

SUNDHEDSFORSIKRINGER – EN LØSNING PÅ FREMTIDENS VELFÆRD?

ENDELIG RAPPORT | 22. OKTOBER 2008

INFORMED DECISIONS



COPENHAGEN ECONOMICS

KOLOFON

Forfatter: Projektleder Seniorøkonom Helge Sigurd Næss-Schmidt,
Kvalitetskontrol Christian Jervelund

Kunde: Forsikring og Pension

Dato: 22. oktober 2008

ISBN:

Kontakt: SANKT ANNÆ PLADS 13, 2. SAL | 1250 KØBENHAVN
TELEFON: 7027 0740 | FAX: 7027 0741

WWW.COPENHAGENECONOMICS.COM

INDHOLDSFORTEGNELSE

Konklusion og udfordringer	4
Kapitel 1 Demografisk udvikling	9
1.1. Øget velstand - en forværring eller en løsning?.....	10
1.2. Den teknologiske udvikling.....	11
Kapitel 2 Finansiering af sundhedsudgifter	12
2.1. Sundhedsudgifterne i Danmark.....	12
Kapitel 3 Sundhedsforsikringer i Danmark	16
3.1. Forsikringstyper.....	16
3.2. Lovgivningen for sundhedsforsikringer.....	16
3.3. Udviklingen i sundhedsforsikringer.....	17
3.4. Patientforløb med sundhedsforsikring.....	21
3.5. Brug af forsikringsordninger i andre lande.....	24
Kapitel 4 Samspil sundhedsforsikringer og det offentlige sundhedsvæsen	27
4.1. Aflastning af de offentlige finanser?.....	27
4.2. Sundhedsforsikringer og presset på det samlede sundhedssystem.....	29
Kapitel 5 Plejemarkedet	32
5.1. Offentlig pleje.....	32
5.2. Potentiale for plejeforsikringer?.....	33
Anneks Sundhedsforsikrings effekter på de offentlige finanser	36
Litteraturliste	39

KONKLUSION OG UDFORDRINGER

De danske offentlige sundhedsudgifter er stigende. Befolkningen bliver stadig ældre, og det betyder relativt voksende sundhedsudgifter, da de i betydelig grad er koncentreret i de sidste år af folks levetid. En fortsat stigende levestandard har i en række lande samtidig øget forventningerne til, hvad sundhedssystemet skal levere af ydelser, herunder øget kvalitet. Igennem 1980'erne var dette mindre udtalt i Danmark, men sundhedsudgifterne har gennem de seneste 5-10 år vokset kraftigere end væksten i den danske økonomi.

Denne rapport undersøger den rolle, sundhedsforsikringer siden deres fremkomst i 2002 *har* spillet og i de kommende år *kan* spille i lyset af stigende sundhedsudgifter. Loven om sundhedsforsikringer har muliggjort, at man på arbejdspladserne kollektivt – og kun kollektivt – kan tegne en sundhedsforsikring for samtlige medarbejdere med skattebegunstigelse, der giver muligheder for hurtig behandling på nogle konkrete områder, mere herom nedenfor.

Hvilken rolle har sundhedsforsikringer spillet

For det bagudrettede, det vil sige for perioden 2002-2007, vurderer vi tre konkrete kritiske spørgsmål, der har været rejst om sundhedsforsikringer:

- Fører sundhedsforsikringer til forskelle i behandlingskvalitet mellem forskellige grupper i befolkningen (A- og B-hold)?
- Har sundhedsforsikringer belastet det offentlige sundhedssystem gennem et øget pres på ressourcerne?
- Har arbejdsgivers ret til at fratække udgifter til sundhedsforsikringer for medarbejderne uden tilsvarende beskatning hos medarbejderne belastet de offentlige finanser?

Vores samlede vurdering er, at debatten om disse tre spørgsmål har været noget skæv.

A- og B-hold

Den stadige optrapning af 'frit valg' i sundhedssystemet har gjort diskussionen om A- og B-hold i forhold til sundhedsforsikringer mindre relevant. På livstruende – og i stigende grad også på ikke-livstruende – sygdomsområder har alle borgere krav på behandling inden for korte tidsrum (efter strejken i foråret 2008 dog midlertidigt suspenderet). Værdien af sundhedsforsikringer på dette punkt kan være 'meget hurtig behandling' frem for blot 'hurtig behandling'. Denne værdi kan meget vel være højere for personer på arbejdsmarkedet og deres virksomheder end for personer uden for arbejdsmarkedet. Det kan være medvirkende til, at virksomhederne ofrer ressourcer på sundhedsforsikringer.

Tilsvarende kommer der en betydelig grad af automatisk solidaritet fra kravet om, at samtlige medarbejdere skal være omfattet. Lavtlønnede samt personer med svagt helbred omfattes af samme dækning som højtlønnede og personer med godt helbred. Dette indebærer en omfordeling inden for virksomhederne til fordel for de to første grupper. Med omtrent 850.000 personer omfattet af en sundhedsforsikring i 2007 er dækningsgraden i arbejdsstyrken næsten en tredjedel. Det betyder, at dækningsgraden for sundhedsforsikringer blandt lavtuddannede efterhånden er kommet tæt på dækningsgraden for højtuddannede.

Kravet om at, alle medarbejdere på en virksomhed skal være omfattet af forsikringen er netop et eksempel på, at politikerne kan regulere området og på den måde mindske en evt. frygt for en A- og B-holds problematik.

En beskatning af ydelserne risikerer at forstærke snarere end at svække A- og B-holds problematikken. Det vil formentligt føre til en svækket interesse i virksomhederne og blandt lønmodtagerne for at tegne generelle sundhedsforsikringer dækkende alle medarbejdere. Tilbage står så muligheden for at lave målrettede ordninger til nøglemedarbejdere, som har råd til og vil prioritere sådanne forsikringer. De kan så få foretaget sådanne behandlinger enten på private danske sygehuse eller – i stigende omfang – på klinikker uden for Danmark.

Pres på ressourcer

Sundhedsforsikringerne har haft en helt marginal rolle i forhold til det samtidige massive løft i de offentlige sundhedsudgifter. Fra 2002 til 2007 voksede udbetalinger fra sundhedsforsikringer fra stort set 0 til 750 mio. kr. I den samme periode voksede de samlede sundhedsudgifter rundt regnet 20 gange mere, nemlig med i alt 16½ mia. kr. i faste priser. Væksten i de samlede sundhedsudgifter i perioden 2002-2007 var samtidig også rundt regnet 5 mia. kr. højere end i de foregående fem år (1997-2002). Det afspejles også i den betydelige øgede samlede tilgang af læger og sygeplejersker: En vækst på omkring 20 procent fra 2000 til 2006, der primært er endt som *tilvækst* i den offentlige sundhedssektor.

Presset på det danske sundhedsvæsen i de senere år med mangel på læger og plejepersonale må derfor henføres til et øget ambitionsniveau i det offentlige sundhedssystem. Et centralt eksempel på dette er frit valg-systemet, der har bidraget til en betydelig reduktion i ventetider og udbygning af privathospitaler, som i 2007 havde større omsætning fra 'frit valg' end fra sundhedsforsikringer.

På længere sigt kan der formentligt forventes et fortsat pres på ressourcer – forsikringer eller ej – som kan løses ved en bred indsats rettet mod øget uddannelse, indvandring af personer med en sundhedsuddannelse og eventuelt behandling af danskere i udlandet.

Af- eller belastning af offentlige finanser

Flere faktorer taler for, at indførelse af sundhedsforsikringer snarere har aflastet end belastet de offentlige finanser.

For det første er de ydelser, som dækkes af sundhedsforsikringer, såkaldt visiterede ydelser. Det vil sige, at en læge har vurderet, at der er et behandlingsbehov, der som udgangspunkt skal dækkes i det offentlige system. En 100 pct. skattefinansieret ydelse erstattes derfor med en delvist privat finansieret ydelse. Der er lavet et simpelt regnestykke i rapporten, som angiver gevinsten for de offentlige finanser til op mod 200-300 mio. kr.

For det andet er 'værdien' af en sådan forsikring for både lønmodtager og arbejdsgiver også garanti for meget hurtig behandling, der sikrer hurtig tilbagevending til arbejdsmarkedet og/eller erstatter nedsat arbejdsdygtighed med højere arbejdsdygtighed. Forsikringen kan derfor ikke bare be-

tragtes som et frynsegode. Det er et delvist et produktionsinput, der skaber større værdi for arbejdsgiveren end en tilsvarende udbetalt løn. Hermed bidrager det til forbedrede offentlige finanser gennem flere arbejdede timer og sparede udgifter til sygedagpenge. Skåret meget skarpt til: alternativet til at bruge diesel til en traktor i en landbrugsvirksomhed, er ikke højere løn til landbrugsmedhjælperen men formentlig lavere produktivitet, fordi landmanden vælger en mindre effektiv produktionsform. Der er således ikke tale om et individuelt frynsegode, som den enkelte medarbejder kan vælge at omveksle til kontant løn.

For det tredje er nogle af de dækkede opgaver, som fx fysioterapi, ydelser, som større virksomheder historisk har tilbudt og fortsat tilbyder medarbejderne som ”in-house” producerede ydelser til en stærk reduceret betaling, uden beskatning hos modtageren. Sundhedsforsikringen fungerer på dette område således som en ordning, der muliggør effektiv udlicitering af et tidligere gråzoneområde i skattelovgivningen uden nogen direkte påvirkning på de offentlige finanser. Det kan være til særlig gunst for mindre virksomheder for hvem ”in-house” ydelser kan være dyre at administrere og tilbyde.

Hvilken rolle kan sundhedsforsikringer komme til at spille fremover?

Sundhedsforsikringernes fremadrettede rolle kan belyses gennem en identifikation og diskussion af tre hoveddimensioner i forhold til det samlede sundhedssystem. For det første: hvad er de politiske prioriteringer med betydning for sundhedsområdet? For det andet: hvad skal rollefordelingen være på finansierings- og produktionssiden mellem den offentlige og private sektor, herunder private finansieringsordninger i samspil med privathospitaler mv? For det tredje: hvilke langsigtede rammevilkår fremmer samlet de politiske prioriteringer og den ønskede ansvarsfordeling?

