

www.sintef.no





# SINTEF RAPPORT

**SINTEF Teknologi og samfunn**  
Global helse og velferd

Postadresse: Pb 124, Blindern  
0314 Oslo  
Besøksadresse: Forskningsveien 1  
0373 Oslo  
Telefon: 73 59 03 00  
Telefaks: 22 06 79 09

Foretaksregisteret: NO 948 007 029 MVA

TITTEL

**Privat helseforsikring og sykefravær**

FORFATTER(E)

Karl-Gerhard Hem

OPPDRAGSGIVER(E)

NHOs Arbeidsmiljøfond

RAPPORTNR. A13613	GRADERING Åpen	OPPDRAGSGIVERS REF. Siri Møllerud	
GRADER. DENNE SIDE Åpen	ISBN 9788214047837	PROSJEKTNR. 78G299	ANTALL SIDER OG BILAG 20 + 1
ELEKTRONISK ARKIVKODE Sluttrapport privat helseforsikring.docx	PROSJEKTLÉDER (NAVN, SIGN.) Karl-Gerhard Hem	VERIFISERT AV (NAVN, SIGN.) Tarald Rohde	
ARKIVKODE	DATO 2009-12-14	GODKJENT AV (NAVN, STILLING, SIGN.) Inger B. Scheel, forskningssjef	

## SAMMENDRAG

Mange av NHOs medlemsbedrifter kontaktes av forsikringselskaper om å tegne private helseforsikring for sine ansatte. Forsikringselskapene hevder at slik helseforsikring er nyttig, og at de vil være lønnsomme for bedriftene fordi sykefraværet blir redusert. Noen selskaper har antydnet at bedrifter som har privat helseforsikring kan få 20 prosent lavere sykefravær.

SINTEF har gjennomført en spørreundersøkelse om erfaringer med bruk av helseforsikringer blant et utvalg på 300 av NHOs medlemmer. Svarene er sett i sammenheng med virksomhetenes sykefravær, både for de som har og de som ikke har privat helseforsikring.

- I alt 18 prosent av virksomhetene oppgir at de har tegnet privat helseforsikring.
- Undersøkelsen viser at det ikke er mulig å se noen forskjell i utviklingen av sykefraværet hos de som har og de som ikke har privat helseforsikring.
- Virksomhetene oppgir at motivet for å tegne helseforsikring dels er å redusere sykefraværet, dels er å redusere ventetid for ansatte som står i helsekøer og dels er det for å ta vare på ansatte som blir syke.
- De som har helseforsikringer har et mer positivt forhold til private helsetjenester, og ser det i større grad som et viktig supplement til offentlige tjenester.

En gjennomgang av andre prosjekter viser at det er gjort få bedriftsøkonomiske analyser av private helseforsikringer i et system med offentlige helsetjenester, mens det er gjort flere studier av samfunnsmessige effekter av helseforsikringer.

STIKKORD	NORSK	ENGELSK
GRUPPE 1	Helse	Health
GRUPPE 2	Økonomi	Economy
EGENVALGTE	Helseforsikring	Health insurance
	Sykefravær	Sick leave

**INNHALDSFORTEGNELSE**

<b>1</b>	<b>Bakgrunn.....</b>	<b>3</b>
<b>2</b>	<b>Metode .....</b>	<b>3</b>
<b>3</b>	<b>Resultater .....</b>	<b>4</b>
3.1	Intervjuer med virksomhetene .....	4
3.2	Andre studier.....	5
3.3	Spørreundersøkelser.....	8
<b>4</b>	<b>Oppsummerende diskusjon og konklusjon.....</b>	<b>19</b>
	<b>Vedlegg 1. Spørreskjema som er benyttet i brukerundersøkelsen .....</b>	<b>21</b>
	<b>Referanser .....</b>	<b>25</b>

## 1 Bakgrunn

Mange av NHOs medlemsbedrifter kontaktes av forsikringsselskaper om å tegne private helseforsikring for sine ansatte. Forsikringsselskapene argumenterer for at slik helseforsikring er nyttig og lønnsom, fordi sykefraværet blir redusert. Denne rapporten ser på hvilket belegg det er for en slik påstand.

Hensikten med prosjektet har vært å kartlegge mulige effekter for bedrifter av å tegne privat helseforsikring, først og fremst når det gjelder virkningen på bedriftens sykefravær. Er det slik at en virksomhet som tegner en privat helseforsikring vil tjene inn beløpet de betaler i premie ved at sykefraværet blir redusert? Er det også andre økonomiske fordeler ved en slik forsikring som gjør at det for noen kan lønne seg, selv om ikke sykefraværet blir vesentlig redusert?

## 2 Metode

Det er først foretatt intervjuer av ledere, administrasjonsledere eller personalledere i et utvalg av 15 virksomheter som har benyttet helseforsikringer, eller som var i ferd med å vurdere et slikt tilbud. Hovedspørsmålene i disse intervjuene handlet om bakgrunnen til at de tegnet en helseforsikring, hvilken hjelp de har fått fra selskapet, hvor mye de hadde benyttet forsikringen og hva de fikk av informasjon og veiledning fra selskapene. Det ble også spurt om de hadde vurdert alternativer til privat helseforsikring, om de hadde vurdert å si opp forsikringen og om bruk av andre typer tilbud fra helsevesenet eller fra NAV.

Det er videre søkt og gjennomgått andre relevante prosjekter med vekt på norske og skandinaviske studier, samt en del internasjonal litteratur på dette feltet. Hovedaktiviteten i prosjektet har vært en spørreundersøkelse blant et utvalg av NHOs medlemsbedrifter.

Hensikten med intervjuene av forsikringskundene og litteraturgjennomgangen var primært å forberede spørreundersøkelsen, slik at man kunne stille de mest relevante spørsmålene.

Spørreundersøkelsen ble foretatt med to ulike utvalg. I den største undersøkelsen ble det trukket ut 2000 tilfeldige virksomheter fra i alt 10 grupper av bransjer hos NHO. I hver bransjegruppe ble det identifisert 100 virksomheter med under 100 ansatte, og 100 med mer enn 100 ansatte<sup>1</sup>. I en mindre undersøkelse ble omtrent de samme spørsmålene stilt til et utvalg på ca 50 NHO-medlemmer. Spesielt for denne gruppen var at de også hadde deltatt i en undersøkelse som SINTEF gjennomførte i mai 2009 for å evaluere IA-avtalen. Svarene fra denne mindre undersøkelsen er lagt til datamaterialet.

Undersøkelsene er gjennomført nettbasert ved hjelp av Questback, og det er foretatt en purring<sup>2</sup>. Henvendelsene er sendt til den e-postadressen som NHO har registrert som kontaktperson for NHO. Teksten i henvendelsen og spørreskjemaet er gjengitt i vedlegg 1.

For hvert svar i spørreundersøkelsen er det angitt det offisielle organisasjonsnummer. Datafilen med svarene er oversendt Statistisk sentralbyrå, som har data om sykefravær fra 2001 til 2008. For hvert svar som tilsvarende en virksomhet, er disse dataene koblet på datafilen fra undersøkelsen med bruk av organisasjonsnummer som koblingsnøkkel. Ved retur til SINTEF er organisasjonsnummeret fjernet og erstattet av et løpenummer, av hensyn til anonymitet. Denne datafilen er benyttet for å analysere virkningen av privat helseforsikring på sykefravær i slutten av rapporten.

---

<sup>1</sup> Utvalget er foretatt i samarbeid med Oddbjørn Eidem i NHO.

<sup>2</sup> Undersøkelsen er gjennomført av NHO ved Hans Kristian Aag

### 3 Resultater

I dette kapitlet presenteres først en oppsummering av intervjuene og en presentasjon av andre relevante undersøkelser. Dernest presenteres resultatene av spørreundersøkelsene og en analyse av sykefravær i virksomheter med og uten privat helseforsikring.

#### 3.1 Intervjuer med virksomhetene

Her presenteres en oppsummering av erfaringene til ledere og mellomledere ved 15 virksomheter som enten har benyttet privat helseforsikring, eller som vurderte å tegne slik forsikring. I hovedsak er det personalleder eller ansatte ved personalkontoret som har vært kontaktperson.

To av virksomhetene hadde ikke tegnet forsikring på samtaletidspunktet, men sto i en vurderingsfase. Fire av intervjuene er foretatt ved direkte intervju, to ved e-post og resten er foretatt over telefon. Tre av virksomhetene er intervjuet mer enn en gang.

Noen sitater fra intervjuene:

”Vi forventet ikke nedgang i sykefravær med en gang, kanskje til og med en økning. Men det lå stort sett på samme nivå. Vi kunne ikke måle direkte at sykefravær gikk ned. Men vi fikk såpass gode tilbakemeldinger fra lokale enheter om at helseforsikringen hadde god trivselsmessig effekt. Ikke minst at de ansatte følte at det var noen som brydde seg om dem som medarbeidere. Det som var viktig med dette tiltaket var at det ikke bare var en ”administrativ sak”, men at det gjaldt absolutt alle ansatte. Det var ikke noe elitetenkning rundt dette.”

”Det ble innført i hele konsernet, fulgt av en informasjonsrunde til alle ansatte med representant fra forsikringsselskapet og ledelsen på allmøter og lignende. Suksessen til tiltaket skyldes ikke minst dette omfattende besøksprogrammet.”

”Vi så eksempler på helsekøer på 7-9 måneder, og observerte også økende ventetider for flere av våre ansatte som var sykmeldte.”

”Første året ble det rapportert bruk av forsikringen for mer enn 12 prosent av de ansatte, og kostnadene for selskapet oversteg premien som var innbetalt. Det medførte en økning i premien neste driftsår”.

”Da vi tegnet helseforsikring fikk vi rabatt på andre forsikringsprodukter. Tilleggsprisen ble derfor nokså lav, og vi fikk en gunstig avtalepakke.”

”Helseforsikring ble tegnet på basis av en reforhandling av vår pensjonsavtale, og utgjorde en del av kompensasjonen for redusert alderspensjon for de ansatte.”

”Har hatt lite – om noen – kontakt med forsikringsselskapet når det gjelder veiledning og støtte.”

”Når det gjelder fysioterapi, dekker forsikringen 12 behandlinger pr år. I visse tilfeller kan dette utvides med ytterligere 12.”

”Før vi hadde forsikring dekket vi i en viss grad behandling for ansatte.”

