



Private sundhedsforsikringer

Notat udarbejdet for LO

Jakob Kjellberg

Michael Nyhus Andreasen

Jes Søgaard

Dansk Sundhedsinstitut

Februar 2010

Dansk Sundhedsinstitut

Dansk Sundhedsinstitut er en selvejende institution oprettet af staten, Danske Regioner og KL.

Instituttets formål er at tilvejebringe et forbedret grundlag for løsningen af de opgaver, der påhviler det danske sundhedsvæsen. Til opfyldelse af formålet skal instituttet gennemføre forskning og analyser om sundhedsvæsenets kvalitet, økonomi, organisering og udvikling, indsamle, bearbejde og formidle viden herom samt rådgive og yde praktisk bistand til sundhedsvæsenet.

Copyright © Dansk Sundhedsinstitut 2010

Uddrag, herunder figurer, tabeller og citater er tilladt mod tydelig kildeangivelse. Skrifter der omtaler, anmelder, citerer eller henviser til nærværende publikation bedes tilsendt:

Dansk Sundhedsinstitut

Postboks 2595

Dampfærgevej 27-29

2100 København Ø

Telefon 35 29 84 00

Telefax 35 29 84 99

Hjemmeside: www.dsi.dk

E-mail: dsi@dsi.dk

ISBN 978-87-7488-636-5 (elektronisk version)

DSI projekt nr. 2722

Design: DSI

Forord

Dette notat beskriver konsekvenser af private sundhedsforsikringer, som siden skattefritagelsen i 2002 har haft massiv omsætningsfremgang. Formålet med notatet er at kortlægge udviklingen af private sundhedsforsikringer og vurdere deres konsekvenser.

Notatet er udarbejdet af Dansk Sundhedsinstitut (DSI) på initiativ af LO. Under arbejdsprocessen har der været afholdt et møde mellem parterne. Notatet er udarbejdet uafhængigt af LO, og dets indhold, vurderinger og konklusioner udtrykker ikke nødvendigvis LO's vurderinger eller meninger.

Notatet bygger på andre DSI-publikationer om markedsdannelsen. Således vil nogle afsnit kunne findes i andre DSI-publikationer. Notatet er udarbejdet i foråret 2009.

Jes Søgaard

Direktør

Dansk Sundhedsinstitut

Indholdsfortegnelse

Forord	3
Hovedkonklusioner i punktform	7
Resumé	9
Udbredelsen af private sundhedsforsikringer	13
Hvad dækker en privat sundhedsforsikring?	15
Hvad koster en sundhedsforsikring?	19
Hvem er sundhedsforsikret?	21
Hvem bruger en sundhedsforsikring?	23
Hvad bruges en sundhedsforsikring til?	27
Er det rimeligt at skattesubsidiere sundhedsforsikringer?	29
Påvirker sundhedsforsikringerne ventetiden til behandling i det offentlige?	31
Understøtter forsikringerne målsætningen om effektiv ressourceanvendelse i sundhedsvæsenet?	35
Aflaster sundhedsforsikringer det offentlige sundhedsvæsen?	39
Underminerer sundhedsforsikringerne det offentlige sundhedsvæsen?	41
Underminerer privatforsikringerne opbakningen til det offentlige sundhedsvæsen?	45
Erfaringer med private sygeforsikringer i England og Australien	47
Litteratur	53

Hovedkonklusioner i punktform

- ◆ Knap 1 mio. lønmodtagere er dækket af arbejdsgiver- og skattebetalt privat sundhedsforsikring.
- ◆ Der har været tale om en stærk vækst siden 2002, og i takt med, at ansatte på det kommunale arbejdsmarked også omfattes, vurderes det, at op mod 80 % af lønmodtagerne på sigt vil være omfattet af en sundhedsforsikring.
- ◆ Udbredelsen af private sundhedsforsikringer er relativt lige, men har stadig social slagside, idet andelen af forsikrede er stigende med uddannelsesniveau og årsindtægt. Dertil kommer, at personer uden for arbejdsmarkedet – pensionister, arbejdsløse og udstødte – slet ikke er omfattet af en privat sundhedsforsikring.
- ◆ Ud fra en juridisk tankegang er skattesubsidiering af sundhedsforsikringer ikke uproblematisk, da udviklingen indebærer, at svage grupper er afskåret, hvilket er på kant med sundhedslovens målsætning om lige adgang til behandling for alle og en menneskeretlig tilgang om at fokusere særligt på svage og udsatte grupper.
- ◆ Den stigende udbredelse af sundhedsforsikringer har ikke ført til et ekspansivt privat sundhedsvæsen på bekostning af det offentlige, hvor sundhedspersonalet i væsentligt omfang vandrer fra det offentlige til det private. Bortset fra enkelte områder dækkes aktiviteterne i det private af bi-beskæftigede fra det offentlige. Fx foregår fedmeoperationer og rygkirurgi i dag i væsentligt omfang i den private sygehussektor, men finansieres formodentlig i højere grad af ventetidsgarantierne mv. end af de private sundhedsforsikringer.
- ◆ Sundhedsforsikringerne har bidraget til en generel meraktivitet i sundhedsvæsenet, men der har næppe været tale om en egentlig aflastning af det offentlige sygehusvæsen, idet det er andre ydelser, der tilbydes på private hospitaler med sundhedsforsikring, og der formodentlig er sket en ændring i indikationerne for behandling både i det private og offentlige sundhedsvæsen, således at der nu enten tilbydes behandling tidligere eller til nye grupper end før aktivitetsudvidelsen.
- ◆ Der er ikke empirisk belæg for at sige, at privatisering i almindelighed fremmer effektiviteten, hverken i form af højere kvalitet eller i form af en mere effektiv udnyttelse af ressourcerne.
- ◆ SUSY-undersøgelsen viser, at sygefraværet er ens for ansatte med og uden sundhedsforsikring.
- ◆ Udenlandske erfaringer fra England og Australien viser ikke tegn på, at sundhedsforsikringer ødelægger det offentlige sundhedssystem.
- ◆ Udenlandske erfaringer tyder på, at en fjernelse af skattefradraget ca. vil halvere omfanget af lønmodtagere dækket af en sundhedsforsikring, og at forsikringstagerne primært vil være virksomhedernes nøglemedarbejdere.
- ◆ Analysen finder ikke, at private sundhedsforsikringer fører til, at personer uden forsikring absolut set bliver ringere stillet. Ventelistegarantien på en måned gør, at adgangen til behandling i Danmark generelt er relativ let, og det kan diskuteres, hvor stor en fordel det reelt er at have en sundhedsforsikring.

- ◆ Som det er i dag, udgør behandling på privathospitaler finansieret af sundhedsforsikringer en meget lille andel af sundhedsaktiviteten generelt. Omsætningsmæssigt tegner privatforsikringerne sig for ca. 1 mia. kr. eller under 1 % af de samlede aktiviteter i sundhedssektoren. Det offentlige sundhedsvæsen tegner sig for over 98 % af den samlede beskæftigelse inden for sundhedsvæsenet, og de private sundhedsforsikringer tegner sig for under halvdelen af aktiviteten i den private sundhedssektor.
- ◆ Spørgsmålet er, hvad der sker ved en stigende udbredelse af private sundhedsforsikringer? Det kan være svært at vurdere, herunder ikke mindst betydningen af, om opbakningen til det offentlige sundhedsvæsen falder. De få undersøgelser, der findes, viser stor opbakning til det offentlige sundhedsvæsen, og at der ikke kan konstateres nogen vigende opbakning til det offentlige sundhedsvæsen som følge af udbredelsen af private sundhedsforsikringer.

Resumé

Private sundhedsforsikringer er i Danmark altovervejende et gode, der tilfalder erhvervsaktive. Det er en direkte konsekvens af udformningen af den danske skattelovgivning, hvor virksomheder kan vælge at tilbyde en sundhedsforsikring, uden der skal svares skat af det. Skatteloven har haft stor effekt på udbredelsen af sundhedsforsikringer. Hvor der i 2001 var ca. 50.000 sundhedsforsikrede, havde knap 1 mio. danskere en privat sundhedsforsikring ved udgangen af 2008. Denne udvikling forventes at fortsætte, da mange offentlige institutioner overvejer at tilbyde sundhedsforsikringer som en del af lønpakken.

Den danske udbredelse af private sundhedsforsikringer er relativt socialt lige, fordi det er et krav for at opnå skattesubsidiet, at tilbuddet om forsikringsdækning skal tilfalde hele arbejdspladsen. En fjernelse af skattefradraget forventes på baggrund af udenlandske erfaringer at ville medføre ca. en halvering i salget af private sundhedsforsikringer, hvor det primært vil være nøglemedarbejdere, der vil have arbejdsgiverbetalt forsikringsdækket adgang til privathospitaler. Kravet om tilbuds-dækning til hele arbejdspladsen sikrer dog kun en relativ ligelig social fordeling blandt erhvervsaktive, som i forhold til den samlede befolkning er væsentligt bedre socialt stillet.

En bekymring, der ofte nævnes i forbindelse med udbredelsen af private sundhedsforsikringer, er, at uforsikrede risikerer at blive ringere stillet, når væksten i forsikringspatienter i det private sundhedssystem dræner det offentlige sundhedssystem for arbejdskraft. Analysen vurderer, at selv om data er både forældede og ufuldstændige, har det ikke kunnet bekræftes, at den private sygehussektor har 'tømt' offentlige sygehusafdelinger for personale – hertil er størrelsesordenen trods alt for lille. Det ser ud til, at en meget stor andel af lægerne i den private sektor er bibeskæftede på privatsygehusene og har deres hovedbeskæftigelse på offentlige sygehuse, og det kan være én af de måder, hvormed privatsygehusene er med til at udvide de samlede behandlingsudbud, da offentlige sygehuse historisk set har haft svært ved at udnytte læger og andet sundhedspersonales ønsker om merarbejde. Dette betyder, at størstedelen af den aktivitet, som privatforsikringerne genererer, kan betragtes som aktivitet, der næppe havde været produceret, hvis der ikke havde været et forsikringstilbud, hvorfor der næppe meningsfuldt kan tales om, at nogen kommer til at vente længere, fordi andre har en privat forsikring. Selv om man ikke stilles absolut ringere, stilles man dog relativt ringere, når man kan se, at andre springer køen over. Ventetidsgarantierne i den offentlige sektor gør dog, at særligt ventetiden til operation har været meget kort for de, der aktivt har valgt sygehus, hvorfor værdien af en privat forsikring har været relativ marginal for den gruppe patienter. I forhold til udredningsforløb kan forsikringerne have en større værdi, da der kan indgå mange trin i en udredning, der ikke altid er ventetidsgaranti for, eller hvor værdien af ventetidsgarantien kan være mindre, fordi denne kun relaterer sig til de enkelte undersøgelser i et længerevarende forløb. Det offentliges indsats i forhold til kræftpakker mv. gør, at udredning for en række alvorlige sygdomme er godt dækket i det offentlige sundhedsvæsen, men der kan formodentlig findes eksempler, hvor forsikringen har medført en reel forkortelse af et udrednings- og behandlingsforløb. Mangelfulde dataindberetninger fra det private sundhedsvæsen gør, at det ikke er muligt at lave en meningsfuld analyse af, hvilke sundhedsydelser de private sundhedsforsikringer dækker.

En anden ofte nævnt bekymring er, at udbredelsen af de private sundhedsforsikringer vil underminere opbakningen til det kollektivt finansierede sundhedsvæsen. Det ikke været muligt at dokumentere dette, hverken på baggrund af de udenlandske erfaringer eller de meget sparsomme danske data, men i udlandet ses ofte en sammenhæng mellem indkomst, politisk observans og opbakningen til det

offentlige sundhedsvæsen. Tilsvarende findes en sammenhæng mellem høj indkomst og det at have en privat sundhedsforsikring. Derfor er der naturligt en korrelation mellem det at have en privat sundhedsforsikring og det at bakke mindre op omkring det kollektivt finansierede sundhedsvæsen, men der behøver ikke være nogen sammenhæng mellem de to parametre.

Fortalere for private sundhedsforsikringer argumenterer ofte for, at privathospitalerne aflaster den offentlige sektor, således at alle kommer hurtigere til behandling, hvorfor privatforsikringer bør ses som en win-win situation. Analyserne af de danske data kan ikke bekræfte, at privatforsikringerne har udgjort en aflastning af den offentlige sygehussektor. Det skyldes bl.a., at de private sygeforsikringer dækker mange områder, som ikke dækkes af sygesikringen eller offentlige sygehuse, men også at den udvidede aktivitet kan have påvirket indikationerne til behandling både i det offentlige og det private sundhedsvæsen. Generelt ved vi dog for lidt om konsekvenser for indikationer, kvalitet, patientsikkerhed, overbehandling og undergravelse af LEON-principperne mv. til at kunne relatere evt. ændringer til udbredelsen af private sundhedsforsikringer. I det hele taget er det vanskeligt at analysere konsekvenserne af private sundhedsforsikringer, da de offentlige myndigheder ikke indsamler oplysninger om, hvem der har en sundhedsforsikring, og fordi det private sundhedsvæsen ikke lever op til sine registreringsforpligtelser. De bedste data findes for relativ produktivitet, hvor udenlandske undersøgelser viser, at private aktører i gennemsnit har en lidt lavere produktivitet.

Analysen finder, at der er objektiv ulighed i adgang til de private, skattesubsidierede sundhedsforsikringer. Få danskere på det offentlige arbejdsmarked og færre uden for arbejdsmarkedet har en sundhedsforsikring. Men hvad størrelsesordenen af denne objektive ulighed betyder for uligheden i adgang til det danske sundhedsvæsen, har vi ikke data til at sige noget om. De manglede muligheder for at kvantificere uligheden skyldes, at det private sundhedsvæsen ikke indberetter sin aktivitet til de offentlige registre, og at omsætningen i den forsikringsgenererede private aktivitet samlet set er på ca. 1 mia. kr. om året, svarende til knap 1 % af omsætningen i det samlede offentlige sundhedsvæsen.

I Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen (SUSY-undersøgelsen) ses, at personer med en privat sundhedsforsikring i væsentligt højere grad har angivet at have en god eller virkelig god helbredstilstand, også når der er kontrolleret for køn, alder og indkomst. Dette kan tolkes i retning af, at forsikringselskaberne formår at selekttere patienter med godt helbred og dermed lav risiko for forsikringsudbetalinger. En alternativ tolkning er, at forsikringen skal tilskrives det bedre egenvurderede helbred, men da forskellen i forbruget af forebyggende ydelser er lille og ikke signifikant, ligesom sygefraværet ikke kan relateres til forsikringsstatus, så vurderes denne sammenhæng som helt usandsynlig.

For at belyse om den private skattesubsidiering af sundhedsforsikringer i et større perspektiv er rimelig, har vi anlagt et juridisk perspektiv. Her er vurderingen, at skattesubsidiet ikke er uproblematisk, hverken i forhold sundhedslovens målsætning om lige adgang eller i forhold til en bredere menneskeretlig vurdering, hvor Danmark har forpligtiget sig til at fokusere på særligt svage og udsatte grupper. Juridisk er vurderingen dog, at man næppe ville vinde en retssag, hvis man forsøgte at domstolsprøve skattesubsidiet til private sundhedsforsikringer, men den juridiske fortolkning giver alligevel et bidrag til en forklaring på, hvorfor mange opfatter skattesubsidieret adgang til privathospitalsydelser for erhvervsaktive som "urimeligt", mens et sundhedsprogram målrettet fx udsatte børn ikke opfattes på samme måde.

En gennemgang af udvalgte forsikringspolicer viser, at der er væsentlige forskelle mellem opbygningen af forskellige forsikringer, men at indholdet minder en del om hinanden. Dog er der i detaljen en del forskelle, hvorfor det kræver omtanke at vælge den police, der bedst dækker ens behov. Forebyggende ydelser inkluderes i forskelligt omfang i policerne, men tilbuddene forekommer efterspørgselsorienterede, ustrukturerede og uden krav om evidensbaserings. Derfor er det umuligt at vurdere den forebyggende effekt af den type forsikring, men den må formodes at være minimal. Dette støtter fundet i

SUSY-undersøgelsen, der ikke kan koble tilstedeværelsen af en forsikring til et lavere sygefravær. Succesfuld forebyggelse af arbejdsskader eller livsstilssygdomme vil typisk kræve mere strukturelle forandringer af livs- eller arbejdssituationen, hvorfor rent efterspørgselsbaserede koncepter bygget op omkring elementer som internetbaserede spørgeskemaer, zoneterapi og massage næppe i tilstrækkeligt omfang adresserer de underliggende sundhedsmæssige behov,

Der findes ikke detaljerede opgørelser af, hvad sundhedsforsikringer bruges til i Danmark. Forsikring & Pension oplyser, at ca. to tredjedele går til hospitalsrelaterede ydelser, en fjerdedel til terapeuter, herunder også alternativ behandling som fx zoneterapi, og ca. 10 % til hjemmehjælp mv. Privathospitalet er forpligtede til at indberette behandlinger i hospitalsregi til Landspatientregisteret, men da de generelt ikke lever op til den forpligtelse, er det ikke validt at foretage en mere detaljeret opgørelse af aktiviteten.

Præmien for private arbejdsgivertegnede sundhedsforsikringer har ligget relativt konstant på ca. 1.000 kr./år per person over i hvert fald de seneste 5 år, mens udbetalingerne er steget til et niveau, hvor sundhedsforsikringer er presset på deres rentabilitet. Der må derfor forventes præmieforhøjelser eller øget risikodeling i form af brugerbetaling. I forhold til gennemgangen af de udenlandske erfaringer er præmieniveauet relativt lavt i Danmark, hvilket formentlig skal tilskrives den brede offentlige dækning samt de – i internationalt perspektiv – korte ventetider.

