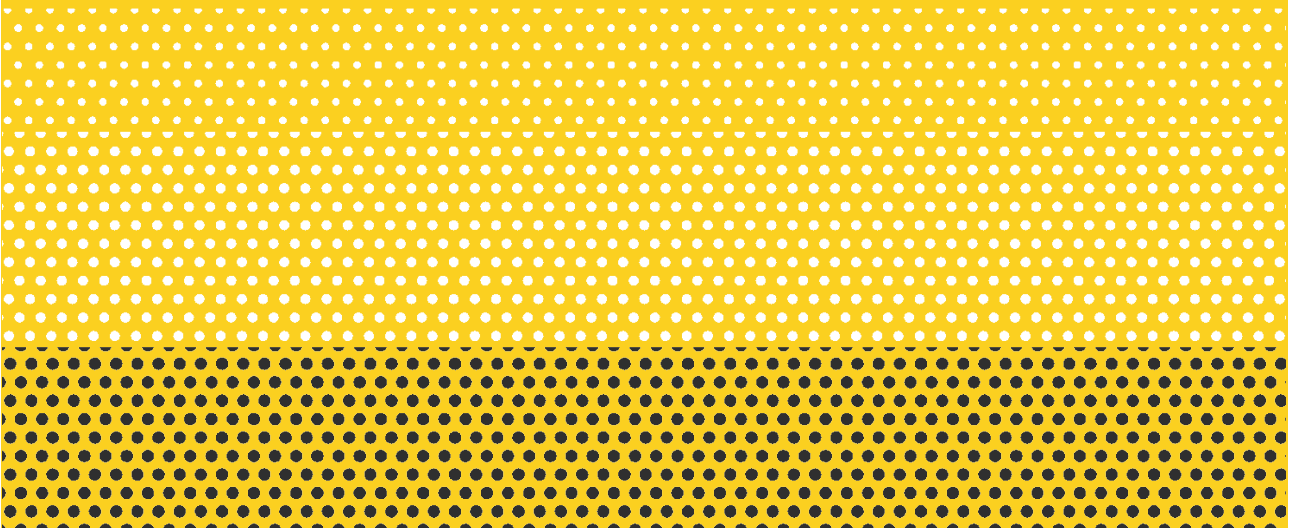


RAPPORT NR. 1 – 2009

KLASSEDELT HELSEVESEN?

Om utbredelsen av privat helseforsikring i Norge



INNHold

Sammendrag	3
Forord ved Steinar Westin	4
1: Kraftig vekst i privat helseforsikring	6
2: Hvordan fungerer helseforsikring?	9
3: Hvem nyter godt av helseforsikring?	12
4: Øker privat forsikring klasseskiller i helse?	14
5: Årsaker til veksten innen helseforsikring	20
Vedlegg 1: Partienes posisjoner	25
Vedlegg 2: Høyresidens argumenter	26
Vedlegg 3: Venstresidens argumenter	35



MANIFEST
SENTER FOR SAMFUNNSANALYSE

Kr. Augusts gt 11, Tullinløkka • post@manifestanalyse.no • www.manifestanalyse.no

SAMMENDRAG

EKSPLOSJONSARTET VEKST

- Rundt 200.000 nordmenn har nå privat helseforsikring.
- Antallet er sjudoblet på litt over fem år.
- 85 prosent har sin private helseforsikring gjennom jobben.

UJEVN FORDELING

- Virksomhetene betaler primært helseforsikring for ledere, eiere og nøkkelpersonell.
- Privat helseforsikring brukes som rekrutteringsverktøy og privilegium for utvalgte ansatte, ifølge virksomhetene selv.

MULIGE ÅRSAKER

- Denne rapporten undersøker flere mulige årsaker til den kraftige veksten i privat helseforsikring.
 - Veksten synes å være utløst av offensiv markedsføring fra forsikringselskaper overfor bedriftsmarkedet. Det er gjort kraftige priskutt fra 2003 og framover.
 - Veksten tiltok kraftig med den borgerlige regjeringens innføring av skattefritak for privat helseforsikring i 2003. Den har avtatt etter at fritaket ble fjernet i 2006.
 - Veksten synes *ikke* å være utløst av økt ventetid innen offentlig helsevesen. Veksten fulgte i kjølvannet av reduserte ventetider.
 - Veksten synes *ikke* å være utløst av økende misnøye med kvaliteten på offentlige helsetjenester. Den fulgte etter en periode med økt tilfredshet blant brukerne.

KLARE FRONTER VED VALGET I 2009

- Frp, Høyre, Venstre og KrF ønsker mer privat helseforsikring og vil derfor gjeninnføre skattefritak for helseforsikring betalt av arbeidsgiver.
- Ap, Sp, SV og Rødt vil ikke oppmuntre til mer privat helseforsikring og vil beholde dagens fordelsbeskatning (forsikringspremien skattes som inntekt hos den ansatte og utløser arbeidsgiveravgift).
- Denne rapportens gjennomgang av de politiske partienes argumenter peker ut en kjerne i striden om private helseforsikring i arbeidslivet: ***Er det bedre at bedriftslederne prioriterer pasienter i helsekøene enn at legene gjør det?***

KLASSEDELT HELSEVESEN?

Forord ved professor i sosialmedisin Steinar Westin

I all stillhet skjer det noe her til lands som kan bli en tikkende bombe under den offentlige helsetjenesten. Uten at det har vært noen stor debatt om saken, har markedsføringen av private helseforsikringer bidratt til at det nå snart er 200 000 nordmenn som har skaffet seg slik helseforsikring – eller behandlingsforsikring – som det kanskje bør hete. I denne rapporten belyses ulike sider ved denne utviklingen, og konklusjonen er altså at den kan lede oss i retning av et klassedelt helsevesen, der de rikeste og friskeste får raskere og kanskje bedre behandling enn folk flest.

Det tror jeg folk flest her til lands synes er en dårlig idé. For vi er stolte av at vi i vår del av verden har greid å skape et helsevesen som lever opp til det Verdens helseorganisasjon holder fram som et viktig prinsipp: At helsetjenesten skal yte hjelp etter medisinske behov, ikke etter betalingsevne. Men kanskje har vi glemt hvorfor dette prinsippet er en så sentral bærebjelke i den norske velferdsstaten?

FATTIG OG RIK

Vi må tilbake til de store sosiale bevegelsene under og etter den annen verdenskrig for å forstå hvorfor det var så viktig å skape et samfunn der alle, både fattig og rik, skulle ha tilgang til gratis sykehusbehandling og gratis utdanning. Sosial trygghet på andre måter også – i et samfunn preget av større sosial rettferdighet enn slik det var i mellomkrigstidens klassesamfunn. Vi har med god grunn vært stolte av dette prosjektet, og har tatt det som en selvfølge at mangel på penger ikke skal hindre noen i å få den hjelp de trenger når sykdom og uførhet rammer. Den offentlige helsetjenesten skal være der når vi trenger den, god nok for alle. Dette er det fortsatt bred politisk enighet om. Et *klassedelt helsevesen* lyder som et spøkelse fra fortiden.

Det er også bred politisk enighet om at sosiale ulikheter i helse er noe vi ikke liker. Under regjeringen Bondevik fremmet Dagfinn Høybråten i 2002 sin folkehelsemelding, «Flere gode leveår for alle», som satte fart i arbeidet med å belyse hvorfor dødeligheten mellom fattig og rik her til lands ser ut til å bli større. Stoltenberg-regjeringen har fulgt opp dette initiativet med stortingsmeldingen om «Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller» fra 2007. I folkehelsens gode navn er det altså bred enighet om at sosialt betingede helseforskjeller bør reduseres, eller i det minste ikke bli større.

Under arbeidet med å belyse de sosiale ulikhetene har vi nærmest tatt for gitt at den norske helsetjenesten fungerer sosialt rettferdig, og ikke medvirker til at Jørgen hattemaker får en tidligere død enn kong Salomo. Langt på vei er nok det riktig, selv om de av oss som driver forskning på dette området er blitt mer oppmerksomme på at det kan være noen mindre påaktede sosiale ulikheter og silingsmekanismer i helsetjenesten vår også. Slike ulikheter prøver vi fortsatt å avdekke og motvirke.

MOT ET TODELT HELSEVESEN?

Men så kommer altså helseforsikringene inn fra sidelinjen, – med tilbud om raskere og bedre behandling for noen. I denne rapporten får vi et tydeligere bilde av at disse «noen» ikke er de sykeste eller de som har størst behov for helsetjeneste, men i første rekke «ledere og nøkkelpersonell». Med andre ord – en sosial silingsmekanisme som favoriserer de høytlønte blant de

arbeidsaktive, de som stort sett er minst syke blant oss. Og hvis det går slik vi må anta, at de private helseforsikringene også skaper et større marked for private klinikker og sykehus, da bærer det mot et todelt helsevesen, nettopp det vi prøvde å avskaffe i etterkrigstidens stolthet over at vi skapte større sosial rettferdighet – og en god offentlig helsetjeneste for alle. Det avhenger selvsagt av hvor raskt dette nye markedet vokser, men det er her den tikkende bomben ligger – vi kan få et mer amerikanisert helsevesen, uten at vi egentlig vil det.

Fortsatt kommer vi til å diskutere om et slikt nytt helsemarked er noe problem – eller om et større tilfang av private helseinstitusjoner bare avlaster den offentlige helsetjenesten. Det er knapt noe enkelt svar på dette, men som denne rapporten viser, er det vanskelig å tenke seg at en større privat helsetjeneste kan vokse fram uten at den over tid kommer til å tappe den offentlige for personell og ressurser.

Det må i det minste vekke uro om man ser til Danmark, som har en helsetjeneste med de samme likhetsidealer som den norske. Der har man nå fått bortimot en million personer med privat helseforsikring, og som gjennom en slik forsikring forventer å få noe igjen for pengene – «noe ekstra for meg». Blant sentrale helsepolitikere er det nå en betydelig bekymring over at dette har skjedd såpass fort. Trolig skyldes det at arbeidsgivere fortsatt får skattefritak for slike forsikringer, og dermed kan det bli svært vanskelig å reversere denne drivkraften mot et klassesdelt helsevesen. Det kan bli like vanskelig som å få tannpastaen tilbake på tuben.

FORSIKRINGSSLESKAPENES KYNISME

Man kan gjerne undre seg over at veksten i dette private forsikringsmarkedet har foregått over en periode der tilfredsheten med den offentlige helsetjenesten faktisk har vært økende. Dessuten ser det ut til at de aller fleste forsikrede fortsatt får sin behandling i den offentlige helsetjenesten. Særlig er det påfallende at forsikringsselskapene har lyktes i å selge behandlingsforsikring i stort omfang til barn, som allerede prioriteres på alle mulige måter i den offentlige helsetjenesten. Som fastlege kan jeg knapt huske at det har vært vesentlige ventetider for viktige tilstander hos barn. Men vi vil våre barn det aller beste. Og da kjøper vi gjerne sand i Sahara. Det er nærliggende å anklage forsikringsselskapene for en kynisk utnyttelse folks jakt på trygghet.

Som lege får jeg overlate til andre til avdekke årsakene til at forsikringsselskapene har hatt slik suksess med dette nye «produktet» – behandlingforsikring. Den viktigste impulsen var muligens Bondevik-regjeringens skattefritak i 2002 for slik forsikring tegnet av arbeidsgivere, og som nå i Danmark kritiseres som en ordning der de fattige gjennom skattefritaket betaler for de rikes helsetjeneste. Men her til lands leser jeg også med interesse hvordan slike forsikringer er bakt inn i større pakker, både når foreldre skal forsikre sine barn mot ulykke og invaliditet (som ikke er noe nytt, og sikkert en god idé), og som tillegg når arbeidsgivere skal avtale obligatorisk tjenestepensjon for sine ansatte: En kjærlighetserklæring – og et frynsegode. Lett å forstå, begge deler. Men uten å ville det, legger vi altså en tidsinnstilt bombe under den helsetjenesten de fleste av oss har vært så stolte av.

Selvsagt må dette med skattefritak for slike forsikringer bli en sak ved det kommende stortingsvalget! Et slikt skattefritak er en usedvanlig dårlig idé for alle oss som vil en sterk og god offentlig helsetjeneste – for alle.

Trondheim 1. august 2009

Steinar Westin er fastlege og professor i sosialmedisin ved Institutt for samfunnsmedisin ved NTNU. Westin har siden 2005 ledet Helsedirektoratets ekspertgruppe *Sosiale ulikheter i helse*, og er medlem av Manifest senter for samfunnsanalyse sitt vitenskapelige råd.

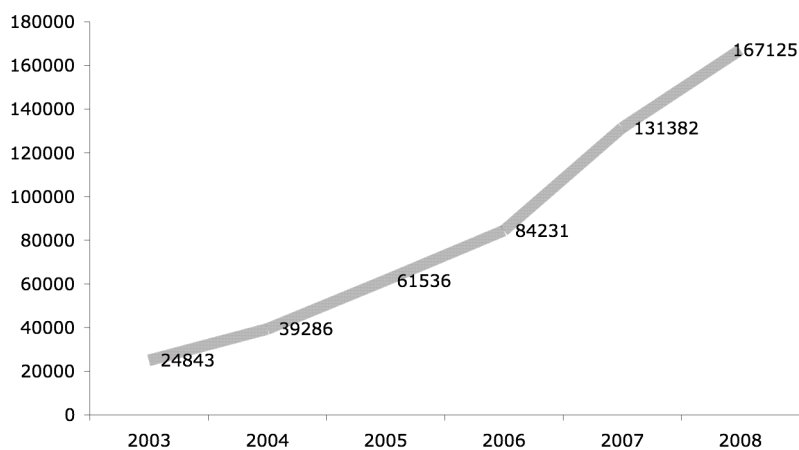
KRAFTIG VEKST I PRIVAT HELSEFORSIKRING

Norge opplever en eksplosjonsartet vekst i antall private helseforsikringer.¹ De siste fem årene er omfanget nesten sjudoblet, viser tall Manifest Senter for samfunnsanalyse har hentet inn fra forsikringsnæringen.

Behandlingsforsikringer, som flytter kunden forbi offentlig helsekø, var inntil slutten av 1990-tallet et så å si ukjent fenomen i Norge. Så sent som i 2003 var antall personer med privatforsikring under 25.000.