”Har aldri vurdert å si opp avtalen.

”Det ordinære helsevesen assosieres med lange ventetider. Utrednings- og behandlingsgarantien som ligger i forsikringen gjør at ansatte kommer raskere til behandling og raskere tilbake.”

Vi er blitt henvist til kunder som i det store og hele er fornøyde med produktet. Både selve forsikringselementet, behandling av ansatte som tok kontakt med forsikringsselskapet, informasjon og støtte fra selskapene og veiledning om oppfølging av sykmeldte fikk positiv omtale. Det kan hende at selskapene har selektert kunder som har et positivt forhold til sitt forsikringsselskap, men dette er ikke vurdert i prosjektet. Intervjuene ga innsikt i hvordan virksomhetene tenker rundt privat helseforsikring, hva som var motivet for å tegne slik forsikring og erfaringer med bruk av forsikringene. Ingen av dem vi snakket med vurderte å si opp sin forsikring. Vårt hovedinntrykk var også at disse virksomhetene i stor grad tar helse-, miljø- og sikkerhetsspørsmål på alvor. Det ble ofte nevnt at de ansatte ser helseforsikring som et gode. Ledelsen bruker det også som et ledd i rekruttering.

Helseforsikringen blir benyttet i ulik grad. En virksomhet nevnte at ca 14 prosent av de ansatte benyttet tjenestene årlig, og at dette var stabilt over flere år. Andre benyttet tjenestene i mindre grad.

### 3.2 Andre studier

I dette avsnittet presenteres resultatet av vår gjennomgang av andre relevante prosjekter. Vi har dels søkt i internettbaserte datakilder som Google scholar og Bibsys, og dels er gjennomgangen basert på eksisterende kunnskap om feltet fra tidligere gjennomførte prosjekter. I de siste årene har det vært mange medieoppslag i aviser og tidsskrifter, men det har ikke vært mulig å gi en fyllestgjørende oppsummering av disse.

#### *Empiriske studier om omfanget av privat helseforsikring*

OECD har gjennomført en omfattende studie av privat helseforsikringer (1). De fleste landene i OECD har et blandet system for finansiering av helsetjenestene, og det drøftes i rapporten hvilken rolle privat helseforsikring har i slike systemer. Videre redegjøres det for myndighetenes ulike roller og hvilke regler som gjelder i ulike land, samt hvilke implikasjoner helseforsikringer har på effektiviteten i helsevesenet.

I Statistisk sentralbyrås årlige levekårsundersøkelse ble det for 2008 inkludert spørsmål om privat helseforsikring. En rapport om resultatene fra denne undersøkelsen ventes tidlig i 2010 (Tor Iversen, UiO, personlig meddelelse).

Det gjennomføres i 2009 også en stor undersøkelse blant befolkningen i Danmark (2). Hensikten er å analysere hva som kjennetegner de som har privat helseforsikring og hva ulike typer effekter er av slik forsikring, samt befolkningens holdning til risiko knyttet til helsetjenester.

#### *Sammenhengen mellom helseforsikringer og sykefravær*

Vi har identifisert to relevante studier som tar sikte på å beregne effekt på sykefravær av å tegne privat helseforsikring.

I en svensk studie er det foretatt en spørreundersøkelse blant 469 virksomheter i tre av Svenskt Näringslivs bransjer (3). Hensikten var å undersøke sammenhengen mellom sykefravær og helsefremmende tiltak, inklusive helseforsikring. I en regresjonsanalyse av datamaterialet, med sykefravær som uavhengig variabel, er det kontrollert for andelen kvinner, alder, region, bransje og antall ansatte. Resultatene viser at kjøp av helseforsikring reduserer sykefraværet:

” Den statistiska analysen visar att för företag som har en genomsnittlig sjukfrånvaro skulle den sjukfrånvaron sjunka med ca 0,9 procentenheter av arbetad tid vid köp av sjukvårdsförsäkring. Denna sänkning kan ställas i relation till att genomsnittet för sjukfrånvaron bland samtliga svarande företag var 4,5 procent av arbetad tid. Dvs. köp av sjukvårdsförsäkring reducerar sjukfrånvaron med ca 20 procent.”

I følge rapporten gir altså undersøkelsen støtte til en hypotese om en 20 prosents reduksjon av sykefraværet, som følge av at en virksomhet tegner en privat helseforsikring.

I en periode mellom 2000 og 2006 hadde to kommuner i Hedmark tegnet privat helseforsikring for alle sine innbyggere. Helseforsikringen ble utformet som en behandlingsgaranti. Effekten av dette med tanke på ventetider og sykefravær ble evaluert av Universitetet i Bergen i 2006 (4). Det ble foretatt en sammenligning mellom utviklingen av sykefravær og ventetider i de to aktuelle kommunene og fire nabokommuner.

Evalueringen oppsummerer med at det var ikke mulig å identifisere noen effekt av helseforsikringen i de to kommunene:

”I disse analysene finner vi ingen effekt av behandlingsgarantien, verken med hensyn til sykefravær eller ventetid for behandling.”

#### *Samfunnsvitenskapelige studier*

For beskrivelser av de samfunnsmessige konsekvenser av privat helseforsikring vil vi her nevne en utredning fra Manifest Analyse og to masteroppgaver som omhandler dette.

Analyseselskapet Manifest har laget en omfattende beskrivelse av det norske helseforsikringsmarkedet (5). Rapporten beskriver veksten av dette markedet siden 2000, og anslår at det pr. august 2009 er nær 200 000 nordmenn som har privat helseforsikring. Dette forklares både med skattefritak for privat helseforsikring i 2003 og 2004, og med en offensiv markedsføringsinnsats fra forsikringsbransjen. Forsikringsselskapene regner med en sterk vekst også i tiden som kommer.

Rapporten viser også til en sterk vekst i Danmark:

”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. 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.”

I følge rapporten fra Manifest har privat helseforsikring en ugunstig fordelingseffekt, ved at det ofte er ledere, eiere og nøkkelpersonell som blir forsikret.

Asbjørn Seim (Universitetet i Oslo) har skrevet en masteroppgave om privat helseforsikring (6). Det er gjennomført en undersøkelse blant et utvalg på 1100 bedrifter. Resultatene viste at 1,8 prosent av befolkningen hadde private helseforsikringer. I utvalget var det 11 prosent av bedriftene som benyttet denne type forsikring. Undersøkelsen viste også at bedrifter hadde større sannsynlighet for å tegne privat helseforsikring hvis:

- Det økonomiske resultatet var høyere enn gjennomsnittet
- Bedriften var i næringene bygg og anlegg

- Bedriften hadde yngre medarbeidere
- Bedriften var større enn gjennomsnittet
- Bedriften hadde høy andel med høy utdanning

Undersøkelsen har ikke data om sykefraværet i bedriftene, men den viser hvilke bedrifter som har privat helseforsikring, og litt om hvilke motiver de har for å tegne slik forsikring.

I en masteroppgave fra Universitetet i Bergen gjennomgås teori for etterspørsel etter privat helseforsikring (7). Blant annet nevnes at det i Sverige og i særlig grad i Danmark er et større økonomisk ansvar for syke arbeidstakere. Basert på statistikk fra OECD blir det fremsatt en hypotese om at dette kan være noe av årsaken til at svenske og i særlig grad danske arbeidsgivere velger å forsikre sine ansatte.

I oppgaven drøftes også mulige imperfeksjoner i markedet for helseforsikring, særlig knyttet til adferdsrisiko og ugunstig utvalg. Det drøftes også mulige samfunnsøkonomiske gevinster og mulige forklaringsfaktorer for helseforsikringer, i et system med tvungen sosialforsikring i bunn. Noen interessante spørsmål er om ventelister i det offentlige helsevesenet kan ha betydning for etterspørselen, og om privat helseforsikringer kan bidra til større kapasitet eller kortere ventetider totalt sett.

Et viktig moment som trekkes frem i diskusjonen om hvorfor markedet for privat helseforsikring har vokst "... antas å være av betydning at den private velstand i det norske samfunnet – både blant bedrifter og enkeltpersoner – har økt de senere år."

#### *Andre prosjekter*

Det ble i 2007 gjennomført et prøveprosjekt i fire kommuner i Hedmark. Her ble det ansatt en pasienthjelper i hver kommune som skulle assistere pasienter som hadde henvisning fra lege. Pasientrådgiverne skulle rådgi pasientene om mulige behandlingsopplegg og informere om ulike behandlingssteder og ventetider. Prosjektet var på mange måter en fortsettelse av forsøket som to av kommunene hadde gjennomført i årene før, der alle innbyggerne fikk helseforsikring (4).

Prøveprosjektet i Hedmark ble evaluert av SINTEF Helse i 2008 (8).

"Pasientundersøkelsen viser at pasientene var meget fornøyde med pasienthjelperne. Både forbedret informasjon, individuell service og oppfølging fra pasienthjelperne, samt forkortede ventetider var nevnt som viktige effekter.

Evalueringen registrerte betydelig redusert ventetid for de pasientene som fikk hjelp. Mer enn halvparten av dem opplevde redusert ventetid, og for disse ble ventetiden om lag halvert sammenlignet med ordinær ventetid. En del av pasientene i prosjektet var sykmeldte mens de ventet på behandling. Ventetiden for disse ble i gjennomsnitt redusert med fem uker, altså 25 arbeidsdager. Den økonomiske innsparingen av dette i form av redusert sykefravær er ca 0,5 millioner kroner. Dette kan ikke i seg selv sies å være tilstrekkelig til å rettferdiggjøre ordningen rent økonomisk, men det kan sies å ha redusert kostnadene ved ordningen fra 4 millioner til om lag 3,5 millioner kroner netto. "

Evalueringen viste altså at driftskostnadene til pasienthjelpere i de fire kommunene var vesentlig større enn de beregnede innsparinger på sykefravær. Som et alternativ til kommunale pasienthjelpere ble det i evalueringsprosjektet omtalt muligheten for å etablere lignende ordninger regionalt eller nasjonalt. I 2009 ble det etablert et nasjonalt veiledningscenter i Tønsberg, som kan assistere pasienter som har en henvisning fra lege i å finne frem til et velegnet behandlingssted (se vedlegg 2 for en nærmere beskrivelse).