De politiske prioriteringer kunne sammenfattes i tre punkter.

- Styrke udbudet af arbejdskraft; herunder at få dækket en betydelig manko i forhold til et langsigtet pres på de offentlige finanser på grund af den demografiske udvikling.
- Sikre hurtig behandling af livstruende sygdomme; som blandt andet er afspejlet i frit valgsordninger målrettet sådanne sygdomsområder.
- Øge brugerorientering og kvalitet af ydelser.

Styrkelse af arbejdsudbud gennem revalidering, genoptræning og øget indsats på det psykiatriske område er potentielt set et af de vigtigste områder for sundhedsforsikringer. Udgifter til denne slags ydelser udgør i dag 15 procent af de samlede udbetalinger fra sundhedsforsikringer. Området er lavere prioriteret end livstruende sygdomme i det offentlige sundhedsvæsen. Samtidig har den private sektor selv en interesse i et velfungerende forsikringsmarked. Forsikringselementet kan særligt være til fordel for mindre virksomheder, hvor udgifterne kan være svære at forudsige.

Logikken vil således tilsige en byrdefordeling på dette område som i dag, hvor både virksomheder, lønmodtagere og det offentlige bidrager. En tilsvarende logik anvendes også ved finansiering af efteruddannelse på arbejdsmarkedet. Finansieringen af mindre akutte og arbejdsmarkedsrelaterede behandlinger skubbes over mod den private sektor og afbøder det udgiftspres, som det offentlige sundhedsvæsen vil opleve fremadrettet. Det solidariske element sikrer, at også personer med høj

risiko omfattes af revalidering. Forudsætningen for en logisk fastholdelse af skattefrihed hos modtager vil fortsat være en visitering og fokus på ydelser såsom revalidering, genoptræning og psykiatri.

Fastholdelse af sundhedsforsikringer som en supplementsydelse til det offentlige på livstruende sygdomme med fokus på personer i arbejde har også fortsat et vist potentiale. Fra det offentlige side kan sundhedsforsikringer (fortsat) frigøre budgetressourcer til personer med livstruende sygdomme uden en sundhedsforsikring blandt andet personer uden for arbejdsstyrken. For virksomheder og lønmodtagere vil interessen kunne fastholdes særligt i to situationer: (1) 'frit valg' sættes under pres af manglende ressourcer i det offentlige system, hvorved garanti for hurtig behandling har stor værdi for både arbejdsgivere og lønmodtagere (2) gevinsterne ved særlig hurtig behandling af sådanne akutte sygdomme, i form af hurtig tilbagevenden til arbejdsmarkedet, bliver tydeligere dokumenteret.

Fokus på kvalitet, brugerorientering og afhjælpning af pres på de offentlige finanser tilsiger også, at der er et potentiale i udbygning af sundhedsforsikring på plejeområdet. Motivationen for en plejeforsikring er, at de enkelte borgere ikke ved hvornår, de får behov for pleje, og hvor stort plejebehov de får, da det afhænger af deres fremtidige helbred. Samtidig afhænger niveauet for den ønskede pleje af andre forhold end sygdommens karakter, fx indkomstniveau, den ønskede boligs størrelse og individuelle præferencer i øvrigt. Det gør det logisk at kombinere den eksisterende offentlige grundydelse med en forsikringsbaseret tillægsydelse. Der er i dag forholdsvis ens visitation til pleje i danske kommuner, således at den eksisterende offentlige visitation kunne fungere som grundlag for private forsikringsydelser (lige som for invalideforsikringer), særligt hvis visitation i fremtiden bliver mere standardiseret på nationalt plan. I modsat fald må forsikringsmarkedet etablere egne kontrolvisitationer.

Plejeforsikringer har et indlysende potentiale for at inddæmme de fremtidige ældreudgifter på sundhedsområdet. Potentialet for aflastning af de offentlige udgifter skal ses i sammenhæng med, at stadig flere fremtidige pensionister vil have ganske gunstige indkomstvilkår og høje forventninger til (hjemme)pleje, når de ikke selv magter rengøring mv. I stedet for, at det offentlige opgraderer/fastholder de i international sammenhæng allerede høje standarder, kunne høj- og mellemindkomster selv betale for pleje udover et vist basisniveau. Det svarer i realiteten til grundtanken i det danske pensionssystem.

En privat finansieret tillægsydelse vil gå hånd i hånd med regeringens bestræbelse på at udvide det frie valg på plejemarkedet, hvor private leverandører så kan levere både den offentlige ydelse og tillægsydelsen. Det skal så overvejes, om offentlige aktører skal have ret til at levere tillægstydelser. Forsikringselskaber og plejeverandører har et potentielt interessefællesskab på dette område.

Tilrettelæggelsen af de *fremadrettede rammevilkår* må ses som en opgave, der går på tværs af de politiske prioriteter og overvejelser om ansvarsfordeling. Vurderingen i denne rapport er, at udvikling af et gradueret plejemarked med muligheder for individuelle valg samt arbejdsmarkedsorientede sundhedsforsikringer med vægt på genoptræning er de områder, hvor den private finan-

siering fremadrettet kunne fylde mest. Modsat vil forsikringsordninger på kerneydelser, herunder behandling af livstruende sygdomme, formentligt aldrig blive mere end en beskedent, omend nyttig, brik i det samlede sundhedssystem. Private aktørers engagement og udvikling af disse områder vil kunne fremmes af nogle stabile fremadrettede politiske markeringer på disse områder.

På en række af de mere fremadrettede områder vil det være naturligt at studere andre lande tæt på Danmark med veludviklede sociale systemer og højt skattetryk, som er gået længere med udvikling af forsikringsordninger på sundhedsområdet. Generelt er der betydeligt større brug af forsikringsordninger i andre lande end Danmark - også lande med tilsvarende ambitioner i det offentlige velfærdssystem.

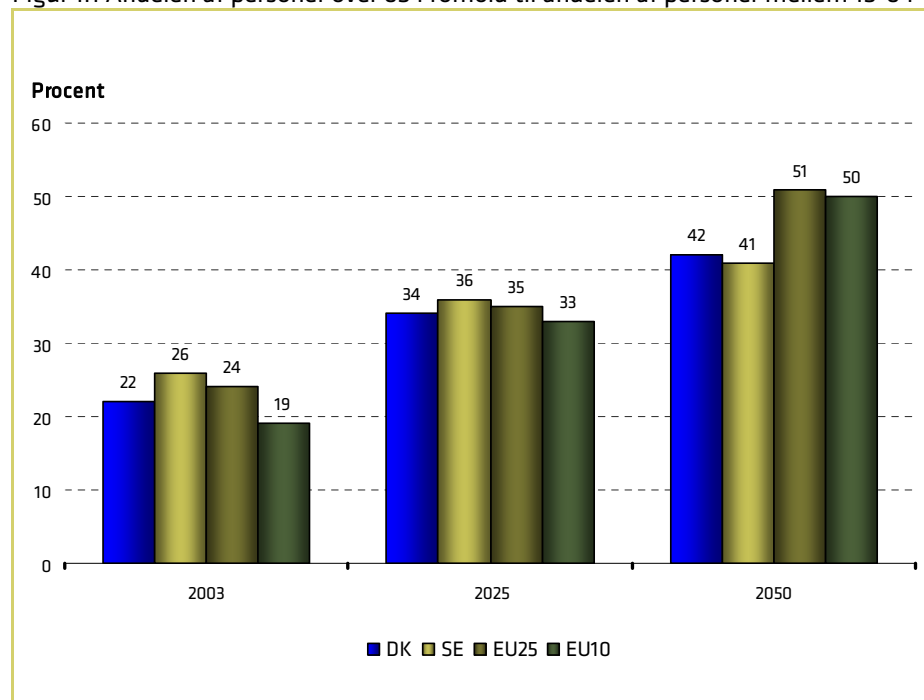
Kapitel 1 DEMOGRAFISK UDVIKLING

I de kommende år vil der være en stigende andel af ældre, som vil sætte pres på de offentlige finanser. Den stigende andel af ældre vil, *alt andet lige*, påvirke de offentlige finanser igennem to kanaler:

- 1) Svækket skattegrundlag
- 2) Stigende offentlige udgifter

I den nære fremtid vil skattegrundlaget blive svækket. Den primære årsag er, at andelen af ældre i forhold til erhvervsaktive vil stige. Denne forskydning betyder, at der bliver færre personer til at betale skat. Den seneste pensionsreform, hvor pensionsalderen gradvist vokser med den forventede levetid, vil dog være med til at mindske effekten. Det er dog usikkert, hvorledes tilbagetrækningsalderen vil være i fremtiden og hvor mange, der vil trække sig tilbage før den officielle pensionsalder. Et er sikkert, andelen af personer over 65 i forhold til folk i alderen 15-64 er kraftigt stigende i Danmark, dog mindre udtalt end i andre lande jf. Figur 1.1:

Figur 1.1 Andelen af personer over 65 i forhold til andelen af personer mellem 15-64

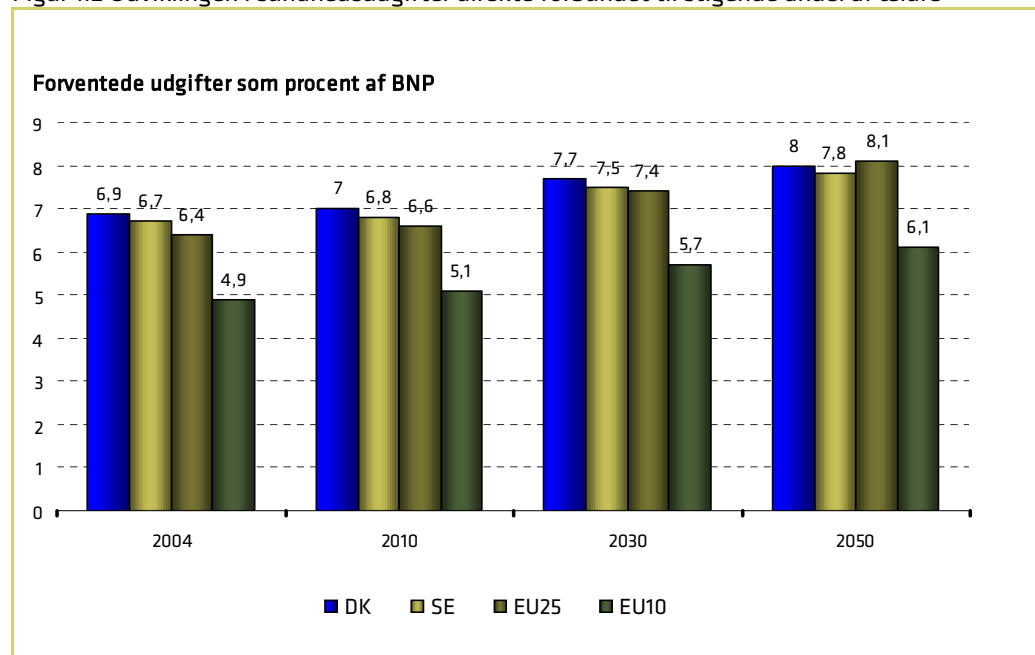


Kilde: EC (2006).