Veksten skjøt fart under Bondevik II-regjeringen, og har fortsatt under regjeringen Stoltenberg. Ved utgangen av 2008 var over 167.000 omfattet av private helseforsikringer i Norge.

FIGUR 1: ANTALL PRIVATE HELSEFORSIKRINGER I NORGE, 2003–2008



Kilde: Finansnæringens Hovedorganisasjon (FNH) og Vertikal Helseallianse AS.

Per august 2009 er det rimelig å anslå at 200.000 nordmenn har privat helseforsikring

Per august 2009 er det rimelig å anslå at rundt 200.000 nordmenn har privat helseforsikring.² Dette utgjør over 10 prosent av antall heltidsansatte i arbeidslivet.³

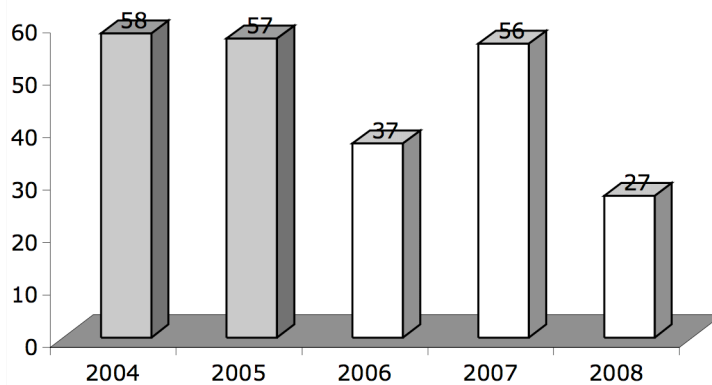
HØY VEKST UNDER ULIKE REGJERINGER

Følgende diagram angir den årlige veksten de siste fem årene. De siste tre årene ble landet ledet av regjeringen Stoltenberg, de to første tilhører regjeringen Bondevik (fram til regjeringsskiftet i oktober 2005).

¹ Med «helseforsikring» menes her «behandlingsforsikring», ikke for eksempel forsikring mot kritisk sykdom og medisinsk uførhet. I denne rapporten brukes «helseforsikring» og «behandlingsforsikring» som synonymmer.

² Gitt samme vekst i 2009 som i 2008, vil tallet ved utgangen av august (med jevn vekst gjennom året) være over 197.000.

³ Basert på antall heltidsansatte i SSBs arbeidskraftundersøkelse 1. kvartal 2009 (1.822.000 personer).

FIGUR 2: VEKST I ANTALL PRIVATE BEHANDLINGSFORSIKRINGER, PROSENT

Kilde: Finansnæringens Hovedorganisasjon (FNH) og Vertikal Helseallianse AS.

Den sterke veksten i 2004 og 2005 fulgte etter at regjeringen Bondevik i 2003 innførte skattefritak for privat helseforsikring betalt av arbeidskjøper. Dette fritaket forsvant da regjeringen Stoltenberg gjeninnførte fordelsbeskatningen av privat behandlingsforsikring i 2006, slik at dette godet nå skattes som lønnsinntekt hos mottaker og utløser arbeidsgiveravgift. Dette kan være en forklaring på den lavere veksten i 2006.

I 2007 kom likevel veksten i privat helseforsikring opp på rekordnivået fra Bondevik-regjeringens dager. En forklaring kan være at alle bedrifter i Norge senest 1. januar 2007 måtte ha opprettet ordning for obligatorisk tjenstepensjon (OTP). Det har blitt mer og mer vanlig at forsikringsselskaper tilbyr helseforsikring for ansatte som del av et større pakketilbud, og OTP-tilbydere kan ha fått mange bedrifter til å tegne helseforsikringer «på kjøpet» (denne sammenheng har vi ikke undersøkt nærmere).

Hvis veksten fortsetter i samme takt som for perioden 2003–2008, vil antall nordmenn med privat helseforsikring være i underkant av 740.000 ved utgangen av kommende stortingsperiode.

Selv med en noe lavere veksttakt de kommende årene, kan vi stå overfor en varig og dyptgripende endring i det norske helsevesenet som utfordrer likhetsprinsippet, som etablerer profittsøkende forsikringsnæring som en ny helsepolitisk aktør og som potensielt underminerer de privatforsikredes oppslutning om bærebjelken i dagens offentlige helsetjeneste – fellesskapelig skattefinansiering.

OFFENSIV SATSING FRA FINANS OG FORSIKRING

Finansnæringens aktører satser iherdig på helseforsikring som vekstmarked i Norge. For noen år siden var markedet så å si ikke-eksisterende, nå omsettes det forsikringspremier for hundretalls millioner årlig. Forsikringsselskaper som Storebrand, If, Gjensidige og TrygVesta peker alle ut helseforsikring som et viktig vekstområde. Flere selskaper annonserer offensivt for privat helseforsikring, særlig i landets næringslivsaviser.

«TrygVesta regner med at 50 prosent av veksten i årene fremover vil komme på helse- og sunnhetsforsikringer,» ifølge *Bergens Tidende*. «Vi gjør regning med at

Hvis veksten fortsetter i samme takt, vil 740.000 ha privat helseforsikring ved utgangen av kommende stortingsperiode

dette blir et stort område, sier seniorrådgiver Roald Stigum Olsen.»⁴ «Også Gjensidige girer opp satsingen på helseforsikring,» ifølge *Aftenposten*.⁵

Kampen om privatforsikrede pasienter foregår på europeisk nivå. «Det internasjonale helsemarkedet er ennå bare i sin spede begynnelse, men representerer en vekstbransje som vil utvikle seg enormt de nærmeste årene,» mener Erik Arntsen, koordinator for det tyske initiativet «Hamburg Health». Der har fem sykehus gått sammen for å kapre flest mulig utenlandske pasienter for å øke inntektene. «Vi satser på bred front overfor flere land med sykehuskøer, særlig Skandinavia og Storbritannia,» uttalte Erik Arntsen til *Aftenposten* for noen år tilbake.⁶

Globalt er dette et gigantisk forretningsområde. Utenlandsk forsikringskapital er nå involvert i Norge. Forsikringsvirksomheten Lloyd's i London har rundt 40 prosent av det norske markedet, gjennom Vertikal Helseallianse AS.

I Danmark har antall private helseforsikringer økt fra rundt 50.000 i 2001 til over en million, mye på grunn av skattefradraget

DANSK REKORDVEKST

Den høye veksten i Norge faller sammen med tilsvarende trender i nabolandene. Særlig i Danmark har markedet vokst kraftig under den lange borgerlige regjeringsperioden som ble innledet med Anders Fogh-Rasmussens valgseier i 2001. Siden den gang har antallet forsikringer økt fra rundt 50.000 til over en million.⁷ Årsaken ligger primært i de borgerlige partienes skattestimulering av privat helseforsikring til ansatte. Mens dette tidligere ble skattet som inntekt, slik som i Norge under regjeringen Stoltenberg, regnes ikke denne ytelsen nå som skattepliktig inntekt.

Sammen med den eksplosjonsartede veksten i forsikringsmarkedet, vokser en stadig sterkere privat helsesektor fram på behandlingssiden. Danske privatsykehus opplever gyllne tider og økte overskuddet med 15 prosent bare fra 2006 til 2007.⁸

⁴ 27.11.2007.

⁵ 15.8.2008.

⁶ 6.2.2004.

⁷ www.frifagbevegelse.no/loaktuelt/reportasjer/article4272390.ece

⁸ «Privathospitaler har gylndne tider», i *Ugebladet A4* nr 42, 2008.

HVORDAN FUNGERER HELSEFORSIKRING?

I dette kapitlet skal vi gi en oversikt over hvordan privat helseforsikring fungerer for kundene i dagens norske marked. Her opererer primært forsikringsselskaper som Storebrand, If og Gjensidige, men også en litt annerledes aktør: Vertikal Helseassistanse AS, som gjennom sitt nettverk av helsearbeidere forsøker å finne behandlingsplass til sine kunder i det offentlige helsevesenet før den private behandlingsgarantien eventuelt utløses.

EKSEMPEL: VERTIKAL HELSEASSISTANSE AS

Våren 2007 var selvstendig næringsdrivende Jan Kristian Strømme på skitur og det endte med knall og fall. Skulderen ble ødelagt. Den verket kraftig og fikk nedsatt bevegelighet.

«Jeg tok kontakt med fastlegen 12. mars,» forteller Strømme i et intervju med kundebladet til Vertikal Helseassistanse. Legen skrev ut en rekvisisjon til skanning (MR). «På røntgeninstituttet fikk jeg beskjed om at jeg kunne få time i midten av mai. Tydeligvis hadde ikke min skade noen prioritet i den køen, sier Strømme.»

«Jeg ringte Vertikal, og saken tok en helt annen vending – i et utrolig tempo. En hyggelig rådgiver sa at jeg skulle sende inn papirene. En time etter telefonsamtalen, fikk jeg beskjed på mail at jeg hadde fått time på Røntgensentret i Oslo.»

«Etter denne samtalen har Strømme vært i Oslo tre ganger. Flyturer, overnatting, møte med spesialister og operasjon har blitt organisert av Vertikal.» Mens folk flest kanskje må vente i åtte uker, kan den privatforsikrede ofte få ⁹innpass på røntgeninstitutt i løpet av få dager. Hvis skanning så viser at operasjon er nødvendig, har forsikringskunden gjennom sin raske utredning fått et langt forsprang på andre pasienter, også hvis han velger å opereres av et offentlig sykehus. Eller, hvis det er uønsket lang ventetid for en slik operasjon, kan han velge å sendes til et privat sykehus i Norge eller i utlandet. Forsikringsselskapet betaler reise og opphold, ofte også for en ledsager og til og med tolk.

FAKTA OM PRIVAT HELSEFORSIKRING I NORGE

- Privat behandlingforsikring innebærer en garanti for at den forsikrede får behandling for skade eller sykdom innen en spesifisert, garantert tidsfrist. Denne er ofte 28 dager, men kan også være 10 eller 20 dager.
- Behandlingforsikring tilbys bedrifter, offentlige virksomheter kommuner (på vegne av alle innbyggere) og privatpersoner. De fleste behandlingforsikringer i Norge er betalt av arbeidsgjører på vegne av ansatte, men rundt 15 prosent av kundene er direkte forsikret som privatperson.
- Garantien omfatter normalt både *utredning* og *operasjon*. Den trer i kraft etter at en lege (fastlegen) har utstedt rekvisisjon for utredning eller behandling. Det er ingen egenandel.
- Det som dekkes av forsikringen kan være konsultasjon hos legespesialist, psykologkonsultasjoner, fysioterapi, reise og opphold i forbindelse med

Den forsikrede er garantert behandling innen en spesifisert frist, vanligvis 28 dager

⁹ Nyhetsbrev fra Vertikal Helseallianse AS nr 2/2007.

behandling (også for ledsager), reseptpliktige legemidler, operasjoner, transplantasjoner, kreftbehandling.

- Selskapene tilbyr forsikringsprodukter på ulike prisnivå, som varierer med hvilke typer behandling, medisiner osv som dekkes av forsikringen. De ulike produktene har navn som Operasjon, Bonus, Pluss og Excellent.
- Forsikringsselskapet organiserer ofte behandlingsforløpet og finner fram til ledig spesialist/sykehus.
- Det er ofte ulike premier etter alder (dyrere for eldre) og økt premie for røykere. Mennesker som har diabetes, revmatisme, HIV eller har hatt hjerteinfarkt kan nektes forsikring.

OVERSIKT OVER AKTØRENE

Dette er selskapene som tilbyr privat helseforsikring i Norge:

FAKTABOKS 1: SELSKAPENE SOM SELGER PRIVAT BEHANDLINGSFORSIKRING I NORGE (ANNO 2008)

SELSKAP	ANTALL FORSIKREDE
Vertikal Helseassistanse	69.453
Storebrand Helseforsikring	44.321
Skandia	23.409
If	12.024
TrygVesta	11.076
Gjensidige	6821
Terra Forsikring	21

Kilde: Statistikk per 31.12.2008 fra FNH og Vertikal Helseallianse AS.

EKSEMPLER: IF OG STOREBRAND

På neste side følger eksempler på hvordan forsikringsselskapene If og Storebrand presenterer sine tilbud om privat behandlingsforsikring.

FAKTABOKS 2: OPPLYSNINGER OM PRIVAT HELSEFORSIKRING FRA IF

«Med helseforsikring slipper du å stå i de offentlige køene, og får rask og enkelt tilgang til privat behandling.

I gjennomsnitt venter våre kunder bare 8 dager på behandling.

Med If Helseforsikring er du sikret

- operasjon på privat sykehus innen maks. 25 dager
- behandling hos spesialist (inkludert kreftbehandling)
- behandling hos fysioterapeut, kiropraktor eller psykolog
- etterbehandling og rehabilitering

Vi ordner med time hos spesialist i løpet av et par dager. Og er det behov for operasjon er ventetiden sjelden mer enn 14 dager.

Vi bruker de beste private sykehusene i Norge og Europa. Forsikringen dekker også reise og opphold for den som trenger behandling og ved større operasjoner også for en ledsager.»

Kilde: Hentet fra www.if.no i juli 2009.

FAKTABOKS 3: OPPLYSNINGER OM PRIVAT HELSEFORSIKRING FRA STOREBRAND

«Når du blir syk og får henvisning fra din lege til behandling eller operasjon, tar Storebrand Helse hånd om hele prosessen. Vi skaffer deg time hos spesialist, ordner med innleggelse, reise og eventuelt opphold der hvor det passer best for deg og din situasjon. Du kan selv påvirke tidspunktet, slik at det passer inn i dine planer.

Helseforsikring garanterer deg:

- sykehusinnleggelse og operasjon på privat sykehus innen maks. 28 dager
- behandling av spesialist når det passer deg
- behandling av alle former for kreft
- at det praktiske tas hånd om av helsepersonell
- ingen egenandel

Det er ingen øvre begrensning på kostnader eller varighet. Vi dekker alt fra en enkel fysioterapitime til en omfattende organtransplantasjon.

Storebrand Helse har avtale med over 50 private sykehus i Norge og Europa. I tillegg har vi avtale med en rekke legespesialister og legeklinikker rundt om i landet. Gjennom kontrakter med sykehusene har vi sikret tilgang innenfor de betingelsene vi garanterer kunden, behandling innen 28 dager.