I et tidligere prosjekt for NHOs Arbeidsmiljøfond ble sammenhengen mellom helsekøer og sykefravær beregnet (9). I dette prosjektet ble det konkludert med at ca seks prosent av langtids sykefravær ville kunne spares ved å redusere gjennomsnittlig ventetid fra 90 til 30 dager. Dette prosjektet er relevant fordi det ser på sammenheng mellom reduksjon i ventetid og en tilsvarende reduksjon i sykefravær. Det er bare en liten andel de som til enhver tid er sykmeldte som står i helsekø, og som samtidig venter på en behandling som kan gjøre dem fortere friskmeldte.

#### *Raskere tilbake*

I de siste femten år er det gjennomført flere prosjekter med ulik type av tilleggsfinansiering for å øke kapasiteten i spesialisthelsetjenesten, både med tanke på å redusere ventetider og sykefravær. Den siste satsningen i 2008 og 2009 er igangsatt med statlige midler i forbindelse med IA-avtalen og vil bli evaluert av Universitetet i Bergen i 2010.

Prosjekter som har tatt sikte på å styrke kirurgisk behandling har noen ganger vist samfunnsøkonomisk lønnsomhet ved at kostnadene til behandling har bidratt til mindre utbetalte sykepengene (10, 11).

#### *Oppsummering*

Det er identifisert noen studier av samfunnsmessige effekter av privat helseforsikringer, der både effekt, tilgjengelighet og effektivitet analyseres (1, 5, 12).

Denne gjennomgangen har vist at det er få studier som har analysert sammenhengen mellom privat helseforsikring og sykefravær. Det er identifisert to studier i et system med offentlige helsetjenester, en norsk og en svensk (3, 4). I den norske studien finner man ikke utslag på registrerte ventetider eller på sykefravær. Den svenske studien baserer seg på en tverrsnittsstudie, og viser en lavere nivå på sykefravær i virksomheter som har privat helseforsikring, sammenlignet med virksomheter uten forsikring. En slik tverrsnittstudie med data fra ett tidspunkt kan imidlertid ikke benyttes som et tilstrekkelig bevis på at det foreligger en årsakssammenheng. Den observerte forskjellen i sykefraværnivå kan også skyldes en seleksjon, dvs. at det er virksomheter med gjennomsnittlig lavere sykefravær som tegner helseforsikring. Resultatene vil feilaktig kunne tolkes som om det er helseforsikringen som medfører lavere sykefravær.

En måte å identifisere en eventuell årsakssammenheng på, er å studere sykefraværet i et antall virksomheter over tid, både de som får og de som ikke får privat helseforsikring. Det vil da kunne undersøkes om virksomheter som tegner privat helseforsikring opplever en reduksjon i sitt sykefravær, sammenligner med de som ikke gjør det. En slik undersøkelse presenteres i neste avsnitt.

### **3.3 Spørreundersøkelser**

Det ble i mai 2009 sendt ut spørreskjema til 1499 virksomheter via e-post. Det var disse som ble identifisert med epost i medlemsregisteret ut fra vårt uttrekk på opprinnelig 2000 virksomheter. I tillegg ble det sendt ut en mindre og forenklet undersøkelse til IA-bedrifter som også hadde svart på en undersøkelse fra SINTEF våren 2009 om erfaringene med IA-avtalen. Dette forbedrer utsagnskraften og gir noen flere nyanser i analysene.

#### **3.3.1 Svarinngang og representativitet**

Det kom inn svar fra 260 virksomheter etter en purring, noe som representerer en svarprosent på 19. I tillegg fikk vi svar fra 47 IA-virksomheter med en tilsvarende svarprosent. Presentasjonen nedenfor baserer seg på de totalt 507 svarene fra de to undersøkelsene.

I utvalget er det et gjennomsnitt på 330 ansatte, det er 18 virksomheter med mer enn 1000 ansatte og de har tilsammen over 82 000 ansatte.

I følge NHO er gjennomsnittlig bedriftsstørrelse på deres medlemmer lavere enn 330 ansatte, men vi har i utgangspunktet ikke med bedrifter under fem ansatte. Vi kjenner ikke nøyaktig gjennomsnittet for NHO-bedrifter med mer enn fem ansatte, men Hans Kristian Aag i NHO vil likevel anslå at det også er lavere enn 330. Vi har følgelig fått med noe større virksomheter enn et gjennomsnitt i NHO, men vi har også med en god del småbedrifter. For eksempel har 24 prosent av virksomhetene færre enn 25 ansatte. Alle fylker og bransjer er representert.

Resultatet av spørreundersøkelsen gir, på tross av nokså lav svarprosent, et tilstrekkelig grunnlag for å undersøke sammenhengen mellom privat helseforsikring og sykefravær.

Utvalget er ikke statistisk representativt for andre formål, eller for alle NHO-virksomheter.

I og med at overskriften for undersøkelsen inkluderer ”Private helseforsikringer” kan det også tenkes at det er en overrepresentasjon av virksomheter med slik forsikring. Men dette har ikke betydning for analysen av sykefraværsutviklingen.

### **3.3.2 Andel som har helseforsikring**

I alt 54 virksomheter (18 prosent) i undersøkelsen svarte at de hadde tegnet privat helseforsikring til alle eller noen av de ansatte. Av disse hadde 16 virksomheter (5 prosent) tegnet forsikring for under halvparten av de ansatte, resten hadde forsikringer for alle eller nesten alle de ansatte. De virksomhetene som har forsikret kun deler av de ansatte svarte alle at det var ledelse og nøkkelpersoner som var dekket.

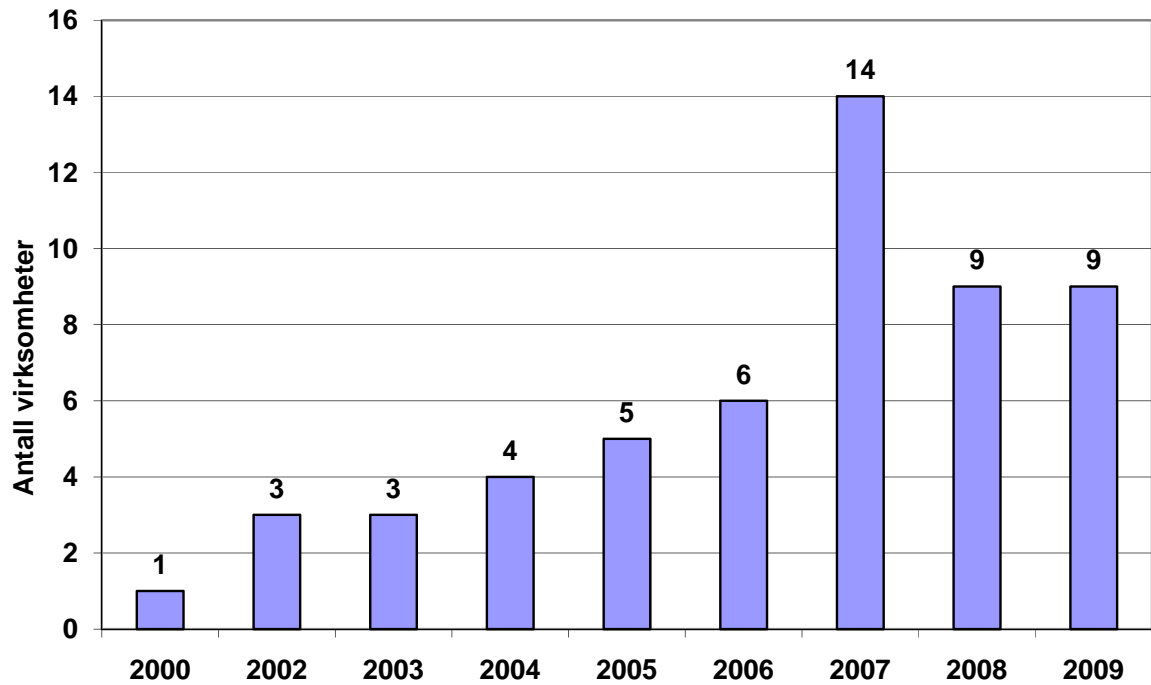
Det var ingen forskjell i størrelse på virksomheter med forsikringer til alle ansatte og de uten forsikringer (gjennomsnittlig 220 ansatte), men de som bare hadde forsikring for noen av de ansatte var i gjennomsnitt større virksomheter (gjennomsnittlig 1100 ansatte).

Dataene indikerer at det er noe forskjell mellom næringer med hensyn til andelen som har helseforsikring. For eksempel hadde 23 prosent av virksomhetene i oljeutvinning helseforsikring til alle ansatte. Datamaterialet gir ikke grunn til å hevde at det er signifikant forskjell mellom næringene ( $p = 0,40$ )<sup>3</sup>.

Figuren under viser når virksomhetene tegnet helseforsikring.

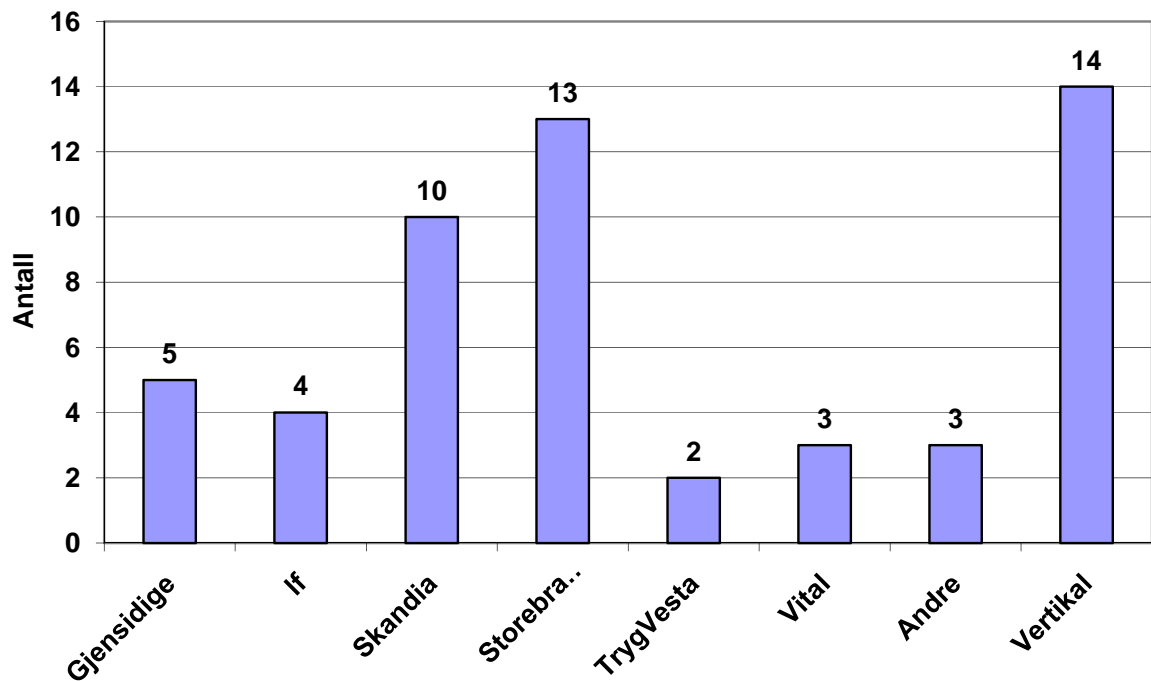
---

<sup>3</sup> Det er oppgitt en p-verdi i en kjikvadrattest. Tall som er høyere enn 0,05 angir ikke-signifikante sammenhenger.