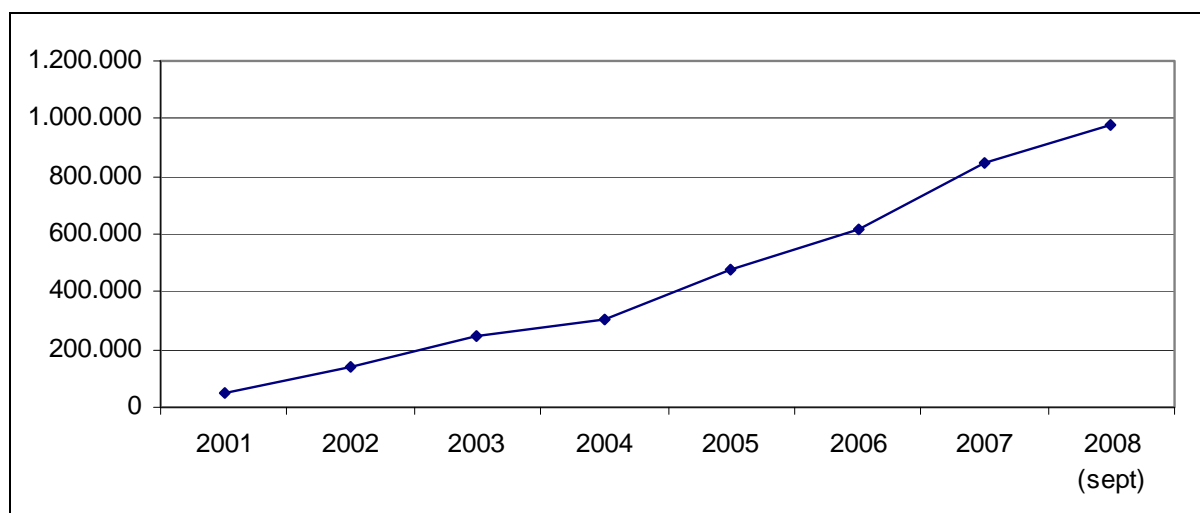
Erfaringer fra England og Australien viser, at skattesystem og regulering har meget stor betydning for udbredelse, brug og fokus. Fx er der indført et skattetillæg for vellønnede i Australien uden sundhedsforsikring, hvilket betyder, at stort set alle i den løngruppe har en sundhedsforsikring. I Australien må sundhedsforsikringerne ikke give adgang til en speciallæge, med mindre det er del af et indlæggelsesforløb. Dette holder debatten om indikationsskred i ave. Endvidere fakturerer man i Australien forsikringsselskaberne ved behandling på offentligt sygehus, hvorved aflastningen ved private sundhedsforsikringer fremkommer klarere. I England er andelen af sundhedsomkostningerne betalt af forsikrings-selskaberne faldet under Labour-regeringen, da særlige skattefordele er blevet reduceret, ligesom der parallelt er sket en målrettet indsats for at nedbringe ventetiden til behandling. Både fra England og Australien rapporteres om en priselasticitet på ca. -0,5. Hvis dette også er tilfældet i Danmark, betyder det, at en fjernelse af skattesubsidiet vil halvere forsikringsmarkedet.

Udbredelsen af private sundhedsforsikringer

Sundhedsforsikringer havde en meget begrænset udbredelse, før det i 2002 blev muligt for virksomheder at tilbyde dem til medarbejdere, uden at der skulle betales indkomstskat af dem. Siden er antallet af sundhedsforsikrede steget, idet der i 2001 var ca. 50.000 sundhedsforsikrede, mens der ved udgangen af 2008 var knap 1 mio. (se figur 1). Udbredelsen af private sundhedsforsikringer forventes fortsat at stige, da kommuner og andre offentlige institutioner arbejder med at udvikle tilbud om privat sundhedsforsikring til deres medarbejdere. Andre vækstmarkeder er tilbud om sundhedsforsikring til børn og samlevere.

Før der blev givet skattefrihed, var sundhedsforsikringer primært målrettet virksomhedernes nøglemedarbejdere. Nu tilbydes sundhedsforsikringer bredt, idet skattefriheden er betinget af, at alle medarbejdere tilbydes forsikringen, og den sociale lighed blandt forsikringstagerne er i noget omfang blevet udjævnet.

Figur 1. Antal personer dækket af en sundhedsforsikring



Kilde: (1;2).

Skattefriheden for sundhedsforsikringer vurderes at have haft afgørende betydning for sundhedsforsikringernes udbredelse, og fjernelse af skattefradraget vil – med udgangspunkt i internationale erfaringer for priselasticiteten af supplerende sundhedsforsikringer – sandsynligvis mere end halvere udbredelsen af sundhedsforsikringer. Skattefriheden har bl.a. af skattekommissionen været kritiseret for, at mange medarbejdere vælger en sundhedsforsikring, blot fordi den er skattefri. Medarbejdere, der alternativt selv vælger at købe en sundhedsforsikring for beskattet løn, har et større incitament til at vurdere, om ordningen er fordelagtig selv uden en skattefordel, eller om familien i forvejen er dækket af en tilsvarende forsikring mv.

Værdien af skattefradraget afhænger primært af medarbejderens lønniveau. For modtageren af en forsikring, der alternativt ville være en del lønnen, udgør værdien af skattefradraget mellem 37 % og 59 % alt afhængig af lønniveau. Skatteministeriet har opgjort den skønsmæssige værdi af skattefradrag på sundhedsforsikringer. I 2002 havde skattefradraget (skat og arbejdsmarkedsbidrag) en værdi på 90 mio. kr. stigende til 405 mio. kr. i 2006 (3), se tabel 1. Herefter ændres forudsætningerne/bag-

grundsoplysningerne¹, og den skattemæssige værdi udgør ifølge Skatteministeriet 340 mio. kr. i 2007 (med den ændrede opgørelsesmetode ville virkningen i 2006 have udgjort 290 mio. kr.).

Tabel 1. Værdi af skattefradrag

Beløb i mio. kr.	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Værdi af skattefradrag på sundhedsforsikringer	90	200	240	325	405	340

Kilde (2;3;7).

En rapport udgivet i 2008 angiver de seneste tal fra Det Økonomiske Råd værdien af fradraget på sundhedsforsikringer ca. 30 % højere (525 mio. kr. i 2006) (4). Ugebrevet A4 beregner værdien til ca. 684 mio. kr. i 2008 med udgangspunkt i en gennemsnitlig årlig præmieindtægt på 1.250 kr. (5).

¹ Sundhedsforsikringer er nedjusteret med ca. 65 mio. kr. Det henføres til ændrede skøn fra Skatteministeriet på baggrund af nye oplysninger om udbredelsen af sundhedsforsikringer og størrelsen af præmierne fra Forsikring & Pension for både ultimo 2005 og ultimo 2006. Disse tal viser, at skattefradragets værdi ved sundhedsforsikringer tidligere var overvurderet. Hvis ændringen i skatteudgift måles i forhold til de justerede tal for 2006, er den vokset ca. 50 mio. kr. Dette beløb er et bedre udtryk for den egentlige udvikling i skatteudgiften vedr. sundhedsforsikringer. Alt i alt skønnes den reelle vækst i skatteudgifterne for personalegoderne at være 130 mio. kr. fra 2006 til 2007 (3).

Hvad dækker en privat sundhedsforsikring?

Sundhedsforsikringer er meget forskellige og dækker forskellige ting. En sundhedsforsikring dækker typisk udgifter eller dele af udgifter ved behandling på et privathospital eller hos privatpraktiserende speciallæge, herunder laboratorie- og røntgenundersøgelser, ambulante behandling, hospitalsophold og medicin, operation, scanning, pacemaker, proteser og hjælpemidler, tandbehandling, genoptræning, fysioterapeut, kiropraktor, psykiater, psykolog og anden krisehjælp, alkoholafvænnings, sygeplejerske i hjemmet og transport mellem hjem og behandlingssted.

Som hovedregel dækker forsikringen ikke akut opståede skader og kroniske lidelser; ej heller sygdomme eller symptomer der er opstået, før forsikringen er oprettet, sygdom og ulykke som følge af professionel sport, kosmetiske operationer, alternativ behandling, briller, kontaktlinser eller tandbehandling, behandling af barnløshed samt følger af graviditet og fødsel. Varierende med præmien kan disse elementer dog dækkes.

Indholdet af sundhedsforsikringerne er i væsentligt omfang determineret af betingelserne for skattefrihed. Grænserne for dette er defineret i Lov nr. 389 af 6. juni 2002. Heri defineres to centrale betingelser for at opnå skattefrihed :

1. At udgiften afholdes som led i arbejdsgiverens generelle personalepolitik for alle virksomhedens medarbejdere, herunder at en forsikring tegnet af arbejdsgiveren omfatter samtlige virksomhedens medarbejdere.
2. At der foreligger en lægehenvielse til behandling. Skattefriheden for ydelser til behandling af misbrug af medicin, alkohol eller andre rusmidler er dog alene betinget af, at der foreligger en skriftlig lægeerklæring om, at medarbejderen har behov for behandlingen, og skattefriheden for ydelser til kiropraktorbehandling og psykolog er alene betinget af, at der foreligger en skriftlig erklæring fra en kiropraktor/psykolog, der har autorisation.

Selv om loven er relativ klar, er der dog efterfølgende sket en række praksisændringer, således at omfanget af ydelser, der er dækket af de private sundhedsforsikringer, langsomt er øget. Praksisændringerne er som følger (medmindre andet er angivet, har det ikke været muligt at tidsfæste praksisændringen):

- ◆ Forebyggelse og behandling af arbejdsrelaterede skader.
- ◆ Rygeafvænningskurser, rygestopkurser og nikotinpræparater (betinget af, at der er tale om en generel ordning for alle virksomhedens medarbejdere).
- ◆ Sundhedstjek, generel. Skattefrit, jf. SKM2004.371 LR (i modsætning hertil er en egentlig helbredsundersøgelse, som er skattepligtig, jf. SKM2005.203LR) - Praksis. 21. september 2004.
- ◆ Syge- og ulykkesforsikring, der både dækker arbejdstid og fritid, hvis forsikringssummen for fritid højst udgør 500.000 kr.
- ◆ Vaccination i overvejende grad af hensyn til arbejdet (LL § 16, stk. 3, 3. pkt. (bagatelgrænsen/grundbeløbsgrænsen). Lov nr. 437 af 10. juni 1997.
- ◆ Adgang til motionsrum uden instruktør (bl.a. SKM2001.253LR, generel velfærdsforanstaltning af bagatelkarakter).
- ◆ Firmaidrætsarrangementer.

De fleste forsikringselskaber har tilpasset sig skattefrihedens muligheder og tilbyder forskellige moduler, som kan supplere en grunddækning. Grunddækningen er typisk snævert defineret omkring hurtig behandling på et privathospital, men i stigende grad indeholder den også behandling hos andre behandlere og terapeuter: kiropraktik, fysioterapi og psykolog. Som tilkøb fås normalt rekreative og behandlingsophold og midlertidig hjælp i hjemmet. Midlertidig hjælp kan fx omfatte rengøring. Umiddelbart kan man mene, at rengøringshjælp er uforeneligt med kravene til skattefrihed for sundhedsforsikringer, men forsikringselskaberne kræver i policerne, at der foreligger en lægehenvi- sning, og kan derfor på denne måde være omfattet af skattefradraget.

Skattelovens skelnen mellem, hvad der er et sundhedstjek og en egentlig helbredsundersøgelse, kan også forekomme uklar. Vurderes de mulige ydelsers indhold i de forbyggede undersøgelser, kan der ikke konstateres nogen forskelle på, hvad en helbredsundersøgelse kan indeholde. Skelnen ligger øjensynlig i, at den forebyggende undersøgelse har til formål at forebygge fremadrettede problemer. Her kan man dog indvende, at hvis en læge, der i forbindelse med en "egentlig helbredsundersøgelse" blev opmærksom på en eller flere behandlingskrævende problemer, så ville lægen også have en forpligtelse til at informere patienten om dette.

Generelt er grænsen for, hvad der i en skattemæssig sammenhæng betragtes som en "behandling", ikke entydig. I forbindelse med behandlinger anvendt som målrettet forebyggelse eller behandling af en arbejdsrelateret skade har Skat i 2002 fx konkret taget stilling til, at zoneterapi kan omfattes af skattefrihed (6). Afgørelsen angiver ingen begrundelse for zoneterapiens særstilling på dette område, og der er ikke fremlagt dokumentation for behandlingens relevans i forhold til at forebygge eller behandle arbejdsrelaterede skader. Således vil der i princippet være mulighed for at omfatte mange andre alternative behandlinger i en skattesubsidieret forebyggelsespakke. Når der er tale om forebyggelse og behandling af arbejdsrelaterede skader, kræves endvidere ikke lægehenvi- sning. Således tilbyder fx Falck Healthcare mulighed for skattesubsidieret afgang til "tværfaglig behandling", hvor patienten direkte på internettet eksempelvis booker zoneterapi og massage. Behandlingernes kliniske relevans vurderes af her af en kiropraktor efter seks behandlinger,

Eksempler på typiske forsikringspolicer

I dette afsnit beskrives indholdet af tre typiske sundhedsforsikringer samt tilbuddet fra Falck Healthcare. Danica og Codans forsikringer er udvalgt, fordi de er blandt de største forsikringsudbydere, og Mølholm Forsikring er en lidt mindre forsikringsudbyder, der eksemplificerer nogle af de forskelle, der er i forsikringsudbuddet. En del forsikringselskaber, der udbyder sundhedsforsikringer, samarbejder med Falck Healthcare om sundhedscheck og forebyggende sundhedsydelse. Disse ydelser er juridisk set forebyggelse og behandling af arbejdsrelaterede skader, hvorfor der er meget få krav til deres indhold.

Nedenstående kortlægning illustrerer kun udvalgte strukturelle forskelle i de policer, der er på markedet, og langt flere detaljer er relevante, før en beslutning kan tages. Fx har forsikringspolicer en begrænsning på 6 kontakter til en fysioterapeut om året, mens andre har 10, og nogle bruger kalenderår som tidsafgrænsning, mens andre bruger seneste 12 måneder. Nogle leverandører kobler behandling hos terapeuter med en hospitalsdækning; hos andre kan dækning købes separat. Den store forskel mellem forsikringerne gør det vigtigt nøje at studere betingelserne for forsikringspolicerne og sammenholde dem med det forventede behov, før en beslutning af leverandør vælges. Det har ikke været muligt at få oplysninger om pris for de enkelte forsikringer, da dette bl.a. afhænger af risikoprofil og antal.

Falck Healthcare A/S

Falck Healthcare tilbyder "tværfaglig behandling". Her tilbydes fysioterapi, kiropraktik, massage og zoneterapi uden ventetid. Dette kan enten ske på arbejdsplads i en "mini-klinik" eller i et sundhedscenter. Endvidere udarbejdes sundhedsprofil der omfatter kolesteroltal, blodtryk, fedtprocent, blodsukker samt BMI (Body Mass Index) og sundhedsscreeninger, hvor forsikringstagere besvarer et spørgeskema på internettet, hvorefter en læge fra Falck Healthcare vurderer, om forsikringstagerne bør opsøge egen læge. Medarbejderne booker selv tid til behandlingerne. Der sker ingen lægelig visitation.

DANICA Sundhedsforsikring er modulopbygget og omfatter:

Grundmodul: Hurtig behandling på privathospital, -klinik eller ved speciallæge.

Dækning: Op til kr. 1 mio. pr. år

Grundmodel med modul 1 – andre behandlere og terapeuter: Plus fx kiropraktik, fysioterapi, zoneterapi og psykolog.

Dækning: Op til kr. 1 mio. pr. år.

Grundmodul med modul 2 – ekstra frihed: Plus rekreative- og behandlingsophold, midlertidig hjælp i hjemmet, behandling i udlandet.

Dækning: Op til kr. 1,5 mio. pr. år.

Grundmodul med modul 3 – børnedækning: Plus behandling af medarbejderes børn på privathospital, -klinik eller ved speciallæge.

Grundmodul med modul 4 – behandling af afhængighed: Plus behandling af medarbejdere der er afhængige af alkohol, medicin eller andre rusmidler.

Codan Care Erhverv

Omfatter bl.a. forsikringsgrupperne Forbliv rask, Hospitalsbehandling.

Dækning/erstatning: Afhænger af sammensætning og dækningsgrad.

Forbliv rask: Rådgivning ved fx psykolog, jurist, socialrådgiver i forskellige situationer som fx skilsmisse eller dødsfald, regelmæssig sundhedsundersøgelse samt tværfaglig behandling for at forebygge og behandle arbejdsrelaterede skader.

Hospitalsbehandling: Udgifter til behandling af sygdomme, som kan kureres eller bedres varigt.

Giver mulighed for indlæggelser og ambulante behandlinger på betalingshospitalet og -klinikker i Norden. Når medarbejderen har været forsikret i to år, er der også erstatning, hvis der stilles diagnoser, som direkte eller indirekte skyldes en tilstand, der er opstået, før medarbejderen trådte ind i ordningen.

Mølholm Forsikring

Dækning: Et modul. Hvis forsikrede og dennes ægtefælle/samlever er omfattet af behandlingsforsikringen, er de forsikredes børn under 21 år omfattet af behandlingsforsikringen uden tillægspræmie.

Undersøgelse eller behandling hos speciallæge eller på privathospital samt anden behandling, hvis det ordineres af den opererende speciallæge. Genoptræning i op til 12 måneder efter skade samt rekreativeophold i op til 30 dage, nødvendige transportomkostninger, hjælpemidler. Psykologbehandling af trivselsproblemer kan maksimalt strække sig over 6 måneder, og i 5. måned kan der maksimalt tilkendes 3 behandlinger, og den forsikrede har 3 måneder til at bruge disse i. Forsikringen dækker udgifter til fysioterapi eller kiropraktik i op til 6 måneder fra anmeldelsestidspunktet. Herefter skal der gå 12

måneder fra sidste behandling, før der atter kan bevilges yderligere behandlinger. Ved fysioterapi, kiropraktik mv. er godtgørelsen pr. behandling fastsat til 155 kr.

Den forsikrede tilbydes sundhedsscreening én gang for hver 12 måneder. Analysen tilbydes i samarbejde med Falck Healthcare. Ved psykologisk krisehjælp kan der tilkendes op til 10 behandlinger pr. krise. En behandling er sat til 60 minutter. Prisen for en time ligger normalt på 800-895 kr. Dækning: Op til kr. 1,5 mio. pr. år.