Har du for eksempel hatt diabetes, multippel sklerose (MS), reumatiske sykdommer, hiv eller hatt hjerteinfarkt siste fire år, får du dessverre ikke kjøpt Behandlingsavtale ...»

Kilde: Hentet fra www.storebrand.no i juli 2009.

«Har du for eksempel hatt diabetes, multippel sklerose, reumatiske sykdommer, hiv eller hatt hjerteinfarkt siste fire år, får du dessverre ikke kjøpt Behandlingsavtale ...»

HVEM NYTER GODT AV HELSEFORSIKRING?

Over 85 prosent av de som omfattes av privat helseforsikring er forsikret gjennom «kollektive» avtaler betalt av bedrifter og virksomheter som forsikrer (noen av eller alle) sine ansatte. Det vil si at 143.000 av 167.000 med privatforsikring ved utgangen av 2008 hadde denne gjennom sitt ansettelsesforhold.¹⁰

IKKE FOR HVEM SOM HELST

Det er vanligvis ikke hvem som helst innen bedrifter og virksomheter som nyter godt av dette godet. Dette framgår av en vitenskapelig undersøkelse fra 2007, som kartlegger hvilke typer ansatte som omfattes av privat helseforsikring innen bedrifter og virksomheter. Et klart flertall (61 prosent) av virksomhetene forsikrer kun utvalgte ansatte.¹¹

Blant disse er det mindre enn 3 prosent som oppgir at virksomheten forsikrer spesielt skade-/sykdomsutsatte grupper av ansatte. 67 prosent forsikrer virksomhetens ledere. Videre oppgir 44 prosent at virksomheten forsikrer nøkkelpersonell, som også kan innbefatte ledere. 42 prosent oppgir at virksomheten forsikrer sine eiere.¹²

Denne studien tyder på at privat helseforsikring i dagens Norge primært fungerer som et *privilegiesystem* og at de som nyter godt av dette er allerede privilegerte grupper i arbeidslivet.

De private forsikringenes «fordelingsvirkning» på tilgangen til helsetjenester synes å være omtrent slik: Ledere, eiere og nøkkelpersonell kjøpes i stor grad forbi «vanlige» ansatte i helsekøene. Yrkesaktive kjøpes i noen grad forbi arbeidsløse, kronisk syke og trygdede.

REDSKAP FOR REKRUTTERING

Inntrykket av at dette fungerer som et privilegiesystem forsterkes av hvordan private helseforsikringer *oppfattes* av norske bedrifter og virksomheter. Studien fra 2007 hentet inn svar fra over tusen virksomheter som krysset av for hvilke begrunnelser for privat helseforsikring de vil si seg enig i.

- 51 prosent av virksomhetene mener privat helseforsikring «bidrar til at virksomheten framstår som moderne og ansvarlig med attraktiv profil».
- 44 prosent mener privat helseforsikring «bidrar til at virksomheten kan konkurrere om, rekruttere og holde på den mest attraktive arbeidskraften».
- Til sammenligning svarer 35 prosent av virksomhetene at de er enige i at privat helseforsikring «reduserer virksomhetens kostnader knyttet til sykdom, fravær og vikarer».¹³

¹⁰ Tall ved årsslutt 2008, innhentet fra FNH og Vertikal Helseallianse.

¹¹ Asbjørn Seim: *Framveksten av en supplerende helsetjeneste?* Masteroppgave i helseledelse og helseøkonomi, Universitetet i Oslo, 2007, s. 91. Undersøkelsen baserer seg på surveysvar innhentet i 2005 fra 1.004 bedrifter/virksomheter hvorav 113 bekreftet at de hadde privat helseforsikring for ansatte.

¹² Seim 2007, s. 79.

¹³ Seim 2007, s. 81–82.

Mindre enn 3 prosent oppgir at virksomheten forsikrer spesielt skadeutsatte grupper av ansatte, mens 67 prosent forsikrer ledere

Det er altså flere ledere som forbinder privat helseforsikring med rekruttering og å gi virksomheten «attraktiv profil» enn med reduserte fraværskostnader.

Svarene norske virksomheter selv oppgir, tyder på at privat helseforsikring i stor grad anses som et rekrutteringsverktøy og et frynsegode for toppledere og andre særskilt «attraktive» i arbeidsmarkedet.

***Flere ledere
forbinder privat
helseforsikring
med rekruttering
og å gi
virksomheten
«attraktiv profil»
enn med reduserte
fraværskostnader***

ØKER PRIVAT FORSIKRING KLASSESKILLER I HELSE?

Helsepolitisk reiser framveksten av private helseforsikringer og den skjeve fordelingen av dem viktige spørsmål om likhetsprinsippet i det norske helsevesenet. Utviklingen av et slikt privilegiesystem for rask tilgang til medisinsk behandling framstår som et brudd med norsk helsepolitisk tradisjon, slik den står nedfelt i Pasientrettighetslovens formålsparagraf: «Lovens formål er å bidra til å sikre befolkningen **lik tilgang** på helsehjelp av god kvalitet ...».

Men det økende omfanget av privat helseforsikring har i liten grad vært tema for politisk debatt. Dette til tross for at regjeringen Stoltenberg har lansert en «Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller», hvor dagens sosiale ulikheter i helse omtales som «urettferdige»:

Helse er ulikt fordelt mellom sosiale grupper i befolkningen. Vi må erkjenne at vi har et lagdelt samfunn – der de som er mest privilegert økonomisk også har best helse. Disse helseforskjellene er sosialt skapt, urettferdige og mulig å gjøre noe med. Regjeringen vil derfor sette i verk en bred og langsiktig strategi for å utjevne de sosiale helseforskjellene.¹⁴

Hvis et privilegiesystem med helseforsikring styrt av arbeidskjøper fører til økte klasseskiller innen helse, står det i direkte motstrid til målsetningen regjeringen Stoltenberg har for dette området:

Folkehelsearbeidet framover skal ikke i hovedsak rettes mot å gi de som allerede har god helse, enda litt bedre helse. Nå er utfordringen å løfte resten av befolkningen opp på det samme nivået som de med best helse. Folkehelsearbeid innebærer å arbeide for en jevnere sosial fordeling av faktorer som påvirker helsen.¹⁵

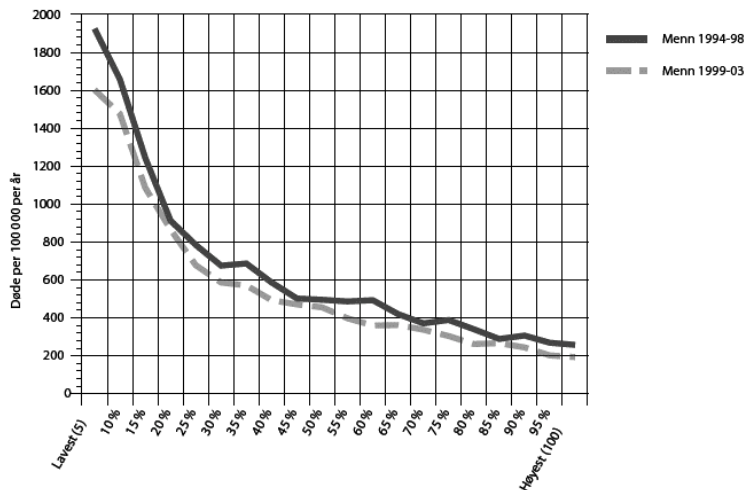
Vi skal i dette kapitlet se nærmere på hvorvidt privat helseforsikring kan øke den sosiale ulikheten i helse og dødelighet.

KLASSEDELT DØDELIGHET

Klasseskillene innen helse viser seg blant annet som store ulikheter i ulike inntektsgruppers dødelighet og levealder. Følgende diagram viser dødeligheten blant menn mellom 45 og 59 år, slik den fordeler seg fra de fattigste til de rikeste i Norge.

¹⁴ St.meld. nr. 20, 2006–2007, s. 5.

¹⁵ St.meld. nr. 20, 2006–2007, s. 5.

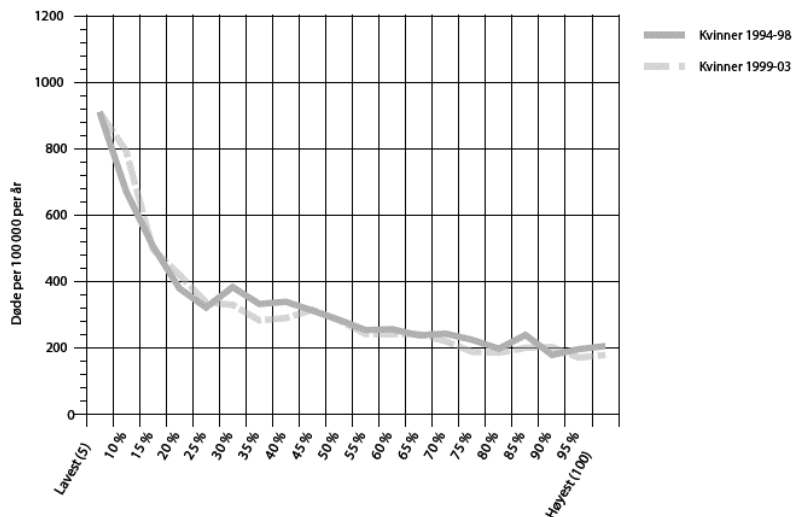
FIGUR 3: ULIK DØDELIGHET I ULIKE INNTEKTSGRUPPER, MENN

Dødeligheten er særlig høy for de fattigste, men vi ser at dødelighet minsker med økende inntekt også i høyere inntektsgrupper

Den vannrette aksen viser inntektsgruppene, fra de nederste 5 prosent lengst til venstre til de øverste 5 prosent til høyre. Dødeligheten (antall døde i året per 100.000 personer) er særlig høy for de fattigste, men vi ser at dødeligheten minsker med økende inntekt også i høyere inntektsgrupper.

Kilde: Folkehelseinstituttets rapport 2007:1, Sosial ulikhet i helse. En faktarapport, s. 18.

Figur 4 viser statistikken for *kvinnens* dødelighet i ulike inntektsgrupper, også her for aldersgruppen 45-59 år.

FIGUR 4: ULIK DØDELIGHET I ULIKE INNTEKTSGRUPPER, KVINNER

Kilde: Folkehelseinstituttets rapport 2007:1, Sosial ulikhet i helse. En faktarapport, s. 18.

Klasseskillene vises også i ulike yrkesgruppers levealder. Her er forventet livslengde for menn i noen forskjellige yrker:

TABELL 1: GJENNOMSNITTLIG LEVEALDER FOR MENN I ULIKE YRKER (1996–2000)

YRKE	LEVEALDER
Prest	81
Arkitekt	81
Lege	80
Rørlegger	76
Butikkekspeditor	75
Servitør	72
Drosjesjåfør	72
Renholder	71
Kokk	71

Kilde: Statistisk sentralbyrå, tall fra perioden 1996–2000.

SPILLER HELSETJENESTEN NOEN ROLLE?

Sosial ulikhet i helse og dødelighet har flere årsaker, og mange av dem opptrer lenge før pasienten møter helsevesenet, med eller uten privat forsikring. Men også selve helsetjenestene spiller en rolle, ifølge Folkehelseinstituttets rapport om sosial ulikhet i helse. Den hevder at død på grunn av «årsaker særlig knyttet til helsetjenester» er ulikt fordelt etter utdanningsklasse i Norge.

Slike forskjeller viser seg ved at høyt utdannede pasienter har større sjanse til å overleve for eksempel kreftbehandling enn lavt utdannede pasienter med identisk sykdomsbilde. For eksempel viser rapporten at menn med kun grunnskoleutdanning har rundt 50 prosent større risiko for død av «årsaker særlig knyttet til helsetjenester» enn menn med universitetsutdanning.¹⁶

I en slik statistikk er det vanskelig å skille ut nøyaktig hvilke årsaker som bidrar til ulikheten i dødelighet, men det virker urimelig å anta at helsetjenestene er helt uten betydning. Så understreker da også regjeringen Stoltenberg i sin stortingsmelding om utjevning av helseforskjeller at likhetsprinsippet er viktig for *tilgangen til helsetjenester* i Norge: «Helse- og omsorgstjenestene skal være likeverdige med hensyn til både tilgjengelighet, bruk og resultat.»

Spørsmålet er hvordan utbredelsen av private helseforsikringer virker i forhold til demokratiske myndigheters erklærte mål om likeverdig tilgjengelighet for alle.

ØKER PRIVAT HELSEFORSIKRING ULIKHETER I HELSE?

Vi har flere sterke indikatorer på at bølgen av privatforsikring vil øke den sosiale ulikheten i helse, stikk i strid med vedtatte målsetninger på området.

1. Det er ikke de mest sykdomsutsatte ansatte som forsikres

Det er ikke høyt utdannede ledere og nøkkelpersonell som opplever store helsebelastninger gjennom arbeid, men tvert imot ansatte med lav formell utdanning. Følgende tabell viser hvem som oftest rapporterer belastninger:

¹⁶ Næss m.fl. (red) 2007, s. 67.

TABELL 2: ULIK ARBEIDSMILJØBELASTNING ETTER UTDANNINGSNIVÅ, MENN

	UNGDOMSSKOLE/ VGS LAV	HØGSKOLE/ UNIVERSITET
Stor risiko for belastningsskader	24 %	4 %
Stor risiko for arbeidsulykker	12 %	3 %
Løfter 20 kg+ mer enn 20 ganger/dag	16 %	2 %
Løfter i ubekvemme stillinger	48 %	13 %
Utsatt for gass, støv og lignende	28 %	9 %

Prosentandel (blant menn) som oppgir selvopplevde arbeidsmiljøbelastninger.

Kilde: Levekårsundersøkelsen 2000, gjengitt i Folkehelseinstituttets rapport 1, 2007, s. 65.