**Figur 1. Når fikk virksomheten helseforsikring. Antall**

Mer enn halvparten av virksomhetene med helseforsikring har tegnet avtale i 2007, 2008 eller i første halvdel av 2009.



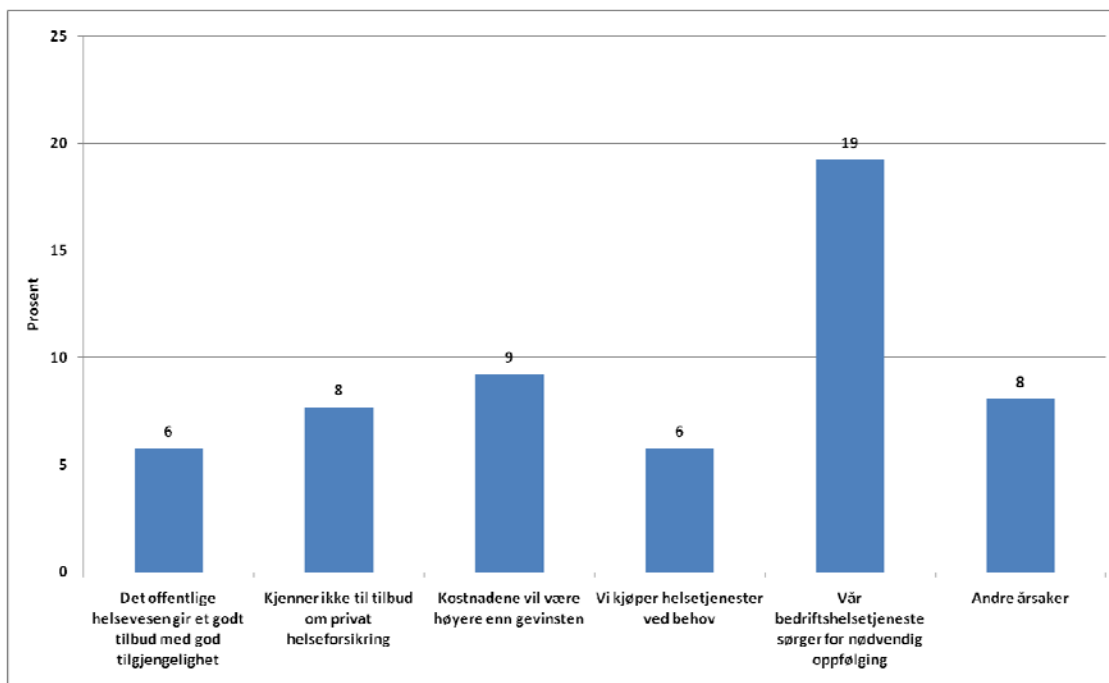
**Figur 2. Forsikringselskap**

Figuren viser at Vertikal, Storebrand og Skandia har de aller fleste kundene. Vertikal er ikke med i Finansnæringens Hovedorganisasjon (FNH), men ellers viser fordelingen store likheter med FNHs' statistikker.

Gjennomsnittlig forsikringspremie er 2100 kroner. Det noe variasjon mellom selskapene. For eksempel kan det se ut som om Storebrand har litt høyere gjennomsnittlig premie enn de andre selskapene<sup>4</sup>, men vi kan ikke se totale signifikante forskjeller ( $p = 0,52$ )<sup>5</sup>. De ulike forsikringene er for øvrig ikke helt identiske i utforming og dekning. Vi behandler her alle typer behandlingforsikringer under ett.

### 3.3.3 Hvorfor ikke helseforsikring

I alt 82 prosent av virksomhetene hadde ikke tegnet egen privat helseforsikring. Disse virksomhetene skulle besvare spørsmål om årsakene til det (figuren nedenfor).



**Figur 3. Årsaker til at virksomhetene ikke hadde tegnet helseforsikring. Prosent av de som ikke hadde forsikring. (N = 180)**

Den viktigste årsaken som oppgis er at bedriftshelsetjenesten står for den nødvendige oppfølging av sykmeldte (33 prosent). Deretter følger en økonomisk begrunnelse, at kostnadene til en slik forsikring vil være høyere enn gevinsten (17 prosent) og at de mangler kunnskap om helseforsikring (13 prosent). I alt 12 prosent oppga at det offentlige helsevesen gir et godt tilbud med god tilgjengelighet, mens 11 prosent oppga at de kjøper helsetjenester ved behov.

### 3.3.4 Erfaring med helseforsikring

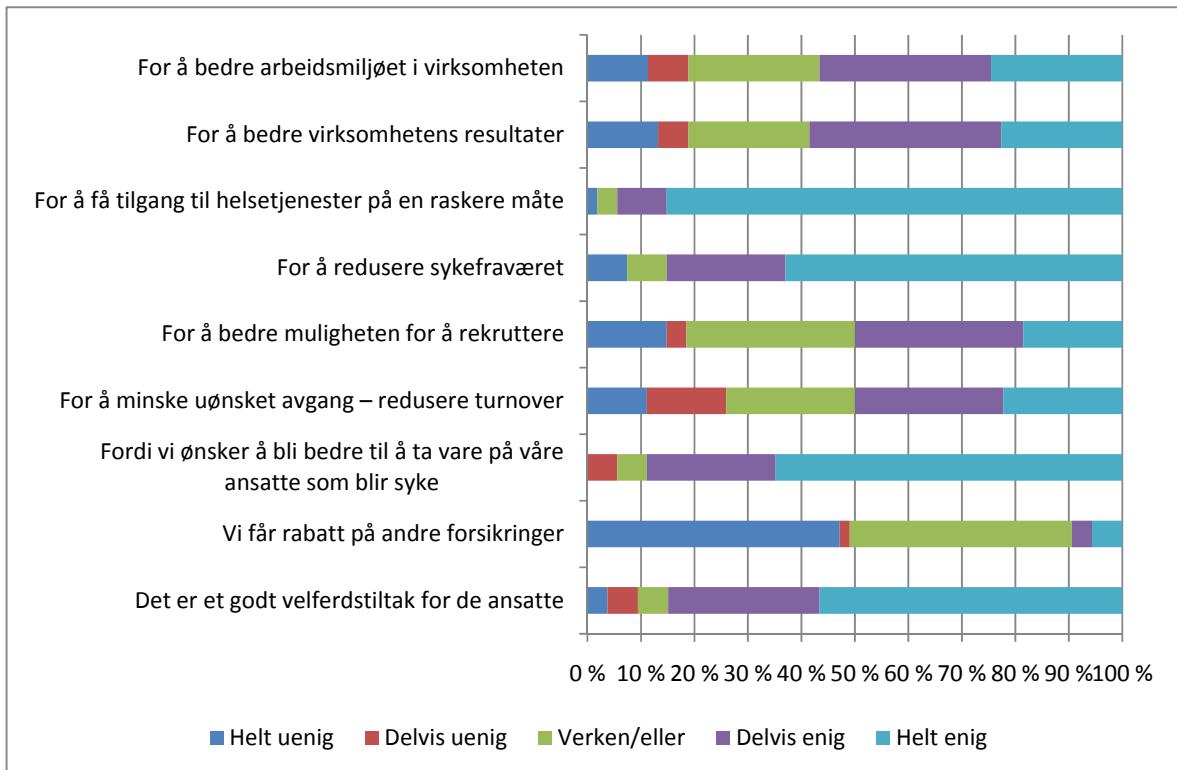
Virksomhetene som har helseforsikring skulle besvare de resterende spørsmål om deres erfaringer med forsikring.

Spørsmålet lød: Er du enig i følgende påstander om hvorfor virksomheten valgte å tegne helseforsikring for sine ansatte?

<sup>4</sup> Dette resultatet samsvarer også med oversikt fra FNH.

<sup>5</sup> Dette resultatet samsvarer også med oversikt fra FNH.

Svarfordelingen fra de 54 virksomhetene gjengis i figuren nedenfor.