De øgede offentlige udgifter vil dels komme via større pensionsudbetalinger, dels igennem øgede behandlings- og plejeudgifter. En stigende middellevetid må formodes at have en tendens til at øge behandlings- og plejebehovet. Der er dog også modsat rettede effekter, da man må forvente, at den generelle helbredstilstand for en person på fx 80 år vil blive forbedret. Samlet set forventes udgifterne til behandling at stige i de kommende år både i Danmark, men også i de andre EU

lande, med omkring et procentpoint af BNP, alene som følge af en ældre befolkning, jf. Figur 1.2:

Figur 1.2 Udviklingen i sundhedsudgifter direkte forbundet til stigende andel af ældre



Kilde: EC (2006).

1.1. ØGET VELSTAND - EN FORVÆRRING ELLER EN LØSNING?

De kommende år vil også forventeligt indebære øget velstand, som *kan* medvirke til at øge presset på de offentlige finanser, men effekten er forbundet med stor usikkerhed. I forbindelse med sundhedsudgifter kan en stigning i velstand virke både positivt og negativt. Spørgsmålet er, om sundhedsydelse vokser relativt i betydning i takt med, at vi bliver rigere, dvs. at sundhedsydelser er et luksusgode. Eller at deres relative betydning aftager, dvs. at sundhedsydelser er et nødvendighedsgode. Det sidste kunne fx være tilfældet, hvis befolkningen efterspurgte et fast sundhedsniveau uanset indkomststigninger.

I praksis afhænger efterspørgslen også af, hvorledes finansieringen af sundhedsudgifterne er organiseret. Hvis den enkelte ikke selv direkte afholder udgiften til sundhedsydelser, vil han formodentlig presse på for flere sundhedsydelser og dermed presse de offentlige finanser. Hvis den enkelte derimod selv afholder den fulde omkostning ved sundhedsydelser, vil udviklingen formodentligt bedre afspejle betalingsvilligheden for ydelserne.

Samlet set tyder en række studier på, at sundhedsydelse på nationalt niveau er et luksusgode, mens de for den enkelte er et nødvendigheds gode¹. I forbindelse med det danske sundhedsvæsen indikerer resultaterne således, at sundhedsydelse primært er et luksusgode, hvis der er en begrænset andel brugerbetaling, som dermed vil være med til at øge presset på de offentlige finanser.

1.2. DEN TEKNOLOGISKE UDVIKLING

Den teknologiske udvikling kan påvirke sundhedsudgifter igennem to modsat rettede effekter 1) højere produktivitet, altså at man ved hjælp af ny teknologi kan behandle flere personer med den samme mængde ressourcer. Denne effekt reducerer sundhedsudgifterne. 2) flere behandlingsmuligheder, altså at man er i stand til at behandle nogle sygdomme, som det hidtidigt ikke har været muligt at behandle. Denne effekt øger sundhedsudgifterne. Der er dog megen usikkerhed forbundet med en sådan opgørelse og som en konsekvens deraf er der studier, der peger i forskellige retninger.

En højere produktivitet som følge af den teknologiske udvikling vil, alt andet lige, betyde, at der vil være en mindre belastning af de offentlige finanser. Specielt på det nuværende behandlingsniveau vil der formodentlig være en stigning i produktiviteten som en konsekvens af teknologiske tiltag og forbedrede arbejdsgange.

Flere behandlingsmuligheder vil på den anden side forøge antallet af mulige behandlinger, hvilket vil have en direkte negativ effekt på de offentlige finanser. Velfærdskommission² har gennemgået litteraturen på dette område og deres konklusion er ”... internationalt set er den historiske erfaring, at den medicinsk-teknologiske udvikling samlet set har trukket i retning af højere sundhedsudgifter”.

I international sammenhæng er vi i Danmark dog forholdsvis gode til at fremme brugen af omkostningsbesparende teknologier samtidigt med, at vi nøje overvejer, om nye behandlinger reelt medfører forbedringer i behandlingskvalitet.

¹ Det er en kompliceret opgave at belyse, da det afhænger af den underliggende betalingsvillighed, men som nævnt også af, hvem der afholder udgifterne. Gentzen (2000) har lavet en oversigt over de empiriske studier og resultaterne heri.

² Velfærdskommissionen (2005).

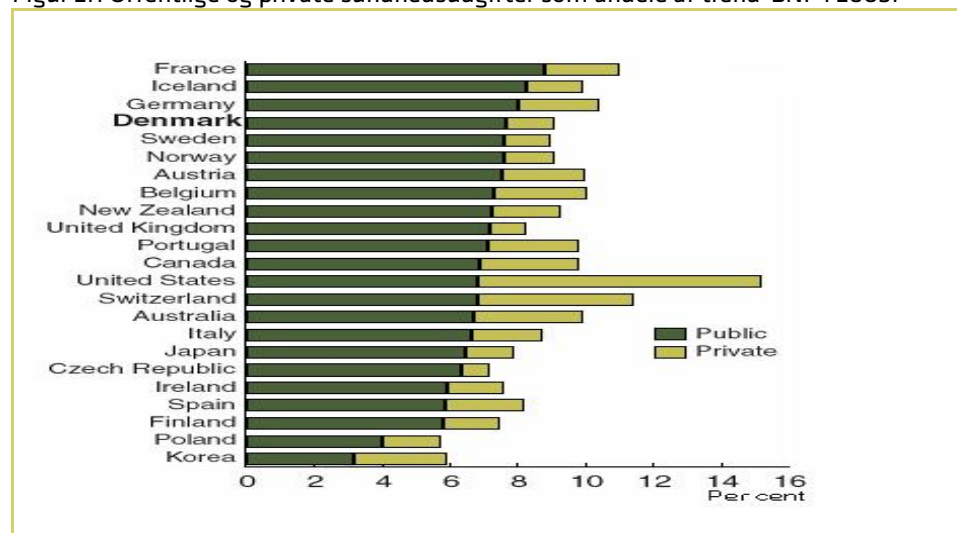
Kapitel 2 FINANSIERING AF SUNDHEDSUDGIFTER

I dette kapitel vil vi kort sammenholde sundhedsudgifterne i Danmark med andre OECD- lande. Vi finder, at sundhedsudgifterne i Danmark er på samme niveau som de andre nordiske lande, mens at andelen af privat finansiering, som primært dækker over brugerbetaling, er lav og faldende.

2.1. SUNDHEDSUDGIFTERNE I DANMARK.

Sundhedsudgifterne i Danmark er som andel af BNP – lidt over 9 procent – på niveau med de andre nordiske lande og nogenlunde i midten i forhold til andre europæiske lande, jf. Figur 2.1:

Figur 2.1 Offentlige og private sundhedsudgifter som andele af trend-BNP i 2005.

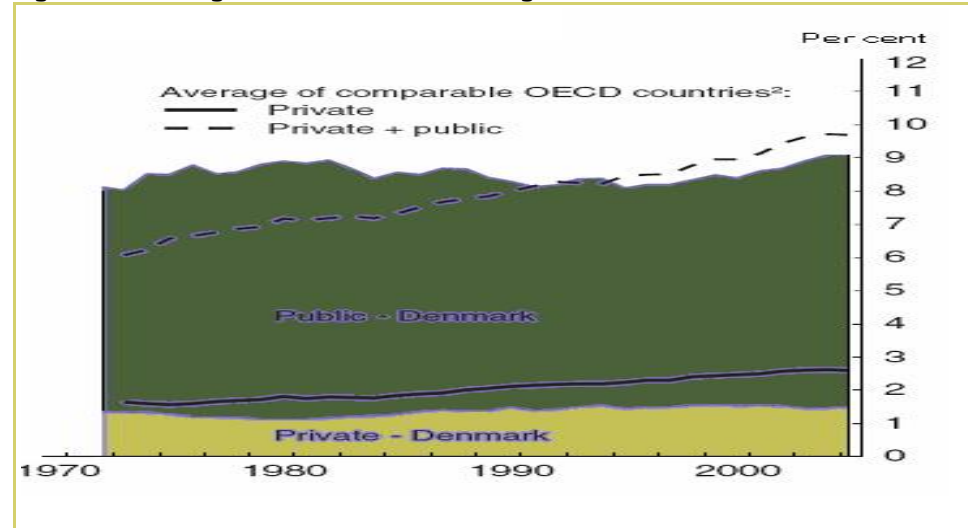


Note: Indeholder udgifter til varig pleje.

Kilde: OECD (2008) Figure 5.4.