Det høyeste sykefraværet og den høyeste faren for uførhet fins ikke blant forsikrede ledere og såkalt nøkkelpersonell, men blant lavt utdannede i underordnede og slitsomme yrkesposisjoner, særlig blant kvinner innen renhold og pleie i offentlig sektor. Likevel rapporterer kun 3 prosent av virksomhetene som kjøper helseforsikring til *utvalgte* ansatte at de prioriterer spesielt sykdomsutsatte grupper, mens 67 prosent forsikrer ledere.¹⁷

Ulikheten viser seg også mellom utdanningsklasser. Mens sykkeligheten er fordelt slik at jo lavere utdanning man har, jo mer sykdom og dødelighet, blir privat helseforsikring fordelt stikk motsatt: «Jo høyere andel ansatte med høy utdanning, jo høyere er sannsynligheten for at virksomheten har privat helseforsikring», skriver Asbjørn Seim i sin studie av helseforsikringsmarkedet fra 2007.¹⁸

Å kjøpe ledere og høyt utdannet nøkkelpersonell fram i behandlingsskøen, men ikke grupper med høyere slitasje og mer sykdom, er et direkte bidrag øke den sosiale ulikheten i helse.

2. Ledere framfor fotfolket betyr menn framfor kvinner

Så lenge det er flere mannlige enn kvinnelige ledere og eiere i norske virksomheter, er det sannsynlig at private helseforsikringer bidrar til redusert likhet mellom kvinner og menn på helseområdet.

3. Privat forsikring åpner for siling av kunder

Når private forsikringsselskaper kommer inn som part i finansieringen av medisinsk behandling, oppstår også muligheten for at visse grupper nektes forsikring eller avkreves høyere premier enn andre. For eksempel har Storebrand operert med pristillegg for røykere og nektet å selge forsikring til folk som har hatt alvorlig sykdom siste fire år.¹⁹

Siling av kunder basert på forsikringsselskapers lønnsomhetskalkyler vil trolig øke den sosiale ulikheten i helse.

¹⁷ Seim 2007, s. 79, se også kapittel 3.

¹⁸ Seim 2007, s. 92.

¹⁹ Aftenposten, 15.8.2008.

OECD: Privat helseforsikring bidrar til en fordeling i de rikes favør når det gjelder legetjenester

4. OECDs studier viser at private helseforsikringer øker ulikheten

Resultatene fra en komparativ studie i regi av OECD viser at privat helseforsikring bidrar til en fordeling i de rikes favør («a pro-rich distribution») når det gjelder legetjenester i Irland, Frankrike, USA, Australia og Storbritannia.²⁰ OECD konkluderer også med at private helseforsikringer øker den sosiale ulikheten i bruken av spesialist – at forsikrede kommer seg oftere til spesialist enn uforsikrede – i land som Irland, Italia, Portugal, Spania og Storbritannia.²¹

Internasjonale erfaringer tilsier derfor at vekst i markedet for helseforsikringer tilsier økende klasseskiller innen helse.

5. Det er de mest lønnsomme bedriftene som tegner forsikring

Privat helseforsikring skaper nye skiller mellom ansatte i ulike typer bedrifter. Den grundigste norske studien av hvilke virksomheter som tegner privat helseforsikring dokumenterer at dette ikke er hvilke som helst bedrifter, men de mest lønnsomme: «jo bedre økonomisk resultat for virksomheten, jo høyere er sannsynligheten for at virksomheten har privat helseforsikring for enkelte eller alle ansatte».²² Studien finner også at helseforsikringer er mer vanlig i bedrifter med høy andel yngre og høyt utdannede ansatte.

Denne ulikheten mellom bedrifter gjør at tilgangen til helsetjenester ikke blir lik for alle, men avhengig av hvor du er ansatt og hvorvidt sjefen mener du er viktig nok til å fortjene privat helseforsikring.

Skillet mellom virksomheter som tilbyr ansatte helseforsikring og virksomheter som ikke gjør det, blir en ny kilde til sosial ulikhet i helse.

VIDTGÅENDE KONSEKVENSER

Mangelen på politisk debatt om private helseforsikringers utbredelse er påfallende hvis man tar i betraktning hvilke utfordringer dette privilegiesystemet kan utgjøre for sentrale verdier i helsepolitikken:

- Likhetsprinsippet i helsevesenet utfordres når yrkesaktive kjøpes forbi arbeidsløse, trygdede og kronisk syke i behandlingsskøen.
- Likhetsprinsippet utfordres ytterligere av at det primært er ledere, eiere og nøkkelpersonell som forsikres, ikke ansatte med særskilt høy helserisiko.
- Slik fungerer privat helseforsikring i strid med formålsparagrafen i Pasientrettighetsloven: «Lovens formål er å bidra til å sikre befolkningen **lik tilgang** på helsehjelp av god kvalitet ...»
- Hvis betydelige grupper etter hvert omfattes av privat forsikring som sikrer prioritert behandling, kan dette underminere det skattemoralske grunnlaget for kjernen i dagens offentlige helsesystem – den felleskapelige finansieringen.
- Utbredelsen av private helseforsikringer fører inn profittsøkende forsikringsselskaper som et aktivt element i organiseringen av helsetjenester i Norge. Vi vet fra andre land at disse kan ha økonomisk interesse i å påvirke den helsepolitiske utviklingen vekk fra likhetsprinsippene som har sterk oppslutning i Norge.

20 van Doorslaer, E., Masseria, C. et al, (2004), "Income-related Inequality in the Use of Medical Care in 21 OECD countries", i *Towards High-Performing Health Systems: Policy Studies from the OECD Health Project*, OECD, Paris. Gjengitt i Colombo og Tapay 2004, s. 23.

21 Jones, A.M., Koolman, X. and van Doorslaer, E. (2002), "The Impact of Private Health Insurance on Specialist Visits: Analysis of the European Community Household Panel (ECHP)", *Working Paper No. 9*, ECuity II Project. Gjengitt i Colombo og Tapay 2004, s. 23.

22 Seim 2007, s. 92.

- Etter Danmarks rekordvekst i private helseforsikringer, mener 79 prosent av danskene nå at «private helseforsikringer skaper økt ulikhet i tilgangen til helsevesenet».²³ Danske medisinere advarer mot nye klasseskiller:

Rike og fattige mennesker er like hjelpeløse og redde når de rammes av sykdom, men vi er på helseområdet hurtig på vei mot et A-lag og et B-lag, fordi helseforsikringene innebærer at direktør Jensen kommer raskere til behandling for sin kreftsykdom enn en arbeidsløs med samme sykdom. Det er helt urimelig for den enkelte, dypt uetisk og en trussel mod hele vår skandinaviske velferdsmodell.

(Overlege Claus Moe ved geriatrisk avdeling, Bispebjerg Hospital i København.)²⁴

Faren er at utviklingen innen private forsikringsordninger svekker oppslutningen om det offentlige helsevesenet. [...] Vi skal passe godt på ikke å komme i en situasjon der folk på arbeidsmarkedet klarer sig i privat regi, mens resten er henvist til 'welfare for the poor'. Det blir nemlig lett til 'poor welfare'.

(Helseøkonom Jakob Kjellberg, senior prosjektleder ved Dansk Sundhedsinstitut.)²⁵

79 prosent av danskene mener nå at «private helseforsikringer skaper økt ulikhet i tilgangen til helsevesenet»

²³ Undersøkelse gjort av Interresearch gjengitt i «Danskerne: Private sundhedsforsikringer skaber ulighed», Notat fra Cevea 30.12.2008.

²⁴ «Til kamp mod sundhedsforsikringer», i *Ugebladet A4* nr 10, 2009.

²⁵ «Velstillede vælter sig i sundhedsforsikringer», i *Ugebladet A4* nr 41, 2008.

ÅRSAKER TIL VEKSTEN INNEN HELSEFORSIKRING

Veksten i antall helseforsikringer fra 2003 og framover er så markant at årsakene vekker interesse blant både forskere og politiske partier. For eksempel framhever Fremskrittspartiet utbredelsen av privatforsikring som bevis på at det offentlige helsevesenet i Norge ikke fungerer:

Det er på grunn av at staten og det offentlege spiller fallitt, at det verkeleg er eit behov for at private bedrifter tilbyr denne typen helseforsikring, slik at ein kjem raskare tilbake i jobb.²⁶

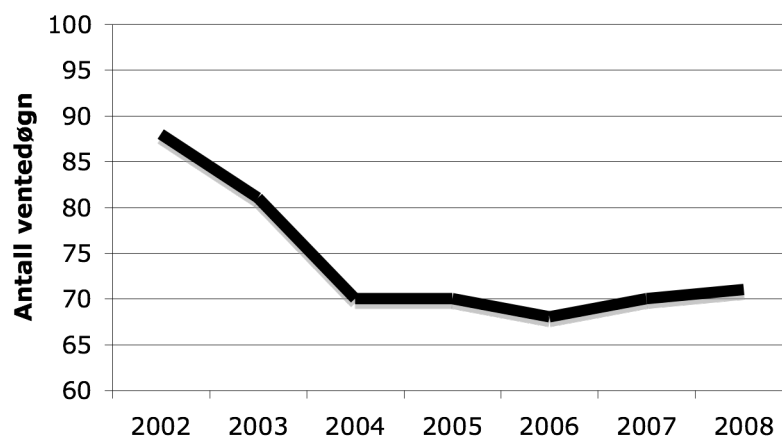
Dette kapitlet ser nærmere på fem mulige årsaker til den eksepsjonelle veksten i privat helseforsikring etter 2003.

1. MISNØYE MED LANGE VENTELISTER

a) Eksistensen av et marked for privat behandlingsforsikring må ha en viss sammenheng med ventetider i det offentlige helsevesenet. Hvis det aldri fantes noen venteliste, ville forsikringens tidsgaranti være irrelevant, mens når det nå kreves venting før mange typer behandling, er det ikke overraskende at noen ønsker å forsikre seg mot dette.

Her søker vi imidlertid forklaring på den brå og bratte *veksten* i privat helseforsikring, som for alvor satte inn i 2004/2005. Kan veksten skyldes økende misnøye med ventelistene i det offentlige? I så fall burde man forvente at ventetidene var økende, eller i alle fall konstante, i forkant av den kraftige forsikringsveksten. Men det stikk motsatte er tilfellet, som vi ser av figur 5.

FIGUR 5: GJENNOMSNTLIG ANTALL VENTEDØGN I NORSK HELSEVESEN (SOMATISK BEHANDLING) 2002–2008



Kilde: Norsk pasientregister (npr.no).

²⁶ Stortingrepresentant Gjermund Hagesæter (Frp) i Stortingets debatt 26.04.2007.

b) I den aktuelle perioden ble helseforsikring i all hovedsak tegnet av virksomheter, ikke enkeltpersoner. Hvis misnøye med offentlige ventetider skal forklare veksten i forsikringskjøp, bør man forvente at norske virksomheter er sterkt plaget av høye kostnader knyttet til helsevesenets ventelister. Imidlertid viser en studie fra 2007 at 86 prosent av mer enn 1000 virksomheter som ble spurt i 2005 oppgir at de *ikke* har hatt økonomiske tap eller vesentlige utgifter som følge av at sykmeldte ansatte må vente på medisinsk tilbud ved offentlig sykehus. «Dette synes noe overraskende, all den tid dette fremstår som et av de sentrale argumentene som anvendes i markedsføringen av private helseforsikringer,» påpeker studiens forfatter, Asbjørn Seim.²⁷

c) Kun 10 prosent av de over 1000 undersøkte virksomhetene oppgir at ansatte har ytret ønske overfor arbeidskjøper om å anskaffe privat helseforsikring.²⁸ Dette svekker grunnlaget for å tro at den sterke forsikringsveksten kommer som følge av et folkekrav som springer ut av grasrotas misnøye med ventetid ved offentlige sykehus.

d) Heller ikke studien «Befolkningens tilfredshet med sykehusene før og etter sykehusreformen» (i *Tidsskrift for Den norske legeforening*) styrker teorien om misnøye med ventetider som årsak til veksten innen privat helseforsikring. Et representativt utvalg av befolkningen ble spurt om sin tilfredshet med sykehus tjenestenes tilgjengelighet først i 2000 og deretter i 2003. Når det gjelder ventetid, var tilfredsheten klart *høyere* i 2003 enn i 2000.²⁹

e) Det *finnes* ingen tydelig sammenheng mellom ventelister i offentlig helsevesen og utbredelsen av private forsikringer. En britisk undersøkelse fra 1999 viser at endring av offentlige ventetider har *ingen signifikant virkning* på etterspørselen i det private markedet når det gjelder ventetider under tolv måneder. Kun ved ventetider *over tolv måneder* finner forskerne *noe* økt kjøps sannsynlighet for helseforsikring i markedet for privatpersoner. For bedrifts markedet har de offentlige ventetidene enda mindre betydning.³⁰ (I Norge er det bedrifts markedet som står for den eksplosive veksten, mens gjennomsnittlig antall ventedøgn for alle offentlige behandlinger ligger rundt 70, med stor variasjon mellom ulike typer behandling). Funnene tyder på at *andre* faktorer enn offentlige ventelister driver fram utbredelsen av privat helseforsikring.

Når det gjelder ventetid, var tilfredsheten i befolkningen klart høyere i 2003 enn i 2000

2. MISNØYE MED KVALITETEN PÅ OFFENTLIGE HELSETJENESTER

Kan veksten innen privat helseforsikring skyldes økende misnøye med *kvaliteten* på offentlige sykehus? I så fall burde denne misnøyen være økende i forkant av at den sterke veksten satte inn. Men den tidligere nevnte studien fra *Tidsskrift for Den norske legeforening* (se punkt 1d) viser at det motsatte er tilfellet.

I denne studien spørres et utvalg av befolkningen om tilfredshet med kvaliteten i de offentlige sykehusene først i 2000 og deretter i 2003. Studien fant *økende* tilfredshet på samtlige av følgende områder:

- Behandlingsresultat
- Ansattes faglige dyktighet
- Ansattes serviceinnstilling
- Punktlighet
- Informasjon
- Tid avsatt til pleie.³¹

²⁷ Seim 2007, s. 81.

²⁸ Seim 2007, s. 81.

²⁹ Carlsen m.fl. 2005, tabell 2a.

³⁰ Besley, T., J. Hall, I. Preston 1999: «The demand for private health insurance: Do waiting lists matter?», *Journal of Public Economics* 72, 155–181, gjengitt i Aarbu 2008.

³¹ Carlsen m.fl. 2005, tabell 1.