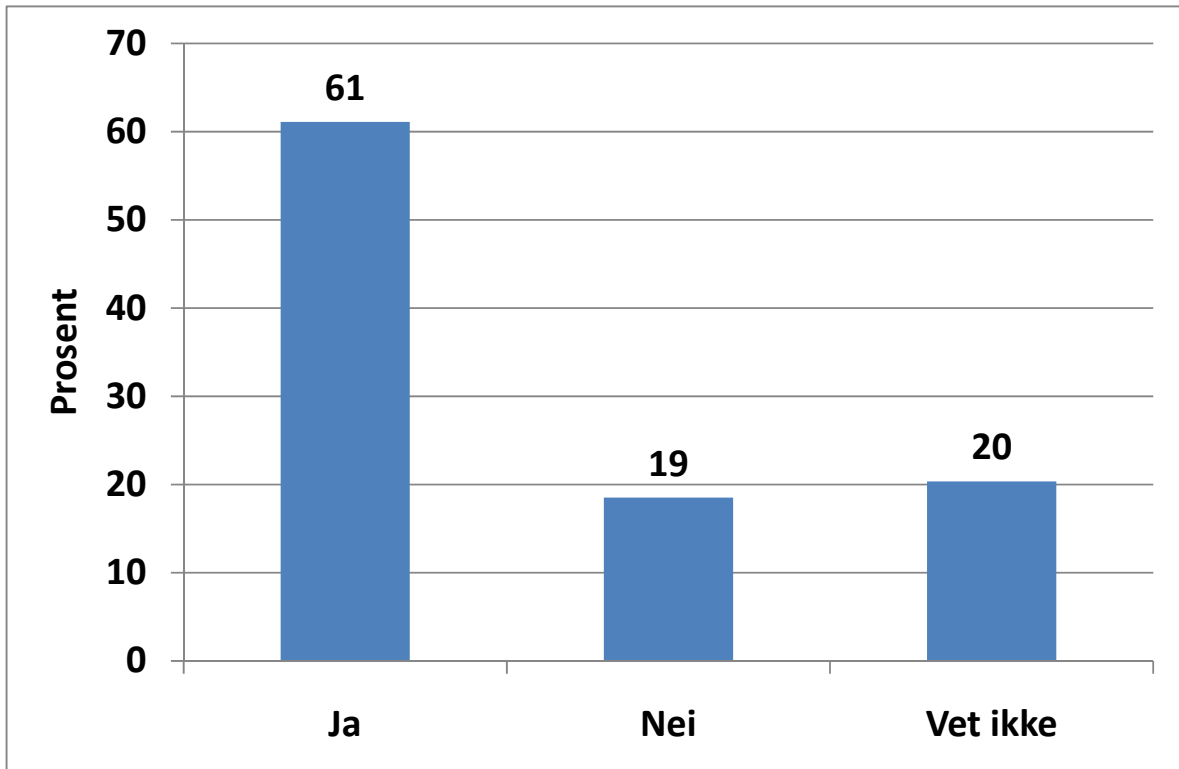
**Figur 4. Årsaker til at virksomhetene tegnet privat helseforsikring. N=54**

Resultatene viser at den viktigste årsaken til å tegne privat helseforsikring er å få tilgang til helsetjenester på en raskere måte. I alt 95 prosent av respondentene er enig eller delvis enig i en slik påstand. Dernest følger hensynet til de ansatte som blir syke, der omkring 88 prosent av virksomhetene svarer at de er enige eller delvis enige i påstanden. Det er også viktig for å kunne redusere sykefraværet, og for å ha et godt velferdstiltak for de ansatte. Den minst viktige faktoren for å tegne helseforsikring er for å få rabatt på andre forsikringer. Det er heller ikke en veldig viktig faktor å forbedre arbeidsmiljøet eller økonomien i virksomheten.

Det ble også spurt om hvilke tjenester virksomhetene får fra forsikringsselskapene i form av oppfølging, rådgivning og informasjon. Sju av virksomhetene hadde klare positive utsagn i form av "Veldig god oppfølging", "Alt vi ønsker", "God informasjon" og lignende. I alt 15 virksomheter nevner "Materiell til info og oppslag", "Skriftlig og muntlig informasjon" og "Brosjyrer". Seks av respondentene har kritiske kommentarer som "Ingen info", "Lite" og "Noe".

I alt 8 virksomheter (17 prosent) av dem med forsikring oppga at helseforsikring var koblet til premien for andre forsikringer.

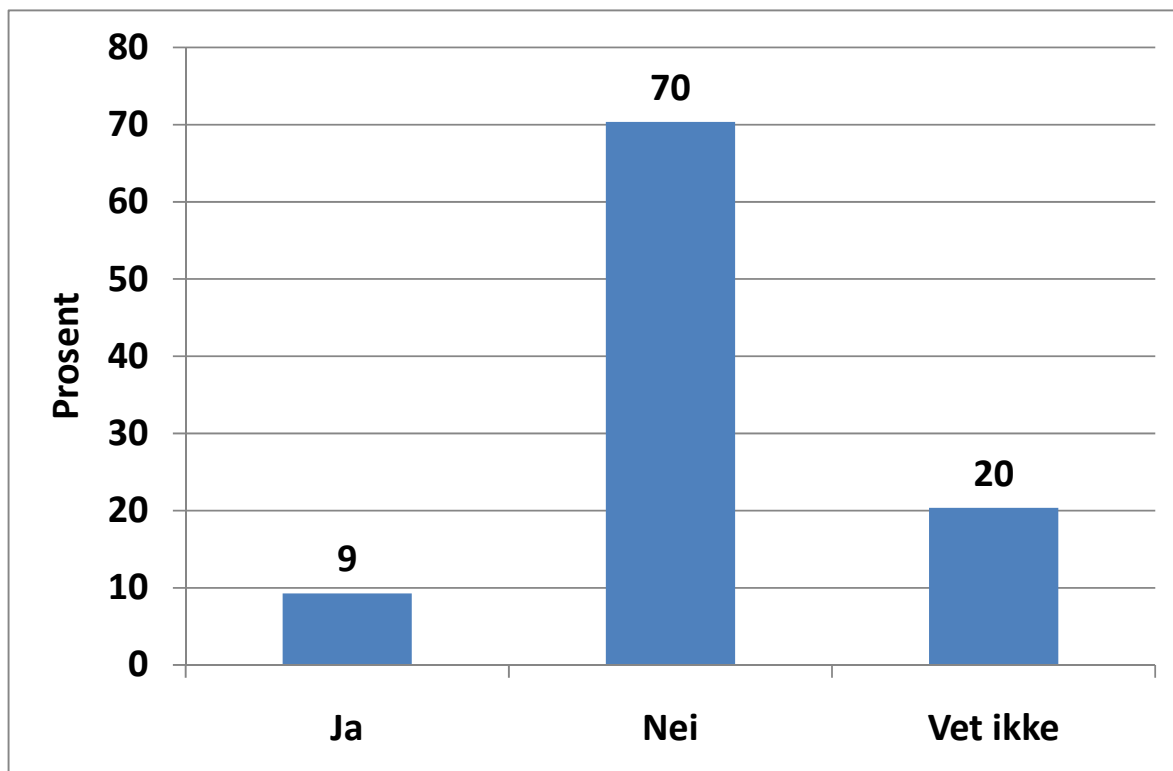
Det neste spørsmålet var en vurdering om nytten av helseforsikring er større enn kostnadene.



**Figur 5. Er nytten av helseforsikring større enn kostnadene? Prosent. N=54**

60 prosent mente nytten var større enn kostnaden, mens 19 prosent syntes nytten var mindre enn kostnaden. 20 prosent hadde ingen vurdering av denne problemstillingen.

En viktig begrunnelse for å tegne helseforsikring er å redusere sykefravær i den enkelte virksomhet (se figur 4). Vi spurte derfor om sykefraværet i virksomhetene hadde gått markert ned etter at de fikk helseforsikring.

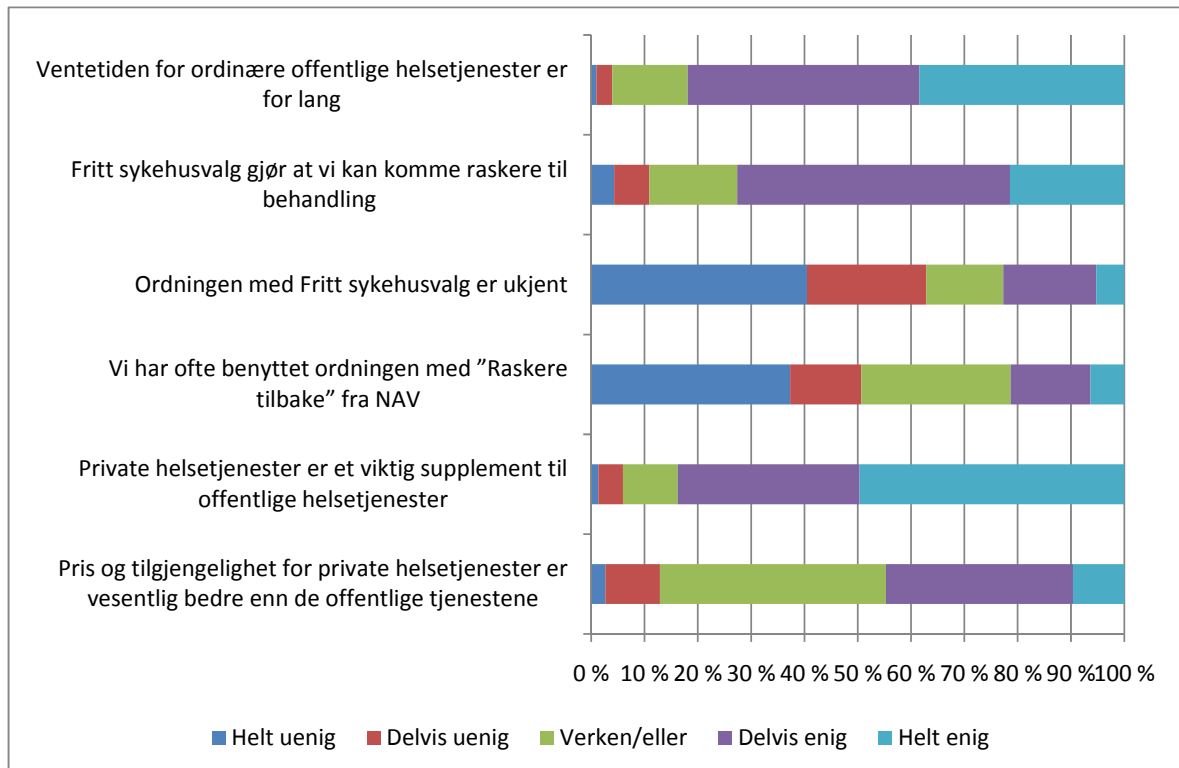


**Figur 6. Har sykefraværet gått markert ned etter at dere tegnet helseforsikring? Prosent. N=54.**

Det er kun 9 prosent (5 virksomheter) som har observert en markert nedgang i sykefravær etter at de tegnet helseforsikring.

### 3.3.5 Erfaringer med helsevesenet

For å undersøke respondentenes holdninger til helsevesenet generelt ble respondentene bedt om å ta stilling til seks påstander. Svarene gjengis i figuren nedenfor for alle respondentene samlet.