Sundhedsudgifterne i Danmark har ligget nogenlunde stabilt på dette høje niveau i en lang periode, dog med en opadgående tendens i de senere år. Dette er i stærk kontrast til mange andre OECD-lande, der har oplevet en nærmest eksplosiv vækst i deres sundhedsudgifter, både i private men specielt offentlige sundhedsudgifter. Finansieringen af de danske sundhedsudgifter er primært offentlig, men der er en andel af privat finansiering jf. Figur 2.2:

Figur 2.2: Udviklingen i de danske sundhedsudgifter som andel af trend-BNP, 1970-2004



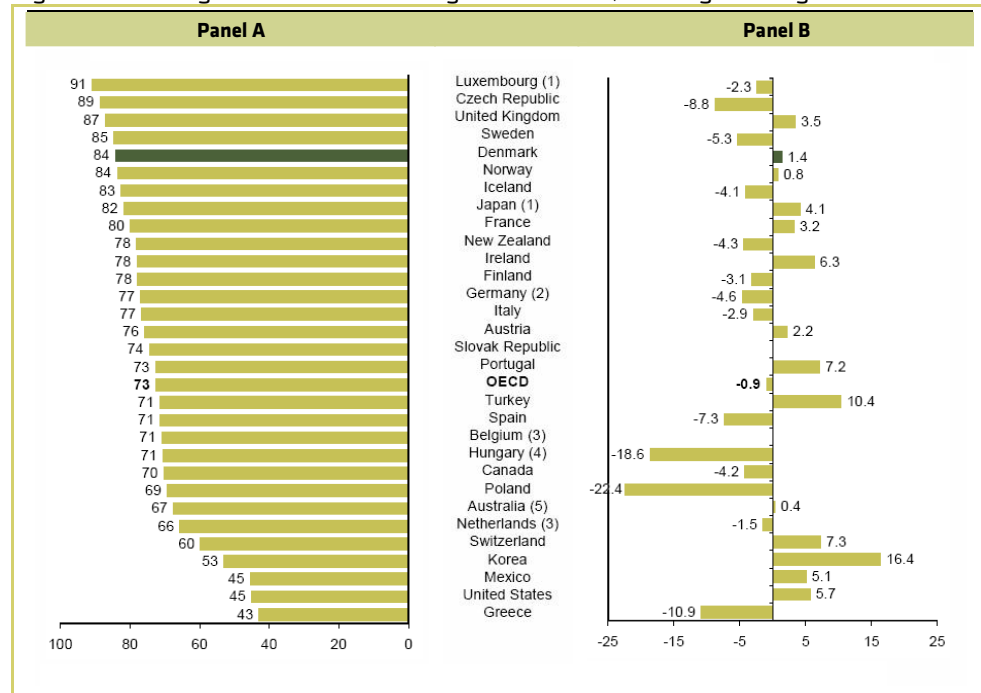
Note: Indeholdende udgifter til varig pleje. Gennemsnittet af sammenlignelige OECD-lande er baseret på AUS, AUT, CAN, FIN, FRA, ISL, JPN, NLD, NOR, SWE, GBR og USA.

Kilde: OECD (2008) Figure 5.4.

Faldende private andel

Andelen af sundhedsudgifterne, der er privat finansieret, er faldende. I perioden 1990-2005, hvor der har været stigende fokus på private sundhedsforsikringer mm. i Danmark, er andelen af offentligt sundhedsudgifter steget med 1,4 procent på trods af, at OECD-området som gennemsnit er faldet. Det er dog primært østeuropæiske lande, der trækker udviklingen for OECD jf. Figur 2.3:

Figur 2.3 Offentlig andel af sundhedsudgifterne i OECD, 2005 og ændringen fra 1990-2005



Note: Panel A viser det offentlige andel af sundhedsudgifterne for OECD-lande i 2005.

Panel B viser ændringen i det offentlige andel af sundhedsudgifterne for OECD-lande fra 1990-2005

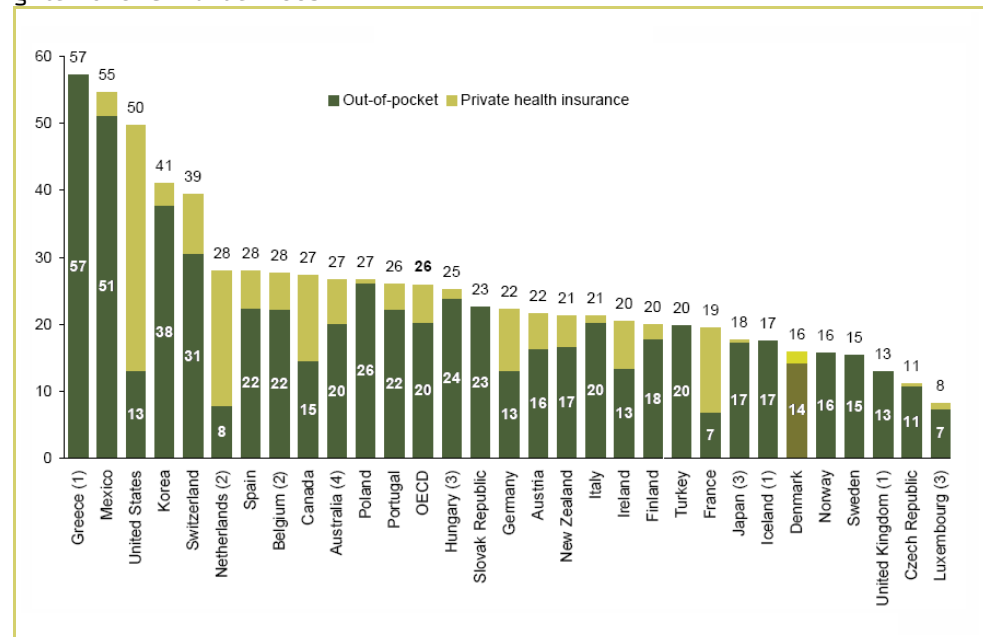
(1) Tal fra 2004, (2) Ændring siden 1992, (3) Eksklusiv investeringer, (4) Tal fra 2004 og ændring siden 1991, (5) Tal fra 2004/2005 og ændring siden 1990/1991.

Kilde: OECD (2007b), chart 5.

Fordelingen af private sundhedsudgifter

I Danmark dækker den private andel af sundhedsudgifter primært over brugerbetaling fx betalinger til kiropaktik, medicin osv. Forsikringsordningen dækker en forholdsvis lille andel af de private sundhedsudgifter. I det fleste andre lande udgør sundhedsforsikringer en langt større andel af de private sundhedsudgifter end i Danmark, jf. Figur 2.4

Figur 2.4 Egenbetaling og private sundhedsforsikrings andel af de samlede sundhedsudgifter for OECD-lande i 2005



Note: (1) Ingen separate estimater af private sundhedsforsikringer.

(2) Eksklusiv investeringer.

(3) Tal fra 2004.

(4) Tal fra 2004/2005.

Kilde: OECD (2007b), chart 6.

Kapitel 3 SUNDHEDSFORSIKRINGER I DANMARK

I dette kapitel beskriver vi de ydre rammer for sundhedsforsikringer i Danmark. I 2002 blev der indført mulighed for, at virksomheder kunne tilbyde medarbejdere sundhedsforsikringer med gunstige skatteregler. Det har siden 2002 medført en stigning i antallet af sundhedsforsikringer. For at vurdere, om sundhedsforsikringer kan være med til at løse presset på de offentlige finanser og belyse virkningen på det offentlige sundhedsvæsen, vil vi skitsere indholdet af lovgivningen samt patientforløbet. Vi vil endeligt sammenholde indholdet af den danske ordning med erfaringer fra en række andre lande. Indledningsvist vil vi dog præcisere, hvad vi mener med en sundhedsforsikring.

3.1. FORSIKRINGSTYPER

Der er groft sagt tre typer af private forsikringer i Danmark, der er relateret til sundhed; 1) brugerbetalingsforsikringer, 2) behandlingsforsikringer og 3) kritisk sygdomsforsikringer.

- 1) *Brugerbetalingsforsikringer* er forsikringer, der primært dækker dele af brugerbetalingen ved en række behandlinger, fx fysioterapi eller tandpleje. Forsikringspræmien betales af den forsikrede selv og er ikke fradragsberettiget. Det er primært ”danmark” der udbyder brugerbetalingsforsikringer i Danmark. ”danmark” har omkring 2 millioner kunder³.
- 2) *Behandlingsforsikringer (eller sundhedsforsikringer)* er forsikringer, der primært dækker et behandlingsforløb, fx en operation, i forbindelse med sygdom. Forsikringspræmien betales som hovedregel af den virksomhed, hvor den forsikrede er ansat. Under visse betingelser er forsikringer skattefritaget for den forsikrede, og præmien betragtes som en almindelig driftsudgift for virksomheden og reducerer således virksomhedens skattebetaling. Omkring 850.000 er omfattet af en behandlings/sundhedsforsikring i Danmark⁴. I det efterfølgende vil vi betegne denne type af forsikringer sundhedsforsikring.
- 3) *Kritisk sygdomsforsikringer* er forsikringer, der sikrer den forsikrede økonomisk støtte i tilfælde af, at han bliver diagnosticeret med en sygdom inden for nogle specifikt udvalgte kritiske sygdomme. Den forsikrede har normalt fuld råderet over den udbetalte støtte, der kræves således ikke, at de bruges til behandling. Kritiske sygdomsforsikringer er normalt sammenkoblet med en pensionsordning. Omkring 2.2 mio. danskere har en kritisk sygdomsforsikring⁵.

3.2. LOVGIVNINGEN FOR SUNDHEDSFORSIKRINGER

Den gældende lovgivning for sundhedsforsikringer er fra 2002. I 2002 var der en ændring i ligningslovens §30. Ændringen betyder kort fortalt, at sundhedsforsikringer kan betragtes som et skattefrit personalegode for ansatte i en virksomhed, hvis der er en række betingelser opfyldt. Betingelser for skattefritagelsen er, blandt andet, at alle medarbejdere i virksomheden skal tilbydes

³ Jf ”danmarks” årsberetning 2007.

⁴ Oplysninger fra Forsikring & Pension.

⁵ Forsikring & Pension: KvartalsVIS juli 2007.

ordningen, og at evt. behandlinger skal være lægefagligt begrundet eller beregnet til forebyggelse af en arbejdsbetinget skade. Før ændringen i 2002 var det hovedsagligt behandling i forbindelse med alkoholafvænninger, der var skattefri for modtageren.

