



Om behandlernetverk og helseforsikringer

Hovedfunn om behandlernetverkene

Mange helseforsikringer i Norge er organisert slik at:

- forsikringsselskapet bruker en ekstern helseadministrator (typisk Falck Helse, Vertikal Helse eller lignende) til å organisere behandlingstilbudet til forsikringstakerne.
- behandling skal skje i selskapets eller administratorens «behandlernetverk»
- behandler velges eller godkjennes av administrator/forsikringsselskap
- forhåndsgodkjenning er normalt obligatorisk

Det står derimot sjelden eksplisitt i forsikringsvilkårene at behandler må være registrert på akkurat «behandlernetverk.no». Men i praksis er det ofte tett koblet til det operative nettverket og bookingsystemet.

Selskaper / ordninger hvor nettverkskrav fremgår tydelig

[DNB Helseforsikring / Falck-vilkår](#) - (link til selskapets vilkår)

Her er formuleringene svært tydelige:

- «Forsikringsdekningen gjelder utredning og behandling i Falcks behandlernetverk i Norge»
- «Hvilken klinikk/behandler som skal benyttes velges av Falck»
- «All utredning og behandling som skal dekkes av forsikringen, må være forhåndsgodkjent av Falck og foregå i Falcks behandlernetverk» ([DNB Content](#))

Dette er etter PFF sin vurdering et klart nettverkskrav.

Det betyr ikke nødvendigvis at behandler må være registrert på nettstedet behandlernetverk.no, men i praksis vil mange behandlere måtte være tilknyttet administratorens digitale nettverksløsning for å få oppdrag og direkteoppgjør.

DNB bedriftsinformasjon om helseforsikring - (link til selskapets vilkår)

DNB beskriver også offentlig at:

- behandling skjer i «Falck Helse sitt behandlernettnettverk»
- ved manglende kapasitet kan henvisning skje til annet privat tilbud i Norden ([DNB](#))

Dette understøtter at nettverksmodellen er en integrert del av produktet.

If / Vertikal Helse samarbeidsvilkår for behandlere- (link til selskapets vilkår)

Dette dokumentet er ikke et kundevilkår, men et samarbeidsvilkår mellom helseadministrator og klinikker/behandlere. Det er likevel svært opplysende.

Der fremgår blant annet:

- behandlere skal oppdatere informasjon på behandlernettnettverk.no
- Vertikal Helse prioriterer behandlingssteder basert på kvalitet, pris, geografi, tilgjengelighet mv. (files.behandlernettnettverk.no)

Dette indikerer at:

- behandlernettnettverk.no fungerer som operativ plattform for deler av forsikringsmarkedet
- registrering der kan være praktisk nødvendig for å motta oppdrag fra enkelte ordninger

Men jeg finner ikke i de åpne kundevilkårene et absolutt formulert krav om at «forsikrede må bruke behandler registrert på behandlernettnettverk.no».

If – litt mer fleksibel formulering utad

If Helseforsikring- (link til selskapets vilkår)

If beskriver:

- behandlingsgaranti
- fysikalsk behandling inkludert
- medisinsk rådgivning og koordinering

Men de åpne markedsføringssidene er mindre eksplisitte om nettverksbinding enn DNB/Falck. ([If](#))

Likevel:

- If samarbeider med Vertikal Helse / behandlingsnettverk på administrativ side
- praktisk bruk av forsikringen skjer normalt gjennom deres godkjente behandlingskanaler

Hva dette betyr i praksis for fysioterapeuter

Det ser ut til å være tre nivåer:

Nivå	Praktisk betydning
Forsikringsvilkår	Krever ofte bruk av godkjent behandlernettnettverk
Helseadministrator	Styrer pasientflyt og forhåndsgodkjenning
Teknisk/driftsmessig løsning	Behandlernettnettverk.no brukes av flere aktører som plattform

Det betyr at:

- en fysioterapeut kan være autorisert og fullt faglig kvalifisert men likevel ikke få forsikringspasienter uten avtale/nettverkstilknytning eller uten å være registrert i aktuell plattform

Viktig tolkningspunkt

Vi finner foreløpig ikke åpne vilkår som sier ordrett:

«Pasienten må bruke behandler registrert på behandlernettnettverk.no»

Men vi finner flere formuleringer som funksjonelt gir samme resultat:

- behandling må skje i selskapets nettverk
- behandler velges/godkjennes av administrator
- direkteoppgjør og booking håndteres via nettverksplattform

Overordnet vurdering

Det norske markedet for privat helseforsikring virker å være relativt lukket og nettverksstyrt sammenlignet med en klassisk refusjonsmodell.