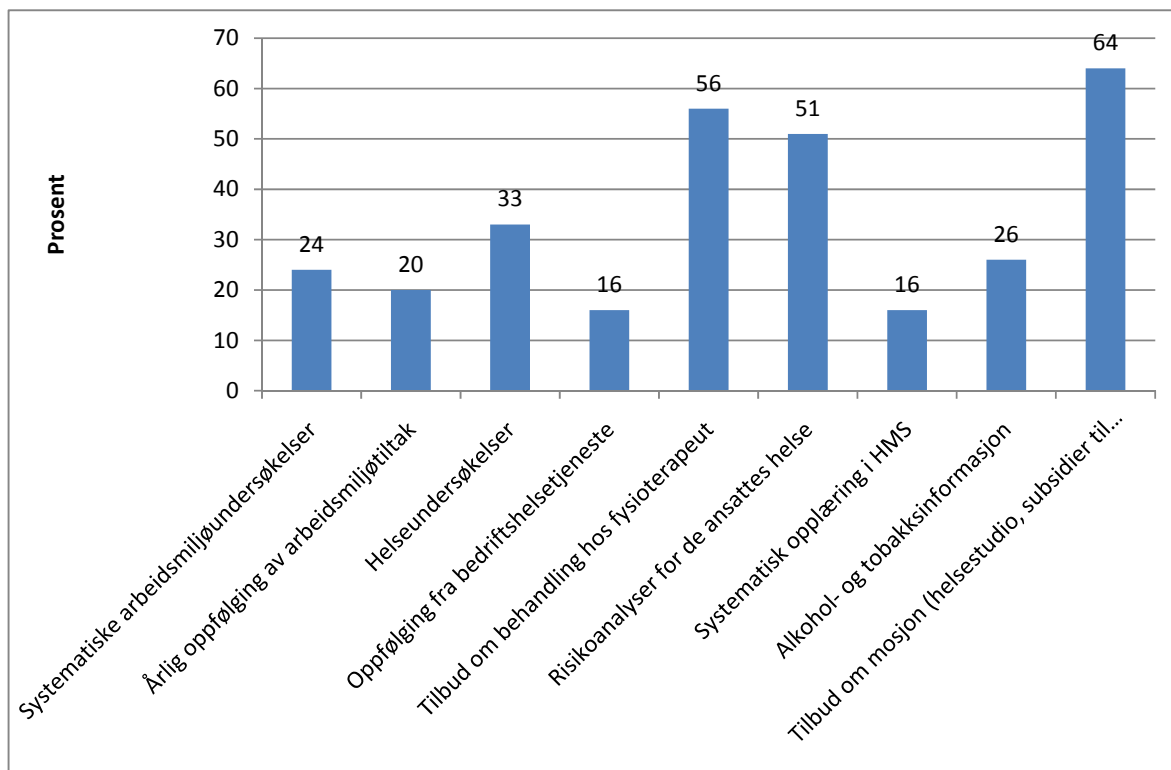


**Figur 5. Holdninger til helsetjenester. N=304**

Disse resultatene viser at respondentene både synes at det er for lange ventetider i helsevesenet samtidig som de synes at fritt sykehusvalg kan bidra til raskere behandling. Det er også stor enighet om at private helsetjenester er et viktig supplement til offentlige helsetjenester, men det er mindre enighet om at pris og tilgjengelighet for private helsetjenester er bedre enn de offentlige tjenestene.

De respondentene som også har tegnet privat helseforsikring avviker på de fleste av disse spørsmålene, sammenlignet med dem som ikke har helseforsikring. De er i enda sterkere grad enige i påstandene om lang ventetid og at private tjenester er et viktig supplement. I størst grad skiller de seg ut på det siste spørsmålet om at pris og tilgjengelighet for private helsetjenester er vesentlig bedre enn de offentlige tjenestene. 75 prosent av virksomhetene med helseforsikring er helt eller delvis enige i påstanden, mot 37 prosent for virksomheter uten privat helseforsikring.

### 3.3.6 Arbeidsmiljøtiltak



**Figur 6. Har virksomheten følgende tiltak: Prosent**

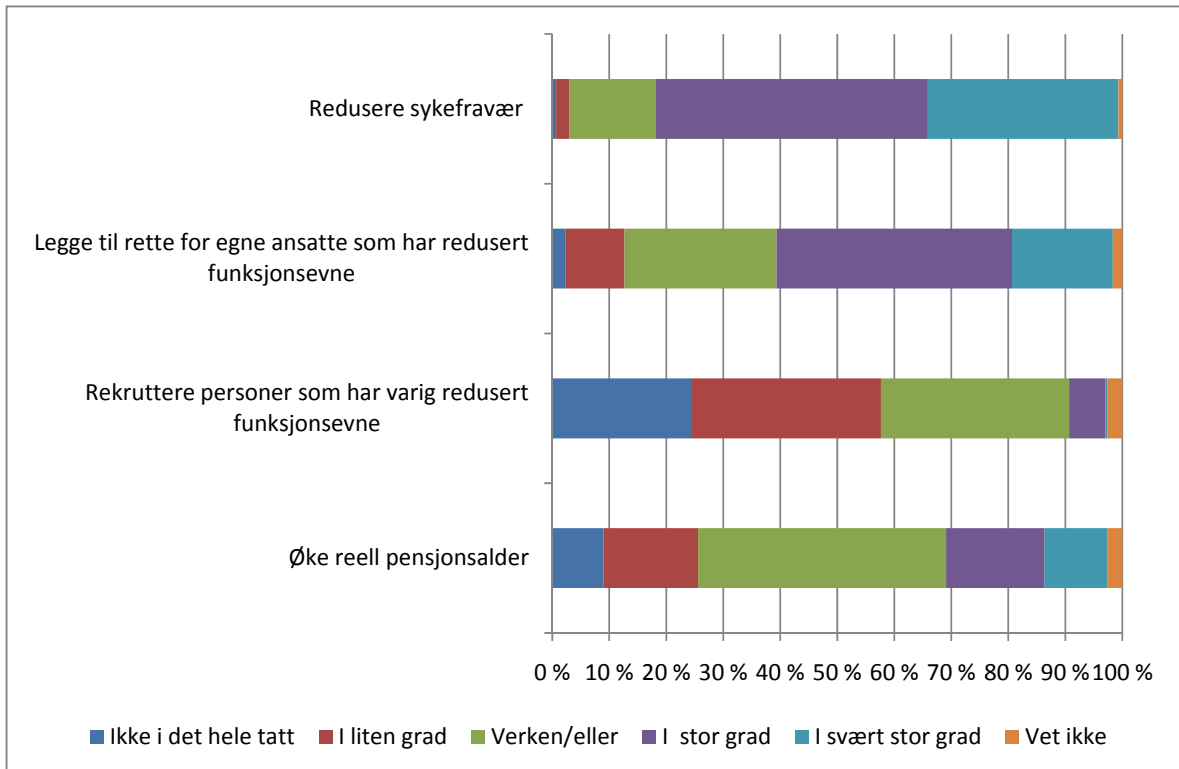
Bedriftene ble bedt om å oppgi hva de tilbød sine ansatte av tjenester og muligheter som var ment til å bedre helsen. Mer enn halvparten av virksomhetene tilbyr behandling hos fysioterapeut, og nesten to av tre virksomheter har tilbud om mosjon, dvs. helsestudio eller subsidier til bedriftsidrett.

Det er ganske like tilbud for virksomheter med og uten helseforsikring, med unntak av fysioterapeut som tilbys ved 66 prosent av virksomheter med helseforsikring til alle ansatte, og kun ved 40 prosent av virksomheter uten helseforsikring.

### 3.3.7 Arbeid med helse, miljø og sikkerhet

Det siste spørsmålet i undersøkelsen var: I hvor stor grad mener du dere vektlegger og arbeider med arbeidsmiljøet og for et inkluderende arbeidsliv?

Spørsmålene eller utsagnene her dreide seg om de tre delmålene for IA-avtalen, dvs. redusert sykefravær, tilrettelegging for personer med redusert funksjonsevne og å øke pensjonsalderen. Det midterste spørsmålet ble delt i to, der det første handlet om eksisterende arbeidstakere, og det andre om å rekruttere nye arbeidstakere.



**Figur 7. Arbeid med målene for et inkluderende arbeidsliv. I hvilken grad arbeider de for de ulike delmålene? N = 176**

Disse resultatene viser at sykefravær og tilrettelegging for egne ansatte er prioritert. Våre analyser av virksomheter med og uten helseforsikringer viser ingen interessant forskjeller.

### 3.3.8 Inkluderende arbeidsliv

I alt 50 prosent av virksomhetene i hovedundersøkelsen hadde en IA-avtale (utvalg av NHO-medlemmer). I tillegg var det med 47 bedrifter som ble plukket ut nettopp fordi de hadde IA-avtale. Gjennomsnittlig størrelse på virksomheter med IA-avtale var 409 ansatte, for de uten IA-avtale var størrelsen 170 ansatte.