Loven er motiveret ved, at virksomhederne skal tage et større socialt ansvar, som det fremgår af følgende citat fra forelæggelsen i folketinget⁶:

”Formålet med lovforslaget er at gøre sundhedsbehandlinger, som arbejdsgiveren betaler for sine medarbejdere, skattefri. Herved vil der ske en forbedring af den generelle velfærd, og det gøres mere attraktivt for virksomhederne at påtage sig et socialt ansvar.

Forslaget om skattefrihed skal omfatte behandling af medarbejderen ved sygdom og ulykke, herunder behandling af psykiske lidelser hos en autoriseret psykolog eller en psykiater, samt sygdomsforebyggende behandlinger. Skattefriheden er for alle de nævnte behandlinger betinget af, at behandlingen er lægefagligt begrundet, hvilket nærmere indebærer, at der skal foreligge en lægehenvielse til behandling.

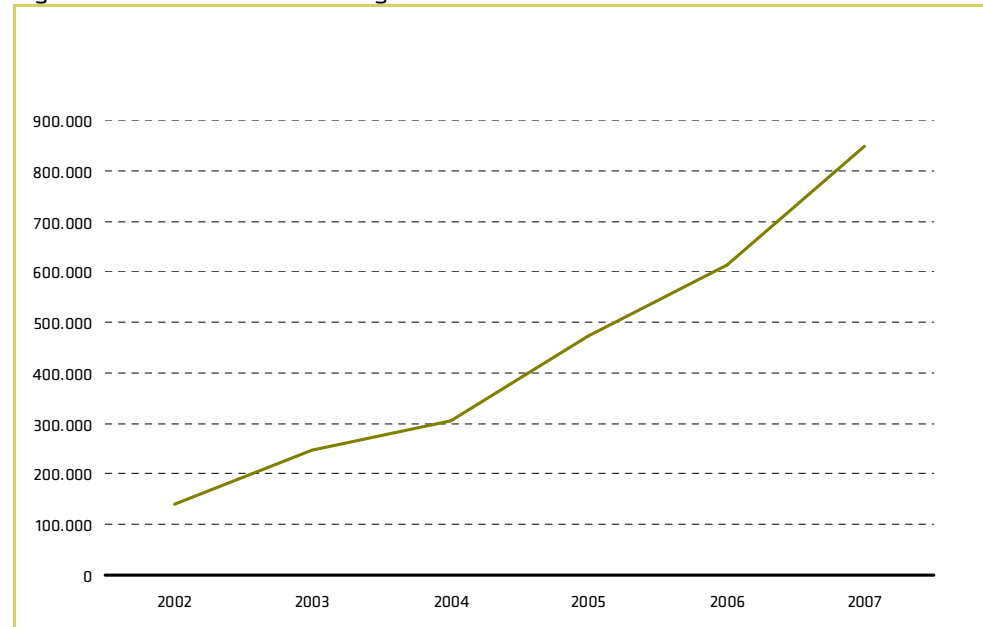
Rent kosmetiske behandlinger og behandling for barnløshed vil derimod ikke være omfattet af skattefriheden.”

3.3. UDVIKLINGEN I SUNDHEDSFORSIKRINGER

Siden lovændringen i 2002 har der været en kraftig vækst i sundhedsforsikringer, både i antal og i omsætning. Sundhedsforsikringer er gået fra et meget beskedent niveau før lovændringen til, at over 850.000 har en sundhedsforsikring i 2007 jf. Figur 3.1:

⁶ Kilde: Skatteminister Svend Erik Hovmand 2001 L97 på Folketingets hjemmeside.

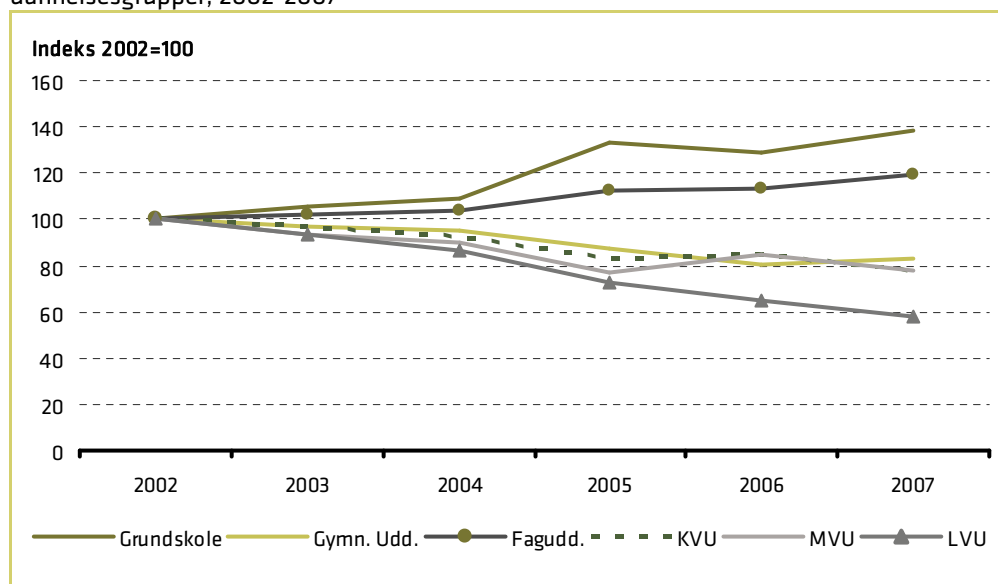
Figur 3.1 Antal sundhedsforsikringer i Danmark fra 2002 til 2007



Kilde: Forsikring & Pension.

Den stigende tilslutning til sundhedsforsikringer har samtidig været fulgt af en mere ens tilslutning på tværs af uddannelsesgrupper. Det kan anskueliggøres ved at se på udviklingen i bestanden af sundhedsforsikringer svarende til ca. en syvendedel af det samlede marked. Her er andelen af sundhedsforsikrede med kun en grundskoleuddannelse vokset med 30 procent fra 2002 til 2007. I samme periode er deres andel blandt privat ansatte samlet faldet med knap 10 procent. Man kan derfor sige, at den *relative* "dækningsgrad" for beskæftigede med kun en grundskoleuddannelse er vokset med knap 40 procent jf. Figur 3.2. Per definition er de *relative* dækningsgrader for personer med høje uddannelser tilsvarende faldende.

Figur 3.2 Udviklingen i relative dækningsgrader for sundhedsforsikringer for forskellige uddannelsesgrupper, 2002-2007

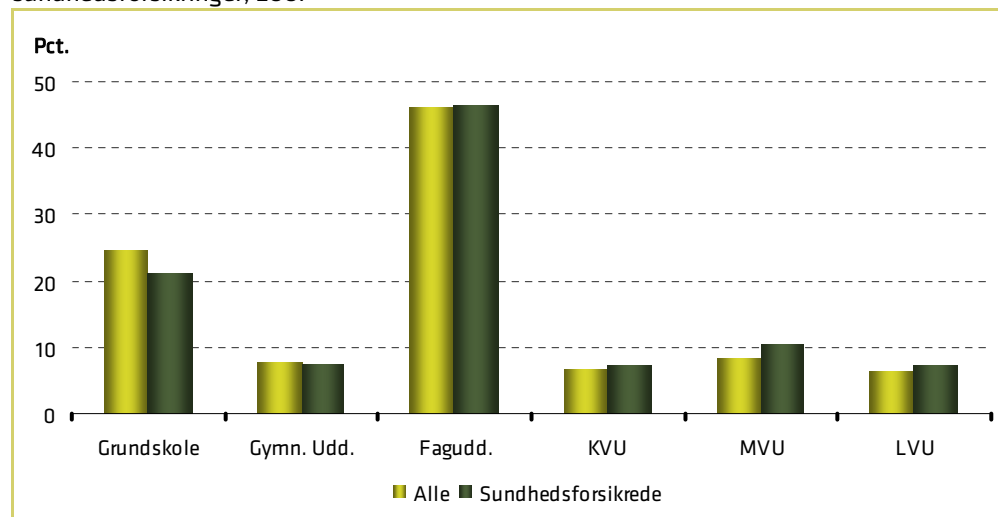


Note: Individoplysninger repræsenterende ca. en syvendedel af markedet i 2007. Heltidsbeskæftigede i alderen 20-60 år.
Kilde: Forsikring & Pension.

Resultatet er, at i 2007 er de absolutte dækningsgrader relativt ens. Faguddannede fylder lige så meget i sundhedsforsikringer som i den private sektor nemlig omtrent 40 procent, jf.

Figur 3.3. Personer med en grundskoleuddannelse fylder ca. 10 procent mindre end, hvis de havde samme dækningsgrad som faguddannede, medens personer med længerevarende uddannelser fylder omtrent 20 procent mere relativt til deres andel af befolkningen.

Figur 3.3 Andele af forskellige uddannelsesgrupper i den private sektor og i bestanden af sundhedsforsikringer, 2007



Note: Individoplysninger repræsenterende godt en tredjedel af markedet i 2007. Heltidsbeskæftigede i alderen 20-60 år.
Kilde: Forsikring & Pension.