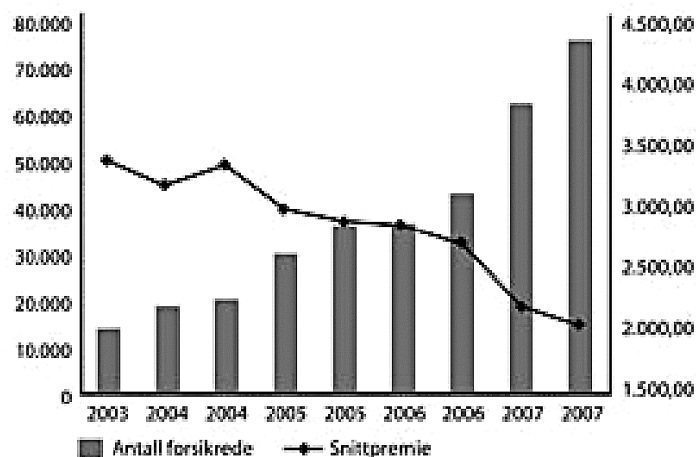
Det virker således usannsynlig at en økende misnøye med kvaliteten innen offentlige sykehus utløste den kraftige veksten innen privatforsikring etter 2003.

3. OFFENSIV FRA FORSIKRINGSBRANSJEN

a) Hvis forklaringene ikke fins på etterspørselsiden (økende misnøye med det offentlige tilbudet), kan de finnes på tilbudssiden: Forsikringsselskapene og deres innsats for å etablere helseforsikring som et forretningsområde i Norge. Her har det skjedd store endringer det siste tiåret. Flere selskaper har kommet til som betydningsfulle aktører (som If og Gjensidige NOR). Markedsføringen overfor bedriftsmarkedet er gitt stor synlighet i næringslivsavisene. Det er blitt mer og mer vanlig at helseforsikring inkluderes som element i større forsikringspakker som tilbys virksomhetene. Og ikke minst: Prisene er kuttet kraftig, som vi ser av figur 6.

FIGUR 6: GJENNOMSNTLIG FORSIKRINGPREMIE OG ANTALL FORSIKRINGER I BEDRIFTSMARKEDET 2003–2007

Snittpremien for helseforsikring falt i bedriftsmarkedet fra rundt 3500 til rundt 2000 kroner

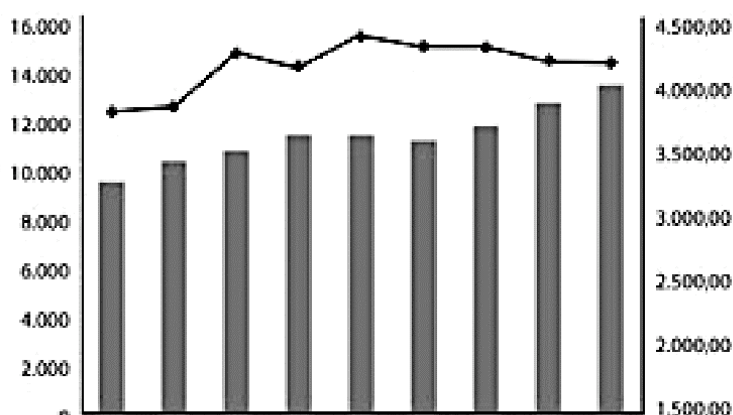


Snittpremien for helseforsikring falt i bedriftsmarkedet fra rundt 3500 kroner ved utløpet av 2003 til rundt 2000 kroner ved utløpet av 2007. Antall forsikringer gikk i været. (Venstre akse: antall forsikringer. Høyre akse: gjennomsnittlig forsikringspremie.)

Kilde: Statistikk fra Finansnæringens hovedorganisasjon gjengitt i Aarbu 2008.

Standard økonomisk teori vil anta at når prisen faller, øker etterspørselen. Dette har da også skjedd i bedriftsmarkedet for private helseforsikringer de siste årene. Prisstatistikken tyder på at forsikringsselskapenes offensiv kan utgjøre mye av forklaringen på den høye veksten i bedriftsmarkedet.

b) Denne forklaringen kan sannsynliggjøres ytterligere ved å undersøke hva som har skjedd i *personmarkedet* (individuelle forsikringer). Her har det knapt skjedd noen vekst over hodet. Samtidig har prisene gått opp, ikke ned, som vi ser av figur 7.

FIGUR 7: GJENNOMSNTLIG FORSIKRINGPREMIE OG ANTALL FORSIKINGER I PERSONMARKEDET 2003–2007

Det har ikke skjedd noen drastisk vekst i personmarkedet, den er så å si utelukkende begrenset til bedriftmarkedet

Snittpremien for helseforsikring i personmarkedet gikk snarere opp enn ned etter 2003, og antall forsikringer har nesten ikke økt. (Venstre akse: antall forsikringer. Høyre akse: gjennomsnittlig forsikringspremie.)

Kilde: Statistikk fra Finansnæringens hovedorganisasjon gjengitt i Aarbu 2008.

Dette kan si noe interessant om mulige årsaker til rekordveksten i helseforsikringer de siste årene. Hvis denne hadde sin årsak i misnøye med offentlige ventelister, skulle man tro veksten fant sted også i personmarkedet. Ventetider i helsevesenet vil jo oppleves ganske identisk av potensielle kunder i personmarkedet (befolkningen) og i bedriftsmarkedet (virksomhetene). Men den raske veksten er så å si utelukkende begrenset til bedriftsmarkedet.

Den ulike utviklingen i de to markedene styrker forklaringer som fokuserer på forsikringsselskapenes offensiv (priskutt og markedsføring) og/eller forhold knyttet til virksomhetene som kjøper forsikring (se punkt 5 under).

4. SKATTEFRITAKET INNFØRT I 2003

a) Regjeringen Bondevik innførte skattefritak for privat helseforsikring i 2003. Dette bidro nok, i tråd med intensjonen, til den kraftige veksten. Da Avinor gikk til innkjøp av private helseforsikringer for ansatte, uttalte administrerende direktør Randi Flesland til *Aftenposten*:

At Stortinget vedtok å gjøre ordningen skattefri for de ansatte og mer økonomisk gunstig for arbeidsgiver, gjorde det også langt mer interessant for oss å kjøpe en slik tjeneste. Samtidig oppfatter jeg dette som en aksept fra politiske myndigheter.³²

Samtidig rapporterte *Aftenposten* at «bransjen tror på firedobling i salget av private helseforsikringer, etter at Stortinget gjorde ordningen skattefri fra nyttår».

b) Da regjeringen Stoltenberg opphevet skattefritaket i 2006, falt veksten fra et nivå nær 60 prosent i året til 37 prosent i 2006 og 27 prosent i 2008. Den høye veksten på 57 prosent i 2007 er unntaket, muligens på grunn av innføringen av obligatorisk tjenestepensjon (OTP), med frist 1. januar 2007 (se side 7).

³² Aftenposten, 9.2.2003.

5. HARD KONKURRANSE OM ATTRAKTIV ARBEIDSKRAFT

En femte mulig forklaring, er at høykonjunkturen fikk flere virksomheter til å satse på helseforsikring som rekrutteringsverktøy og privilegium for utvalgte medarbeidere. Rekordveksten innen privat helseforsikring falt sammen med en høykonjunktur med rekordhøy etterspørsel etter arbeidskraft. Som vist i kapittel 3, oppgir mange virksomheter at de ser på privat helseforsikring som et rekrutteringsverktøy og et gode som kan holde på særskilt attraktive medarbeidere. Det er sannsynlig at noe av veksten etter 2003 har sammenheng med at privat helseforsikring anvendt som rekrutteringsverktøy fikk økt relevans i en periode med ekstraordinært høy etterspørsel etter arbeidskraft.

Ventelister kan ikke forklare at markedet eksploderte i årene etter 2003, for tilfredsheten med ventetider og kvalitet var økende i forkant

OPPSUMMERING

Det finnes en åpenbar sammenheng mellom tilbudet innen offentlig helsevesen og markedet for privat behandlingforsikring: Hadde det ikke eksistert noen kø, hadde det ikke eksistert noe privat marked for å «snike i køen». Eksistensen av ventetider i det offentlige helsevesenet forklarer således at et privat forsikringsmarked er mulig. Ventelistene forklarer imidlertid *ikke* at dette markedet eksploderte i Norge i årene etter 2003, for tilfredsheten med både ventetider og kvalitet i offentlige sykehus var *økende* i forkant av den kraftige veksten i privat forsikring.

Offensiv salgsvirksomhet og store priskutt fra forsikringsselskapene, i kombinasjon med skattefritak og hjulpet av en langvarig høykonjunktur ser ut til å være de viktigste årsakene til den kraftige veksten i privat helseforsikring etter 2003.

VEDLEGG 1

PARTIENES POLITIKK VED STORTINGSVALGET I 2009

Striden om private helseforsikringer følger et tydelig skille mellom høyre og venstre i norsk partipolitikk.

● **Frp, Høyre, Venstre** og **KrF** vil gi skattefritak for helseforsikring og behandlingsutgifter betalt av arbeidsskjøper.

● **Ap, Senterpartiet, SV** og **Rødt** vil beholde dagens fordelsbeskatning: Forsikringspremien/behandlingsutgiftene skattes som inntekt for den ansatte og utløser arbeidsgiveravgift, som for andre såkalte frynsegoder.

Dette skillet kan knyttes til et overordnet veivalg for de offentlige velferdstjenestene i Norge: Styrking av felles, skattefinansierte ordninger for alle, eller økt innslag av kommersiell drift og private markedsløsninger? Skattefritak for privat helseforsikring framstår slik som en ladet symbolsak.

FELLESBORGERLIG FORSLAG

Regjeringen Bondevik (med støtte fra Frp) innførte skattefritak i 2003. Regjeringen Stoltenberg avskaffet dette i 2006. De fire opposisjonspartiene i Stortinget (Frp, Høyre, Venstre, KrF) la i desember 2006 fram et felles forslag om å gjeninnføre «skattefritak for arbeidsgivers dekning av ansattes behandlingsutgifter under sykdom og av helseforsikringer».³³

De fire opposisjonspartiene går høsten 2009 til valg på gjeninnføring av skattefritak for privat helseforsikring. Høyre har programfestet standpunktet, de tre øvrige partiene har i juli 2009 per e-post bekreftet overfor Manifest Senter for samfunnsanalyse at de også står fast på dette.

MER ENN SYMBOLSAK

Striden står om hvorvidt det offentlige skal oppmuntre til privat helseforsikring gjennom skattefritak eller ikke. Dette er mer enn en symbolsak: Veksten i antall privatforsikrede skjøt kraftig fart da regjeringen Bondevik innførte skattefritaket, og den ligger markant lavere etter at regjeringen Stoltenberg opphevet det, selv om det fortsatt er betydelig vekst.

ARGUMENTER FRA BEGGE SIDER

Det har vært lite offentlig debatt om den kraftige veksten i privat helseforsikring og de politiske argumentene er lite hørt utenfor Stortingets vegger. I de to følgende vedlegg til denne rapporten skal vi gjennomgå høyresidens og venstresidens argumenter i striden om privat helseforsikring. Vi skal holde substansen i disse argumentene opp mot tilgjengelig forskningsbasert kunnskap fra Norge og det øvrige OECD-området.

³³ Dokument nr. 8:26 (2006-2007).

VEDLEGG 2

HØYRESIDENS ARGUMENTER

1. «Privat helseforsikring korter ned ventelistene i det offentlige helsevesenet»

Fremskrittspartiet påstår at private helseforsikringer vil «bidra til å avlaste det offentlige helsevesen og bidra til å redusere køer». Partiet vil «ønske velkommen tiltak som samlet bidrar til å redusere ventetiden i det offentlige helsevesen, noe privat helseforsikring vil bidra til».³⁴

Frp presenterer ingen dokumentasjon for denne påstanden. OECDs forskning tyder også på at slik dokumentasjon vil være vanskelig å finne. Den omfattende utredningen «Private Health Insurance in OECD Countries: The Benefits and Costs for Individuals and Health Systems» (2004) bygger på studier av en rekke land med ulik utbredelse av privat behandlingforsikring. Her undersøker OECD-forskerne nettopp slike antakelser om privatforsikringens virkninger som Frp ser for seg. For eksempel studeres Australia og Irland. Konklusjonen er at «økninger i innbyggertallet som dekkes av privat helseforsikring i Australia og Irland har ikke resultert i utvetydige tegn på redusert venting».³⁵

OECD peker på flere årsaker til at privatforsikring ikke har en køforkortende virkning. For eksempel kan privatforsikring *øke* forbruket av helsetjenester blant de forsikrede. Dette kan skje på flere måter:

- Den forsikrede blir mer tilbøyelig til å oppsøke lege fordi han har enkel tilgang og slipper å vente.
- Private, kommersielle sykehus og institutter har økonomiske insentiver til å få mest mulig forsikringspenger ut for hver pasient, noe som kan føre til at pasienter holdes innlagt lenger enn nødvendig og andre varianter av «overbehandling».
- OECDs forskere påpeker at det høye lønnsnivået i mange private sykehus kan gjøre det lønnsomt for leger involvert i både offentlig og privat helsevesen å «oppretholde lange køer i det offentlige systemet eller henvise pasienter til privateide klinikker for å understøtte sin private praksis».³⁶

Det finnes ingen automatikk i at økt finansiering og behandling i privat regi vil redusere køene i det offentlige. Tvert imot kan det tenkes at hvis stadig flere legeårsverk går inn i en voksende privat helsesektor, vil dette tappe det offentlige helsevesenet for ressurser og kompetanse. I så fall fører veksten i privatmarkedet til et dårligere system og *lengre* ventelister for alle som ikke har privat forsikring.

2. «Privat helseforsikring går ikke til de privilegerte, men til helt vanlige folk»

Høyrepartiene aviser at privat helseforsikring fungerer som privilegiesystem for de allerede privilegerte. Høyres Jan Tore Sanner forsvarte i Stortinget forslaget om skattefritak for helseforsikring slik:

³⁴ Frps merknader i Innstilling til Stortinget nr. 271 (2001-2002), 14.6.2002.

³⁵ Colombo og Tapay, s. 22.

³⁶ Colombo og Tapay, s. 22.