Tilvalgsprodukter omfatter forebyggende helbredsundersøgelse hvert 2. år (udvidet helbredsundersøgelse), Forebyggende helbredsundersøgelse (helbredsundersøgelse hos egen læge eller testcenter), og Behandlingsforsikring for børn under 21 år.

Hvad koster en sundhedsforsikring?

Præmien for sundhedsforsikringer varierer med aldersgruppe, forsikringsvirksomhed, dækning mv. En gennemgang af forsikringspolicer for privatpersoner udbudt af de tre største forsikringselskaber i Danmark viser, at præmien kan variere fra ca. 500-2.400 kr.

Tabel 2 viser sundhedsforsikringernes omfang og indtægt/udgift pr. forsikringstager. Dækningsgraden er estimeret ved simpel subtraktion/division. Den gennemsnitlige præmieindtægt er omkring 1.000 kr. (7). Præmieindtægterne per forsikringstager har været stigende i perioden 2003-2007, mens udbetalingerne er steget markant, hvilket indikerer, at forsikringstagere i stigende grad behandles gennem forsikringsordningen.

Tabel 2. Bruttopræmieindtægter/-udgifter for sundhedsforsikringer

Beløb i mio. kr.	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Antal forsikrede ('000 pers.)	141	246	306	473	614	849	980
Bruttopræmieindtægter (mio. kr.)	...	268	348	483	611	846	...
Bruttoerstatningsudgifter (mio. kr.)	...	98	182	285	484	758	...
Bruttopræmieindtægt pr. forsikringstager		1.090	1.137	1.022	995	996	...
Bruttopræmieudgift pr. forsikringstager		399	595	603	788	893	...
Dækningsbidrag pr. forsikringstager		690	542	419	206	104	...
Dækningsgrad pr. forsikringstager		63 %	48 %	41 %	21 %	10 %	...

Kilde: Egne beregninger.

Ekstrapoleret fra den gennemsnitlige ændring i bruttopræmieindtægten og -udgiften pr. forsikringstager fra 2003-2007, jf. tabel 2, adderet med antallet af forsikrede, angiver en bruttopræmieindtægt i 2008 på ca. 954 mio. kr. og en bruttopræmieudgift på ca. 996 mio. kr., dvs. et negativt dækningsbidrag pr. forsikringstager (-43 kr.).

Præmieforhøjelser

Som følge af den øgede brug af sundhedsforsikringer, jf. ovenstående, varsler flere forsikringskoncerner præmiestigninger i løbet af 2009 og 2010, mens andre koncerner allerede har gennemført prisstigninger i 2007 og 2008 (8). Hvor der varsles stigninger i den kommende år, er disse typisk 20-30 % af 2008 præmierne (8-10).

Forsikringskoncernen Codan, som hævede prisen primo 2008, gennemfører ikke stigninger igen før 2010, men indfører i stedet en selvrisko på 500 kr. i 2009. Samtidig giver koncernen rabat på 30 % til virksomheder, der vælger selvrisko til.

Markedsudviklingen peger dermed i retning af et marked, hvor forsikringsprodukterne bl.a. inkluderer selvrisko, som det også gør sig gældende for mange andre forsikringsprodukter. Skattefradraget gør dog det mindre økonomisk fordelagtigt at købe forsikringsdækning med selvrisko, da selvriskoen ikke er fradragsberettiget.

Hvem er sundhedsforsikret?

Tegning gennem arbejdsgiver har formelt en adgangsbegrænsende virkning, da tegning gennem en virksomhedsordning ikke kræver samme helbredsoplysninger som ved tegning i privat regi.

Målgruppen for arbejdsgiverbetalte sundhedsforsikringer er alle medarbejdere i alle virksomheder, mens den for private sundhedsforsikringer er privatpersoner i aldersgruppen 18-60 år med bopæl i Danmark. Målgruppen afgrænser implicit aldersgrupperne 0-18 år og 60+ år.

Ifølge brancheorganisationen Forsikring & Pension er 9 ud af 10 sundhedsforsikringer betalt af arbejdsgiveren (7). Arbejdsgiveren er typisk en privat virksomhed. En undersøgelse foretaget af Capacent Epinion (5) viser, at 58 % af de privatansatte har en sundhedsforsikring stillet til rådighed, mens den tilsvarende andel for offentligt ansatte er 6 %. Henholdsvis 2 og 8 % ved ikke, hvorvidt de har en sundhedsforsikring stillet til rådighed. Foruden en mere principiel modstand mod sundhedsforsikringer blandt offentlige organisationer tyder undersøgelsen på, at skattefradragsreglerne, der er særligt fordelagtige for medarbejdere i private virksomheder, har indflydelse på den faktiske udbredelse af forsikringerne. På tværs af sektorerne har i gennemsnit 38 % en sundhedsforsikring stillet til rådighed (11).

Der er positiv korrelation mellem indkomst og forsikringsdækning. 50 % af de privatansatte med en årsindtægt på under 300.000 kr. havde i 2008 en sundhedsforsikring stillet til rådighed af deres arbejdsgiver, mens dette gjaldt 56 % med en årsindtægt på 300.000-500.000 kr. og 66 % med en årsindtægt over 500.000 kr. (5).

Der er en kønsbestemt forskel i udbredelsen af sundhedsforsikringer. Blandt forsikringstagerne er 61 % mænd og 53 % kvinder (1).

Uddannelsesniveaueet blandt forsikringstagerne er højere end i den private sektor generelt. En analyse blandt privatansatte foretaget af Ugebrevet A4 peger på, at uddannelsesniveaueet er højere blandt forsikrede end ikke-forsikrede. Blandt privatansatte med en folkeskoleuddannelse har 39 % en sundhedsforsikring, mens 63 % med en videregående uddannelse har en arbejdsgiverbetalt sundhedsforsikring (5). En rapport fra Copenhagen Economics (1;7) peger ligeledes på, at andelen med en sundhedsforsikring i den private sektor varierer med uddannelsesniveaueet. Personer med en videregående uddannelse er overrepræsenteret, mens personer med grundskoleuddannelse eller gymnasial uddannelse som højeste uddannelsesniveaue er underrepræsenteret. Personer med en faguddannelse har samme repræsentation blandt personer med sundhedsforsikring som i det private erhverv generelt. Udviklingen går ifølge rapporten i retning af større lighed på det private arbejdsmarked, hvor lavtuddannede er lige så godt dækket som højtuddannede.

Aldersinddelingen af forsikringstagerne viser, at særligt yngre personer på arbejdsmarkedet har en sundhedsforsikring. Andelen af privatansatte med en sundhedsforsikring er 66 % i aldersgruppen 18-34 år, mens den tilsvarende andel er 57 % i aldersgruppen 35-55 år og 42 % i aldersgruppen 56+ år (5).

Mens sundhedsforsikringer oftest tegnes for personer i den erhvervsaktive alder, angiver Danica Pension ligeledes, at et stigende antal børn sundhedsforsikres. Hos pensionsselskabet er der på 3 år kommet børn med på 25.000 af selskabets 150.000 forsikringspolicer, mens der hos PFA Pension er børn med på 50.000 af selskabets 115.000 forsikringspolicer. Sundhedsforsikring for børn tegnes både

privat og gennem forældrenes arbejdsgivere. Ved Danica Pension har ca. 2.000 børn, hvis forældres firmaaftale ikke inkluderede børneforsikring som element, fået tegnet en forsikring (10).

Sundhedsforsikringer i fagforbund og offentlige organisationer

Mens sundhedsforsikringer i dag oftest er arbejdsgiverbetalte gennem privat virksomhed, er fagbevægelsen og offentlige organisationer, herunder kommunerne, blandt de nyere forsikringstagere.

Traditionelt har der i disse organisationer været modstand mod sundhedsforsikringer. Argumentet er, at sundhedsforsikringerne er skævvridende i adgangskriterierne, idet visse borgere kommer foran andre trods ellers 'lige behov'. Forsikringerne kritiseres for at medvirke til øget social ulighed, idet førtidspensionister, arbejdsløse, ældre og andre uden for arbejdsmarkedet sjældent er blandt forsikringstagerne. Endvidere peges på det principielt forkerte i, at en offentlig organisation støtter private sygehuse, hvilket ifølge kritikerne kan medvirke til at 'undergrave' de offentlige sygehuse.

En undersøgelse foretaget af Ugebrevet A4 viser at ca. 43 % af medlemmer af fagbevægelsen ønsker at blive forsikret, mens 31 % ikke mener, det er en fagforeningsopgave (12).

Fagforeningsledelserne er mere skeptiske. Formænd for flere af landets store forbund og hovedorganisationer afviser sundhedsforsikringer grundet 'social ulighed' i adgangskriterierne. Endvidere frygtes, at udviklingen af privat sygdomsbehandling vil skade de offentlige sygehuse (12).

Finansforbundet forhandler for sine ca. 50.000 medlemmer arbejdsgiverbetalt sundhedsforsikring via en fælles overenskomst.

Politiforbundet har valgt at tilbyde sine medlemmer en selvbetalt sundhedsforsikring. 4.000 af forbundets 12.000 medlemmer har valgt at tage imod dette tilbud mod en månedlig ydelse i 2009 på 210 kr., svarende til 2.520 kr. pa. (2008: 125 kr. måned/1.500 kr. pa) (telefoninterview & (12)). De medlemmer af Politiforbundet, der takker ja til forsikringen, opnår ingen skattefordel, da forbundets aftale ikke betragtes som en virksomhedstegnet aftale, fordi den ikke er omfattet af overenskomsten.

Seks kommuner² ud af landets i alt 98 kommuner tilbyder primo 2009 deres ansatte sundhedsforsikringer betalt via en bruttolønsordning, mens Fredensborg som landets eneste kommune tilbyder en arbejdsgiverbetalt sundhedsforsikring. Statsforvaltningen har i denne forbindelse godkendt, at Fredensborg Kommune indfører en arbejdsgiverbetalt sundhedsforsikring til kommunens ansatte efter en klage, hvor en borger anførte, at ordningen var ulovlig i forhold til kommunestyrelsesloven og sundhedsloven (lige adgang ved lige behov), samt at kommunen både i almindelighed og i relation til kommunestyrelsesloven forfulgte et ulovligt formål med den trufne beslutning (13).

En rundspørge foretaget af magasinet Danske Kommuner, der inkluderer tal for 71 kommuner, viser, at ca. halvdelen af kommunerne (48 kommuner) i øjeblikket er tæt på at kunne præsentere en forsikringsordning for medarbejderne, som enten finansieres via en bruttolønsordning (36 kommuner) eller som et arbejdsgiverbetalt personalegode (12 kommuner). I afvejningen om valg af ordning indgår, at en bruttolønsordning reelt udhuler kommunernes egenindtægt (mindsket kommunal skatteindtægt) (14).

En rundringning viser at ca. 15-35 % af medarbejderne har valgt at tage imod dette tilbud.

DSI vurderer, at andelen af lønmodtagere dækket af en sundhedsforsikring vil stige til op imod 80 %, såfremt sundhedsforsikringer bliver lige så udbredt i kommunerne som i den private sektor (8).

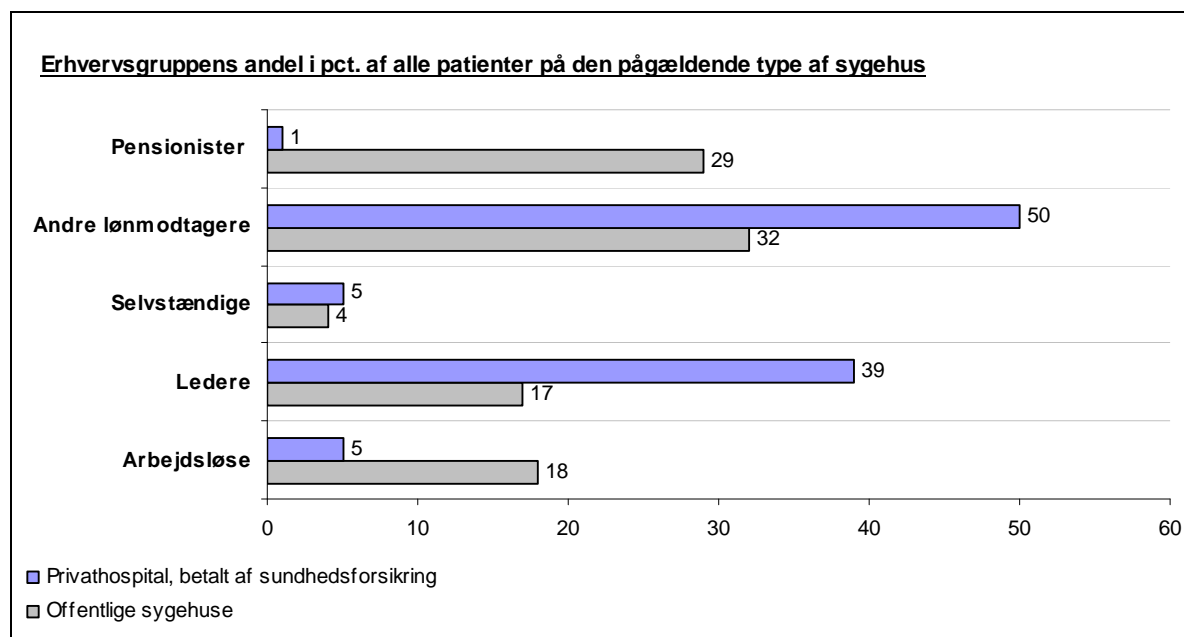
² Varde, Hedensted, Samsø, Vordingborg, Skanderborg og Solrød kommuner.

Hvem bruger en sundhedsforsikring?

Forsikringsbranchen melder om en generel stigning i brugen af forsikringsordningerne, forstærket af strejken blandt offentligt ansat sundhedspersonale i 2008. Danica Pension vurderer, at mere end 20 % af kunderne i Danica Sundhedsforsikring gør brug af deres forsikring mindst én gang om året mod 7 % i 2004 (9). Koncernen vurderer, at strejken i foråret 2008 alene har betydet et merforbrug på 15 %, mens PFA Pension og Codan Care angiver, at strejken har medført et merforbrug på omkring 30 % (8). Codan Care vurderer, at næsten 80 % bruger deres forsikring mod under 10 % få år tilbage. Den nævnte vækst kan ikke genfindes i udbetalinger fra forsikringerne, hvorfor det primært må være mindre ydelser som sundhedscheck mv., der er vokset mest.

Arbejderbevægelsens Erhvervsråd har undersøgt, hvem der blev behandlet på privathospitaler i 2007 og fik behandlingen betalt af en sundhedsforsikring (12). Undersøgelsen viste, at der var relativt få ledige, pensionister, ufaglærte, indvandrere og lejere i denne gruppe. Mens kun 5 % af de sundhedsforsikrede på privathospitalerne i 2007 var arbejdsløse, udgjorde lederne 39 %, jf. figur 2. Kun én for hver 100 patienter var pensionist. Til sammenligning var der i det offentlige sygehusvæsen cirka 29 pensionister for hver 100 patienter.

Figur 2. Arbejdsmarkedsstatus for patienter på privathospital via sundhedsforsikring



Tallene omfatter alle patienter over 21 år i 2007.

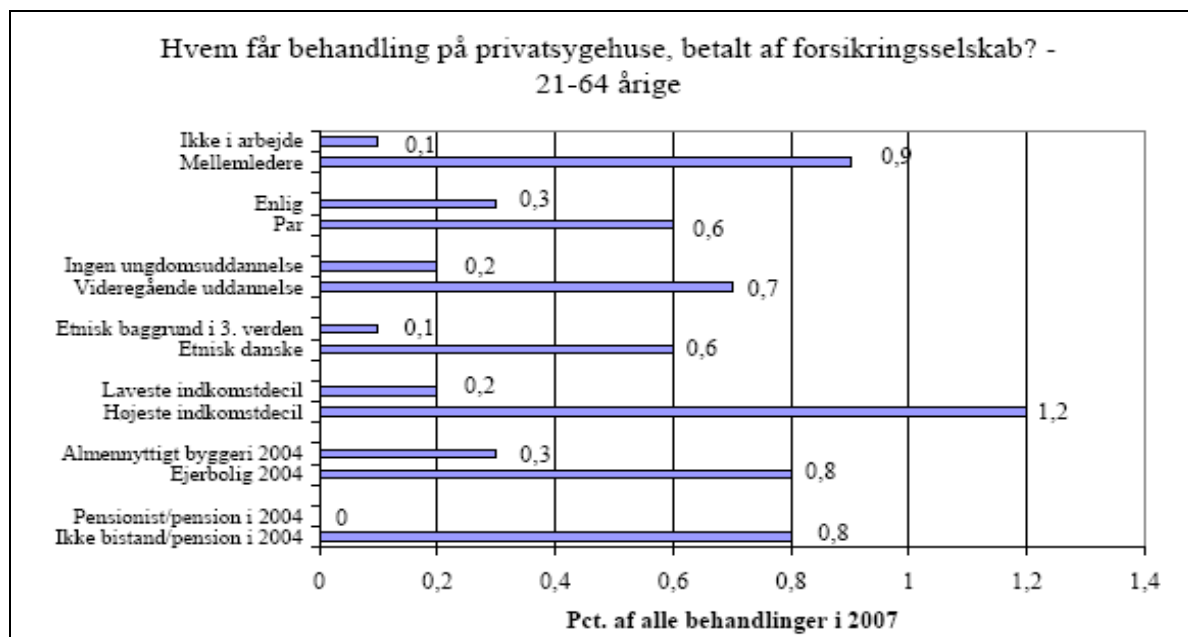
Kilde og grafik: (12).

Figuren illustrerer befolkningens 'lige adgang' til behandling, hvor behandling via sundhedsforsikring sidestilles med hurtigere behandling end i det offentlige sundhedsvæsen. Det anføres, at undersøgelsens datagrundlag er selekteret og relativt spinkelt, og at resultaterne skal evalueres på denne baggrund, med relevante forbehold.