Etableringen af det nye system for sundhedsforsikringer med forbedrede skattevilkår har dermed skabt et dansk marked for sundhedsforsikringer med en kraftig vækst i både præmieindtægter og -udbetalinger, som det fremgår af Tabel 3.1:

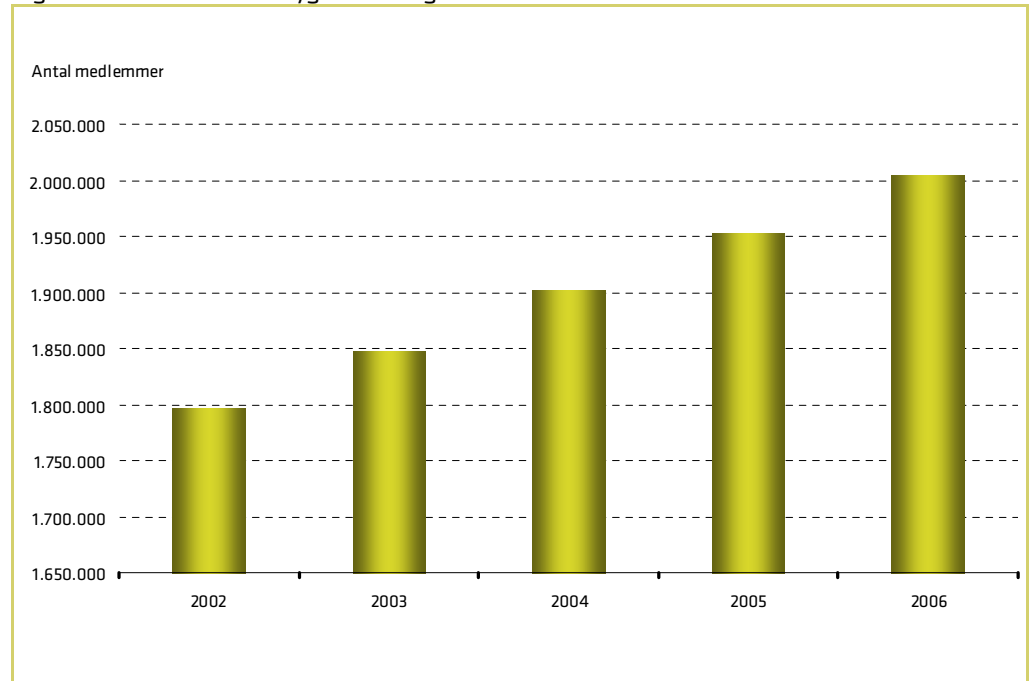
Tabel 3.1 Udvikling i præmier og erstatninger

I mio. kr.	2004	2005	2006	2007
Brutto Præmie indtægter	380	590	690	846
Brutto udbetalinger	220	360	520	758

Kilde: Forsikring & Pension.

Denne fremgang i sundhedsforsikringer er ikke sket på bekostning af brugerbetalingsforsikringer. Den største udbyder af brugerbetalingsforsikringer, ”danmark”, har også oplevet en fremgang siden 2002 jf. Figur 3.4. De to ordninger har da også et ganske forskelligt sigte. Sygesikring ”danmark” tilbyder f.eks. dækning af tandlægeudgifter, hvor der i dag er betydelige brugerbetalinger, som ikke kan dækkes af sundhedsforsikringer.

Figur 3.4 Medlemmer af Sygeforsikring "danmark"



Note: Indeholder medlemmer der har valgt operationsdækning, som dog kun er en megen beskednen andel. Figuren er en reproduktion af en figur fra årsrapporten.

Kilde: Sygeforsikring "danmark": Årsrapport 2007.

3.4. PATIENTFORLØB MED SUNDHEDSFORSIKRING

De danske pensions- og forsikringselskaber udbyder en række forskellige sundhedsforsikringer. Nogle har specialiseret sig i forsikringer, der tilbyder forebyggende behandlinger, andre har et bredere spektrum af både forebyggende behandlinger og behandlinger ved sygdom og ulykke.

Patientforløbet afhænger af, om der er tale om en forsikringsordning, der dækker forebyggende behandlinger eller en ordning, som dækker behandling ved sygdom. Forebyggende behandlinger kræver ikke en lægefaglig begrundelse, så længe der er tale om forebyggelse af arbejdsrelaterede skader. Det er derfor muligt ved dækning af en række af disse forsikringer at henvende sig direkte til de fysioterapeuter og behandlere, der har en aftale med forsikringselskabet.

Det lovmæssige krav om lægefaglig begrundelse for behandling ved sygdom har den betydning, at den forsikrede skal tilses af en læge, inden der kan iværksættes yderligere undersøgelser/behandling. I det følgende vil vi kort skitsere, hvorledes et sådant forløb typisk fungerer.

Visitation

Den forsikrede henvender sig til sin egen læge, der vurderer, om der er brug for yderligere udredning eller behandling. Hvis der er begrundelse for yderligere undersøgelse eller behandling, skri-

ver den praktiserende læge en henvisning til den relevante speciallæge eller hospitalsafdeling⁷. Dette skridt er identisk for patienter med og uden sundhedsforsikring, så længe de er i sikringsgruppe 1 ved den offentlige sygesikring. Finansieringen af visitationen ved den almen praktiserende læge er offentlig som ved al anden henvendelse af en sådan karakter.

Patienter i sikringsgruppe 2 ved den offentlige sygesikring har et andet behandlingsforløb, idet de kan henvende sig direkte til speciallæger, men der er til gengæld (delvis) brugerbetaling for denne sikringsgruppe.

Specialiseret undersøgelse og behandling

Den praktiserende læge giver altså adgang til videre undersøgelser eller behandling ved enten en privat praktiserende speciallæge eller et sygehus. Hvis der er tale om videre behandling ved et sygehus, træder reglerne om det (udvidede) frie sygehusvalg i kraft.

Kort fortalt betyder disse regler, at hvis der er mere end en måneds ventetid på behandling, har man mulighed for at blive behandlet på det offentliges regning på privathospitaler samt udenlandske hospitaler, som Danske Regioner har en aftale med. I beregningen af ventetiden medregner man ikke perioder, hvori der er et undersøgelsesforløb. Dog medregner man ventetid udover 2 uger til hver enkelt diagnostisk undersøgelse (fx en scanning), der indgår i undersøgelsesforløbet. Reglerne for det frie sygehusvalg har ændret sig flere gange siden ændringen af ligningsloven i 2002, det har været en tendens til, at der er indført øget valgfrihed for den enkelte patient og øget kvalitet i form af kortere forventede ventetider jf. Tabel 3.2.

⁷ Det kræver ikke en henvisning at få behandling ved speciallæger i øjensygdomme eller øre-næse-hals sygdomme.

Tabel 3.2 Udviklingen i det frie sygehusvalg, 1993-2007

Dato	Navn	Geografi	Omfang
Før 1. januar 1993	"Clearingsoverenskomst"	Københavns Amt, Frederiksberg Kommune og Københavns Kommune	Offentlige sygehuse
1. januar 1993	Det frie sygehusvalg	Hele landet	Almindelige afdelinger på offentlige sygehuse
1. juli 1997	Styrkelse af det frie sygehusvalg I	Frivilligt for amterne	Specialiserede afdelinger på offentlige sygehuse
1. januar 1999	Styrkelse af det frie sygehusvalg II	Hele landet	Specialiserede afdelinger på offentlige sygehuse
1. juli 2002	Det udvidede frie sygehusvalg	Hele landet	Offentlige og private hospitaler ved mere end to måneders ventetid
1. oktober 2007	Styrkelse af det udvidede frie sygehusvalg	Hele landet	Offentlige og private hospitaler ved mere end en måneds ventetid
Oktober 2008	Regeringen fremlægger lovforslag, der suspenderer det udvidede frie sygehusvalg frem til og med 30. juni 2009. Til gengæld har regionerne forpligtet sig til at gå ud og købe ledig kapacitet på privathospitalerne svarende til en vis mængde		

Kilde: Sundhedsministeriet (2000), Sekretariatet for ministerudvalget (2006), diverse lovttekster fra retsinformation.dk samt pressemeddelelser fra Sundhedsministeriet.

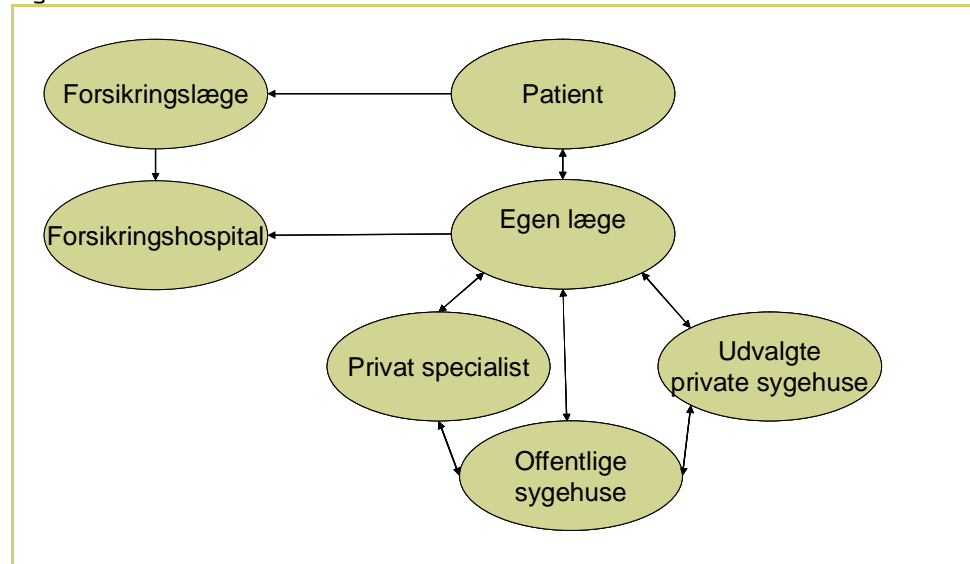
Patienter, som har en sundhedsforsikring, der dækker deres sygdom, har mulighed for et andet forløb. Disse patienter har normalt mulighed for at få betalt behandling ved et privat forsikringshospital⁸, når der foreligger en henvisning fra deres egen læge eller en forsikringslæge. Patienterne kan således komme hurtigere i behandling, men værdien af den hurtigere behandling er faldet i takt med, at reglerne for det (udvidede) frie sygehusvalg er blevet ændret. Forsikringselskaber bruger ofte egne læger, der kan bedømme, om sygdommen berettiger forløbet og dækkes af forsikringsbetingelserne.

Efter den privat praktiserende speciallæge eller sygehusafdeling har færdigbehandlet/vurderet patienten, overgår patienten til egen praktiserende læge.

Vi har skitseret forløbsmulighederne i Figur 3.5.

⁸ Et privathospital, der har indgået en samarbejdsaftale med et forsikringselskab.

Figur 3.5 Patientforløb



Kilde: Copenhagen Economics.