Man forsøker å stemple dette som et forslag som skal gjelde for de rike. Dette er et forslag som vil gjelde for helt vanlige arbeidstagere, og som vil skape større rettferdighet.³⁷

Sanner mente videre at skattefritaket Høyre foreslår «er viktig for vanlige arbeidstakere» og at «dette er noe som gjelder for helt vanlige folk». Som vist i kapitlet om hvem som nyter godt av privat helseforsikring, kan bildet se annerledes ut i virkeligheten:

- Over 60 prosent av bedriftene forsikrer kun utvalgte ansatte.
- Av disse forsikrer 3 prosent ansatte med særlig risiko for skade eller sykdom, mens 67 prosent forsikrer ledere.
- Jo bedre økonomisk resultat en bedrift har og jo høyere andel ansatte med høy utdanning, jo høyere er sannsynligheten for at virksomheten har privat helseforsikring.³⁸

Mønsteret er tydelig også i land hvor utbredelsen av private helseforsikringer er større enn i Norge: OECDs forskere finner at *privat helseforsikring har bidratt til fordeling av helsetjenester i de rikes favør («a pro-rich distribution»)* i både Irland, Frankrike, USA, Australia og Storbritannia.³⁹ OECDs studie konkluderer også med at private helseforsikringer øker den sosiale ulikheten i bruken av *spesialist* – det vil si at de som har forsikring kommer seg oftere til spesialist enn de som mangler forsikring – i land som Irland, Italia, Portugal, Spania og Storbritannia.⁴⁰

Det er krevende å se for seg hvordan Jan Tore Sanner vil dokumentere at Høyres skattefritak for privat helseforsikring primært vil være til gode for «helt vanlige arbeidstagere».

3. «Privat helseforsikring fortrenge ikke andre i helsekø»

Da Stortinget debatterte skattefritak for privat helseforsikring, understreket Høyre at privatforsikredes rett til å komme foran køen *ikke* betyr at noen andre havner lenger bak. Jan Tore Sanner sa det slik:

Jeg har lyst til å understreke at vårt forslag ikke er ment å gå på bekostning av noen. Det er en krystallklar forutsetning i vårt forslag at man ikke skal fortrenge andre personer som er i arbeid, eller som ikke er i arbeid. Her er det snakk om å kjøpe ledig kapasitet. Man kan kjøpe ledig kapasitet i det offentlige, hos private eller i utlandet. Det er med andre ord ikke snakk om å fortrenge noen. Det er snakk om å utnytte den ledige kapasiteten som er.⁴¹

Sanner kan ha rett i at ved ett isolert tilfelle er det kanskje ikke snakk om å «fortrenge noen»: *En mann som står på venteliste ved offentlig sykehus får via forsikringselskapet behandling ved en privat klinikk som har ledig kapasitet den dagen.* Men er det av den grunn slik at de endringer i helsesystemet som vil følge av kraftig økende antall behandlingsforsikringer ikke vil «gå på bekostning av noen»? Dette bør vurderes i bredere perspektiv enn ett isolert tilfelle.

Hvis det, som Sanner påpeker, fins ledig kapasitet, er det en god nyhet. Da gjenstår spørsmålet: Hvem skal nyte godt av den ledige kapasiteten? Her står to prinsipper for prioritering opp mot hverandre:

³⁷ Stortingets debatt 26.4.2007.

³⁸ Seim 2007, s. 92.

³⁹ van Doorslaer, E., Masseria, C. et al, (2004), «Income-related Inequality in the Use of Medical Care in 21 OECD countries», i *Towards High-Performing Health Systems: Policy Studies from the OECD Health Project, OECD, Paris*. Gjengitt i Colombo og Tapay 2004, s. 23.

⁴⁰ Jones, A.M., Koolman, X. and van Doorslaer, E. (2002), «The Impact of Private Health Insurance on Specialist Visits: Analysis of the European Community Household Panel (ECHP)», *Working Paper No. 9, ECuity II Project*. Gjengitt i Colombo og Tapay 2004, s. 23.

⁴¹ Stortingets debatt 26.4.2007.

- 1) **Medisinsk likhetsprinsipp:** I det offentlige systemet skal kvalifiserte, sertifiserte utøvere av medisinske profesjoner prioritere pasienter på medisinsk grunnlag. Den som har store smerter skal gå foran den som har milde plager, for eksempel. (Hvis disse prioriteringene likevel gjøres dårlig, noe Riksrevisjonen hevder om psykisk helsevern,⁴² er dette et argument for å innskjerpe prinsippet, ikke for å avskaffe det.)
- 2) **Kommersielt forsikringsprinsipp:** I det private, forsikringsbaserte systemet, er det kjøpekraft som ordner ventelistene. Den som kan betale (som har forsikring) går foran den som ikke kan, uansett om den sistes helsetilstand er langt verre enn den førstes. Blir det mange forsikringskunder, kan de rangeres etter mengden kjøpekraft: Kunden med den dyre luksusforsikringen prioriteres framfor hun som har en vanlig forsikring.

Så lenge det ikke finnes uendelig tilgang på leger og behandlingsplasser, synes det åpenbart at et økende innslag av prinsipp nummer 2 kommer til å ha fordelingsvirkninger: Jo mer tilgangen til kirurger og andre medisinske ressurser i Norge prioriteres etter et kommersielt forsikringsprinsipp, jo dårligere stilt blir de som ikke har privatforsikring.

Forestillingen om «ledig kapasitet» kan her virke tilslørende. Hvis private sykehus har kontrakter med offentlige helseforetak (slik Høyre og Frp ivrer for) samtidig som de selger helsetjenester i det private forsikringsmarkedet, kan de i prinsippet til enhver tid *definere* som «ledig kapasitet» den mengden helsepersonell som må til for å dekke den private (og kanskje mest lønnsomme) etterspørselen. I den forstand kan Jan Tore Sanner alltid har rett i at både hundre, tusen og hundre tusen årlige operasjoner i privat regi «ikke går på bekostning av noen», men kun utnytter «ledig kapasitet». Virkeligheten er like fullt slik at jo mer private, profittmaksimerende virksomheter preger helsevesenet, jo mindre vekt vil det medisinske likhetsprinsippet få i prioriteringen av de samlede medisinske ressursene.

Økt innslag av det kommersielle forsikringsprinsippet i prioriteringen av pasienter vil gagne innbyggere med forsikring, på bekostning av «noen». Disse noen vil ofte være lavlønte, trygdede, minstepensjonister og andre med lav kjøpekraft og høy sykkelighet. En slik elitistisk fordelingsvirkning er også hva OECDs forskere finner når de undersøker land med ulikt omfang av privat forsikring.⁴³

Det er ikke lett å se hvordan Jan Tore Sanner vil dokumentere at det ikke vil gå på bekostning av «noen» hvis pasienter i Norge i økende grad blir prioritert i tråd med et kommersielt forsikringsprinsipp. Det kunne vært mer interessant om Høyre heller argumenterte for *hvorfor* «ledig kapasitet» bør fordeles etter et kommersielt forsikringsprinsipp heller enn etter et medisinsk likhetsprinsipp.

Hvorfor er det bedre at bedriftsledere prioriterer pasienter i helsekøene enn at legene gjør det? Dette er en kjerne i debatten om privat helseforsikring.

4. «Privat helseforsikring øker effektiviteten i helsevesenet»

Høyrepartiene vil avvise at debatten primært handler om fordeling og prioritering. De mener økende privatisering har positive virkninger for helsevesenet som helhet og derfor «gjør kaka større» for alle. En sentral påstand er at økt privatisering og konkurranse vil bidra til *økt effektivitet* – også i det offentlige helsevesenet.

⁴² Riksrevisjonens dokument nr. 3:5 (2008-2009).

⁴³ van Doorslaer, E., Masseria, C. et al. (2004), "Income-related Inequality in the Use of Medical Care in 21 OECD countries", i *Towards High-Performing Health Systems: Policy Studies from the OECD Health Project*, OECD, Paris. Gjengitt i Colombo og Tapay 2004, s. 23.

«Høyres Heidi Larsen mener det offentlige og private helsevesenet vil lære av hverandre og dermed bli mer effektivt. Økt konkurranse mellom det offentlige og private er positivt, mener hun,» ifølge *Ukeavisen Ledelse*.⁴⁴ Frps medlemmer i finanskomiteen skriver om skattefritak for privat helseforsikring at

skattestimuli i mange sammenhenger bidrar til en mer kostnadseffektiv utnyttelse av samfunnets ressurser. [...] Etter disse medlemmers oppfatning vil kombinasjonen av det offentlige helsetilbud og privat helseforsikring samlet sett gi en effektiv utnyttelse av ressursene i helsesektoren.⁴⁵

OECDs studier av over 20 land gir ingen dokumentasjon for slike påstander. OECDs helseforskere skriver følgende:

Mens privat helseforsikring ofte blir sett på som et redskap for å øke effektiviteten, avdekker det undersøkte materialet at privat helseforsikring ikke har bidratt stort til hvordan helsesystemene fungerer på dette området.⁴⁶

Ifølge OECD fins det en rekke årsaker til at privatforsikring ikke gir noen effektivitetsgevinst:

- Forsikringsselskapene tilfører helsesektoren høye administrasjons- og transaksjonskostnader knyttet til markedsføring, fakturering, produktinnovasjon, prisforhandling med private tilbydere av helsetjenester osv. Mens det offentlige Medicare i USA har en administrasjonskostnad på 3,6 prosent, ligger kostnaden hos private helseforsikrere på 11,7 prosent (tall fra 1999). I Australia ligger det offentlige Medicares administrasjonskostnad på 3,7 prosent, mens tilsvarende for den private industrien er 11,1 prosent (tall fra 2001 og 2002). I Tyskland ligger privatforsikringenes administrasjonskostnad på 14 prosent.⁴⁷
- Det er vanskelig og kostbart for forsikringsselskapene å påvirke effektiviteten hos tjenestetilbyderne, så de gjør stort sett ingen signifikant innsats på dette området (et unntak er USA, der forsikringsselskapene legger seg borti mange aspekter ved helsetjenesten).
- Den faktiske konkurransen mellom forsikringsselskapene dreier seg i liten grad om å øke effektiviteten. Snarere søker de økt lønnsomhet ved metoder som å sile vekk forsikringskunder med høy risiko eller å «skyve kostnadene ved visse risiki over på andre betalere (det offentlige og andre forsikringsselskaper),» påpeker OECDs forskere.⁴⁸

Dokumentasjonen viser at privat helseforsikring ikke fører til reduserte utgifter i helsevesenet som helhet (offentlig og privat). Heller ikke i *det offentlige helsevesenet isolert sett* fører økende innslag av privatforsikring til reduserte utgifter, ifølge OECD. Tvert imot: «Private helseforsikringer har også ført til høyere offentlige og totale helsekostnader i de fleste land hvor de spiller en framtreddende rolle».⁴⁹ OECDs utredning påpeker flere årsaker til dette:

- Ved å tilføre helsesystemet økte finansielle ressurser øker forsikringsselskapene den samlede pengebruken i sektoren.
- Privat helsesektor er svært sjelden underlagt offentlig sektors mekanismer for kostnadskontroll, som overordnet budsjettering, prisregulering og styring av kapasiteten.

⁴⁴ 6.1.2003

⁴⁵ Innstilling til Stortinget nr. 271 (2001-2002), 14.6.2002.

⁴⁶ Colombo og Tapay, s. 38.

⁴⁷ Colombo og Tapay, s. 39.

⁴⁸ Colombo og Tapay, s. 38.

⁴⁹ Colombo og Tapay, s. 34, (vår utheving).

- Private forsikringsselskaper har stort sett ikke den samme forhandlingstvingde til å presse ned prisene hos private leverandører av medisin, utstyr osv som de offentlige helsemyndighetene.

Det er vel kjent at det OECD-landet hvor privat helseforsikring er mest framtrepende – USA – også har nesten dobbelt så høye helseutgifter som andre rike land.

- I USA går 16 prosent av BNP med til helsesystemet, mot 8,9 prosent i gjennomsnitt blant de 30 OECD-landene (Norge ligger nøyaktig på gjennomsnittet).⁵⁰
- Samtidig er det offentliges andel av USAs samlede helseutgifter kun 45 prosent, mens den i Norge er 84 prosent.⁵¹

OECD-tallenes tale understøtter ikke norske høyrepartiers ideologiske forestilling om at den private forsikringsbransjen effektiviserer helsevesenet.

5. «Utbredelsen av privat helseforsikring skyldes det offentlige helsevesenets fallitt»

Fremskrittspartiet mener det er et argument for å gi private helseforsikringer skattefritak at veksten i antall forsikringer skyldes det offentlige helsevesenets fallitt. Stortingsrepresentant Gjermund Hagesæter:

Det er på grunn av at staten og det offentlige spiller fallitt, at det verkeleg er eit behov for at private bedrifter tilbyr denne typen helseforsikring, slik at ein kjem raskare tilbake i jobb.⁵²

Som vist i kapitlet om årsaker til veksten i privat helseforsikring, synes grunnlaget for denne påstanden ikke helt solid. Hvis veksten hadde sin årsak i misnøye med at det offentlige har «spilt fallitt», skulle man tro veksten ville finne sted også i personmarkedet, ikke kun i bedriftsmarkedet for helseforsikring. Ventetider i helsevesenet vil jo oppleves ganske identisk av privatpersoner og bedrifter. Men den raske veksten er så å si utelukkende begrenset til bedriftsmarkedet.

Årsakene til rekordveksten synes å være store priskutt og offensiv markedsføring fra forsikringsselskapene (kun overfor bedriftsmarkedet), skattefritak fra 2003 til 2006 og en situasjon med hard rift om arbeidskraft der privat helseforsikring er brukt som frynsegode for å holde på utvalgte ansatte (særlig ledere). Disse årsakene har lite å gjøre med at «det offentlige spiller fallitt».

Samtidig er det utvilsomt slik at ventelister ved offentlige sykehus er en forutsetning for *eksistensen* av et marked for privat helseforsikring. Imidlertid er det usannsynlig å oppnå et helsevesen der ingen noen gang må vente på noe som helst. Forskning viser at det finnes lite grunnlag for å antyde en *automatisk* sammenheng mellom offentlige ventelister og privat forsikringsmarked, slik Frps representant Gjermund Hagesæter gjør.⁵³ Privatforsikringenes omfang avgjøres derimot i stor grad av *den politiske striden* om hvorvidt staten skal stimulere vekst i privatmarkedet.

⁵⁰ OECD Health Data 2009 (tall fra 2007).

⁵¹ OECD Health Data 2009 (tall fra 2007).

⁵² Stortingsrepresentant Gjermund Hagesæter (Frp) Stortingets debatt 26.04.2007.