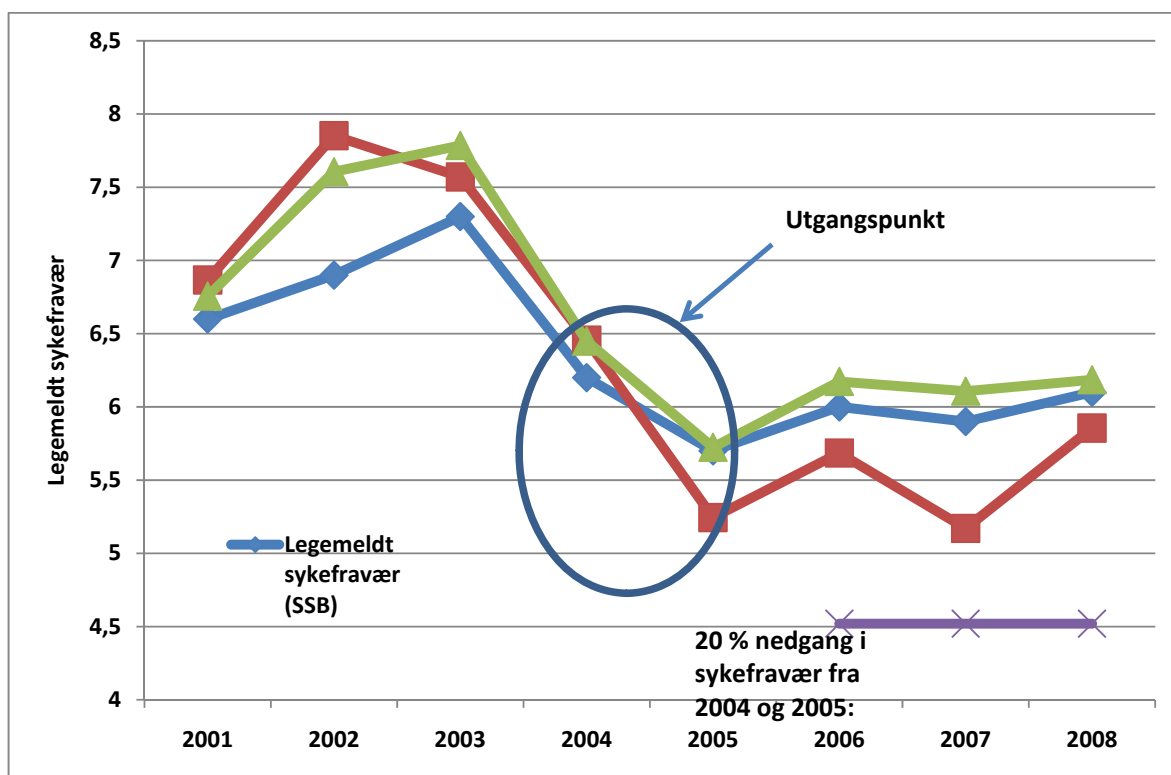
Det var så å si identisk andel som hadde tegnet privat helseforsikring blant virksomheter med og uten IA-avtale. Blant bedrifter som hadde IA-avtale svarte 50 prosent av respondentene at de kjente til innholdet i avtalen godt eller svært godt, og det var her ingen forskjell mellom de som hadde og de som ikke hadde helseforsikring.

Disse resultatene indikerer at virksomhetene i stor grad tegner helseforsikring uavhengig av om de har en IA-avtale – eller omvendt.

### 3.3.9 Endringer i sykefravær

Ved hjelp av Statistisk sentralbyrå (SSB) er det for hver virksomhet i undersøkelsen koblet på data om sykefravær for perioden 2001 til og med 2008. For hver virksomhet har NHO oppgitt organisasjonsnummeret, som igjen er benyttet som koblingsnøkkel mot sykefraværdataene i SSB. Dette har gjort det mulig å analysere utviklingen av sykefravær i den enkelte virksomhet, avhengig av om de har eller ikke har helseforsikring.

Det er ikke bare sykefraværet i den enkelte bedrift som er interessant. Ved analyse av sykefravær må man også ta hensyn til den generelle utviklingen i sykefravær. Vi presenterer derfor også de samlede sykefraværstallene i figuren nedenfor.



**Figur 8. Sykefravær (legemeldt) 2001 - 2008 for virksomheter med og uten helseforsikringer og for Norge totalt. Prosent**

Denne analysen viser følgende:

- Virksomheter med helseforsikring til alle ansatte har lavere sykefravær i 2005, 2006, 2007 og 2008 enn virksomheter uten helseforsikring
- De fleste fikk forsikring i 2006 – 2009 – og det kan derfor være litt tidlig å vurdere effekten.
- Gjennomsnittlig sykefravær hos virksomheter som i dag har helseforsikringer hadde om lag samme nivå for sykefravær som andre virksomheter, før de tegnet forsikring
- Gjennomsnittlig sykefravær hos virksomheter med helseforsikringer viser en lignende utvikling som virksomheter uten helseforsikringer i perioden etter at de fikk helseforsikringer
- Det kan likevel se ut som om sykefraværet viser en nedgang, sammenlignet med andre virksomheter uten helseforsikringer (fra 2004-2005 til 2008)
- Utslaget er lite, og i dette materialet ikke signifikant
- Nedgangen i sykefraværet ser ut til å avta over tid (2008), selv om det kommer flere virksomheter inn i gruppen med virksomheter med helseforsikringer
- Hypotesen om at sykefraværet går ned med 20 prosent må forkastes

## 4 Oppsummerende diskusjon og konklusjon

Vår oppgave var å undersøke om privat helseforsikring bidrar til å redusere sykefraværet og derved gi en netto økonomisk gevinst. Tanken er at helseforsikring bidrar til raskere undersøkelse og behandling for sykmeldte som står i helsekø, slik at de kommer fortere tilbake i jobb. En mulig reduksjon i sykefraværet på 20 prosent har vært nevnt.

Vi har ikke funnet systematiske undersøkelser, der man følger sykefraværet over tid, som viser at private helseforsikringer reduserer sykefraværet. En svensk undersøkelse, som baserer seg på en tverrsnittsundersøkelse, viser en statistisk sammenheng mellom helseforsikring og sykefravær (3). Imidlertid kan en tverrsnittsundersøkelse ikke uten videre brukes for å påvise en kausal sammenheng. De observerte nivåforskjeller i sykefravær kan skyldes seleksjonseffekter. For eksempel kan virksomheter som tegner helseforsikring i utgangspunktet ha lavere sykefravær enn de som ikke gjør det.

Vår undersøkelse ser på sykefraværet fra 2002 til 2008, i virksomheter som både har og ikke har helseforsikringer. Sykefraværet i disse virksomhetene sammenlignes med nasjonale sykefraværstall. Virksomheter med privat helseforsikring hadde i praksis likt nivå i sykefravær i første delen av perioden som gjennomsnittet i Norge. Mellom 2004 og 2006 lå sykefraværet noe lavere i virksomheter som etter hvert tegnet privat helseforsikring. I 2008 er denne forskjellen omtrent utlignet. Tegning av helseforsikring begynte for alvor i 2007 (se figur 1).

Undersøkelsen viser altså at sykefravær i virksomheter som tegner helseforsikring utvikler seg på om lag samme måte som i andre virksomheter.

Hvis virksomheter som tegner helseforsikringer etter ett eller to år skulle få redusert sykefravær med 20 prosent, skulle dette gi et tydelig avvik i sykefraværstatistikken. Et slikt avvik er det ikke mulig å observere i vårt datamateriale. Spørreundersøkelsen viste også at under 10 prosent av de som hadde tegnet helseforsikring selv hadde registrert en reduksjon i sykefraværet i egen virksomhet.

Gjennomsnittlig kostnad til privat helseforsikring er 2100 kroner årlig per ansatt. Dette tilsvarer i dag noe mer enn en dags sykefravær (13). En reduksjon i sykefraværet på i gjennomsnitt en dag pr ansatt, ville derfor kunne rettferdiggjøre kostnadene. Om bedriften ser andre fordeler av private helseforsikringer, som for eksempel at det er et gode for de ansatte eller et konkurransefortrinn i kamp om arbeidskraft, vil det kunne være et fornuftig virkemiddel. Både denne undersøkelsen og en undersøkelse gjennomført i 2007 (12), viser at det ofte er andre enn økonomiske argumenter som betyr noe for bedrifter som har valgt privat helseforsikring. Det kan derfor være både rasjonelle og fornuftige argumenter for å tegne helseforsikring. Vi kan imidlertid ikke ut fra denne undersøkelsen si at sykefraværet blir redusert i vesentlig grad, og derved i seg selv forsvare kostnaden ved helseforsikring.

En undersøkelse blant 1900 norske virksomheter viste at de virksomhetene som ble med i avtalen om et inkluderende arbeidsliv (IA-avtale), fikk redusert sitt sykefravær med om lag 0,25 prosentpoeng (14). Det å tegne i IA-avtale medfører endringer i hvordan virksomheten arbeider både med forebygging av sykefravær og med oppfølging av sykmeldte. Dette kalles derfor for en *endogen* endring, og opptrer samtidig med den *eksogene* endringen (tiltaket). Observerte endringer, for eksempel i sykefravær, vil da enten være et resultat av endret atferd i virksomheten, en endring som skyldes det tiltaket som man studerer eller en kombinasjon. Det å tegne helseforsikring vil også i mange tilfeller gi endringer i hvordan virksomhetene arbeider med sykefraværproblemer. I våre intervjuer med virksomheter som hadde tegnet privat helseforsikring kom det fram at tjenestene de fikk og samarbeidet med forsikringsselskapene i

noen tilfeller gjorde at de endret måten de fulgte opp sykmeldte på. Tegning av sykeforsikring endre betingelsene for bedriften. Det er en eksogen endring. Samtidig påvirker den også hvordan bedriften arbeider med problemene på og bidrar slikt sett til en endogen endring. Poenget er at både det å tegne en helseforsikring og det å etablere en avtale om inkluderende arbeidsliv endrer rammebetingelsene for den enkelte virksomhet, påvirker adferden til virksomheten. Det kan derfor representere en utfordring å skille denne effekten fra selve det gode helseforsikringen tilbyr.

Det er store variasjoner i sykefraværet, både mellom virksomheter, mellom næringer og over tid. Analyse av små endringer i nivået i sykefraværet må derfor basere seg på et stort datamateriale. Man må ta hensyn til flest mulig av faktorene som forklarer variasjonene for å kunne skille mellom effekten av de endogene og eksogene endringene, og man må ha observasjoner over tid.

Når vi ikke ser noen vesentlig effekt av helseforsikring, kan det skyldes at privat helseforsikringer i første rekke er rettet inn mot sykdommer som lar seg behandle på en forholdsvis enkel måte. Mange sykmeldte har sammensatte lidelser hvor det viser seg at det er vanskelig å få personer tilbake til arbeid.

En privat helseforsikring må vurderes opp mot andre alternative tiltak. Når det gjelder oppfølging av ansatte som er sykmeldte, finnes det i dag flere tilbud som bør vurderes foruten tjenester fra bedriftshelsetjenesten. I dag har spesialisthelsetjenesten og NAV følgende relevante tjenester:

- NAV Arbeidslivssenter
- Fritt sykehusvalg
- Raskere tilbake
- Helsetjenestens veiledningssenter (etablert i 2009).

En tidligere undersøkelse viste at man kunne redusere langtids sykefravær med ca seks prosent ved å redusere ventetider i helsevesenet fra 90 til 30 dager (9). I og med at langtids sykefravær bare utgjør en andel av alt sykefravær vil man kunne forvente et mindre utslag i det totale sykefraværet. En reduksjon i sykefraværet forutsetter at man kan behandle sykdommen man er sykmeldt for, og at en utsettelse av behandlingen vil medføre en forlengelse av sykmeldingen. Dette eksempelet viser at ventetidsreduksjon kan ha en begrenset virkning for sykefraværet, og det kan bidra til å forklare hvorfor ikke helseforsikring trolig ikke i seg selv kan redusere sykefraværet i virksomhetene i særlig grad.