Forsikringsselskapene:

- kjøper i stor grad kapasitet gjennom kontraktsnettverk
- bruker administratorer til styring av pasientforløp
- kobler økonomi, booking og kvalitetssystemer til digitale nettverk

For privatpraktiserende fysioterapeuter innebærer dette at:

- tilgang til forsikringspasienter i praksis ofte avhenger av nettverkstilknytning
- selv om dette ikke alltid fremgår helt eksplisitt i kundevilkårene

Oversikt over helseforsikring, behandlernettverk og fysioterapi

1. Oversikt: selskaper, administratorer og nettverksmodell

Forsikringsselskap	Typisk helseadministrator / operativ modell	Nettverksstyring	Praktisk betydning for fysioterapeuter
If	Vertikal Helse (historisk og praktisk tett kobling)	Høy	Pasientflyt kanaliseres normalt via godkjent nettverk
DNB Forsikring	Falck Healthcare	Svært høy	Vilkår angir eksplisitt behandling i Falcks nettverk
Gjensidige	Varierende / ekstern helseadministrasjon	Moderat–høy	Nettverksbasert styring vanlig
Fremtind	Eksterne helsepartnere	Moderat–høy	Forhåndsgodkjenning og styrt behandlingsløp
Storebrand	Ekstern administrator	Moderat–høy	Behandlervalg ofte styrt gjennom avtalenettverk
Nordea Liv / Nordea Forsikring	Eksterne samarbeidspartnere	Moderat–høy	Typisk nettverksmodell
Eika Forsikring	Samarbeidsmodell med ekstern helseaktør	Moderat	Nettverksbruk vanlig
Tryg	Eksterne helseadministratorer	Moderat–høy	Styrt behandlingsforløp

Generelt mønster i markedet

Det norske markedet er i stor grad organisert slik:

Forsikringsselskap
↓
Helseadministrator
↓
Kontraktsfestet behandlernettverk
↓
Pasientfordeling / booking / direkteoppgjør

Dette gir:

- sentralisert pasientstyring
- kontroll med kostnader
- standardiserte behandlingsforløp
- seleksjon av behandlere basert på pris, kapasitet og rapportering

2. Sammenligning av henvisningskrav og tilgang til fysioterapi

Tema	Vanlig modell i helseforsikring	Praktisk konsekvens
Henvisning fra lege	Ofte nødvendig ved spesialistutredning	Mindre relevant for ren fysioterapi
Direkte tilgang til fysioterapi	Ofte ja, men via nettverk	Pasienten kan ikke nødvendigvis velge fritt
Forhåndsgodkjenning	Vanlig	Behandling uten godkjenning kan avslås
Antall behandlinger	Begrenset etter medisinsk vurdering	Ikke nødvendigvis klinikers vurdering alene
Valg av behandler	Ofte styrt	Administrator velger eller godkjenner
Egenandel	Varierer	Noen produkter dekker alt
Digital triagering	Vanlig	Førstelinjevurdering skjer ofte telefonisk/digitalt

Særlig relevant for fysioterapeuter

Mange forsikringer omtaler:

- «fysioterapi»
- «fysikalsk behandling»
- «muskel- og skjelettbehandling»

Men vilkårene spesifiserer ofte ikke:

- behandlingsmetode
- klinisk autonomi
- omfang utover et administrativt godkjent antall timer

Det gir administrator betydelig styringsrom.

3. Analyse: begrenser nettverkskrav pasientens frie behandlervalg?

Fakta

Privat helseforsikring er:

- en kontraktsbasert ytelse og ikke en offentlig rettighetsordning og derfor ikke direkte underlagt samme prinsipper som fritt behandlingsvalg i offentlig helsetjeneste

Forsikringsselskapet kan derfor i stor grad:

- definere hvilke behandlere som omfattes
- kreve bruk av nettverk
- kreve forhåndsgodkjenning

Likevel oppstår flere prinsipielle spørsmål

A. Reelt behandlervalg

I praksis kan pasienten ha forsikring, men ikke få dekning hos ønsket fysioterapeut.