⁵³ Besley, T., J. Hall, I. Preston 1999: «The demand for private health insurance: Do waiting lists matter», *Journal of Public Economics* 72, 155–181, gjengitt i Aarbu 2008.

6. «Skatt på helseforsikring diskriminerer virksomheter som ikke har råd til bedriftshelsetjeneste»

Når det ikke utløser skatt hvis en bedrift ansetter sin egen bedriftshelsetjeneste, er det urettferdig at bedrifters kjøp av helseforsikring utløser fordelsbeskatning. Dette argumentet ble flittig brukt i Stortingets debatt om skattefritak for privat helseforsikring. Her fra Frps Gjermund Hagesæter:

Det som då er underleg, er at i små bedrifter som ikkje har råd til å betale sine egne legar, egne sjukepleiarar, egne fysioterapeutar, skal det bli sett på som eit frynsegode som skal bli skattlagt hardt, mens når det gjeld rike bedrifter, som har råd til å tilsetje dette helsepersonellet sjølve, er det no heilt andre innfallsvinklar og heilt andre reglar. Det synest vi er ei underleg forskjellsbehandling.

Og her fra Frps Christian Tybring-Gjedde:

Hva med de bedriftene som har bedriftshelsetjeneste, der arbeidstakerne ikke skattlegges, f.eks. vi på Stortinget? Det er altså de store bedriftene, de såkalt rike bedriftene, som representanten Sandal kalte dem, som har bedriftshelsetjeneste, mens de små bedriftene ikke har mulighet til å tilby bedriftshelsetjeneste. Det er jo de som forskjellsbehandles.

Her kunne høyrepartiene hatt et mer robust poeng hvis det var større grad av *samsvar* mellom tjenestene som dekkes av private helseforsikringer og de som normalt inngår i en bedriftshelsetjeneste. Argumentet om forskjellsbehandling ville stått sterkere hvis det var slik at bedriftshelsetjenester ofte innbefatter tilgang til medisinske ressurser som de følgende:

- behandling for alle former for kreft
- tilgang til alle typer medisinsk spesialist
- operasjonsstue, kirurg, anestesilege og øvrig nødvendig operasjonspersonell
- intensivavdeling med nødvendig personell
- sykehus/pasienthotell med nødvendig personell for postoperativ behandling

Etter hva Manifest Senter for samfunnsanalyse kjenner til, er det få eller ingen bedriftshelsetjenester i Norge som innbefatter disse tilbudene.

7. «Privat helseforsikring får ned sykefraværet»

Høyrepartiene markedsfører skattefritak for privat helseforsikring som et ledd i arbeidet for å redusere sykefravær i arbeidslivet. Fremskrittspartiet argumenterer som følger:

Tegning av behandlingsforsikring bidrar til at den som tegner forsikringen avlaster det offentlige helsevesen og sparer samfunnet for store utgifter. Behandlingsforsikringen øker arbeidstakerens generelle trivsel og trygghet og øker arbeidslivets effektivitet ved at arbeidstagerne som blir syke eller skadet får rask og dekkende behandling og slipper lang ventetid i kø. Dermed reduseres sykepengeutbetalinger både for private og offentlige arbeidsgivere og folketrygden.⁵⁴

I de borgerlige partienes felles forslag fra desember 2006 skriver forslagsstillerne om skattefritaket som eksisterte under regjeringen Bondevik II:

Det er grunn til å tro at ordningen bidro til at folk fikk raskere behandling og kom raskere tilbake i jobb. Videre at kostnadene ble mindre for arbeidsgiverne som reduserte sykelønnsutgiftene, og at produktions- og effektivitetstap ble lavere i bedriftene. Det må også antas at sykelønnsutgiftene for staten ble redusert som en følge av dette.⁵⁵

⁵⁴ Dokument nr. 8:90 (2001–2002), fremmet av representantene Siv Jensen og Harald T. Nesvik.

⁵⁵ Dokument nr. 8:26 (2006–2007).

Argumentet virker intuitivt gyldig: Forsikring gjennom jobben gir prioritet til yrkesaktive og vil derfor bidra til å få ned sykefraværet. Men så enkelt er det ikke. Det er slett ikke alle som ønsker å reise til Tyskland for å opereres, hvis tilstanden ikke er prekær. I mange tilfeller kan den forsikredes glede av forsikringen bestå i at han kommer rett inn til røntgeninstituttet, mens andre må vente i seks uker. Når skanningen viser at det trengs operasjon, men samtidig at det ikke haster, kan pasienten velge å vente på operasjon i det skattefinansierte, offentlige helsevesenet i sin egen hjemby, heller enn å reise til privatklinikk utenbys eller i utlandet. Dermed bidrar forsikringen til en «køsniking» ved røntgeninstituttet, samt at pasienten slipper uker med engstelse i påvente av skanning, men den offentlige operasjonskøen blir ikke et eneste minutt kortere. For de som blir forbikjørt av den forsikrede som kom raskt til utredning, blir den tvert imot litt lengre.

Videre er det, som OECD viser (se punkt 1 i dette vedlegget), tendenser til at privatforsikring øker forbruket av helsetjenester blant de forsikrede.

Spørsmålet blir om høyrepartiene har *dokumentasjon* for påstanden om redusert sykefravær. En slik dokumentasjon er ikke framlagt. Derimot finnes flere fakta som peker i en annen retning.

- Samfunns- og næringslivsforskning AS (forskningsinstituttet tilknyttet Norges Handelshøyskole i Bergen) undersøkte i 2006 to kommuner (Eidskog og Trysil) som gjennom flere år (2001 – 2004, respektive 2003 – 2006) kjøpte behandlingsforsikring for *alle innbyggere*. Studien undersøker behandlingsgarantiens virkning på sykefraværet ved å sammenligne med fire kommuner i samme region som ikke kjøpte behandlingsforsikring (Løten, Sør-Odal, Grue og Åsnes). Forskerne finner *ikke* den forespeilte reduksjonen av sykefravær i sammenligning med de fire kontrollkommunene. De konstaterer at «innføringen av behandlingsgaranti [...] ikke synes å ha hatt noen effekt når det gjelder å redusere sykefraværet».⁵⁶ Resultatet må tolkes med forsiktighet, da forskerne ikke har kunnet kontrollere for den mulige effekten til pasienter innen nærliggende kommuner kunne komme raskere til behandling hvis en del av innbyggerne i Eidskog og Trysil ble behandlet utenfor det ordinære behandlingsapparatet. Samtidig kan det faktum at verken Eidskog eller Trysil forlenget sine forsikringsavtaler tyde på at forskernes konstatering var korrekt.
- En annen indikasjon på at skattefritak for helseforsikring ikke har virkning på sykefraværet er at regjeringen Bondevik II, da den innførte slikt fritak, ikke la til grunn *noen* effekt av dette ved budsjettering av statens sykepengeutgifter. Det ble heller ikke gjort noen slik justering i forventet sykepengeutgift da ordningen med skattefritak ble avviklet.⁵⁷

Private behandlingforsikrings bidrag til reduksjon av sykefraværet synes ikke fullt så innlysende som de borgerlige partiene mener det «må antas» å være.

8. «Venstresiden har allerede brutt likhetsprinsippet gjennom prosjektet 'Raskere tilbake'»

Våren 2007 satte regjeringen Stoltenberg i gang prosjektet «Raskere tilbake», som inneholder tiltak ment å hindre «unødig langvarig sykefravær».⁵⁸ Ett av disse tiltakene var å sette av over 600 millioner kroner til spesialisthelsetjenesten (sykehusene), øremerket for folk i arbeidslivet som er sykemeldte eller står i fare for å bli det. Formålet er at disse skal behandles raskere enn om de måtte vente i ordinær behandlingsskø.⁵⁹ Ved utgangen av

⁵⁶ Askildsen m.fl. 2006, s. 14.

⁵⁷ Opplyst i Stortingets debatt 26.4.2007.

⁵⁸ www.nav.no/805367078.cms

⁵⁹ Tiltaket representerer ikke noe helt nytt. Ordningen med kjøp av helsetjenester startet i 1988. Avgrensningen til kun å gjelde yrkesaktive sykmeldte ble iverksatt i 1997. Fra 1999 ble ordningen en

2008 var over 33.000 pasienter henvist til spesialisthelsetjenesten gjennom «Raskere tilbake».⁶⁰

Høyrepartiene mener «Raskere tilbake» svekker de rødgrønnes likhetsargumenter mot skattefritak for privat helseforsikring. Her framføres poenget av Frps Ulf Leirstein i Stortinget:

På den ene siden er Senterpartiet i regjering veldig for det man nå har gjort gjennom bl.a. IA-avtalen, nemlig å bevilge 630 mill. kr til å kjøpe raskere behandling for sykmeldte arbeidstakere, mens altså arbeidsgivere og ansatte som nå følger opp dette uten statlige bidrag, skal bli beskattet. Mitt spørsmål da blir: Hva er den store prinsipielle forskjellen?⁶¹

Høyrepartienes poeng kan være at de rødgrønne *ikke* er imot forskjellsbehandling av pasienter, så lenge den skjer i offentlig regi, de er kun imot at *private* virksomheter på egen hånd skal ha samme skattefri adgang til å prioritere ansatte fram i behandlingsskøen.

Staten understreker i sin informasjon om «Raskere tilbake» at «Ordringen skal ikke føre til nedprioritering av øvrige pasienter». Det synes likevel vanskelig å gjendrive høyrepartienes påvisning av at de rødgrønne med dette prosjektet har lagt opp til en forskjellsbehandling der yrkesaktive prioriteres framfor trygdede, kronisk syke, alderspensjonister et cetera. Dette er da også påpekt fra flere innen helsevesenet som stiller seg kritisk til «Raskere tilbake», fordi ordningen bryter med likhetsprinsippet.

Hvis de som ikke har et arbeidsforhold skal prioriteres bak de som har det, blir det feil. Man later som man kan prioritere noen opp uten at andre prioriteres ned. Det er tullprat.⁶²

Dette uttaler Knut Rasmussen, professor og overlege ved Hjertemedisinsk avdeling, Universitetssykehuset i Nord-Norge. Rasmussen er også mangeårig leder for Rådet for medisinsk etikk i Legeforeningen og var medlem av Prioriteringsutvalget «Lønning I». En beslektet kritikk framføres i en lederartikkel i *Tidsskrift for Den norske legeforening*, der det hevdes at «ordningen strider mot helsetjenestens verdigrunnlag» og «bidrar til å undergrave helsetjenestens grunnleggende likhetsidealer»:

Den strider mot prinsippene om tilbudslikhet (alle skal ha likeverdig tilgang), om resultatlikhet (helsetjenesten skal utjevne helseulikheter) og om en behovsbasert fordeling av godene (de sykeste skal prioriteres). Lønning II-utvalget stadfestet at produktivitet og sosial status «ikke under noen omstendigheter» gir grunn til forskjellsbehandling, da dette marginaliserer dem som ikke har inntektsgivende arbeid.⁶³

Det er vanskelig å se det annerledes enn at framskyndelse av yrkesaktives medisinske behandling gjennom «Raskere tilbake» utfordrer likhetsprinsipper som de rødgrønne gjerne viser til i sin argumentasjon mot skattefritak for privat helseforsikring. På den annen side er det ikke vanskelig å se prinsipielle forskjeller mellom «Raskere tilbake» og systemet med privat helseforsikring som høyrepartiene ønsker å stimulere ved hjelp av skattefritak.

- «Raskere tilbake» skal være tilgjengelig for alle ansatte, ikke kun de som lederne i den enkelte virksomhet velger å tilgodese med gratis helseforsikring. Så selv om «Raskere tilbake» innebærer et skille mellom yrkesaktive og andre, har tiltaket ikke det samme preg av

del av trygdeetatens oppfølging av sykmeldte, og fra 2001 har den inngått i avtalen om et inkluderende arbeidsliv (IA-avtalen).

⁶⁰ www.nav.no/197306.cms

⁶¹ Stortingets debatt 26.4.2007.

⁶² Pingvinen, magasin for Universitetssykehuset i Nord-Norge, nr. 13 2007, s. 7.

⁶³ «Raskere tilbake?», lederartikkel i *Tidsskrift for Den norske legeforening* nr. 11, 2007.

privilegiesystem for de allerede privilegerte som kjennetegner store deler av markedet for privat helseforsikring.

- Raskere tilbake er et demokratisk styrt tiltak som kan evalueres og eventuelt avsluttes gjennom demokratiske vedtak. Dette i motsetning til en varig vekst i markedet for privat helseforsikring, som ikke kan evalueres og påvirkes demokratisk på samme måte, men som likevel kan få dyptgripende konsekvenser for Norges helsetjenester, også de offentlige.

Høyrepartiene synes like fullt å ha et poeng i at de rødgrønne partiene svekker sin egen likhetsargumentasjon gjennom å bruke over 600 millioner kroner på å kjøpe yrkesaktive fram i behandlingsskøen.

VEDLEGG 3

VENSTRESIDENS ARGUMENTER**1. «Privat helseforsikring privilegerer de allerede privilegerte og dette skal ikke fellesskapets midler brukes til å oppmuntre»**

Et hovedargument mot skattefritak for privat helseforsikring, er at det subsidierer allerede privilegerte samfunnsmedlemmer. Slik framføres argumentet av medlemmene til Ap, SV og Sp i Stortingets finanskomité:

Disse medlemmer mener at det er sannsynlig at det er velutdannede, høytlønte mannlige arbeidstakere som vil nyte godt av ordningen med privat behandlingforsikring. Disse medlemmer mener at det er dårlig fordelingspolitikk å gi skattelette til denne gruppen.⁶⁴

Venstrepartienes antakelse om at private helseforsikringer har en usosial fordelingsprofil synes godt dokumentert både i Norge og OECD-området (se kapitlet «Hvem som nyter godt av helseforsikring?» samt punkt 2 og 3 under «Høyresidens argumenter»). Her har venstresiden rett.

Men til argumentet om at skattelette til de privilegerte «er dårlig fordelingspolitikk», kan høyrepartiene svare at formålet med tiltaket *ikke* primært er å gi skattelette, men *å gjøre det billigere* å tegne privat helseforsikring. Slik vil flere få tilgang til dette godet. Helsemessig kunne dette utlegges som *god* fordelingspolitikk – i alle fall bedre enn å skattlegge forsikringene så de blir dyrere og dermed tilgjengelig for færre.

