



Dato: 18. juni 2024

Policynotat: Forsikringsbransjen skaper problemer for det offentlige helsetilbudet

Den norske offentlige helsetjenesten er bygd opp på et solidarisk fundament. Likeverdighetsprinsippet står sterkt; alle innbyggere skal ha lik rett til utredning, behandling og oppfølging. Tilgangen til dette har vært sikret gjennom velferdsstaten. I økende grad tilbys private helseforsikringer som for eksempel behandlingsforsikring (utredning og behandling), uføreforsikring (utbetalinger ved uførhet), livsforsikring (utbetaling til etterlatte ved død) og forsikringer ved kritisk sykdom. Vi fokuserer her på behandlingsforsikring.

Om lag 750 000 nordmenn har behandlingsforsikring, hvor nesten 90 % er betalt av arbeidsgiver. For at helsetjenesten skal være bærekraftig er det viktig med god prioritering med et mål om å få mest mulig helse ut av hver krone.

Krav om helseerklæring

Behandlingsforsikring krever helseopplysninger via egenerklæring, og deretter legeattest fra fastlege. På denne måten gjøres en risikoreduksjon for forsikringsselskapet, ved å forhåndsselektere forsikringskjøperne basert på eksisterende helsesituasjon på kjøpstidspunktet. Dette står i motsetning til andre forsikringer hvor risiko fordeles på hele kundepopulasjonen – for eksempel reiseforsikring. Det står også i motsetning til velferdsstaten. Finans Norge forklarer krav om å gi helseopplysninger ved tegning som en kollektiv ordning for gjennomsnittet. Målet er å holde de sykeste og mest trengende utenfor fordi disse vil fordyre ordningen så mye at de friskeste ikke vil være med å betale. Behandlingsforsikring treffer de som har økonomi til å betale for det, er i arbeid og er forholdsvis friske fra før. De som ikke har god nok økonomi eller har en tidligere sykehistorie, vil dermed ikke få det samme tilbudet. I tillegg er det slik at dersom en barneforsikring forlenges inn i voksen alder så slipper man å levere helseattest, noe som stimulerer til økt salg av barneforsikringer.

Fastlegene bidrar til selskapenes risikoreduksjon ved at man skriver erklæringer på oppfordring fra forsikringsfirmaene. Erklæringene brukes til å avgjøre om pasientens sykehistorie tillater tegning av forsikring, og eventuelt en avkortning i tilbud til søkeren. Indirekte bidrar vi til å skape sosial ulikhet.

Konsekvenser

Befolkningen er klar over forsikringsselskapenes seleksjon- og avkortningspraksis og vegrer seg i noen tilfeller for å oppsøke helsetjenesten for potensielt farlige symptomer, i frykt for at det skal kunne rapporteres på et senere tidspunkt til forsikringsselskap, med dertil reduserte muligheter for å tegne forsikring. Å motta helsehjelp kan dermed bli kontraproduktivt for fremtidig helsehjelp. Slik kan private helseforsikringer på grunn av forsikringsfrykt føre til underdiagnostisering og underbehandling. Enda mer utbredt er det at helseforsikringer fører til overdiagnostisering og overbehandling. Initial utredning utløst av en forsikring kan skape behov for videre undersøkelser og tiltak. Utredning og behandling kan føre til uønskede hendelser og helseangst kan skapes. Komplikasjoner må ofte følges opp i det offentlige. Kommunikasjon om pasientforløp er gjerne manglende. Det er problematisk at kommersielle aktører bidrar til ressurskrevende og til dels unødvendig oppfølging i den offentlige helsetjenesten.

Økonomisk profitt i forsikringsbransjen og hos private helsetilbydere kan gi en prioriteringsvridning som har betydning for hvilke helsetjenester som tilbys. Enhver utredning og behandling vil kunne fortrenge noe annet, da tilgang på ressurser er en begrensende faktor. Gjennom forsikringsbransjens salg av helsetjenester, skapes en driver for hva befolkningen opplever som en rettighet. Realitetene er at det i de fleste tilfeller skapes et overforbruk av både utredning og behandling. Likevel blir ofte oppfatningen i befolkningen at det offentlige ikke tilbyr gode nok tjenester. Tilgang på tilbudssensitive undersøkelser gjennom forsikringsordninger gjør at en større andel av helsekronene brukes på unødvendige undersøkelser og er samfunnsøkonomisk ulønnsomt. I tillegg fører det til en vridning av helsepersonell bort fra den offentlige helsetjenesten.

Konklusjon

Motsatsen til privat helseforsikring og private helsetilbydere er den offentlige helsetjenesten, som sikrer universell tilgang uavhengig av inntekt, utdanning og andre sosioøkonomiske gradienter. Når den kollektive helseforsikringen blir individualisert i et privat marked kan det være diskriminerende for noen og vil øke sosiale forskjeller. Resultatet av behandlingsforsikringer kan bli at tilgangen på helsetjenester blir markedsstyrt i stedet for behovsstyrt. Norsk forening for allmennmedisin vil arbeide for at de norske velferdsordningene skal være romslige og gode og være en tilstrekkelig universell forsikring for norske innbyggere.

Norsk forening for allmennmedisin mener at

- **de norske velferdsordningene skal være romslige, gode og en tilstrekkelig universell forsikring for norske innbyggere**
- **private behandlingsforsikringer undergraver prioriteringene i helsevesenet og utløser uheldig ressursbruk**
- **private behandlingsforsikringer bidrar til både underbehandling og overbehandling**
- **fastlegenes begrensede ressurser bør ikke brukes på å skrive attester for å redusere forsikringspremien for de friske på bekostning av de syke**