Dersom pasienten går utenfor nettverket, faller dekning ofte bort eller refusjon reduseres betydelig

Dette innebærer funksjonelt begrenset behandlervalg.

B. Klinisk kontinuitet

Mulige konsekvenser:

- pasienten må bytte terapeut, oppfølging fragmenteres og eksisterende terapeut-pasient-relasjon brytes

Særlig relevant ved:

- langvarige muskel- og skjelettplager
 - sammensatte funksjonsproblemer
 - behov for kontinuitet
-

C. Konkurransemessige virkninger

Nettverksmodellen kan gi:

- konsentrasjon av pasientstrømmer
- sterk markedsakt hos administrator
- press på pris og behandlingsvolum
- standardisering av tjenester

For små privatpraktiserende fysioterapivirksomheter kan dette innebære:

- redusert tilgang til privatbetalende forsikringsmarked
 - avhengighet av nettverkstilknytning
 - administrativ underordning under eksterne aktører
-

D. Faglig autonomi

Det finnes et potensielt spenningsforhold mellom:

- klinisk faglig vurdering og forsikringsadministrativ styring

Eksempler:

- begrensning av antall behandlinger
- krav om rapportering
- styring av behandlingsforløp
- prioritering av «kostnadseffektive» løsninger

Det er vanskelig å vurdere omfanget uten innsyn i konkrete samarbeidsavtaler.

4. Oversikt over vilkår som regulerer direkteoppgjør og behandlingsomfang

Typiske elementer i samarbeidsvilkår mellom administrator og fysioterapeut

Tema	Vanlig innhold
Direkteoppgjør	Fakturering skjer direkte mot administrator
Prisavtale	Fast honorarsats eller avtalt prismodell
Rapportering	Kliniske rapporter kan kreves
Frister	Kort responstid for time og rapport
Tilgjengelighet	Krav om rask oppstart
Prioritering	Nettverkspasienter kan prioriteres
Kvalitetskrav	Autorisasjon, journalføring, forsikring
Digital plattform	Booking og kommunikasjon via nettportal

Typiske begrensninger i behandlingsomfang

Begrensning	Praktisk effekt
Maks antall behandlinger	Kan avslutte forløp tidligere enn faglig optimalt
Krav om evaluering	Videre behandling må begrunnes
Diagnosespesifikke forløp	Standardiserte behandlingspakker
Eksklusjoner	Kroniske lidelser ofte utelukket i vilkårene
Tidsavgrensning	Dekning innen bestemt periode etter behandling

Praktisk konsekvens for fysioterapipraksiser

Det oppstår i praksis et skille mellom:

A. Tradisjonell privat praksis

- terapeutstyrt
- direkte relasjon til pasient
- større klinisk autonomi

B. Forsikringsstyrt praksis

- administratorstyrt pasientflyt
- standardiserte prosesser
- kontraktsregulert behandlingsomfang
- større rapporteringskrav

Oppsummert vurdering

Det norske helseforsikringsmarkedet fremstår i betydelig grad som:

- nettverksbasert
- administratorstyrt
- kontraktsregulert

Selv om åpne kundevilkår sjelden sier direkte:

«Du må bruke behandler registrert på behandlernettnettverk.no» er den praktiske effekten ofte:

- behandling må skje hos godkjent nettverksbehandler
- pasientstrøm styres gjennom administrator
- tilgang til forsikringspasienter krever nettverkstilknytning

For fysioterapeuter gir dette både:

- markedsmuligheter
- potensielle utfordringer knyttet til autonomi, prispress og kontroll over behandlingsforløp.

Direkteoppgjør og honorarmodeller

Hvordan direkteoppgjør typisk fungerer

Standardmodellen i helseforsikring er:

Pasient → Forsikringsselskap / administrator → Godkjent behandler → Direkteoppgjør

Pasienten:

- melder sak
- får sak-ID/godkjenning
- henvises til nettverksbehandler
- betaler ofte ingenting direkte utover eventuell egenandel

Klinikken:

- fakturerer administrator/forsikringsselskap
- følger avtalte satser og rutiner
- rapporterer etter fastsatte krav

Dette beskrives eksplisitt hos flere klinikker som arbeider tett mot forsikringsmarkedet.
(drdropin.no)

Typiske honorarmodeller

A. Fast konsultasjonstakst

Vanligst i markedet.

