, HealthCare.gov, hvor enkeltpersoner kan kjøpe helseforsikring eller tannhelseforsikring fra private forsikringsselskaper. Delstatene har også muligheten til å etablere egne forsikringsmarkedsplasser. Hvilke tjenester som dekkes av private helseforsikringer, vil variere mellom tilbydere, og det er vanlig at enkelte tjenester utelates, f.eks. tannhelsetjenester. Likevel er det slik at *Affordable Care Act* stiller krav om at polisene som tilbys til enkeltpersoner og mindre bedrifter (med 50 eller færre ansatte) minst må inkludere dekning for følgende 10 kategorier av helsetjenester: allmennlegetjenester, akuttbehandling, sykehusbehandling, oppfølging og omsorg under graviditet og for nyfødte, psykiske lidelser og rus, reseptbelagte medisiner, rehabilitering, laboratorietjenester, forebyggende helsetjenester samt behandling og oppfølging av kroniske sykdommer og helsetjenester til barn (HealthCare.gov).

17.4 Oppsummering

Dette kapittelet beskriver private helseforsikrings rolle i ulike helsesystemer og deres samfunnsmessige konsekvenser. Private helseforsikringer kan ha fem forskjellige roller: dominante (som i USA), obligatoriske (Sveits), substituerende (Tyskland), komplementære (dekker tjenester ikke inkludert i offentlig system) eller supplerende (gir raskere tilgang til samme tjenester som leveres av det offentlige systemet).

Kapittelet presenterer argumenter både for og mot private forsikringsmarkeder. Fordelene inkluderer økt offentlig finansiering gjennom dobbelt-betalende forsikringstakere, redusert press på offentlige helsetjenester, produktivitetsgevinster ved kortere ventetider, mer effektiv køforvaltning og økt konkurranse. Ulempene omfatter tap av helsepersonell til privat sektor, uønsket styrking av privat eierskap, beslagleggelse av offentlige ressurser og økt ulikhet i tilgang til helsetjenester som kan skape et todelt helsevesen.

USA brukes som eksempel på et system hvor private forsikringer spiller en dominerende rolle for den arbeidsføre befolkningen under 65 år, mens eldre og fattige dekkes av offentlige programmer som Medicare og Medicaid.

Affordable Care Act (Obamacare) etablerte føderale markedsplasser for individuelle forsikringskjøp og standardiserte minimumskrav til dekning.

SPØRSMÅL OG OPPGAVER TIL KAPITTEL 17

1. Sammenlign de fem rollene private helseforsikringer kan ha i ulike land. Gi konkrete eksempler på hvordan hver forsikringstype fungerer i praksis.
2. Analyser argumentene for og mot private helseforsikringsmarkeder. Hvilke argumenter mener du er sterkest, og hvorfor?
3. Diskuter begrepet «dobbel-betalende» forsikringstakere. Er dette en rettferdig beskrivelse? Hvilke samfunnsøkonomiske implikasjoner har dette?
4. Vurder påstanden om at private forsikringer kan føre til et «todelt helsevesen». Hvilke faktorer kan forsterke eller redusere denne risikoen?
5. Sammenlign det amerikanske helsesystemet med det norske. Hvilke fordeler og ulemper ser du ved hver tilnærming?
6. Beskriv hvordan Affordable Care Act (Obamacare) forsøkte å balansere private markeder med offentlig regulering. Hvilke utfordringer kan slike hybridsystemer møte?