Dette er et relevant argument. Men det forutsetter at økt utbredelse av privat helseforsikring er *ønskelig*. Det mener ikke venstrepartiene. De mener innsats mot sykefravær bør settes inn på andre måter. Og de aviser at skattefritak vil *fjerne* den usosiale fordelingen av helseforsikringer. Slik argumenterer SVs Heikki Holmås i Stortinget:

... flesteparten av dem som blir syke, finner vi i sektorer med lavtlønte yrker. Det er veldig mange lavtlønte helsearbeidere som blir syke, det er veldig mange som jobber i renholdsbransjen og andre lavtlønte serviceyrker, som blir syke. De får ikke nyte særlig godt av dette tiltaket. Det gjør folk som jobber i høylønnsyrker. Hvis arbeidsgiverne skulle bruke penger på ett tiltak for å få ned sykefraværet, burde de heller bruke dem på forebyggende arbeid.⁶⁵

2. «Privat helseforsikring får ikke ned sykefraværet»

De rødgrønne hevder at helseforsikring er dårlig egnet som tiltak mot økende sykefravær. Her er Arbeiderpartiets Marianne Aasen i Stortinget:

Under den forrige regjering eksisterte som kjent en slik ordning med skattefritak for arbeidsgiverbetalte behandlingsutgifter. I motsetning til hva som hevdes i mindretallets merknader, finnes det ingen dokumentasjon for at denne ordningen «fungerte etter hensikten». [...] Det vesentlige er om skattefritaket fikk ned sykefraværet. Det er det meg bekjent ikke funnet noen dokumentasjon for. Dessuten, om det viste seg at dette hadde en effekt, vil den være marginal. [...] Et slikt skattefritak som opposisjonen foreslår, har derfor ikke potensial i seg til å bli et særlig vesentlig virkemiddel for å få ned sykefraværet.⁶⁶

Aasen har trolig rett i at høyresiden ikke sitter med noen dokumentasjon på at veksten i private forsikring har ført til mindre sykefravær. En norsk studie gir indikasjoner på at det ikke *finnes* noen slik sammenheng, men her er ikke resultatene så robuste at de uten videre kan brukes som bevis (se punkt 7 i

⁶⁴ Innstilling til Stortinget nr. 271 (2001-2002).

⁶⁵ Stortingets debatt 26.4.2007.

⁶⁶ Stortingets debatt 26.4.2007.

vedlegg 1). Når det også er dokumentert at svært mange bedrifter oppgir *andre* begrunnelser for helseforsikring (rekruttering/holde på ansatte) som vel så viktige som redusert sykefravær, tilsier det at den kraftige veksten i forsikringsmarkedet ikke nødvendigvis skyldes noen generell virkning på sykefraværet.

Men hvis det er slik som Aasen sier, at skattefritak ikke kan bli «et særlig vesentlig virkemiddel for å få ned sykefraværet», kan det like fullt *være* et virkemiddel og gi et *lite* bidrag. Her kan høyresiden utfordre: Hvorfor ikke ta i bruk de virkemidler som fins, selv om de gir et begrenset bidrag? I Stortingets debatt forsøkte Marianne Aasen å tallfeste omtrent *hvor* begrenset bidrag mot sykefraværet skattefritaket ser ut til å gi:

Under den forrige regjeringen ble det ikke lagt til grunn noen effekt i budsjetteringen av sykepengeutgiftene, verken da ordningen ble innført, eller da den ble avviklet. Skattefritaksordningen kostet drøye 20 mill. kr. Tilskuddsordningen for sykemeldte, som nå nettopp er innført, er på over 600 mill. kr. Når effekten av den tar til, er det anslått å gi bare 1 pst. lavere sykefravær. Et slikt skattefritak som opposisjonen foreslår, har derfor ikke potensial i seg til å bli et særlig vesentlig virkemiddel for å få ned sykefraværet.

3. «Private behandlingstilbud tar ressurser fra det offentlige helsevesenet»

De rødgrønne partiene på Stortinget mener private helseforsikringer, ved å øke omsetningen i private sykehus og klinikker, tapper det offentlige helsevesenet for viktige ressurser. Slik argumenterer de i finanskomiteens innstilling om skattefritak for helseforsikring:

Disse medlemmer vil understreke at mangelen på helsepersonell innebærer at all oppbygging av privat helsetjeneste utenfor helseforetakenes planer, vil skjerpe konkurransen om og prisen på helsepersonell og forsterke mangelen på helsepersonell. Disse medlemmer ser at private tilbud vanligvis bare etableres i de største byene, og at det fører til enda større vanskeligheter med å fordele personell det er mangel på til det regionale og desentrale helsevesenet. Disse medlemmer ønsker en helsetjeneste som er tilgjengelig for alle etter behov og ønsker ikke et skattesystem som oppmuntrer til skjev fordeling av helsetjenester.⁶⁷

Det må være riktig at jo større andel av en begrenset mengde helsepersonell som jobber i privat virksomhet, jo mindre andel blir igjen til det offentlige helsevesenet. En rask gjennomgang av norske privatklinikkers lokalisering (via nettsidene deres) tyder på at påstanden om at private tilbud primært legges til befolkningstette områder bør være ukontroversiell.

Når det gjelder påstanden om at privatklinikker gir skjerpet konkurranse om arbeidskraft og driver opp kostnadsnivået, illustrerer den private Feiringklinikken i Oslo at de rødgrønne kan ha et poeng. Denne hjerteklinikken tiltrekker seg leger ved å holde et lønnsnivå skyhøyt over de allerede gode legelønningene i offentlige helseforetak. Einar Bugge, klinikkssjef ved hjerte- og lungeklinikken på Universitetssykehuset Nord-Norge, er bekymret for hva Feiringklinikken har å si for kostnadsutviklingen i sektoren: «På Feiringklinikken tjener legene opptil to til tre ganger så mye som hos oss,» uttaler han til *Klassekampen*. Avisens undersøkelse av skattelistede tyder på at Feiringklinikken leger i 2007 tjente mellom to og 3,5 millioner kroner i året.⁶⁸

Faren til «tapping» av det offentlige helsevesenet blir ikke mindre av at konkurransen med privat kirurgi ikke skjer på like vilkår. Helseforetakenes hjerteavdelinger har tunge, kostbare forpliktelser – for eksempel akuttberedskap og utdanning av leger – som Feiringklinikken slipper. De private selskapene kan skumme fløten av markedet. «Feiringklinikken kan holde stengt jul, påske og kveld, og komplikasjoner på Feiring kommer tilbake

⁶⁷ Innstilling til Stortinget nr. 271 (2001-2002).

⁶⁸ Klassekampen, 22.7.2009.

til oss,» påpeker klinikkjef Einar Bugge ved Universitetssykehuset i Nord-Norge.⁶⁹

Helse- og omsorgsdepartementet har påpekt det spesielle lønnsnivået ved Feiringklinikken. «Det er sider ved lønnsnivået på Feiring som er uakseptabelt,» uttaler statssekretær Dagfinn Sundsbø (Sp) til *Klassekampen*. I forbindelse med departementets bidrag til å holde liv i Feiringklinikken, mener statssekretæren det må gjøres noe med dette lønnsnivået. «Det blir vanskelig å forsvare at klinikken skal inngå i en langsiktig plan, hvis lønna der er vesentlig forskjellig enn hos de statlige helseforetakene,» sier Sundsbø.⁷⁰

Hvis departementet faktisk *kan* styre lønnspolitikken ved private klinikker, gir det et mulig motargument for høyrepartiene. Problemet med at privatklinikker skummer fløten og tar ressurser fra det offentlige kan reduseres ved at offentlige myndigheter *regulerer* atferden til de private selskapene.

4. «Offentlig styrt prioritering av yrkesaktive er mer rettferdig»

Det offentlige har egne ordninger for å få yrkesaktive raskt behandlet og tilbake i jobb (i dag kalt «Raskere tilbake»). De rødgrønne argumenterer med at slike systemer gir mer rettferdig fordeling enn å støtte private helseforsikringer med skattefritak:

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti, Senterpartiet og Kystpartiet vil vise til at det allerede er etablert en ordning med kjøp av helsetjenester for sykepenger i regi av trygdeetaten.[...] Disse medlemmer vil peke på at i denne ordningen er det ingen tegn til at personer med høy inntekt og høy status prioriteres. Disse medlemmer mener at det er av stor betydning at ordningen er universell og ikke avhengig av den enkeltes lommebok eller bosted.⁷¹

Det er sannsynlig at denne ordninger fungerer mer fordelingsrettferdig enn privat forsikring fordelt etter bedriftsleders forgodtbefinnende (her tas forbehold for at Manifest Analyse ikke har undersøkt fordelingsprofilen innen «Raskere tilbake»).

Samtidig er dagens «Raskere tilbake» på ingen måte en «universell» ordning, slik begrepet brukes i norsk helsepolitisk debatt. Det *universelle* ved modellen i Skandinavia og Storbritannia er nettopp det som særlig skiller oss fra land som Tyskland, Belgia, Nederland, Østerrike, Mexico, Japan og Sveits: Mens vår skattefinansierte helsetjeneste skal være lik for *alle*, har disse landene et helsevesen bygd på fellesskapelig forsikring *knyttet til arbeidslivet*. Når tilgang til helsetjenester knyttes til posisjon i arbeidsmarkedet, skapes lett et A- og B-lag i befolkningen. (I tillegg blir helsevesenet totalt sett dyrere, uten noen bedring i kvalitet, ifølge Verdensbankens studier av OECD-landenes utvikling fra 1960 til 2006).⁷² De rødgrønne partiene aksepterer i og med «Raskere tilbake» å ta et steg vekk fra det medisinske likhetsprinsippet, noe som kan svekke deres likhetsargumenter mot privat helseforsikring.

Samtidig kan «Raskere tilbake» tenkes å underminere markedet for private helseforsikringer og dermed framveksten av en sterk kommersiell helsesektor i Norge. Dette kan i så fall få større betydning for likhetsprinsippets overlevelse enn ulikheten som aksepteres i og med «Raskere tilbake». De rødgrønne partiene står her overfor et politisk dilemma.

5. «Skattefritak bryter med etablerte regler for beskatning»

De rødgrønne mener skattefritak for helseforsikring vil bryte med etablerte skattenormer, som tilsier at *alle typer inntekt* skal utløse skatt. Slik argumenterer partiene i finanskomiteen:

⁶⁹ Klassekampen, 22.7.2009.

⁷⁰ Klassekampen, 22.7.2009.

⁷¹ Innstilling til Stortinget nr. 271 (2001-2002).

⁷² Wagstaff 2009.

Disse medlemmer mener at forslaget bryter med etablerte regler for beskatning, der hovedregelen er at alle typer inntekt skal beskattes. Disse medlemmer vil peke på at ordningen dessuten fører til ulik behandling av skattytere. En skattyter som får behandlingsforsikring fra sin arbeidsgiver får skattelette, mens en skattyter som tegner denne forsikringen selv ikke får denne skatteletten.⁷³

Det er riktig at det har vært såkalt bred enighet om dette prinsippet. Utgiftene for staten kan også bli store, hvis den kraftige veksten i antall private helseforsikringer fortsetter. I Danmark, hvor rundt en million innbyggere nå har helseforsikring, er det beregnet at statskassen taper over 680 millioner kroner i året på ordningen med skattefritak for denne ytelsen.

De rødgrønne kan her kritisere de borgerlige partiene for å fravike et omforent skatteprinsipp bare fordi det fremmer økt privatfinansiering innen helsevesenet. Samtidig er det ikke noe *hellig* prinsipp for de rødgrønne å ikke bruke skattesystemet til å fremme en politisk ønsket samfunnsutvikling. Det er jo dette som foregår når de rødgrønne øker skattefradraget for fagforeningskontingent, mens de borgerlige vil redusere fradraget. Her kan høyrepartiene påpeke at de rødgrønne *forskjellsbehandler* den som bruker et par tusen på fagforeningskontingent og den som velger å bruke pengene på noe annet. (Imidlertid utgjør ikke fagforeningsfradraget et brudd på prinsippet om lik beskatning av alle typer *inntekt*. Kontingenten er som kjent en utgift.)

⁷³ Innstilling til Stortinget nr. 271 (2001-2002).

LITTERATUR

Askildsen, Jan Erik, Tor Helge Holmås og Lene Kristin Nordanger: «Bør kommuner kjøpe helseforsikring» (sic), SNF-Arbeidsnotat nr. 51, 2006.

Carlsen, Fredrik, Jostein Grytten og Irene Skau: «Befolkningens tilfredshet med sykehusene før og etter sykehusreformen», i *Tidsskrift for Den norske legeforening* nr 15, 2005.

Colombo, Francesca og Nicole Tapay: *Private Health Insurance in OECD Countries: The Benefits and Costs for Individuals and Health Systems*, OECD Health Working Papers 15, 2004.

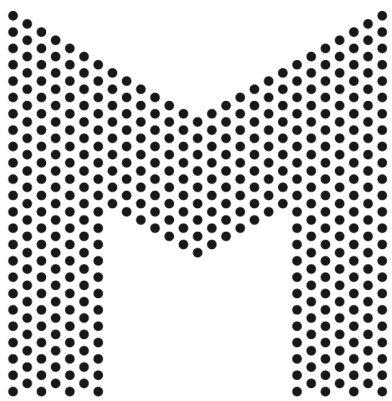
Næss, Øivind, Marit Rognerud og Bjørn Heine Strand (red.): *Sosial ulikhet i helse. En faktarapport*. Folkehelseinstituttets rapport nr 1, 2007.

Seim, Asbjørn: *Framveksten av en supplerende helsetjeneste?* Masteroppgave i helseledelse og helseøkonomi, Universitetet i Oslo, 2007.

Wagstaff, Adam: «Social Health Insurance vs. Tax-Financed Health Systems – Evidence from the OECD», Policy Research Paper 4821, Verdensbanken, januar 2009.

Aarbu, Karl Ove: «Privat helseforsikring – kommet for å bli?», i *Magma Tidsskrift for økonomi og ledelse* nr 4, 2008.

(Alle øvrige referanser står oppført i rapportens fotnoter.)



MANIFEST
SENER FOR
SAMFUNNSANALYSE