Eksempler:

- førstegangskonsultasjon: fast sats
- oppfølging: fast sats
- tillegg for ultralyd/trykkbølge etter avtale

Konsekvenser:

- mindre fleksibilitet enn ordinær privat praksis
 - prispress mot behandlere
 - lettere kostnadskontroll for administrator
-

B. Pakkeforløp

Brukes særlig ved:

- muskel- og skjelettplager
- «return to work»-forløp
- standardiserte rehabiliteringsløp

Eksempel:

- 6 behandlinger inkludert evaluering
- videre behandling må begrunnes

Dette kan redusere klinisk autonomi.

C. Volum- og nettverksstyrt modell

Noen klinikker får:

- høy pasientstrøm
- til gjengjeld lavere margin per konsultasjon

Dette favoriserer ofte:

- større klinikker
 - kjededrift
 - høy tilgjengelighet
 - digitale bookingsystemer
-

Administrative krav

Gjennomgående krav i nettverksmodellen:

- elektronisk booking
- digital rapportering
- standardiserte epikriser/statusrapporter
- korte responstider
- tilgjengelighetskrav

Falck beskriver eksplisitt automatisert oppdragsoverrekkelse, fakturavalidering og standardiserte systemer. ([Norge](#))

Hvilke administrasjoner som dominerer markedet

1. [Vertikal Helse](#) – (link til nettstedet)

Mest sentrale aktør historisk.

Vertikal:

- eies av If
- beskriver seg som Norges første og største leverandør av helseforsikring
- fungerer både som medisinsk rådgiver og administrativ styringsenhet ([If](#))

Rolle:

- triagering
 - forhåndsgodkjenning
 - pasientstyring
 - nettverksadministrasjon
-

2. [Falck Helseformidling](#) – (link til nettstedet)

Svært stor aktør innen:

- helseforsikring
- bedriftshelsetjenester
- sykefraværsoppfølging
- helseadministrasjon

Falck oppgir å ha:

«Norges største landsdekkende nettverk av fysikalske behandlere» ([Norge](#))

Falck virker å ha sterk posisjon særlig innen:

- bedriftsmarked
 - DNB-relaterte ordninger
 - tverrfaglige helseforløp
-

3. [Nordic Netcare](#) – (link til nettstedet)

Fremstår som betydelig aktør i:

- Tryg-relaterte ordninger
- behandlingslogistikk
- nettverkskoordinering

Nevnes hyppig av klinikker som samarbeidspartner. ([drdropin.no](#))

4. Digitale nettverksplattformer

[Behandlernetverk.no](#) – (link til nettstedet)

Fungerer som:

- administrativ infrastruktur
- booking- og betalingsplattform
- kobling mellom klinikker og forsikringsaktører

Plattformen oppgir samarbeid med:

- Falck
- Vertikal Helse
- Gjensidige
- Ergo/Storebrand
- Avonova ([Behandlernetverk.no](#))

Dette tyder på betydelig markedsintegrasjon.

Hvordan forsikringene påvirker privat fysioterapimarked

1. Økt privat etterspørsel

Forsikringene:

- flytter pasientstrøm fra offentlig til privat sektor
- øker betalingsdyktig etterspørsel
- reduserer pasientens direkte prisfølsomhet
- reduserer fysioterapeutenes mulighet for selv å fastsette honorar

Resultat:

- vekst i privat marked
 - sterkere kommersialisering
 - redusert inntekt pr. behandling for fysioterapeutene
-

2. Strukturendring i klinikkmarkedet

Nettverksmodellen favoriserer:

- større klinikker
- kjeder
- sentraliserte systemer
- høy tilgjengelighet

Små enkeltstående praksiser kan få svakere konkurranseposisjon.

3. Standardisering av fysioterapi

Forsikringsstyrte forløp kan gi:

- mer protokollbasert behandling
 - kortere behandlingsserier
 - sterkere fokus på funksjon/arbeidsdeltakelse
 - mindre rom for langvarige individuelle forløp
-

4. Endret pasientforventning

Forsikrede pasienter forventer ofte:

- rask time
- lite ventetid
- digital booking
- høy servicegrad
- raske resultater

Dette påvirker hele privatmarkedet.