De forskelle, som fremgår af figuren, skyldes dels, at de private sygehuse har en mindre andel af ældre patienter end de offentlige sygehuse, dels at ressourcetsvage personer benytter de private sygehuse relativt lidt.

Figur 3 viser en fordeling af behandlinger blandt patienter i aldersgruppen 21-64 år efter socialkarakteristika (16). Figureerne viser privatsygehusenes andel af samtlige behandlinger (bortset fra skadestuebesøg) og medregner ligeledes diagnosegrupper, hvor de private sygehuse slet ikke gør sig gældende. Samlet set er de private sygehuses andel derfor meget lille. Figuren viser, at etniske, sociale, uddannelsesmæssige og tilsvarende baggrundsforhold har betydning for, hvilken sandsynlighed der er for, at et behandlingsforløb finder sted på et privat sygehus betalt af et forsikringselskab.

Figur 3. Socialkarakteristika for patienter på privathospital via sundhedsforsikring



Tallene omfatter alle patienter i aldersgruppen 21-64 år i 2007.

Kilde og grafik: (15).

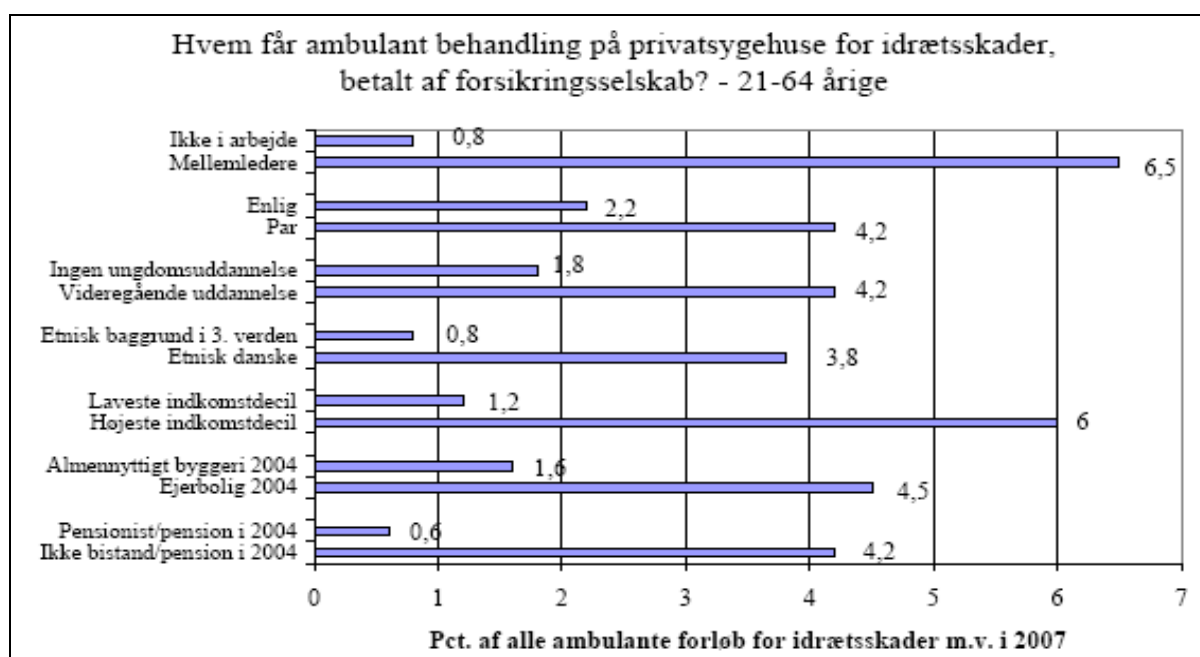
Tallene omfatter alle behandlinger og diagnoser, hvilket giver et godt indtryk af, hvorvidt der overordnet set eksisterer en social gradient.

Datamaterialets størrelse giver desværre ikke mulighed for at udføre en lignende øvelse med opdeling i diagnosegrupper.

Figur 4 viser karakteristika for ambulante patienter i aldersgruppen 21-64 år behandlet for en idrætsskade på privathospital betalt af en sundhedsforsikring.

Af opgørelsen kan igen konstateres klar social skævhed. Socialt stærke grupper er klart overrepræsenterede i forhold til grupper med modsat socialkarakteristika. Enlige, personer med lav uddannelse, personer med anden etnisk oprindelse mv. er således underrepræsenterede.

Figur 4. Socialkarakteristika for patienter med idrætsskade på privathospital via sundhedsforsikring



Anm: Tallene omfatter alle patienter i aldersgruppen 21-64 år i 2007.

Kilde og grafik: (15).

Tabel 3 inddrager alle patienter på 21 år og ældre behandlet for en idrætsskade på privathospital betalt med forsikring og holder denne patientgruppe op imod den tilsvarende patientgruppe behandlet for en idrætsskade på et offentligt sygehus. Igen ses den sociale gradient tydeligt, stort set for alle socioøkonomiske grupper.

Tabel 3. Tabel 3 Patienter med idrætsskade på privathospital via sundhedsforsikring i aldersgruppen 21+ år

	Socioøkonomisk gruppe	Offentlige sygehuse	Private sygehuse, betalt af forsikring
Under 65 år	Selvstændige	4,5	4,7
	Chefer	8,2	13,6
	Mellemedere	10,8	23,1
	Andre lønmodtagere	44,3	53,2
	Ikke i arbejde	18,8	4,4
Over 65 år	Selvstændige	0,5	0,2
	Chefer	0,3	0,1
	Mellemedere	0,3	0,3
	Andre lønmodtagere	0,9	0,2
	Ikke i arbejde	11,4	0,3
Sum		100,0	100,0

Anm: Tallene omfatter alle patienter i aldersgruppen 21+ år i 2007.

Kilde og grafik: (15).

I forbindelse med udarbejdelsen af dette notat er der gennemført træk i på baggrund af SUSY-undersøgelsen. SUSY-undersøgelsen gennemføres kun hvert 5. år – senest i 2005. Dette mindsker mulighederne for at konkludere om situationen i 2009. Undersøgelsen fra 2005 inkluderede for første gang spørgsmål om, hvorvidt respondenterne har en privat arbejdsgiverbetalt sundhedsforsikring. Ved at sammenholde erhvervsaktive personer, der har svaret bekræftende på, at de har en arbejdsgiverbetalt sundhedsforsikring, med erhvervsaktive personer der ikke har en sundhedsforsikring, kan trenden fra de øvrige undersøgelser om udbredelse genfindes. SUSY-undersøgelsen indeholder dog en lang række variable, som andre registre ikke indeholder. Nedenfor opsummeres de væsentligste forskelle mellem forsikringstagere og ikke-forsikringstagere:

- ◆ Relativt 68 % flere blandt tredjedelen med de laveste lønninger har ikke sundhedsforsikring.
- ◆ 93,4 % med en sundhedsforsikring angiver at have god eller virkelig god helbredstilstand mod 86,7 % i gruppen uden forsikring. Foretages justering for køn, alder og indkomst mv., er oddsratioen 1,66 for forsikringsgruppen vs. ikke-forsikrede ($p < 0.001$).
- ◆ 8,9 % med en sundhedsforsikring angiver at have slidgigt mod 13,2 % i gruppen uden forsikring. Foretages justering for køn, alder og indkomst mv., er den ikke-signifikante oddsratio 0,81 for forsikringsgruppen vs. ikke-forsikrede ($p < 0.09$).
- ◆ 21 % med en sundhedsforsikring angiver at have smerter i arme, ben, hænder mv. mod 27,4 % i gruppen uden forsikring. Foretages justering for køn, alder og indkomst mv., er forskellen signifikant med en oddsratio på 0,84 for forsikringsgruppen vs. ikke-forsikrede ($p = 0.04$).
- ◆ Lidt højere forbrug af speciallæge, fysioterapeut, kiropraktor og sundhedstjek i forsikringsgruppen (ingen forskelle er signifikante ved justering for køn, alder og indkomst).
- ◆ Forsikringsgruppen brugte mindre hyppigt praktiserende læge end ikke-forsikringsgruppen (forskellene er ikke-signifikante ved justering for køn, alder og indkomst).
- ◆ Flere i forsikringsgruppen havde fået kontrolleret syn, blodtryk og kolesterol (ingen forskelle er signifikante ved justering for køn, alder og indkomst).
- ◆ Identisk sygefravær inden for de sidste 14 dage i gruppen med og uden forsikring, og inden for det seneste år havde 59 % i gruppen uden sygeforsikring haft sygefravær mod 58 % i gruppen med forsikring (forskelle findes også ikke-signifikante efter justering for køn, alder og indkomst).

SUSY-undersøgelsen finder, at personer med en privat sundhedsforsikring angiver god eller virkelig god helbredstilstand, også når der er kontrolleret for køn, alder og indkomst. Dette kan tolkes i retning af, at forsikringsselskaberne formår at selekttere patienter med godt helbred og dermed lav risiko for forsikringsudbetalinger. En alternativ tolkning er, at forsikringen kan tilskrives det bedre egenvurderede helbred, men da forskellen i forbruget af forebyggende ydelser er lille, og sygefraværet ikke kan relateres til forsikringsstatus, så vurderes denne sammenhæng som mindre sandsynlig.

SUSY-undersøgelsens resultater er interessante, da undersøgelsen som den eneste indeholder data om sygefravær. Her kan altså ikke konstateres en forskel blandt forsikrede og ikke-forsikrede, selv om der er en tendens til, at forsikringsstatus bidrager til et øget forbrug af forebyggende ydelser og speciallæge, fysioterapi, kiropraktor samt sundhedstjek. Således bidrager sundhedsforsikringer også til den ulighed, der allerede er i adgangen til disse ydelser.

Hvad bruges en sundhedsforsikring til?

Privatsygehuse og klinikker er jf. § 19 og § 82 i Lov nr. 451 af 22. maj 2006 om autorisation af sundhedspersoner forpligtede til at indberette samtlige behandlingsforløb til Sundhedsstyrelsens Landspatientregister, hvorfor disse indberetninger i princippet kunne danne rammene for en kortlægning af, hvad sundhedsforsikringer mere specifikt bruges til. I praksis tyder det dog på, at ikke alle private hospitaler indberetter samtlige behandlingsforløb til registeret. Ser man på indberetningerne i 2007 fra det private sygehusvæsen og omsætter det til DRG-værdi, blev der omsat for ca. 139 mio. kr. DRG-værdi af den private sygehussektor³ (se tabel 4).

Tabel 4. Omsætning i den private sygehussektor målt efter procent og DRG-takst fordelt efter sygehusgruppe og betaler. Kun behandlinger registreret i Landspatientregistret, 2007 (17).

Sygehusgruppe	Hel eller delvis selvbetaler	Betalt af forsikrings-selskab	Betalt af det offentlige (typisk regionen)	Anden betaler	Uoplyst	I alt	Samlet DRG-takst i 1.000 kr.
Procent af omsætning							
Egentlige privatsygehuse	10	18	71,4	0,5	0	100	679.967
Klinikker	3,8	9,3	85,6	1,3	0	100	175.206
Hospices	0	0	98,8	0	1,2	100	14.081
Specialsygehuse	0	0	0	0	100	100	130.231
I alt	7,5	13,9	65	0,6	13	100	999.486

Kilde: (17).

Data i tabellen kan sammenholdes med, at der i 2007 var bruttopræmieudbetalinger af en værdi på 758 (2;18), hvoraf 66 % af bruttopræmieudbetalinger går til dækning af hospitalsbehandlinger⁴ (18).

Samlet giver dette præmieudbetalinger på 500 mio. kr. Selv hvis der regnes med en evt. højere afregning fra forsikringsselskaberne til privathospitalerne, så må det konkluderes, at tallene umiddelbart ikke lader sig balancere. Hvis tallene fra Forsikring & Pension står til troende, så må det konkluderes, at privathospitalerne i 2007 ikke formåede at leve op til kravene i bekendtgørelsen om lægers anmeldelse til Sundhedsstyrelsens Landspatientregister af patienter behandlet på private sygehuse eller klinikker, hvorfor det ikke er muligt at vurdere, hvad aktiviteten reelt dækker over.

For behandlingsaktivitet uden for sygehusregi er der ingen krav om indberetning til offentlige registre. Forsikring & Pension angiver i deres opgørelser (7), at en fjerdedel af udbetalingerne går til psykiske lidelser, fysioterapi, kiropraktik mv., herunder også fx zoneterapi og massage, og ca. 10 % går til "andre områder", der dækker over fx hjemmehjælp og ledsageordninger.

³ 13,9 % af 999 mio. kr.

⁴ Fordelingen er baseret på indberetninger fra ca. halvdelen af forsikringsselskaberne.

Er det rimeligt at skattesubsidiere sundhedsforsikringer?

Et væsentligt argument imod udbredelse af sundhedsforsikringer er, at de skaber ulighed i adgangen til sundhedsvæsenets ydelser. Selv om Danmark er et af de lande, der har den største lighed i fordelingen af indkomsterne, så er ulighed i adgang til samfundets goder jo på ingen måde et ukendt fænomen i Danmark. Boligmassen, adgangen til biler og fødevarer er ganske skævt fordelt, og i den sammenhæng kunne man umiddelbart undre sig over, at en forsikring med en typisk værdi på 1.000-1.500 kr. per medarbejder kan skabe så stor debat. Årsagen til ulighedsdebatten relateret til sundhedsforsikringer skal således ikke alene findes i den økonomiske værdi, men i højere grad i nogle rimelighedsbetragtninger. Disse rimelighedsbetragtninger genfindes fx også i Sundhedslovens § 2 (19), som fastsætter kravene til sundhedsvæsenet med henblik på at sikre respekten for det enkelte menneske, dets integritet og selvbestemmelse og at opfylde behovet for:

1. Let og lige adgang til sundhedsvæsenet
2. Behandling af høj kvalitet
3. Sammenhæng mellem ydelserne
4. Valgfrihed
5. Let adgang til information
6. Et gennemslagsligt sundhedsvæsen
7. Kort ventetid på behandling.

Således har lighed i adgang til sundhedsvæsenet en juridisk betydning, som ikke kan genfindes for ret mange andre goder i samfundet. DSI har dog ikke selvstændig juridisk kompetence til at vurdere dette, hvorfor problemstillingen er forelagt Mette Hartlev (MH), som er professor i sundhedsret ved Juridisk Fakultet, Københavns Universitet.

MH vurderer, at selv om kravet om let og lige adgang umiddelbart kan anskues som en lidt luftig politisk formålsbeskrivelse, må formuleringen tillægges retlig relevans, da den specifikt er nævnt i loven. Den lige adgang til sundhedsvæsenets ydelser følger i forvejen af et almindeligt lighedsprincip, hvorefter der ikke må ske usaglig forskelsbehandling i forhold til adgangen til det offentligt drevne sundhedsvæsen, herunder også den del af det private sundhedsvæsen, som overvejende er offentligt finansieret, fx de praktiserende læger og speciallæger.

MH vurderer, at de private sundhedsforsikringer næppe i sig selv er i konflikt med sundhedslovens krav om let og lige adgang til sundhedsvæsenet, så længe det er muligt for patienter uden private forsikringer at få "let" adgang til sundhedsvæsenet. Private sygeforsikringer har været kendt i mange år som et supplement til de offentlige sundhedsydelser. Men med Ligningslovens § 30, L 97, vedtaget 17. maj 2002, blev forsikringsmarkedet for sundhedsforsikringer økonomisk begunstiget i form af fuld skattefradragsret for arbejdsgiverbetalte sundhedsforsikringer (20). I den skattepligtige indkomst skulle derefter ikke medregnes ydelser, som afholdes af arbejdsgiveren til lægefagligt begrundet behandling af medarbejderen ved sygdom eller ulykke. Såfremt arbejdsgiveren har valgt at tegne en forsikring til dækning af udgifter i forbindelse med medarbejderens behandling, eller såfremt medarbejderen har tegnet en sådan forsikring, og arbejdsgiveren dækker medarbejderens udgifter hertil, medregnes tilsvarende ikke forsikringspræmien, eller det fra arbejdsgiveren modtagne beløb, altså ikke

som en del af medarbejderens skattepligtige indkomst (20). Som betingelse for skattefriheden for sundhedsforsikringerne indgår, at det skal indgå i virksomhedens generelle personalepolitik og tilbydes alle medarbejdere på den givne arbejdsplads.

Den økonomiske begunstiggelse i form af skattefradragets retten for forsikringsmarkedet for sundhedsforsikringer betyder, at samfundet finansierer i gennemsnit ca. 55 % af forsikringssummen (4;5). Da muligheden for at modtage subsidieret adgang til privathospitaler og praktiserende speciallæger mv. er forbeholdt personer på arbejdsmarkedet, vurderer MH, at der her kan være en konflikt med sundhedslovens krav om let og lige adgang. Denne vurdering hviler på argumentet om, at godet i høj grad er offentligt finansieret, men også at det kun tilbydes nogle grupper i samfundet, mens andre ikke har mulighed for at få gavn af denne ordning. Da L 97 blev fremsat, forudsatte man i bemærkningerne til lovforslaget, at ordningen ville føre til at "... ventelisterne forkortes til gavn for de grupper i samfundet, der ikke kan betale sig fra en behandling på et privathospital eller ikke har en arbejdsgiver, der vil betale for en sådan behandling. Således vil alle samfundsgrupper have direkte eller indirekte gavn af ordningen". Hvis denne forudsætning ikke holder stik, og ordningen har ført til, at nogle grupper i samfundet ikke har den samme "lette og lige" adgang til sundhedsvæsenets ydelser som andre, kan der være grund til at overveje, om ordningen harmonerer med Sundhedslovens § 2.

MH vurderer, at den økonomiske begunstiggelse i form af skattefradragets retten for forsikringsmarkedet for sundhedsforsikringer ikke kan sammenlignes med skattesubsidieret adgang til andre personalegoder, som fx avis eller internetadgang, da kravet om let og lige adgang ikke kan genfindes i lovområder, der omfatter de øvrige personalegoder.