3.5. BRUG AF FORSIKRINGSORDNINGER I ANDRE LANDE

Den meget begrænsede private finansieringsandel for sundhedsudgifter i Danmark relativt til andre OECD-lande hænger sammen med, at forsikringsordninger fylder relativt lidt i Danmark. Der er en betydeligt større udbredelse af private sundhedsforsikringer i andre OECD-lande med langt højere finansieringsandele: over 35 procent for USA, mellem 3 og 16 procent for i alt 10-lande og under 1 procent for yderligere 8-lande, herunder Danmark, jf. Tabel 3.3.

Tabel 3.3 Karakteristika ved private sundhedsforsikringer i udvalgte OECD-lande, 2000

Finansieringsandel af samlede sundhedsudgifter, i pct.			Krav om risikodeling og solidaritet		
Over 35	Fra 3 til 16	Under 1	Stort	Nogen	Ingen
USA	Holland, Frankrig, Tyskland, Canada, Schweiz, Irland, Australien, Østrig, New Zealand, Spanien	Danmark, Finland, Luxemburg, Italien, Japan, Ungarn, Island, Norge	Holland, Danmark, Irland, Schweiz	Australien, Tyskland, USA	Østrig, Portugal, Spanien, Storbritannien

Kilde: OECD(2004).

Imidlertid er der betydelige forskelle på de vilkår, roller og krav, som forsikringsystemerne i disse andre lande lever under og skal leve op til. Forsikringsystemer er ofte baseret på individuelt tegnede ordninger, nogle gange kombineret med ret til at "opte" ud af offentlige obligatoriske ordninger. Nogle lande med sundhedsforsikringer, men langt fra alle, kræver, at forsikringsordninger skal indeholde solidariske elementer, der sikrer at de "sunde" liv også betaler for de mindre "sunde" liv gennem risikodeling mv. Det vurderes på baggrund af OECD-studiet (se tabel 3.3), at Danmark ligger i den høje ende gennem kravet om, at samtlige af virksomhedens ansatte skal væ-

re omfattet. En række lande har slet ingen krav om risikodeling, det gælder f.eks. private sundhedsforsikringer i Storbritannien.

Der vil typisk ikke være beskatning af modtageren af ydelserne, selvom præmierne typisk helt eller delvist kan fratrækkes basen for obligatoriske sociale bidrag eller indkomstskatter. Storbritannien er her en undtagelse, som jo også modsvares af dens helt individuelle karakter af deres private sundhedsforsikring uden risikospredning, dvs. solidaritet. Holland er formentligt det OECD-land, der er gået længst i forsøget på at kombinere forsikringsordninger på sundhedsområdet med forskellige elementer, der sikrer solidaritet håndhævet gennem obligatorisk tegning og risikodeling samt målrettede tilskud til lavindkomstgrupper, jf. Boks 3.1.

Boks 3.1 Holland som eksempel

Holland har indført en ny ordning, hvor en privat sundhedsforsikring er obligatorisk for alle. Forsikringselskaberne er forpligtiget til at tilbyde alle⁹ en standard lovmæssig fastsat pakke til samme pris¹⁰. Prisen må forsikringselskaberne selv fastsætte, og der er mulighed for forskellige tillægsydelser. Personer med lave indkomster får et offentligt tilskud til forsikringspræmien. Forsikringskunderne har ret til at skifte forsikring hvert år. Der er indført en bonusordning, så borgere, der har modtaget ydelser til en værdi under en bagatelgrænse på 255 euro det seneste år, får dele af deres forsikringspræmie tilbage¹¹. Bonusordningen virker som en slags brugerbetaling og er således med til at mindske efterspørgslen af sundhedsydelserne. Man kan også betragte ordningen som en slags selvrisiko. Bonusordningen er med til at mindske en version af den såkaldte *moral hazard* effekt.

Kravet om, at alle skal have en forsikring, og at alle skal tilbydes dækning, er med til at sikre en solidaritet i ordningen. Der vil ikke være en screening af kunderne ud fra deres risikoprofil fra forsikringselskabernes side. Ligeledes vil der heller ikke være en selektion af, hvem der ønsker forsikring fra kundernes side. De obligatoriske krav er således med til at mindske den såkaldte *adverse selection* effekt.

Der har været en prisrig på sundhedsforsikringer i Holland, siden det nuværende system blev indført i 2006, og de enkelte forsikringselskaber har haft store underskud, skønnet til 565 mio. euro i 2006¹².

På langt sigt er det mere uklart, om priserne fortsat vil være så lave. En mulig forklaring på, at der er udløst en prisrig, er, at forsikringselskaberne ønsker at få en stor kundekreds hurtigst muligt, da de så vil være i stand til at få lavere omkostninger pr. forsikring fx pga. øget forhandlingsstyrke overfor hospitaler eller stordriftsfordele. Sådanne effekter kan medvirke til at hæmme konkurrence på langt sigt og dermed presse priserne op – men de kan også komme kunderne til gode i form af fortsat lavere priser.

Kilde: *Copenhagen Economics*

Den danske forsikringsordning er således i international sammenhæng temmelig stram, da skattefritagelsen er betinget af, at alle medarbejdere på en virksomhed tilbydes en forsikring. Det er således ikke muligt at screene på den enkelte medarbejder, men kun på virksomhedsniveau. Der er således et solidaritetsmoment tilstede, men det er svagere end i det hollandske system, hvor hele befolkningen er omfattet. Det skal imidlertid ses i sammenhæng med, at i Danmark er værdien af ydelsen i betydelig grad betalt af den private sektor selv og, at ydelsen supplerer en skattefinansieret ydelse. Derfor har ydelsen måske også primært værdi for personer på arbejdsmarkedet.

Den danske ordning har ikke indbygget en automatisk brugerbetaling på alle ydelser til at mindske efterspørgslen. Det må forventes, at der på visse ydelser er overbehandling pga. den manglende brugerbetaling. Den almene praktiserende læge er den mekanisme, der skal forebygge overbe-

⁹ Med forbehold for, at et regionalt forsikringselskab kun er forpligtiget til at acceptere folk i deres region.

¹⁰ Dog med mulighed for grupperabat på op til 10 pct. af den individuelle præmie.

¹¹ Ministry of Health, Welfare and Sport (2006)

¹² Douven, R. et al. (2007)

handling, det er derfor væsentlig, at de almene praktiserende læger har incitamenter til at udføre denne rolle.

Kapitel 4 SAMSPIL SUNDHEDSFORSIKRINGER OG DET OFFENTLIGE SUNDHEDSVÆSEN

I dette kapitel vil vi fokusere på samspillet mellem de private sundhedsforsikringer og det offentlige sundhedsvæsen. Vi vil således ikke gå ind i debatten om, hvorvidt private sundhedsforsikringer er et alternativ til den offentlige sygesikring som fx i Holland, hvor alle borgere skal tegne en privat sundhedsforsikring, men vi vil i stedet fokusere på private sundhedsforsikringer som et supplement til den offentlige sygesikring. Vi vil især fokusere på to hovedspørgsmål: 1) Er sundhedsforsikringer med til at aflaste de offentlige finanser? 2) Medfører sundhedsforsikringer mindre resourcer/personale for det offentlige sundhedsvæsen, så patienter uden en sundhedsforsikring får længere ventetider?

4.1. AFLASTNING AF DE OFFENTLIGE FINANSER?

I den offentlige debat har der primært været fokus på tabet af det skatteprovenu, som skattefritagelsen for sundhedsforsikringer umiddelbart medfører. Den direkte effekt på skatteprovenuet kan beregnes ved at se på, hvad skatteprovenuet ville have været, hvis medarbejdere med en sundhedsforsikring havde modtaget forsikringspræmien som løn i stedet for.

I en tværministerielrapport fra 2008¹³ har man lavet denne beregning ved at bruge en gennemsnitlig marginalskat på 55 pct. og gange denne på den samlede pengelønsværdi af forsikringspræmierne for 2006, som er på 620 mio. kr. Den direkte provenueffekt bliver således 340 mio. kr. Ved at bruge den samme fremgangsmåde, men med opdaterede tal for pengelønsværdien på 690 mio. kr. i 2006¹⁴, får vi en direkte provenueffekt på 465 mio. kr.

Imidlertid udelades i denne tilgang den meget væsentlige pointe, at de udførte ydelser som udgangspunkt ellers var blevet udført i offentlig regi med fuld skattefinansiering. ”*Skattefriheden er ... betinget af, at behandlingen er lægefagligt begrundet, hvilket nærmere indebærer, at der skal foreligge en lægehenvielse til behandling*”, hvilket sker gennem en ordinær visiteringsproces for alle operationer. Et meget groft mål for besparelsen på de offentlige sundhedsudgifter er udbetalingerne fra sundhedsforsikringerne. En simpel beregning, hvor dette grove mål er inddraget, viser, at sundhedsforsikringer *aflaster* de offentlige finanser med knap 300 mio. kr. i 2007, jf. Tabel 4.1.

¹³ Økonomi- og Erhvervsministeriet, Finansministeriet, Beskæftigelsesministeriet og Skatteministeriet (2008)

¹⁴ Kilde: Forsikring & Pension.

Tabel 4.1 Forenklet beregning baseret på 2007 tal, mio. Kr.

Effekt	Beløb	Beregning
Direkte mekanisk effekt på skatteprovenu	465	Indbetalinger i 2007 * marginalskat: (846 mill.kr. * 55 pct.)
Besparelse på sundhedsudgifterne	758	Bruttoudbetalinger i 2007
Nettobesparelse offentlige finanser	292	

Note: Dette er en forenklet beregning, som er baseret på uændret adfærd, et repræsentativt forsikringsår og ingen dynamiske effekter.

Kilde: Kilde Økonomi- og Erhvervsministeriet, Finansministeriet, Beskæftigelsesministeriet og Skatteministeriet (2008), Forsikring & Pension og egne illustrative beregninger.

Beregningen er meget forenklet, da den er baseret på en grundlæggende antagelse om, at behandlingerne i de to regimer er præcis de samme og udført til samme pris. Der er en række andre potentielle effekter, som skal inddrages for at give et mere retvisende billede. I Tabel 4.2 har vi samlet vores konklusioner på effekterne af disse andre faktorer, der kan have en betydning for de offentlige finanser. Der er ikke stærk dokumentation, så konklusionerne er tentative.