5. Potensiell todeling

Det kan oppstå:

- et offentlig finansiert spor
- et forsikringsdrevet privat spor

Konsekvenser kan være:

- ulik tilgang
 - ulik ventetid
 - ulik kontinuitet
 - ulik prioritering av pasientgrupper
 - ulik kvalitet
-

Forholdet til Helfo, refusjon og driftsavtale

Viktig skille

Ordning	Finansiering
Helfo/driftsavtale	Offentlig
Helseforsikring	Privat kontraktmarked

Det er juridisk og økonomisk ulike systemer.

Kan avtalehjemmel kombineres med forsikringspasienter?

Ja, men med viktige begrensninger.

En fysioterapeut med kommunal driftsavtale kan:

- behandle privatbetalende
- behandle forsikringspasienter

Men:

- virksomheten må være i tråd med avtalevilkår, dermed utenom den avtalte åpningstiden med kommunen.
 - offentlig subsidiert virksomhet kan ikke brukes til skjult kryssubsidiering, det skal ikke sendes krav til HELFO for behandlingene.
-

Problematiske gråsoner

A. Prioritering

Dersom forsikringspasienter:

- får raskere tilgang
- prioriteres foran avtale-/Helfo-pasienter

kan dette skape:

- helsepolitiske spørsmål
 - kommunal misnøye og mulig avtalekonflikt
-

B. Lokaler og ressurser

Mulige spørsmål:

- brukes kommunalt finansiert kapasitet til privat forsikringsvirksomhet?
 - skjer dette innenfor samme arbeidstid?
 - skilles inntektsstrømmer tydelig?
-

C. Takstbruk

Forsikringsbehandling:

- faller normalt utenfor Helfo-takster
- skal ikke kombineres med refusjonskrav for samme behandling

Dette er viktig journal- og faktureringsmessig.

Konkurranse- og helsepolitiske problemstillinger

1. Konsentrasjon av markedsrett

Store administratorer kontrollerer:

- pasientstrøm
- prismodeller
- behandlingsvolum
- tilgang til markedet

Dette kan gi asymmetrisk makt mellom:

- enkeltpraktiserende fysioterapeut
 - stor administrator/forsikringsaktør
-

2. Prispress

Forsikringsmarkedet kan bidra til:

- standardiserte lave satser
 - høyere produksjonskrav
 - press mot kortere konsultasjoner
-

3. Seleksjon av pasienter

Forsikringer dekker ofte:

- arbeidsaktive
- yrkesaktive grupper
- relativt «lønnsomme» pasientforløp

Kroniske og komplekse pasienter kan i større grad bli værende i offentlig sektor.

4. Rekrutteringseffekt

Privat forsikringsmarked kan trekke behandlere:

- fra offentlig sektor
- mot kommersielle klinikker
- mot byområder

Mulig konsekvens:

- økt geografisk og sosial ulikhet
-

Juridisk vurdering av nettverksbinding og behandlervalg

1. Kontraktsrettslig utgangspunkt

Forsikringsselskapet står relativt fritt til å:

- definere dekning
- definere nettverk
- kreve forhåndsgodkjenning

Dette følger av avtalefriheten.

2. Begrensning av behandlervalg

Selv om pasienten formelt kan velge annen behandler:

- bortfaller ofte dekning utenfor nettverket

Dette gir et reelt økonomisk press mot nettverksbruk.

3. Konkurranserettslige spørsmål

Mulige problemstillinger:

- eksklusivitet
- markedsavskjerming
- dominerende nettverkseffekter
- diskriminerende opptaksvilkår

Det er imidlertid vanskelig å konkludere uten:

- innsyn i konkrete avtaler
 - markedsdata
 - opptakskriterier
-

4. Helsepersonellfaglige spørsmål

Mulig spenningsfelt mellom:

- forsvarlig individuell behandling
- standardiserte forsikringsforløp
- administrative behandlingsgrenser

Fysioterapeuten har fortsatt:

- selvstendig fagansvar
- journalansvar
- ansvar for forsvarlighet

Forsikringsselskapets begrensninger opphever ikke helsepersonellovens krav.

Overordnet vurdering

Det norske markedet for behandlingsforsikring fremstår som:

- sterkt nettverksbasert
- administratorstyrt
- digitalisert
- konsentrert rundt noen få store aktører

For fysioterapeuter innebærer dette:

- tilgang til nye pasientstrømmer
- men også økt administrativ og kommersiell styring

Utviklingen reiser prinsipielle spørsmål om:

- klinisk autonomi
- prioritering
- konkurranseforhold
- forholdet mellom offentlig og privat helsetjeneste.