Sundhedslovens § 2 kan endvidere fortolkes i lyset af de menneskeretlige forpligtelser. I et bredere menneskeretligt perspektiv er der særlig opmærksomhed på svage og udsatte gruppers adgang til sundhedsydelser. At være syg og behandlingskrævende vurderes her ikke i sig selv som en indikation på, at man er svag og udsat, men mange patienter vil være i en udsat position i forhold til sundhedsvæsenet og i andre sammenhænge, fx i forhold til arbejdsmarkedet (21). Den internationale menneskeretlige beskyttelse af retten til sundhed fokuserer særligt på svage og udsatte grupper, mere specifikt på børn, ældre, psykiatriske patienter og gravide kvinder. MH vurderer, at når skattefradragets retten alene er målrettet til personer med tilknytning til arbejdsmarkedet, er der behov for at være særligt opmærksomhed på de nævnte udsatte grupper (gravide kvinder fraregnet). Således kan begunstiggelse i form af skattefradragets retten for forsikringsmarkedet for sundhedsforsikringer også i bredere menneskeretligt perspektiv være problematisk.

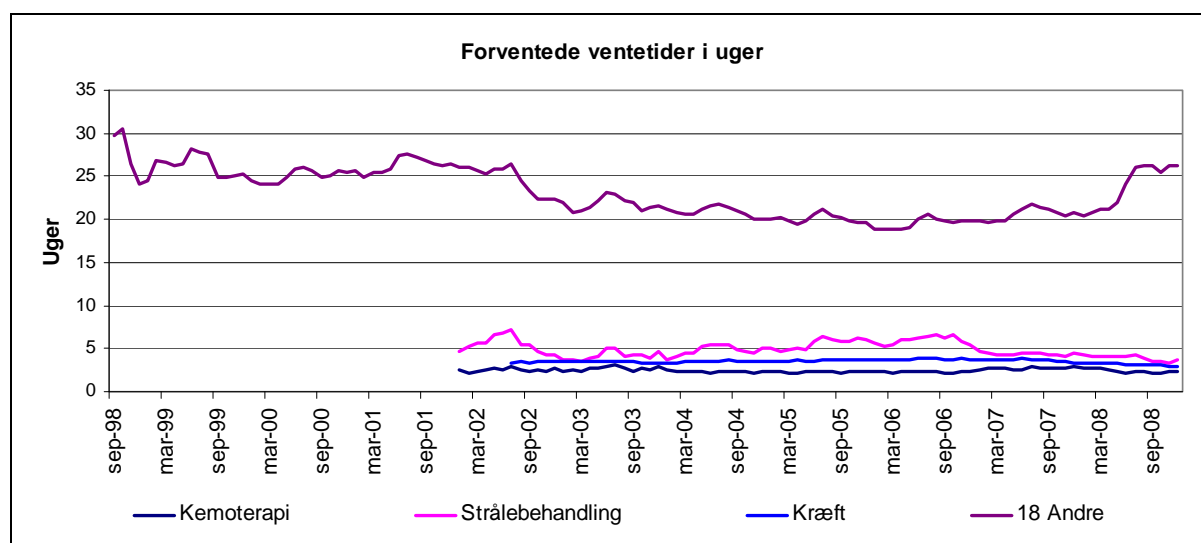
Selv om MH vurderer ikke at ville kunne vinde en retssag, hvis man forsøgte en domstolsprøvelse af skattesubsidiet til private sundhedsforsikringer, så giver den juridisk fortolkning alligevel et bidrag til forklaring på, hvorfor mange opfatter at skattesubsidieret adgang til privathospitalsydelser for erhvervsaktive som "urimeligt", mens et sundhedsprogram målrettet fx udsatte børn ikke på samme måde opfattes "urimeligt".

Påvirker sundhedsforsikringerne ventetiden til behandling i det offentlige?

Fortalere for private sundhedsforsikrings skattefradrag argumenterer ofte for, at de private sundhedsforsikringer tilfører ekstra, nye penge til sundhedsvæsenet, så køen for også ikke-forsikrede bliver kortere, når der så at sige åbnes ekstra kasser i butikken, hvorfor der bliver tale om en win-win situation.

Ønsket om hurtigere behandling har da også været et tungtvejende argument for introduktion af en række markedsførende mekanismer såsom det udvidede frie valg og skattefradraget for private sundhedsforsikringer. Ventetid til behandling har dog mange forklaringer, hvorfor ventetid er en problematisk indikator for en reforms succes eller fiasko (22). Ventetid kan endvidere opgøres på forskellige måder, herunder som den faktiske eller forventede ventetid, hvor sidstnævnte er et skøn for den maksimale ventetid for en ukompliceret patient. Opgørelsen af den erfarede ventetid har ændret sig betydeligt i perioden, hvorfor der tages udgangspunkt i den lidt mere usikre indikator om forventet ventetid (se Figur 5).

Figur 5. Fremadrettet ventetid for udvalgte behandlinger, antal uger

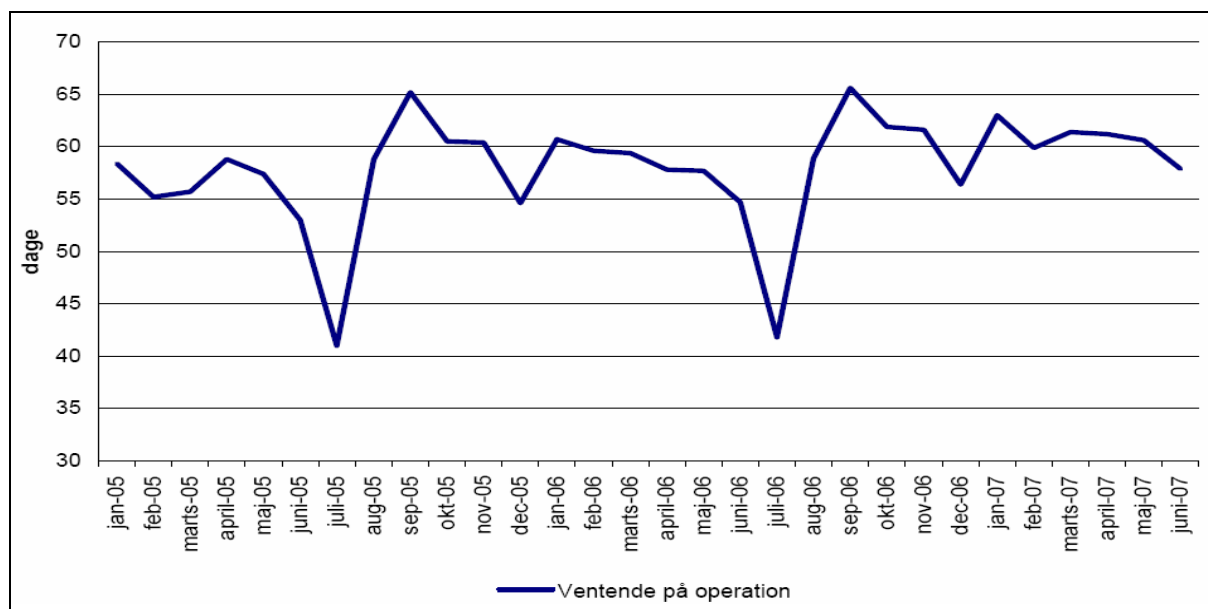


I 2002 kan der konstateres et fald, hvilket tidsmæssigt kan kobles til indførelsen af det udvidede frie valg. Fra 2003-2007 er den forventede ventetid relativt konstant, og som konsekvens af strejken blandt store dele af personalet i sundhedssektoren i foråret 2008 faldt ventetiden tilbage til niveauet før det udvidede frie valg. Ventetiden til kræftbehandlinger er faldet siden 2007, hvilket kan tilskrives introduktionen af det øgede fokus på kræftbehandlingen.

Udviklingen i ventetiden til behandling tyder meget på, at det ventetidsgarantierne og det udvidede frie behandlingsvalg har haft en påvirkning på ventetiden til behandling.

Fokuseres der mere snævert på alle opererede patienter i perioden januar 2005-juni 2007 (23), hvor den største vækst i privatforsikringer har fundet sted, kan der ikke observeres nogen effekt på ventetiden. De private sundhedsforsikringer synes således ikke at have haft nogen betydning for ventetiden i den offentlige sektor (se figur 6).

Figur 6. Gennemsnitlig ventetid i dage for alle opererede patienter, 1. halvår 2005-1. halvår 2007

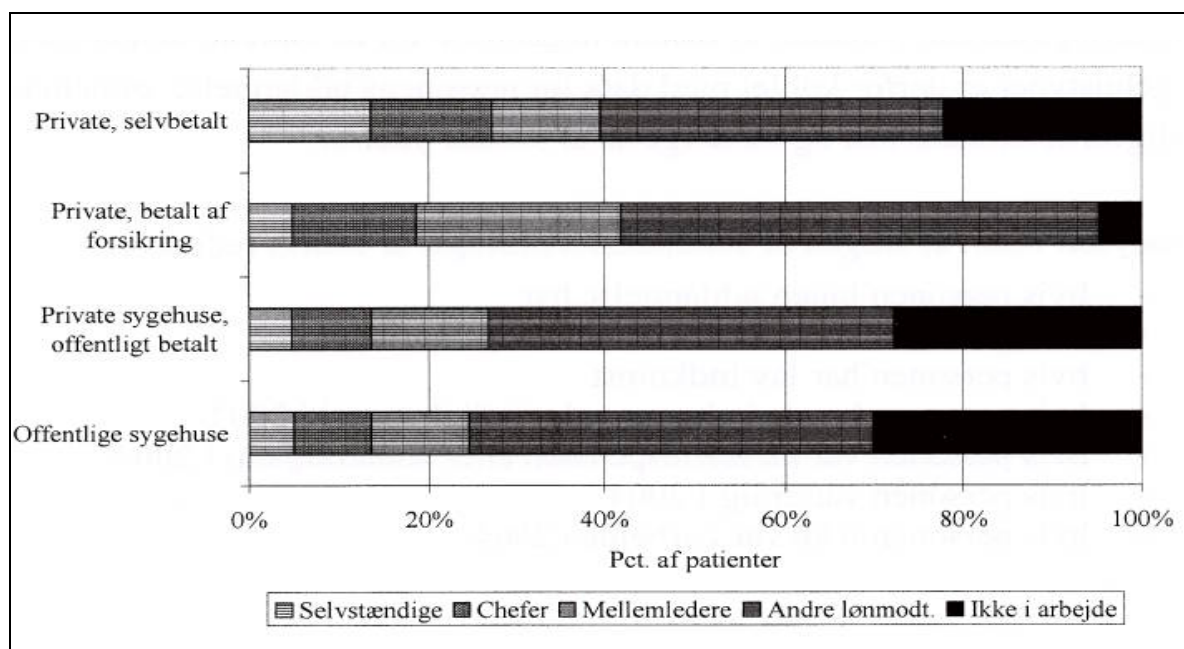


Kilde og grafik: Ventetid til sygehusbehandling 1 Halvår 2007, Sundhedsstyrelsen (23).

Ventetidsgarantier og lighed

Niels Glavind har for AE-rådet (16) undersøgt den sociale lighed i brugen af det udvidede frie valg. Her findes en social bias i benyttelse (Figur 7), hvor de svagere sociale grupper gør mindre brug af det udvidede frie valg. Denne bias er ikke særlig stor og markant mindre, end det gør sig gældende for privat behandling betalt af en forsikring.

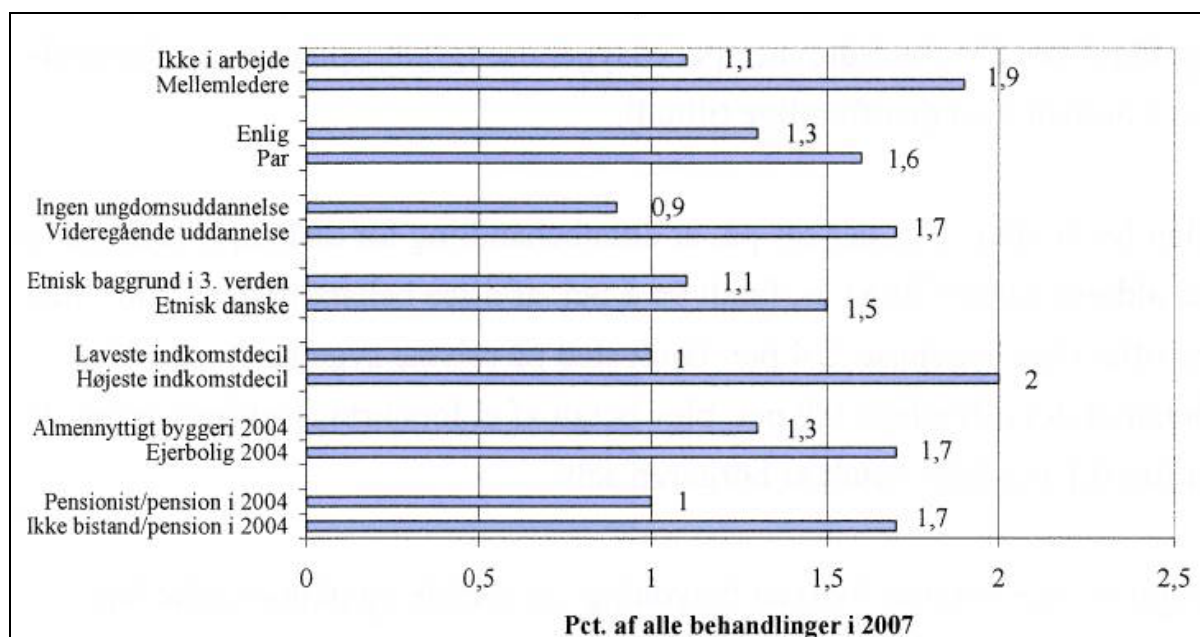
Figur 7. Socialgrupper i forskellige typer af sygehuse 2007. Alle voksne (16)



Den relative lighed i brugen af det udvidede frie sygehusvalg skyldes, at alle har lige ret til at benytte det udvidede frie sygehusvalg, mens sundhedsforsikringer som hovedregel er knyttet til et ansættelsesforhold. Forskellene i brugen af det udvidede sygehus skyldes primært, at de private sygehuse har en mindre andel af ældre patienter end de offentlige sygehuse. Det skal bl.a. tilskrives et forskelligt case-mix på henholdsvis offentlige og private sygehuse.

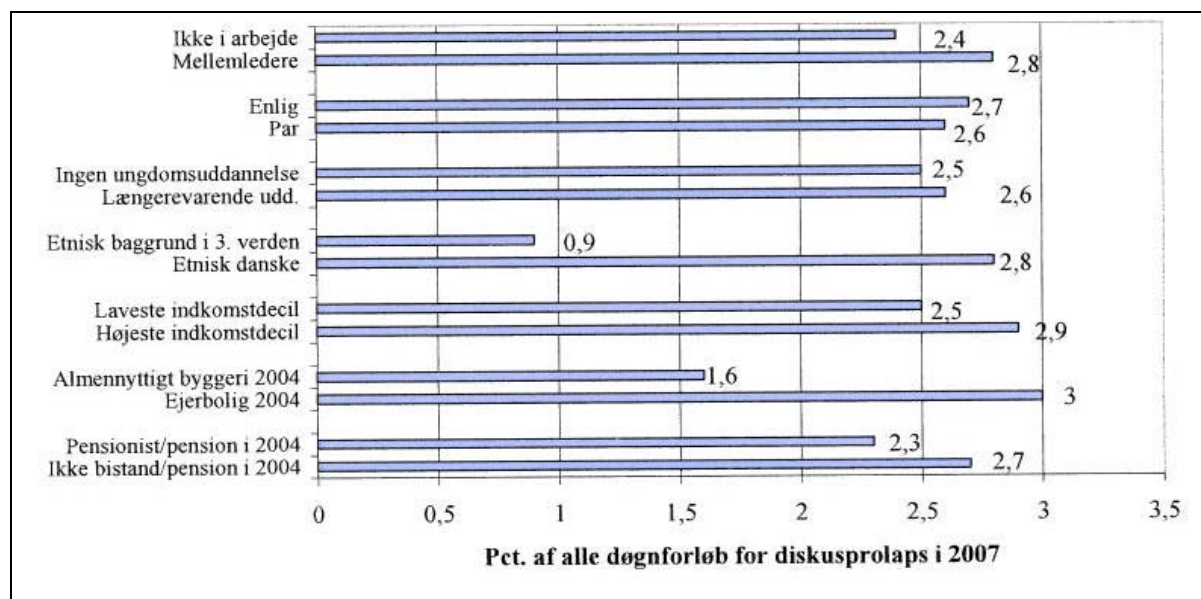
Holdes de ældre aldersgruppe uden for analysen viser Figur 8 den sociale, etniske og uddannelsesmæssige betydning for, om et behandlingsforløb finder sted på et privat sygehus betalt af det offentlige. Privatsygehusenes andel medregner alle diagnosegrupper (bortset fra skadestuebesøg), hvorfor privatsygehusenes samlede andel er lille.

Figur 8. Behandling på privatsygehus, betalt af det offentlige (16)



Opgørelserne viser, at brugen af det udvidede frie sygehusvalg har en social bias. Det er dog vanskeligt at differentiere den sociale ulighed forbundet med forbrug af sundhedsydelser med det case-mix af sundhedsydelser, som henholdsvis det private og det offentlige sundhedsvæsen udbyder. Analyseres den sociale lighed i forhold til behandlingen af fx diskusprolaps, synes uligheden generelt mindre. Dog er der en lavere brug af det udvidede frie sygehusvalg for etniske minoriteter og beboere i almen-nyttigt boligbyggeri. Det indikerer, at disse grupper har sværere ved at udnytte reglerne om det udvidede frie sygehusvalg.