Undersøkelsen vi har gjennomført viser ingen tydelig sammenheng mellom helseforsikring og utviklingen i sykefraværet. Privat helseforsikring kan derimot oppleves som nyttig på andre måter, for eksempel som et selvstendig velferdsgode for de ansatte i virksomheten. Det bør primært være slike forhold som brukes som argument for å tegne privat helseforsikring, og ikke en forventning om at sykefravær blir vesentlig redusert.

## **Vedlegg 1. Spørreskjema som er benyttet i brukerundersøkelsen**

### **Spørreskjema, mai 2009**

*Til daglig leder av virksomheten:*

#### **Erfaringer med private helseforsikringer**

NHO får stadig spørsmål fra sine medlemmer om det kan være fornuftig å tegne private helseforsikringer til sine ansatte. For å svare på dette spørsmålet har NHO bedt SINTEF gjøre en undersøkelse blant et utvalg av medlemsbedriftene som både har og ikke har helseforsikring. Dere har også deltatt i en undersøkelse knyttet til IA-avtalen. Denne undersøkelsen supplerer IA-evalueringen, men har altså et annet formål.

Undersøkelsen gjennomføres elektronisk. Det er frivillig å delta i undersøkelsen, men for å kunne få et godt resultat av undersøkelsen vil vi be om at alle svarer, helst innen 15. mai. Ditt svar vil ikke kunne erstattes av noen andre!

Har dere *ikke* hatt erfaringer med helseforsikringer, vennligst svar på en forenklet utgave av undersøkelsen (man blir ledet bare til de spørsmålene som er relevante).

*Har* dere erfaringer med helseforsikringer vil vi gjerne at du også besvarer de resterende spørsmålene.

SINTEF vil registrere organisasjonsnummeret til bedriften. På den måten kan vi få informasjon om bl.a. sykefravær via Arbeids- og velferdsetaten. SINTEF vil ikke oppgi enkelt svar eller navn på bedrifter som deltar i undersøkelsen. I rapporten vil det kun være aggregert statistikk.

Klikk på lenken under, og du kommer inn til en internettside som leder deg gjennom spørsmålene. På siste side sendes svarene på undersøkelsen inn.

Har du spørsmål om undersøkelsen kan du kontakte prosjektleder Karl-Gerhard Hem ved SINTEF Teknologi og samfunn, tlf. 930 05 019, e-post: [hem@sintef.no](mailto:hem@sintef.no).

På forhånd tusen takk for hjelpen, og med vennlig hilsen

Karl-Gerhard Hem  
Forsker  
SINTEF Teknologi og samfunn

**A. Om virksomheten og den som svarer**

1. Navn på virksomheten: .....
2. Hvor mange ansatte er det i virksomheten? .....

**B: Om avtalen for et mer inkluderende arbeidsliv (IA)**

3. Er dere en IA-virksomhet? Ja/Nei.
4. Hvis Ja: Når ble virksomheten IA-virksomhet?  
2001 2003 2005 2007 2002 2004 2006 2008 2009

5. Hvor godt kjenner du til innholdet i IA-avtalen? (sett ett kryss)  
Svært godt, God kjennskap til innholdet, Kjenner ikke detaljene – men hovedtrekkene  
Ikke veldig godt, Dårlig, Kjenner ikke til innholdet i IA-avtalen

**C: Privat helseforsikring**

6. Har virksomheten privat helseforsikring (behandlingsforsikring) for sine ansatte?  
Nei  
(-> Vennligst svar på D under, og send inn svaret)

Ja, men under halvparten er helseforsikret  
Ja, alle eller nesten alle (over 50 prosent) av de ansatte er helseforsikret.  
(-> Vennligst hopp til E under og besvar resten av spørsmålene)

**D: Til virksomheter uten helseforsikring: Overveielser om privat helseforsikring**

7. Har dere vurdert å tegne privat helseforsikring?  
Ja, og vi er i forhandlinger med forsikringsselskap  
Ja, men vi har ennå ikke tatt kontakt med noe selskap eller blitt kontaktet  
Nei

8. Hvis nei: Hva er årsaken til at dere ikke har privat helseforsikring? (Sett evt. flere kryss).  
Kostnadene vil være høyere enn gevinsten  
Det offentlige helsevesen gir et godt tilbud med god tilgjengelighet  
Vi kjøper helsetjenester ved behov  
Vår bedriftshelsetjeneste sørger for nødvendig oppfølging  
Kjenner ikke til tilbud om privat helseforsikring  
Andre årsaker: .....

-> Gå til siste side for innsending

**E. Om privat helseforsikring**

9. Når tegnet dere privat helseforsikring? .....
10. Hva er årlig premie per person? .....
11. Hvilket forsikringsselskap har dere avtale med? :.....
12. Hva dekker forsikringen (evt. navn på forsikringen)? .....
13. Hvis ikke alle i bedriften er forsikret: Hvilke personelltyper er dekket? .....
14. Hva har dere mottatt fra forsikringsselskapene i form av rådgivning? .....
15. Er helseforsikring også et middel for å redusere premien på andre forsikringer? Ja/nei

**F: Bakgrunn for å tegne privat helseforsikring**

16. Er du enig i følgende påstander om hvorfor virksomheten valgte å tegne helseforsikring for sine ansatte?

Bruk en skala fra 1 til 5:

1: Helt uenig 2: Delvis uenig 3. Verken/eller 4: Delvis enig 5: Helt enig

- a) For å bedre arbeidsmiljøet i virksomheten
- b) For å bedre virksomhetens resultater
- c) For å få tilgang til helsetjenester på en raskere måte
- d) For å redusere sykefraværet
- e) For å bedre muligheten for å rekruttere
- f) For å minske uønsket avgang – redusere turnover
- g) Fordi vi ønsker å bli bedre til å ta vare på våre ansatte som blir syke
- h) Vi får rabatt på andre forsikringer
- i) Det er et godt velferdstiltak for de ansatte

17. Synes du at nytten dere har av helseforsikring er større enn kostnadene?

Ja / nei / vet ikke

18. Har sykefraværet gått markert ned etter at dere tegnet helseforsikring?

Ja / nei / vet ikke

**G. Erfaringer med helsevesenet**

19. Ta stilling til følgende påstander:

Bruk en skala fra 1 til 5:

1: Helt uenig 2: Delvis uenig 3. Verken/eller 4: Delvis enig 5: Helt enig

- j) Ventetiden for ordinære offentlige helsetjenester er for lang
- k) Fritt sykehusvalg gjør at vi kan komme raskere til behandling
- l) Ordningen med Fritt sykehusvalg er ukjent
- m) Vi har ofte benyttet ordningen med "Raskere tilbake" fra NAV
- n) Private helsetjenester er et viktig supplement til offentlige helsetjenester
- o) Pris og tilgjengelighet for private helsetjenester er vesentlig bedre enn de offentlige tjenestene

**H: Generelle arbeidsmiljøtiltak**

20. Har virksomheten følgende tiltak:

- a) Systematiske arbeidsmiljøundersøkelser
- b) Årlig oppfølging av arbeidsmiljøtiltak
- c) Helseundersøkelser
- d) Oppfølging fra bedriftshelsetjeneste
- e) Tilbud om behandling hos fysioterapeut
- f) Risikoanalyser for de ansattes helse
- g) Systematisk opplæring i HMS
- h) Alkohol- og tobakksinformasjon
- i) Tilbud om mosjon (helsestudio, subsidier til bedriftsidrett el.l.)

**I: Arbeid med helse, miljø og sikkerhet**

21. I hvor stor grad mener du dere vektlegger og arbeider med arbeidsmiljøet og for et inkluderende arbeidsliv?

Ikke i det hele tatt      I liten grad      Verken eller      I stor grad      I svært stor grad      Vet ikke

- a) Redusere sykefravær
- b) Legge til rette for egne ansatte som har redusert funksjonsevne
- c) Rekruttere personer som har varig redusert funksjonsevne
- d) Øke reell pensjonsalder

**Tusen takk for at du deltok i undersøkelsen!**

## Referanser

1. Private health insurance in OECD countries. I ed. Paris: OECD; 2004.
2. Kiil A, Pedersen KM. The Danish Survey on Voluntary Health Insurance: University of Southern Denmark 2009.
3. Tegle S. Undersökning om samband mellan företagens hälsofrämmande och rehabiliterande aktiviteter inkl försäkringstjänster och sjukfrånvaron. TJP 2008.
4. Askildsen JE, Nordanger L-K, Holmås TH. Bør kommuner kjøpe helseforsikring. Bergen: Samfunns- og næringslivsforskning; 2006.
5. Manifest-analyse. Klassedelt helsevesen? Om utbredelsen av privat helseforsikring i Norge. 2009.
6. Seim A, Løvaas L, Hagen TP. Hva kjennetegner virksomheter som kjøper private helseforsikringer? Tidsskr Nor Lægeforen 2007 Oct 18;127(20):2673-5.
7. Dalene LR. Privat helseforsikring. Masteroppgave i samfunnsøkonomi. Universitetet i Bergen 2006.
8. Hem K-G, SINTEF Helse. Pasienthjelpere i fire kommuner i Hedmark. . Trondheim: SINTEF Helse; 2007.
9. Hem K-G, Eide AH, Lippestad J. Helsekøer og sykefravær : tre spørreundersøkelser. Oslo: SINTEF Unimed; 1998.
10. Magnussen J, m.fl. Sykepengeprosjektene - god samfunnsøkonomi?: SINTEF rapport / SINTEF, Unimed, NIS helsetjenesteforskning 1995.
11. Lippestad J. Evaluering av ordningen "Kjøp av helsetjenester - enklere lidelser" 2007.
12. Seim A, Lovaas L, Hagen TP. Hva kjennetegner virksomheter som kjøper private helseforsikringer? Tidsskr Nor Lægeforen 2007 Oct 18;127(20):2673-5.
13. Hem K-G. Økonomiske konsekvenser av sykefravær. Oslo: SINTEF, Unimed, NIS helse og rehabilitering; 2000.
14. Ose SO. Evaluering av IA-avtalen. Trondheim: SINTEF, Teknologi og samfunn, Helsetjenesteforskning; 2009.