Figur 9. Stationær diskusprolapsbehandling på privat hospital under det udvidede frie sygehusvalg, 21-64 år (16)



Sammenfatning om ventetider

Markedsgørelse af sundhedsvæsenet kan have mange motiver og konsekvenser, hvorfor det ikke er en enkel opgave at vurdere dens konsekvenser. I en dansk kontekst har ventelister til sygehusbehandling dog fungeret som et helt centralt argument for introduktionen af det udvide frie valg og skatte fradraget for private sundhedsforsikringer. Meget tyder på, at ventetidsgarantien kombineret med det udvidede frie valg formåede at reducere ventetiden til behandling, mens det er uklart, om privatforsikringernes udbredelse og brug har påvirket ventetiden til sygehusbehandling. Ventetidsgarantierne har øget aktiviteten både i det offentlige og det private sundhedsvæsen. De har givet det offentlige sygehusvæsen incitament til at sikre korte ventetider og fastholde indikationsniveauet, da omkostningerne til fritvalgspatienter belaster det offentlige sundhedsbudget. Det private sygehusvæsen har ikke samme incitament til at fastholde behandlingsindikationer, ligesom mange ydelser leveret af privat forsikringerne ikke er omfattet af det offentlige sundhedsvæsen. Dette kan forklare privatforsikringernes manglede påvirkning på ventelisternes længde.

Vurderes de sociale forskelle i brugen af det udvidede frie sygehusvalg, så kan der ses en social bias, om end størrelsesordenen af denne bias er lille. Noget tyder dog på, at særligt etniske minoriteter har svært ved at orientere sig i reglerne for det udvidede frie sygehusvalg.

Understøtter forsikringerne målsætningen om effektiv ressourceanvendelse i sundhedsvæsenet?

Der findes ingen danske undersøgelser, som direkte sammenligner privat sygehusproduktion med offentlig sygehusproduktion, og en sådan analyse vil ikke være meningsfuld at gennemføre, både fordi der i Danmark ikke er detaljeret adgang til privatsygehuses økonomi, og fordi kvalitetsdata fra både den offentlige og private sektor generelt er få og til dels mangelfulde, hvorfor det er nødvendigt at tage udgangspunkt i udenlandske data.

I USA er været gennemført mange sammenligninger af kvalitet og økonomisk effektivitet efter ejerskabsform og fortrinsvis for-profit versus non-profit status hos de sammenlignede sygehuse. Der synes ikke at forekomme entydige retninger i forskelle på kvalitet mellem forskellige sygehustyper efter drifts- og ejerskabsform, jf. en omfattende oversigtsartikel (24), som dog i oversigtsartiklen citerer eksempler på forskelle i begge sygehustypers favør. Herudover kan nævnes en senere og meget stor metaundersøgelse, som ikke var med i Sloans artikel, der viste lidt højere in-hospital mortalitetsrater på for-profit sygehuse end på non-profit sygehuse (25), men forskellen var på 2 % og kun signifikant ($p < 2\%$), fordi metaanalysen omfattede 38 mio. patienter. Forskergruppen har også sammenlignet dødelighed på hæmodialysecentre og her fundet 8 % højere dødelighed på for-profit centre i forhold til non-profit centre (26). I begge tilfælde mener forskergruppen, at en mulig forklaring på forskellene i dødelighed kan være et lavere uddannelsesniveau for sundhedspersonalet på for-profit sygehuse og centre i forhold til non-profit institutionerne.

Økonomisk effektivitet har også været sammenlignet blandt amerikanske for-profit versus non-profit sygehuse. Lidt overraskende synes den nyere forskning at vise lidt højere produktivitet på non-profit sygehuse i forhold til for-profit sygehuse (27). Et DSI-studie viser (28), at Medicare betaler mellem 10-15 % mere for samme behandlingsforløb gennemført på for-profit sygehuse end på non-profit og offentlige sygehuse. Forfatterne antyder lidt forsigtigt, at prisforskellen skyldes overbehandling på for-profit sygehuse efter første indlæggelse. Trods prisforskellene kan der ikke måles forskelle i outcome-kvalitet eller serviceintensitet i behandlingsforløbene mellem de tre sygehustyper.

Sidste år blev offentliggjort en stor tysk sammenligning af produktivitet på 641 offentlige sygehuse, 693 private, non-profit sygehuse og 260 private for-profit sygehuse. Private sygehuse i Tyskland skal også indberette aktivitets- og regnskabsdata, så der er tale om en populationsundersøgelse i perioden 2001-2003. Af de i alt 1.754 tyske sygehuse udgik 160 sygehuse af undersøgelsen på grund af data-mangler.

Produktivitet måler forholdet mellem værdi af sygehusproduktionen, typisk målt ved DRG-point (justeret statistisk for patientkarakteristika) og input i form af et vægtet personalemål (teknisk produktivitet) eller tilrettede omkostninger, dvs. personaleindsatsen måles ved lønomkostninger (omkostningsproduktivitet). Produktivitet måles ved speciel statistisk metode, hvor det mest produktive sygehus i stikprøven tilordnes produktivitetsværdi på 100 %, og de andre sygehuses produktivitet måles relativt til det mest produktive. Gruppegennemsnit måles fra disse relative produktivitetsmål. Undersøgelsens hovedresultater vises i Tabel 5.

Tabel 5. Sammenligning af produktivitet på tyske sygehuse i 2001-2003 efter ejerskabsform

	Offentligt ejede (n=641)	Non-profit sygehuse (n=693)	Private, for-profit sygehuse, (n=260)
Teknisk produktivitet	90 %	86-87 %	76-82 %
Omkostningsproduktivitet	86-87 %	82-84 %	72-77 %

Anm. Forskelle mellem de tre sygehustyper er statistisk signifikante, $p < 1$ % for alle parvise sammenligninger.

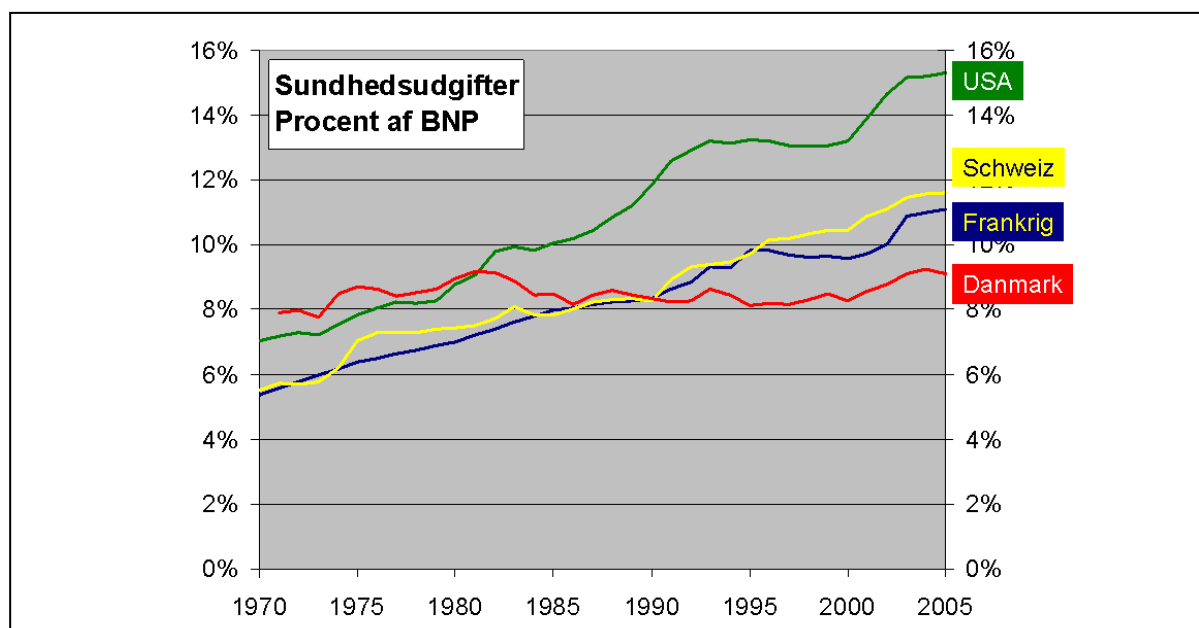
Kilde: (29).

Undersøgelsen viser økonomisk og statistisk signifikante produktivetsforskelle mellem de tre sygehustyper i offentlige sygehuses favør. Produktivetsforskelle kan ikke fortrinsvis skyldes højere lønninger på private for-profit sygehuse, da samme produktivetsforskelle genfindes i et teknisk produktivetsbegreb. Undersøgelsen er ikke specielt tilrettelagt til at forklare observerede forskelle, men peger selv på, at indlæggelsestiden på for-profit sygehuse er lidt længere end på de to andre sygehustyper.

Det skal understreges, at ovenstående resultater ikke kan overføres til danske privathospitaler og private klinikker. Danske privathospitaler er små og meget specialiserede, og i ovenstående undersøgelser er der sammenlignet med mere almindelige sygehuse. Det er dog karakteristisk, at alle nyere undersøgelser peger på produktivetsforskelle i private for-profit sygehuses disfavør, aldrig det modsatte!

Der synes heller ikke at være tegn på, at øget markedsføring med mere privatisering vil føre til lavere sundhedsudgifter. Figur 10 sammenligner fire landes sundhedsudgifter i procent af bruttonationalproduktet i perioden ca. 1970-2005. De fire lande er USA med det nok mest markedsorienterede sundhedsvæsen i den vestlige verden, Schweiz, som er relativt markedsorienteret i europæisk kontekst, Frankrig, som måske ikke er specielt markedsorienteret, men har en høj andel af privat, kommerciel sygehusproduktion, og Danmark, som ikke er specielt privat- og markedsorienteret i forhold til de tre andre lande.

Figur 10. Sundhedsudgifter som procent af bruttonationalprodukt i fire lande fra 1970-2005



Anm. Sundhedsudgifter i bred forstand jf. OECD definition, dvs. offentlige og private udgifter til sundhed, som omfatter udgifter til sundhedsvæsen og visse dele af ældreomsorgen. Kilde: (41).

Sundhedsudgifter i bred forstand, dvs. offentlige og private sundhedsudgifter; sundhedsudgifter inkluderer også jf. OECD's brede sundhedsbegreb ældreomsorg.

Igen skal man passe på med for stærke fortolkninger af sådanne data og sammenligninger, men det er ud fra disse data lidt svært at forstå, når man forskellige steder kan læse, hvordan man vil bruge markedsgørelsen og privatiseringen til at lempe udgiftspresset i Europas sundhedsvæsener. I Mandag Morgen (30) er et specialnummer med en artikelrække, hvor McKinsey og Mandag Morgen karakteriserer skattebaserede sundhedsvæsener som 'fremmer ikke cost awareness' og forsikringsbaserede sundhedsvæsener som 'incitamenter til begrænsende udgifter'. Det kan godt være neoklassisk lærebogsøkonomi, men ikke nødvendigvis evidensbaseret sundhedsøkonomi!

I samme artikel (30) citeres Christian Dyvig, partner i Nordic Capital og angiveligt med mangeårig erfaring fra sundhedssektoren, for følgende: "Det giver ganske enkelt ikke mening, at staten, som er vores alle sammens forsikringsordning og køber, samtidig står for driften og leveringen af hospital-ydelser. Det giver nogle ineffektive systemer, men samtidig et enormt potentiale for de private aktører, der mener, at de kan gøre det meget bedre". Og artiklen fortsætter med at konstatere, at "Det kan de!" – altså de private sygehuse kan gøre det bedre. Herefter henviser artiklen til en OECD-opgørelse af omkostninger ved forskellige operationer (31). Studiet viser faktisk, at det danske sundhedsvæsen (som i første del af dette årti, hvor data stammer fra, trods alt har en yderst begrænset privat sygehussektor) i forhold til 9 andre lande, fx Frankrig, Tyskland, Australien og USA, har konsekvent lavere produktionsomkostninger på syv forskellige operationer. I artiklen bruges disse omkostningsforskelle imidlertid til at fremhæve de private sygehuses højere omkostninger.

Data kan fortolkes selektivt, og der kan nok også findes eksempler på selektiv datafortolkning fra begge sider. Ikke desto mindre er der intet empirisk belæg for at sige, privatisering af sundhedsvæsenet i almindelighed fremmer effektiviteten – hverken i form af højere kvalitet eller en mere effektiv udnyttelse af ressourcerne.

Aflaster sundhedsforsikringer det offentlige sundhedsvæsen?

Et væsentligt politisk og juridisk argument for udbredelsen af skattesubsidieret private sundhedsforsikringer er, at den aktivitet, der gennemføres på et privat sygehus, ikke skal gennemføres på et offentligt sygehus, hvorfor sundhedsforsikringerne aflaster det offentlige sundhedsvæsen. I forhold til at vurdere de private sundhedsforsikringers aflastning af det offentlige sundhedsvæsen er det mest relevant at analysere udgifter til operationer, da de øvrige ydelser kun i ringe omfang er en del af det offentlige sundhedstilbud.

Underrapportering til Landspatientregisteret undergraver reelt mulighederne for at anvende registeret som udgangspunkt for analyse til, hvordan forsikringer påvirker indikationer for behandling i det offentlige sundhedsvæsen, men selv om indberetningerne havde været komplette, er det mere end tvivlsomt, om aktiviteten har et omfang, der muliggør sådanne analyser.

I det hele taget er det ekstremt vanskeligt at analysere aflastning i et system, hvor der gratis adgang. I forbindelse med introduktionen af det udvidede frie valg og ventelistegarantien steg antallet af operationer fx fra ca. 530.000 til ca. 580.000 i 2002 og frem. Der opereres således ca. 50.000 gange mere om året i dag end i tiden før det udvidede frie valg (32).

Mens operationsaktiviteten er steget ganske markant i hele perioden fra 2001-2007, faldt ventetiden med 20-25 %, men kun det første år, efter garantien blev indført. Operationsaktiviteten er således permanent blevet øget med ca. 10 %, uden at ventetiden er dermed er forsvundet. Dette forklares med, at der er sket en indikationsændring, altså at man opererer personer, som ikke tidligere ville være indstillet til operation. DSI har statistisk undersøgt, hvorvidt det udvide frie valg har medført, at indikationskriterierne for behandling er blevet påvirket ved aktivitetsstigningen i perioden. Datagrundlaget ikke gav mulighed for endegyldige konklusioner, men analysen sandsynliggjorde tesen om indikationsskred som en forklaring på den manglende sammenhæng mellem aktivitet og ventetid (33).

Sammenhængen mellem den øgede aktivitet og de formodet ændrede indikationer i forbindelse med det udvidede frie sygehusvalg stiller spørgsmålstejn ved hypotesen om, at de private sundhedsforsikringer aflaster det offentlige sundhedsvæsen. Hvis indikationerne ændres, så den samlede aktivitet blot stiger ved den tilførte aktivitet, så kan man ikke antage, at en vækst i fx den private del af sundhedsvæsenet vil medføre et fald i aktiviteten eller ventetiden i det offentligt drevne sundhedsvæsen.

Om aktivitetsændringen samlet set udgør en fornuftig ressourceanvendelse, kan dog ikke afgøres på denne baggrund, da det er afhængigt af, i hvilket omfang patienterne har gavn af behandlingen, og om prioriteringen er balanceret i forhold til befolkningens samlede behov.

I 2008 kunne der konstateres en næsten fordobling af ortopædkirurgiske operationer på de private sygehuse og et fald på ca. 18 % på de offentlige sygehuse. Denne aktivitetsudvikling vurderes dog at skulle henføres til 1 måneds garantien kombineret med strejken blandt sundhedspersonale ansat i det offentlige sundhedsvæsen.

Underminerer sundhedsforsikringerne det offentlige sundhedsvæsen?

I debatten om det private sundhedsvæsen i Danmark har argumentet om, at de private sygehuse underminerer det offentlige sundhedsvæsen ved at trække personale ud, fyldt relativt meget. I dette afsnit kortlægges de beskæftigelsesdata, der er kendt om henholdsvis det offentlige og det private sundhedsvæsen.

Tabel 6 angiver beskæftigelse for læger og sygeplejersker på offentlige og private sygehuse i 2006 samt udviklingen i antal fra 2000 til 2006. Opgørelsen er baseret på Uddannelsesregistret og "RAS på baggrund af november prioritering" (32).

Tabel 6. Beskæftigelse for læger og sygeplejersker på offentlige og private hospitaler, 2000-2006

	Niveau 2006		Vækst fra 2000 til 2006	
	Læger	Sygeplejersker	Læger	Sygeplejersker
Offentlige hospitaler				
Hovedbeskæftigelse	10.653	31.100	1.603	3.013
Bibeskæftigelse	6.101	5.762	-552	264
Privathospitaler				
Hovedbeskæftigelse	35	284	13	122
Bibeskæftigelse	142	457	36	309
Andet*				
Hovedbeskæftigelse	7.700	18.557	1.239	1.395
Bibeskæftigelse	14.559	16.266	2.420	-1.366
Sum				
Hovedbeskæftigelse	18.388	49.941	2.855	4.530
Bibeskæftigelse	20.802	22.485	1.904	(793)

* "Andet" dækker bl.a. over universiteter, alment praktiserende læger, plejehjem, hjemmesygepleje, hjemme-hjælp, skoler, vikarbureauer og praktiserende speciallæger.

Kilde: (2).

I 2006 beskæftigede den offentlige sektor i alt 53.616 personer (41.753 hovedbeskæftigede, 11.863 bibeskæftigede), mens den private sektor beskæftigede 918 personer (319 fuldtidsbeskæftigede, 599 bibeskæftigede). Andre stillinger (Andet) inden for sundhedssektoren beskæftigede i alt 57.082 personer (26.257 hovedbeskæftigede, 30.825 bibeskæftigede).

Betragtes antallet med hovedbeskæftigelse inden for hospitalssektoren, er 99,7 % af lægerne ansat på et offentligt hospital, mens 0,3 % er ansat på et privat hospital. 99,1 % af sygeplejerskerne er ansat på et offentligt hospital, mens 0,9 % er ansat på et privat hospital. Tilsvarende tal for bibeskæftigelse er for læger offentlig/privat: 97,7 %/2,3 % og for sygeplejersker 92,7 %/7,3 %.

Nettotilvæksten til den offentlige sektor var i alt 4.328 stillinger/beskæftigede (4.616 hovedbeskæftigede, -288 bibeskæftigede), mens nettotilvæksten i den private sektor var 480 stillinger/beskæftigede (135 fuldtidsbeskæftigede, 345 bibeskæftigede).

I den offentlige sektor er ansat 2,2 sygeplejerske pr. læge, mens der i den private sektor er ansat ca. det dobbelte, nemlig 4,2 sygeplejerske pr. læge (sum af hoved- og bibeskæftigede).

Opgørelsen viser, at en relativt lille andel af det samlede antal beskæftigede i 2006 var beskæftiget i den private sektor, og når der sammenholdes med ændringerne inden for aktivitet og produktivetsværdi (2007 og 2008), er der relativt færre fuldtidsbeskæftigede i den private sektor end forventeligt. Forklaringen er alt andet lige, at produktionen i privat regi i betydeligt omfang leveres i form af bibeskæftigelse, hvilket synes bekræftet af den generelle debat på området (34). Opgørelsen skal ses i lyset af den høje vækst i de private hospitalers aktivitet igennem 2007 og 2008, hvor omsætningen på privathospitalerne i 2008 ca. er 3 gange større end i 2006. Således er det tvivlsomt, hvor relevant personaledata fra 2006 er for en diskussion af situationen i 2008. En analyse fra Dansk Sygeplejeråd (DSR) i august 2008 angiver således en netto personalevandring på 1.444 sygeplejersker over 5 år til private hospitaler, hvilket indikerer en stigning i forhold til tabel 6 (35), mens en analyse foretaget af Overlægeforeningen viser, at andelen med bibeskæftigelse alene blandt overlæger var minimum 213 personer i 2008.

Personalevandringer – sygeplejersker

En særkørsel, som Dansk Sygeplejeråd (DSR Analyse) har fået foretaget i Danmarks Statistik baseret på tal fra 2001-2006, viser, at der i perioden var flere sygeplejersker beskæftiget i den offentlige sektor, der søgte over i den private sektor end omvendt. Efter 5 år udgør nettoafvandringen 1.444 personer, svarende til 3,5 %-point af de beskæftigede. Det fremgår, at væksten i antallet af jobs i den private sektor inden for sundhedsområdet, herunder særligt i vikarbranchen, vil forstærke denne afvandring yderligere.

Det fremgår af en undersøgelse, som MEGAFON har foretaget for Dansk Sygeplejeråd, at 19 % af sygeplejerskerne i det offentlige hospitalsvæsen overvejer at søge over i den private sektor.

Tabel 7. Beskæftigelse for læger og sygeplejersker på offentlige og private hospitaler, 2000-2006

	Bruttovandring fra den offentlige til den private sektor		Bruttovandring fra den private til den offentlige sektor		Nettovandring fra den offentlige til den private sektor	
	Antal	%-point	Antal	%-point	Antal	%-point
Efter 1 år	893	1,9	573	1,2	320	0,7
Efter 2 år	1.766	4,1	916	2,1	850	1,9
Efter 3 år	2.431	5,9	987	2,4	1.444	3,5

* Afvandringen er alene baseret på sygeplejersker, som er i beskæftigelse i både start- og slutåret fordelt på den offentlige og private sektor. Afvandringen ud af beskæftigelse er dermed ikke indregnet. Beskæftigelsesstatus og sektortilhør baseret på novemberoplysninger jf. definitionen i den registerbaserede arbejdsstyrkestatistik. Tallene vedrørende "1 år" er gennemsnit af perioderne 2001-2002, 2003-2004, 2005-2006. Tallene for er et gennemsnit af perioderne 2001-2004 og 2003-2006. Tallene for er baseret på perioden 2001-2006. Bruttoafvandringen er principielt undervurderet, idet personer, som vælger at videreudanne sig til andre fag end sygeplejefaget, ikke er inkluderet i opgørelsen. Disse udviser en tendens til i højere grad at søge den private sektor. Afrunding kan medføre, at tallene ikke summerer til totalen.

Kilde: DSR Analyse.

I modsætning hertil offentliggjorde Dansk Arbejdsgiverforening (DA) i januar 2008 en analyse, der viste, at der ikke var nettoafvandring fra den offentlige til den private sektor. DA's analyse har ifølge DSR den afgørende forskel i forhold til DSR's analyse, at den undersøgte afvandring for alle brancher og faggrupper under ét. DSR's analyse viser ifølge DSR's egen tolkning, at DA's analyse for så vidt angår sygeplejersker ikke var dækkende.

Bibeskæftigelse blandt overlæger

En undersøgelse foretaget af Lægeforeningen fra 2008 viste, at 213 (ikke unikke personer) havde bibeskæftigelse på privathospital. Et estimat på antallet af unikke personer/overlæger med bibeskæftigelse er ikke over 160 personer.

Blandt 3.201 medlemmer af Lægeforeningen (76 % af Overlægeforeningens aktive medlemmer) deltog 72 % (2.298 personer) svarende til i alt 52 % af Overlægeforeningens medlemmer⁵. Af de 2.298, der har besvaret spørgeskemaet, har 73 % (1.687 personer) meddelt, at de har bibeskæftigelse. I alt har de 1.687 medlemmer oplyst i alt 2.982 bibeskæftigelser.

7 % af det samlede antal bibeskæftigelser omfatter privathospital. Det er ikke opgjort, hvor mange personer det drejer sig om, men det er sandsynligvis færre end 7 % (160 personer) af de 2.298, der har svaret. 6 % af besvarelsene om bibeskæftigelse oplyser, at det foregår fra egen konsulentvirksomhed, hvilket kan være konsulenttydelser for privathospitaler, mens dette ikke er oplyst (virksomhedens art ej oplyst).

Overlægeforeningens konklusion er, at overlæger er dem, der gennem deres bibeskæftigelse får det offentlige system til at fungere, herunder inden for visse uddannelser og undervisning, vedr. kommunernes administration af sygedagpenge og tildeling af pension (via speciallægeerklæringer), vedr. speciallægekonsulentarbejde ved Sundhedsstyrelsen, Arbejdsskadestyrelsen mv. Det konkluderes endvidere, at privathospitalerne heller ikke kunne fungere, fordi deres samlede virksomhed ikke fylder nok til at dække alle funktioner med heltidsansættelse.

Estimatet på antallet af unikke personer/overlæger med bibeskæftigelse, der approksimerer, men ikke overstiger 160 læger, antyder alt andet lige en stigning i forhold til 2006-niveauet på 142 læger alt i alt (et tal, der inkluderer alle former for læger, og hvor overlæger kun udgør en mindre del).

Sammenfatning om arbejdsmarkedet og underminering af den offentlige sektor

Opgørelsen viser, at en relativ lille andel af det samlede antal beskæftigede i 2006 var beskæftiget i den private sektor. I perioden 2007-2008 er der imidlertid sket en voldsom udvikling i aktiviteten i den private sygehussektor, hvorfor det er tvivlsomt, om personaledata fra 2006 er beskrivende for situationen i dag. Modsat er det dog også klart, at produktionen i privat regi i betydeligt omfang leveres i form af bibeskæftigelse, hvilket synes bekræftet af den generelle debat på området (36). En produktion, der i væsentligt omfang baseres på bibeskæftigelse, trækker i mindre omfang personale ud af den offentlige sektor, end hvis personalet i højere grad var baseret på fastansættelser. Selv med en væsentlig stigning fra niveauet i 2006 vurderes det dog, at debatten om personaleafvandring fra det offentlige mod det private sundhedsvæsen har fyldt relativt meget i forhold til problemets numeriske størrelse.

⁵ Overlægeforeningen angiver som meget sandsynligt, at der blandt de resterende 28 %, der ikke har svaret, er en overvægt af overlæger, der ikke har bibeskæftigelse og derfor har fundet det irrelevant at udfylde spørgeskemaet.

Underminerer privatforsikringerne opbakningen til det offentlige sundhedsvæsen?

Der gennemføres ikke systematisk overvågning af opbakningen til det offentlige sygehusvæsen i Danmark. Dette er ellers et ofte hørt argument mod udbredelse af private sundhedsforsikringer, altså at den stigende brug af sygeforsikringer svækker viljen og lysten til at medfinansiere det offentlige sundhedsvæsen.

Den seneste empiriske belysning af dette spørgsmål, det har været muligt at identificere, er tilbage fra et notat fra Gallup til Ugebrevet A4 i november 2002. Her findes, at der i perioden 1999-2002 er en reduceret frygt for, at man i fremtiden behøver en privatforsikring for at kunne opnå optimal behandling. Denne udvikling falder dog tidsmæssigt sammen med introduktionen af den 2 måneders ventetidsgaranti, og det er uklart, hvad en analyse ville sige i dag, hvor det udvidede frie sygehusvalg er suspenderet.

Tabel 8. Økonomiske forventninger til det offentlige sundhedsvæsen

Man bliver fremover nødt til at tegne en privat forsikring, hvis man vil være sikker på at få den bedst mulige behandling, hvis man bliver alvorligt syg	helt enig	delvis enig	delvis uenig	helt uenig	ved ikke	opinionsbalance
1999	27	26	17	23	7	+13
2002	17	17	25	20	21	-11

I analysen findes heller ingen sammenhæng mellem andelen, der vil betale mere til det offentlige sundhedsvæsen, og hvorvidt man har en privat sundhedsforsikring. Således er det ikke muligt på baggrund af danske data at konkludere, at privatforsikringerne underminerer opbakningen til det offentlige sundhedsvæsen.

Erfaringer med private sygeforsikringer i England og Australien

I internationalt perspektiv har sundhedsforsikringer typisk to grundlæggende forskellige virkningsmekanismer: Enten fungerer de som reelt alternativ til det eksisterende system, hvor fx højtloønnede i sociale forsikringssystemer kan fravælge det sociale system til fordel for et privat egenfinansieret system, eller de fungerer mere almindeligt som et supplement til det eksisterende forsikringssystem.

Fokus i dette notat er som gennemgået på forsikringer, der sikrer hurtigere adgang til planlagte behandlinger, end hvad et offentligt finansieret system kan levere. Denne type forsikringer er identificeret i henholdsvis England, New Zealand, Australien, Danmark, Norge, Sverige, Spanien og Portugal. I det følgende har vi valgt at fokusere på erfaringerne med private sygeforsikringer i England og Australien, fordi forsikringsmarkederne i disse lande er de mest udviklede og bedst beskrevne, ligesom de to landes offentlige sundhedssystemer minder meget om det danske.

Sundhedsforsikringer i England

Relativt lange ventelister til planlagte behandlinger på såvel offentlige som private sygehuse har været en del af det engelske National Health Service (NHS) siden oprettelsen i 1949. Udbredelsen af private sundhedsforsikringer accelererede dog først med introduktionen af skattesubsidiering af private sundhedsforsikringer af Thatchers konservative regering i 1990. Skattesubsidieringen blev fulgt af øgede muligheder for, at læger med ansættelse i det offentlige sundhedsvæsen kunne praktisere privat på de offentlige sygehuse.

I 1980 udgjorde de supplerede sundhedsforsikringer 1,3 % af de samlede sundhedsudgifter mod 5,4 % i 1997 (37). Samme år blev den konservative regering afløst af New Labour-regeringen, som fjernede muligheden for at trække omkostninger til individuelt tegnede forsikringer for personer over 60 år fra i skat. Omkostningen for den enkelte ved at tegne en privat forsikring steg dermed 35,9 % og medførte et fald i efterspørgslen på 17,6 % (38). Dette giver en priselasticitet på ca. -0,5, hvilket kan tolkes som, at en fordobling af prisen ved medføre en halvering af efterspørgslen.

Andelen af befolkningen i England med en supplerende sundhedsforsikring har dog siden 1990 ligget relativt konstant på ca. 11 %. Men hvor ca. halvdelen af forsikringerne i 1996 var tegnet gennem en arbejdsgiver, var denne andel i 2001 steget til ca. 70 % (39). Gennemsnitsprisen for en privat tegnet forsikring var i 2001 ca. £1.135 om året mod £717 i 1996. I samme periode steg prisen på virksomhedstegnet forsikring kun fra £439 til £480 (40). I 2001 blev der omsat sundhedsforsikringer for £2,45 mia. svarende til ca. 3,3 % af de samlede sundhedsudgifter (39).

Den faldende efterspørgsel efter privattegnede sundhedsforsikringer skal både tilskrives den direkte effekt af fjernelsen af skattefradraget, og at præmien steg som følge af en ændret risikoprofil, da forsikrede med mindst behov for supplerende forsikring i højere grad opsagde deres policer. Tilbagebetalingsandelen på både de individuelle og private sygeforsikringer vurderes til i omegnen af 80 % (40), hvilket ikke afviger væsentlig fra andre typer af forsikringer.

Adgangskonsekvenser af sundhedsforsikringer i England

Længden af ventelister til behandling vurderes at have en relation til efterspørgslen efter private sundhedsforsikringer, men sammenhængen er ikke entydig. Labour-regeringen har investeret massivt i sundhedsvæsenet og søgt at reducere ventetiden til behandling, uden at det totale antal solgte policer er faldet. King et al. finder tilsvarende ingen sammenhæng mellem ventetid og efterspørgslen

efter forsikringsdækning i samme år, men en sammenhæng efter forsikringsdækning og ventetid 2 år tidligere (38). Senere studier af samme forfatter har dog kunnet finde sammenhæng mellem ventetid og efterspørgsel i enkelte år (38). Forståelsen af en forsinket efterspørgsel kan tolkes i retning af, at ventetid for den enkelte ikke nødvendigvis er afgørende for dennes beslutning om at efterspørge forsikringsdækning, men den enkeltes perception af ventetid har større betydning end ens egne oplevelser, hvorfor pressens rolle formodentlig er vigtig i forståelsen af efterspørgsel efter forsikringsdækning.

Der er ingen krav om, at private sundhedsforsikringer i England skal tilbydes alle på en arbejdsplads for at opnå skatterabat. Den sociale sammensætning i forsikringsmønstrene afspejler dette, hvor ca. 22 % af funktionærer og ledere havde en forsikring mod 4 % af de faglærte arbejdere og 1 % af de ufaglærte arbejdere. (38). Generelt har 41 % af de 10 % rigeste en privat sundhedsforsikring mod 3,7 % af de 40 % fattigste. Blandt de rigeste er det 51 %, der har fået forsikringen betalt af arbejdsgiveren, mod 26 % blandt de 40 % fattigste (43). Andelen med privat sundhedsforsikring er højest i gruppen mellem 35 og 60 år, - en tendens der blev tydeligere med fjernelse af skattefradraget for privatforsikring for personer over 60 år.

Udover social status har politisk tilhørsforhold en signifikant betydning i forhold til erhvervelsen af privat sygeforsikring. Tilhængere af det konservative parti har en signifikant overrepræsentation af private sygeforsikringer, herunder både private og virksomhedstegnede policer (42). Tilsvarende var det også det konservative parti, der indførte skattefradragene for private sundhedsforsikringer, ligesom det konservative parti generelt arbejder for, at private sygeforsikringer skal have en større rolle i forhold til finansieringen af det engelske sundhedsvæsen (44). Emmerson et al. har på baggrund af de tidligere erfaringer med skattefradraget på private sundhedsforsikringer dog fundet det usandsynligt, at forsikringernes aflastning af NHS står mål med skattesubsidiets størrelse (43). Sundhedsforsikringerne findes således at øge det samlede behandlingsudbud, hvorfor også konsekvenserne af privat sundhedsforsikring på ventelisterne vurderes usikker.

Der findes ikke empirisk evidens, der kan konkludere, at den brede opbakning til det engelske sundhedsvæsens lighedsgrundsætninger er påvirket af de private sundhedsforsikringer. Men flere studier har fundet, at personer, der har en privat sundhedsforsikring, generelt er mere utilfredse med det offentlige system, har mindre opbakning til lighedsmålsætningen og ønsker en lavere vækst i det offentlige sundhedsvæsen. Tolkningen af disse studier afhænger af, om man tror på, at selve anskaffelsen af en forsikring giver mindre opbakning til det offentlige sundhedsvæsen, eller om der er tale om en selvselektion, hvor de, der er mest utilfredse med det offentlige system, vælger at anskaffe sig en privat sundhedsforsikring.

Sundhedsforsikring i Australien

I 2007 var 46 % af den australske befolkning dækket af en supplerende sundhedsforsikring (45). Sundhedsforsikringerne dækker 6,7 % af de samlede sundhedsudgifter (41).

Australiens marked for private forsikringer adskiller sig fra de fleste andre lande ved, at langt hovedparten af forsikringerne tegnes individuelt. Dette skyldes, at frynsegoder på arbejdspladsen beskattes relativt meget, og at der i 1998 blev introduceret en 30 % skattebetalt rabat på individuelt tegnede sundhedsforsikringer. Skatterabatten afhænger ikke af lønniveau. Højtlønnede blev opmuntret til at tegne private sundhedsforsikringer, da indkomster over en defineret tærskelværdi pålægges en særskat på 1 % af indkomsten, hvis der ikke er tegnet en privat sundhedsforsikring.

I Australien kan der tegnes forsikringer, der alene dækker ydelser, som ikke er omfattet af det offentligt betalte sundhedsvæsen, fx fysioterapi, briller mv. Disse forsikringer er også omfattet af 30 % skatterabat. Langt hovedparten af alle forsikringer tegnes dog som kombinerede forsikringer, der også

giver adgang til privathospitaler og øget valgfrihed i den offentlige sektor. For at undgå at betale særskat på 1 % kræves det, at den private sundhedsforsikring dækker hospitalsindlæggelser, ligesom der er restriktioner på selvrisikoens størrelse.

Præmien på de private forsikringer må i Australien ikke afhænge af personens individuelle karakteristika som fx alder eller sundhedsprofil, og forsikringselskaberne skal have godkendt præmieniveauet af Sundhedsministeriet. For at modvirke, at befolkningen med lav risiko udskyder købet af forsikring, blev det i 2000 dog tilladt for forsikringselskaberne at differentiere præmien i forhold til alderen for, hvornår man tilmelder sig forsikringen. Således stiger prisen på hospitalsdækning 2 % point om året i 10 år, hvis købsbeslutningen udskydes.

I 1984 var 50 % af befolkningen dækket af en privat sundhedsforsikring, men andelen var vigende indtil 1999, hvor 30 % var dækket af en forsikring. Skatterabatten og det økonomiske incitament for at tegne en forsikring tidligt i livet betød, at andelen med en forsikring i 2000 var steget til 45 %. Prisen har således en væsentlig betydning for efterspørgslen efter forsikringsdækning, hvor priselasticiteten er estimeret til ca. -0,5 (46). Præmien afhænger af dækning og alder, men tager man udgangspunkt i en person på 60 år, koster dækningen typisk mellem AU\$1.000-1.500 om året (ca. 4.000-6.000 kr.), efter statens rabat er medregnet.

De indbyggede skatte- og præmieincitamenter gør, at der i Australien er en næsten ligelig aldersfordeling for privat sundhedsforsikringsdækning. Men dækningen har en betydelig social slagside. Næsten alle blandt de 20 % rigeste har en sundhedsforsikring, mens det kun gælder knap en sjettedel af de 60 % fattigste. Tilsvarende tilfalder 50 % af den skattebetalte rabat de 20 % rigeste, mens 25 % tilfalder de 60 % fattigste (47).

Adgangskonsekvenser af sundhedsforsikringer i Australien

Sundhedsforsikringerne i Australien giver bl.a. hurtigere adgang til planlagt behandling på et privathospital samt dækning af omkostninger, der ikke er en del af det offentlige sundhedstilbud. For at sikre lighed i adgang til speciallægebehandling uden for hospitalet har man i Australien forbudt privatfinansiering af speciallægeydelser, som ikke er en del af en indlæggelse, og som er omfattet af det offentlige sundhedstilbud. Derved har man søgt at reducere problemet med overforbrug af speciallægeydelser blandt de forsikrede, hvilket er et ydelsesmønster, der ellers genfindes i mange lande med private sygeforsikringer (48;49), ligesom diskussionen om andre indikationsniveauer for behandling i den private sektor holdes i ave. Til trods for forsikringsrestriktionerne er der også i Australien et betydeligt større forbrug af speciallægeydelser for de velstillede relativt til de mindre velstillede (48).

Australske private sundhedsforsikringer kan også anvendes i det offentlige sundhedsvæsen. Brugen af sundhedsforsikringer i det offentlige sundhedsvæsen giver dog formelt ingen fordele i forhold til ventetid til behandling, men privatforsikringen giver mulighed for mere frit valg af behandler. 13 % af de patienter, der modtager behandling på offentlige sygehuse, aktiverer deres forsikringer, og mange hospitaler har måltal for, hvor stor den private finansieringsandel skal være, ligesom aflønning af speciallægerne indirekte er afhængig af den private finansieringsandel. Derfor tilbyder offentlige sygehuse fx at betale selvrisiko mv., som patienterne bliver afkrævet af forsikringselskabet, hvis de vælger at aktivere deres forsikring (50). Fokuseringen på forsikringspatienter også i det offentlige sundhedsvæsen har dog skabt bekymring for, at patienterne med private sundhedsforsikringer alligevel sikres hurtigere eller bedre behandling på de offentlige sygehuse. Der er dog ikke fundet dokumentation for en sådan forskelsbehandling.

Vurderet på succesparameteren om, hvorvidt sundhedsforsikringerne giver øget valgfrihed, har sundhedsforsikringerne i Australien været en succes. Der findes mere end 40 forskellige forsikringsordninger, der giver adgang til et stort udvalg af private og offentlige tilbud (50). Trods det store udbud af

forskellige forsikringsordninger anvendes muligheden for at skifte mellem forsikringsudbydere dog sjældent (50). Valgmuligheden bruges således primært i forhold til sundhedsudbydere og i mindre grad i forhold til forsikringsdækningen.

Privatforsikringerne har endvidere bidraget til at etablere og finansiere et stort udbud af privathospitaler. Det private sundhedsudbud er dog ikke ligeligt fordelt i Australien. 84 % af privathospitalerne ligger i de større byer. Befolkningen uden for de større byer har således mindre adgang til private sundhedstilbud. Den mindre relevans af det private behandlingsalternativ afspejles også i ulighed i dækningen af privatforsikringer, hvor 50,2 % i byerne er dækket mod 43,5 % af befolkningen uden for de større byer (51). Denne skævhed i dækning betyder også, at skatterabatten på sundhedsforsikringer primært tilfalder indbyggerne i de større byer, hvorved skattesubsidieringen af det private sundhedstilbud er geografisk skævt fordelt, - en skævhed der ikke korrigeres for i allokering af de offentlige ressourcer til sundhedsvæsenet.

Argumentet for regeringens finansielle tilskyndelse til private sundhedsforsikringer er, at det antages, at de private sygeforsikringer aflaster det offentligt finansierede sundhedsvæsen. Denne antagelse har dog empirisk været vanskelig at dokumentere. I en gennemgang af betydningen af sundhedsforsikringer for forbruget af elektive kirurgiske sundhedsydelser finder flere nyere undersøgelser et signifikant merforbrug for personer med sundhedsforsikring (52;53). OECD finder ved en vurdering af det australske forsikringssystem ingen empiriske belæg for at antage, at det private sundhedsvæsen aflaster det offentlige. Og i det omfang det skulle være tilfældet, vurderes det usandsynligt, at det er sket i samme omfang som stigningen i aktiviteten i det private (50).

Et andet centralt argument i forhold til rimeligheden af, at privatforsikring subsidieres med skatterabatter er, at ventetiden dermed samlet set reduceres, således at også de uden forsikring kan komme hurtigere til. I forhold til denne antagelse er der også i Australien ringe empirisk understøttelse for denne antagelse. Hurst and Siciliani (2003) kobler et fald i ventetiden fra 1999-2001 for enkelte procedurer til et sammenfald i stigningen i salget af forsikringer. Senere undersøgelser har dog ikke kunne identificere entydige sammenhænge (54). Den manglede sammenhæng skyldes bl.a., at kun ca. 40 % af de ydelser, der finansieres af de private sundhedsforsikringer, er ydelser dækket af det offentligt finansierede sundhedsvæsen (54), men såvel data- som metodeproblemer tilskrives, at der ikke kan findes dokumentation for, hvorvidt der sker en samlet aflastning af det offentlige sundhedsvæsen.

Meget tyder på, at det private sundhedsvæsen i Australien har medført en udvidelse af den samlede efterspørgsel, hvilket skaber usikkerhed om de langsigtede konsekvenser i forhold til at sikre en bæredygtig finansiering af sundhedsvæsenet samt påvirkning af ventetiden (50).

Sammenfatning for England og Australien

Skattepolitik findes både i England og Australien at have en væsentlig betydning for antallet af private sundhedsforsikringer. Fra begge lande kan udbredelsen af forsikringer blandt forskellige befolkningsgrupper direkte kobles til målretningen af skattesubsidiet. Der rapporteres fra begge lande om en priselasticitet på ca. -0,5. I Danmark genfindes skattesystemets betydning på udbredelsesmønsteret som i England og Australien med en klar overvægt af forsikrede personer på arbejdsmarkedet, men med en social relativ ligelig profil af solgte forsikringer i forhold til erhvervsaktive, hvilket kan tilskrives, at skattefordelen kun kan opnås, når hele arbejdspladsen tilbydes behandling. Tages udgangspunkt i, at 55 % af forsikringspræmien udgøres af skattesubsidiet (4;5) og de udenlandske priselasticiteter på -0,5, kan der umiddelbart forventes over en halvering af det fremtidige salg af forsikringer, hvis skattefradraget fjernes. Men da der endvidere må forventes en ændret risikosammensætning – som i England, kan konsekvenserne blive endnu større.

I forhold til de private sundhedsforsikringers aflastning af det offentlige sundhedsvæsen i form af lave-
re aktivitet eller ventelister findes der hverken i Australien eller England empirisk belæg for dette.

Hverken Australien eller England kan dokumentere, at privatforsikringerne underminerer opbakningen
til det offentligt finansierede sundhedsvæsen. Men både købsbeslutninger og subsidieringer af private
sundhedsforsikringer har klar relation til politisk observans. Politisk ideologisk overbevisning har i beg-
ge lande drevet udviklingen. De private sundhedsforsikringer har i begge lande bidraget væsentligt til
at etablere et betydeligt privat sundhedsvæsen og derigennem sikret befolkningen flere valgmulighe-
der i forhold til hospitalsbehandling.

Litteratur

- 1) Schytz Juul J. Boom i sundhedsforsikringer for de velstillede. Arbejderbevægelsens Erhvervsråd - <http://www.aeraadet.dk>, 2008 December 1. Available from: URL: [http://www.aeraadet.dk/media/filebank/org/\(1\)AE_Boom-i-sundhedsforsikringer-for-de-velstillede.pdf](http://www.aeraadet.dk/media/filebank/org/(1)AE_Boom-i-sundhedsforsikringer-for-de-velstillede.pdf)
- 2) Næss-Schmidt HS, Copenhagen Economics, Forsikring & Pension. Sundhedsforsikringer - En løsning på fremtidens velfærd? København: Forsikring & Pension; 2008.
- 3) Skatteministeriet, Økonomi og Erhvervsministeriet, Finansministeriet, Beskæftigelsesministeriet. Statusrapport til Folketinget om personalegoder/naturalieydelse, december 2006. <http://www.skm.dk>. 2006; December 27.
- 4) Det Økonomiske Råd. Konjunkturvurdering Principper i skattepolitikken. København: Det Økonomiske Råd; 2008.
- 5) Bræmer M. Velstillede vælter sig i sundhedsforsikringer. Ugebrevet A4 2008; Dec 1(41 (1.dec.)).
- 6) Skat. Beskatning af arbejdsgiverbetalt zoneterapi. SKM2001.253.LR. <http://www.skat.dk>; 2001 June 16.
- 7) Forsikring & Pension. Sundhedsforsikringer - Hovedtal 2002-2007. <http://www.forsikringogpension.dk>. 2008;October 1. Available from: URL: http://www.forsikringogpension.dk/statistik/Documents/sundhedsforsikring_hovedtal_2002-2007_pdf_001.pdf
- 8) Jung E, Berlingske Tidende. Prisen på sundhedsforsikring skyder i vejret. <http://www.business.dk/article/20080909/dinepenge/80909014/>. 2008; Sep 9.
- 9) Jørgensen B. Sundhedsforsikringer stiger markant. Jyllandsposten; 2008 November 25. Available from URL: <http://epn.dk/privat/forsikring/article1524930.ece>
- 10) Andersen L. Prischok på sundhedsforsikring. Jyllandsposten, Erhvervsweekend; 2008 December 20. Available from URL: <http://epn.dk/privat/forsikring/article1549123.ece>
- 11) Fagligt Fælles Forbund 3F. Ulige adgang til sundhedsforsikringer. Fagligt Fælles Forbund 3F; 2008 December 1. Available from URL: <http://nyheder.3f.dk/article/20081201/NEWSPAQ/812010335/1006/SIDUNGDOM>
- 12) Houmark Andersen I, Nyrup Madsen T. Medlemmer vil forsikres – fagbevægelsen siger nej. Ugebrevet A4; 2008 Mar 17.
- 13) Statsforvaltningen H. Fredensborg Kommune - Sundhedsforsikring som personalegode. <http://www.statsforvaltning.dk>; 2008 October 30.
- 14) Boye S. Hver anden kommune satser på sundhedsforsikring. Danske Kommuner; 2008 Oct 9(30):44.
- 15) Houmark Andersen I. Sundhedsforsikringer dækker sjældent de svageste. Ugebrevet A4; 2008 Apr 28(16).
- 16) Glavind N, Arbejderbevægelsens Erhvervsråd. De svage grupper er ikke med i de private sundhedsforsikringer. <http://www.aeraadet.dk>; 2008 April 28.
- 17) Glavind N. Notat til LO om udvikling i den private sygehussektor. København: LO; 2008.

- 18) Forsikring & Pension. Hvad bliver sundhedsforsikringerne brugt til. www.forsikringogpension.dk/Presse/; 2008 October 14. Available from URL: <http://www.forsikringogpension.dk/Presse/Temaer/Sundhedsforsikringer/Sider/3.aspx>
- 19) LBK nr. 95 af 7. februar 2008. Sundhedsloven; 2008.
- 20) Skatteministeriet, Økonomi og Erhvervsministeriet, Finansministeriet, Beskæftigelsesministeriet. Statusrapport til Folketinget om personalegoder/naturalieydelse, december 2006. <http://www.skm.dk>; 2006 December 27.
- 21) Hartlev M. Patienters sociale rettigheder. In: Thelle H, Koch I, editors. Sociale menneskerettigheder. 1 ed. Akademisk forlag; 2004 p. 144-71.
- 22) Kjellberg J, Herbild L, Sørensen J. Ventelister til elektiv behandling. København: DSI Institut for Sundhedsvæsen; 2004.
- 23) Sundhedsstyrelsen. Ventetid til sygehusbehandling, 1. halvår 2007. København: Sundhedsstyrelsen; 2008.
- 24) Sloan FA, Picone GA, Taylor DH, Chou SY. Hospital ownership and cost and quality of care: is there a dime's worth of difference? *J Health Econ* 2001 Jan20; (1):1-21.
- 25) Devereaux PJ, Choi PT, Lacchetti C, Weaver B, Schunemann HJ, Haines T, et al. A systematic review and meta-analysis of studies comparing mortality rates of private for-profit and private not-for-profit hospitals. *CMAJ* 2002 May 28;166(11):1399-406.
- 26) Devereaux PJ, Schunemann HJ, Ravindran N, Bhandari M, Garg AX, Choi PT, et al. Comparison of mortality between private for-profit and private not-for-profit hemodialysis centers: a systematic review and meta-analysis. *JAMA* 2002 Nov 20;288(19):2449-57.
- 27) Sloan FA. Not-for-profit ownership and hospital behaviour. In: Culyer AJNJP, editor. *Handbook of health economics*, vol.1. Amsterdam: Elsevier; 2000 p. 1142-74.
- 28) Kjellberg J, Lassen AB. For-Profit versus Not-For-Profit, DSI rapport, 2004.
- 29) Herr A. Cost and technical efficiency of German hospitals: does ownership matter? *Health Economics* 2008;17,9,1057-71.
- 30) Europas 10 største private sygehuse. *Temanr. Mandagmorgen* 2007;(13. aug):1-15.
- 31) Erlandsen E. Improving the efficiency of health care spending: Selected evidence on hospital performance. Paris: OECD; 2007.
- 32) Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Sundhedssektoren i tal, september 2006. <http://www.sum.dk> 2006.
- 33) Kjellberg J, Herbild L, Svenning AR. Indikationsændringer ved meraktivitet. København: Dansk Sundhedsinstitut; 2008.
- 34) Mejdahl S. Fidus i frit valg. *Ugeskrift for Læger* 2008;170(37):2902.
- 35) Steenberger A. Den dårlige historie: Garantien er faglig nedtur. *Ugeskrift for Læger* 2007;169(40):3360.
- 36) Dagens Medicin. Professor i korstog mod bijobberi. *Dagens Medicin* 2008; May 30. Available from URL: <http://www.ditliv.dk/nyheder/2008/05/30/ildsjl-til-kamp-mod/index.xml>
- 37) Mossialos E. Voluntary Health Insurance in the European Union: A Critical Assessment. *International Journal of Health Services* 2002;32(1):19-88.

- 38) King D, Mossialos E. The Determinants of Private Medical Insurance Prevalence in England, 1997-2000. *Health Services Research* 2005;40(1):195-212.
- 39) Buisson LW. Private Medical Insurance UK Market Sector Report 2001. London: Laing & Buisson 2001.
- 40) Willcocks S. Medical insurance premiums soar. *Guardian Newspaper Limited* 2002.
- 41) OECD health data 2007 [computer program]. 2007.
- 42) King D, Mossialos E. Determinants of the Demand for Private Medical Insurance in Britain 2001. LSE Health and Social Care Working Paper. LSE Health and Social Care, London.
- 43) Emmerson C, Frayne C, Goodman A. Should private medical insurance be subsidised? *Health Care UK* 2001;49-65.
- 44) The Conservative Party. Setting Patients Free—A Conservative Policy Consultation 2003.
- 45) Private insured. Australian Government 2009; February 23. Available from URL: <http://www.phiac.gov.au/statistics/survey/aust.htm>
- 46) Butler J. Estimating Elasticities of Demand for PHI in Australia. 1999. National Centre for Epidemiology and Population Health (NCEPH) Working paper.
- 47) Smith JP. How Fair is Health Spending?: The Distribution of Tax Subsidies for Health in Australia. Australia Institute 2001.
- 48) Jones AM, Koolman X, Van Doorslaer E. The impact of supplementary private health insurance on the use of specialists in selected European countries. *Annales d'Economie et de Statistique* 2006;83-4.
- 49) Van Doorslaer E, Clarke P, Savage E, Hall J. Horizontal inequities in Australia's mixed public/private health care system. *Health Policy* 2007.
- 50) Colombo F, Tapay N, Organisation for Economic Co-operation and Development, Organisation for Economic Co-operation and Development Employment LaSAC. Private Health Insurance in Australia: A Case Study 2003. OECD, Directorate for Employment, Labour and Social Affairs, Employment, Labour and Social Affairs Committee.
- 51) Armstrong BK, Gillespie JA, Leeder SR, Rubin GL, Russell LM. Challenges in health and health care for Australia. *Medical Journal of Australia* 2007;187(9):485.
- 52) Brameld K, Holman DA, Moorin R. Possession of health insurance in Australia-how does it affect hospital use and outcomes? *Journal of Health Services Research & Policy* 2006;11(2):94.
- 53) Moorin RE, Holman CDAJ. The effects of socioeconomic status, accessibility to services and patient type on hospital use in Western Australia: a retrospective cohort study of patients with homogenous health status. *BMC health services research* 2006;6(1):74.
- 54) Deeble J. The private health insurance rebate. Report to State and Territory Health Ministers 2003.
- 55) Hurley J, Vaithianathan R, Crossley TF, Cobb-Clark DA, Economics R, Zealand AN. Parallel private health insurance in Australia: A cautionary tale and lessons for Canada.