Tabel 4.2 Potentielle faktorer og deres forventede effekt på de offentlige finanser

Faktorer	Forventet effekt	
	Belastning	Aflastning
Flere behandlinger	v	
Dyrere behandlinger	v	
Øget lønpres	v	
Varigheden af sygdomsforløb		v
Øget arbejdsudbud		v

Note: Effekterne er nærmere diskuteret i annekset.

Kilde: Copenhagen Economics.

Formodentligt vil der inden for de bløde områder såsom fx genoptræning være en tilbøjelighed til lidt flere behandlinger og måske også dyrere behandlinger, fordi betaler er et forsikringsselskab og ikke en offentlig kasse. Dette resultat forudsætter, at de offentlige aktører er mere omkostningsorienterede end det private forsikringsselskab, som har en snæver interesse i at begrænse udbetalinger. Hvis dette netto giver pres opad på kapaciteten, så kan det give et afledt lønpres i sundhedssektoren særligt på kort sigt, hvor det kan være svært at øge udbuddet af sygeplejersker og læger.

I modsat retning trækker reduktion af sygdomsforløb gennem hurtige behandlinger og øget effektivt arbejdsudbud fra personer, der kommer hurtigere gennem genoptræning. Studier fra Norge og USA viser således, at behandlinger gennem genoptræning af f.eks. personer med de oftest forekommende rygsmærter øger sandsynligheden for hurtig tilbagevenden til arbejdsmarkedet¹⁵.

Internationale undersøgelser peger mest i retning af beskeden eller ingen aflastning af de offentlige finanser fra private forsikringsordninger, men resultaterne kan være vanskelige at omsætte til danske forhold¹⁶. Et hovedproblem er, som også demonstreret i kapitel 3.5, at forsikringsordnin-

¹⁵ Storrø et al. (2004), Bendix et al (1996).

¹⁶ OECD(2004), IFS(2001).

ger i andre lande meget ofte har en langt mere individuel karakter og også et betydeligt større niveau. Det øger sandsynligheden for, at retten til fradrag uden beskatning af ydelsen fører til et egentligt større og dyrere behandlingsniveau snarere end en delvis flytning af en finansieringsopgave fra det offentlige til det private. Men det understreger, at indretningen af den danske sundhedsforsikring som et beskedent supplement til det offentlige sundhedssystem med krav om dækning af alle medarbejdere, begrænsning til visiterede ydelser og et vist fokus på revalidering/genoptræning, er afgørende for et resultat om en samlet aflastning af de offentlige finanser.

4.2. SUNDHEDSFORSIKRINGER OG PRESSET PÅ DET SAMLEDE SUNDHEDSSYSTEM

Den meget kraftige vækst i sundhedsforsikringer siden 2002 er blevet sammenkoblet med stigende kapacitetsproblemer i sundhedssektoren.

Imidlertid er det rimeligt klart, at presset på sundhedssektoren ikke kommer fra private sundhedsforsikringer, men fra den massive vækst i det offentlige sundhedsvæsen. Fra 2002 til 2007 voksede det samlede forbrug for sundhedsvæsenet med godt 16½ mia.kr. Det er cirka 20 gange mere end væksten i bruttoudbetalinger fra sundhedsforsikringer over samme periode, som udgjorde 758 mio. kr., jf. Tabel 4.3. Accelerationen i væksten i de offentlige sundhedsudgifter er betydelig: en vækst i faste 2007-priser på 16½ mia. kr. fra 2002 til 2007 mod 10½ mia. kr. i den foregående 5-års periode. Mervæksten i antallet af arbejdstimer har været endnu større for det samlede sundhedsområde, som ikke mindst skyldes en kraftig vækst i bestanden af læger, sygeplejersker mv. på samlet omkring 20 pct. i perioden 2000 til 2006¹⁷.

Tabel 4.3 Vækst i beskæftigelse og udgifter i sundhedsvæsenet samt bruttoerstatningsudgifterne fra sundhedsforsikringer, 1997-2002

	Enhed	1997-2002	2002-2007
Offentligt forbrug på sundhedsvæsenet	Mio. Kr.	10.560	16.665
Bruttoerstatningsudgifter fra sundhedsforsikringer	Mio. Kr.	-	758
Samlet antal præsterede timer i sundhedsvæsenet	1.000 timer	6.909	17.515

Note: Bruttoerstatningsudgifter til sundhedsforsikringer er for perioden 2004-2007.

Kilde: DST, tabel NAT01, NAT02, NAT18, OFF24 og Forsikring & Pension, Sundhedsforsikringer i hovedtal.

En mere detaljeret opgørelse fokuserende på perioden 2000 til 2006 bekræfter billedet af den offentlige sektor som hoveddrivkraft bag udviklingen i beskæftigelsen i sundhedssektoren. Sundhedsforsikringer trækker særligt på private hospitaler: her har den samlede vækst af læger og sygeplejersker – deltid og heltid – været på omkring 500 personer, hvilket er langt under væksten på offentlige sygehuse samt andre områder (primært speciallæger og alment praktiserende læger). For privathospitaler gælder, at omsætningen fra kraftigt øgede henvisninger fra "frit-valgs"-ordninger fra det offentlige sundhedsvæsen i hvert fald frem til 2007 oversteg omsætning fra sundhedsforsikringer.

¹⁷ I perioden fra 2000 til 2006 voksede bestanden af læger fra 16.932 til 20.593 og bestanden af sygeplejersker fra 53.019 til 62.469, jf. Uddannelsesregistreret og RAS.

Tabel 4.4 Beskæftigelse for læger og sygeplejerske fordelt 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

Note: Andet dækker blandt andet over universiteter, alment praktiserende læger, plejehjem, hjemmesygepleje, hjemmehjælp, skoler, vikarbureauer og praktiserende speciallæger.

Kilde: Uddannelsesregistret og RAS på baggrund af november prioritering.

Den massive udbygning af den offentlige service relativt til udbygningen af sundhedsforsikringer slår også igennem på de offentlige ventetider, som er blevet stærkt reduceret. Ventetiden i det offentlige sundhedsvæsen fik et ”knæk” omkring 2002 og er faldet siden jf. Figur 4.1. Det har således været muligt at introducere sundhedsforsikringer og samtidig have tilstrækkelige kapacitet til at reducere ventetider også i det offentlige system. Indførelse af det frie sygehusvalg i juli 2002 og produktivitetspuljen til operationer i 2002-ændringen har været vigtige instrumenter til at sikre, at de øgede bevillinger er blevet udmøntet i praksis i sygehussektoren.

Figur 4.1 Forventede ventetider på offentlige sygehuse, 1999-2008



Note: Ventetider er maksimale, forventede ventetider for den sidst tilkomne ukomplicerede patient. Ventetider inkluderer ventetid til forundersøgelse.

Kilde: www.patientinfo.sst.dk og www.venteinfo.dk.

Kapitel 5 PLEJEMARKEDET

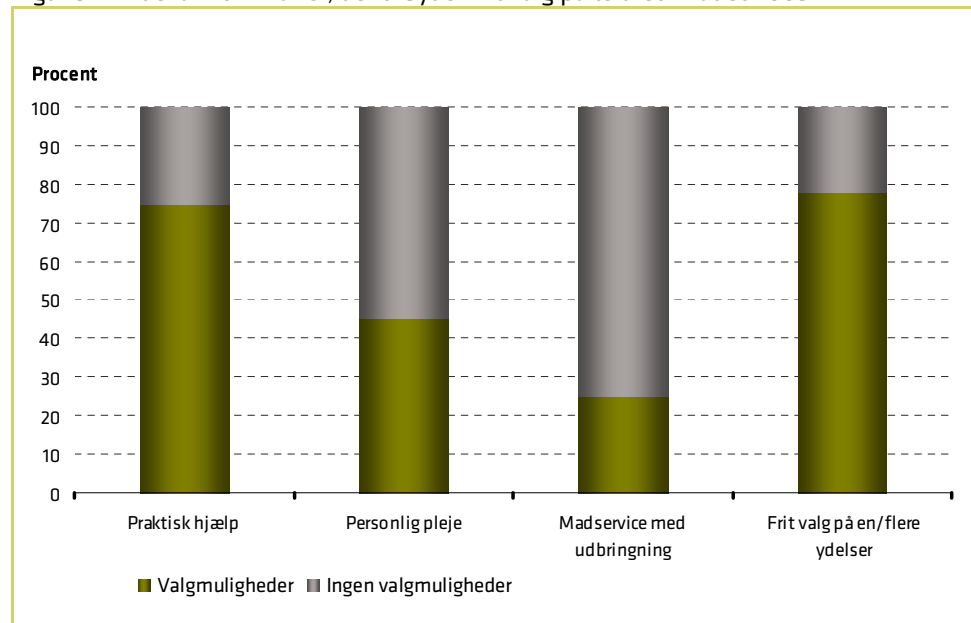
Givet den store belastning, plejeområdet vil være for de offentlige finanser i den nære fremtid, kan man overveje, om det er muligt at udvikle et forsikringsprodukt, der kan medvirke til at aflaste de offentlige finanser. I dette kapitel vil vi kort skitsere den nuværende offentlige plejeordning. Vi vil derefter diskutere, om der basis for et forsikringsbaseret plejeprodukt som supplement til den offentlige plejeordning.

5.1. OFFENTLIG PLEJE

Offentlig pleje er administreret af de enkelte kommuner. Der foregår en kommunal visitation, hvorefter det besluttes, om der kan tildeles pleje og i hvilket omfang. Det er muligt at tildele både varig hjælp og midlertidig hjælp. Varig hjælp er som udgangspunkt gratis, hvorimod prisen på midlertidig hjælp er indkomstafhængig. Når der er tildelt hjælp i et eller andet omfang, er der delvis selvbestemmelse over, hvilke ydelser der skal leveres inden for de tildelte timer.

Reglerne for det frie valg gælder også inden for hjemmehjælp. Den enkelte bruger af hjemmehjælpsordningen har mulighed for at vælge frit imellem godkendte leverandører. Kommune skal stå for det praktiske (regninger osv.) ved hjemmehjælp. Det er dog ikke alle kommuner, der tilbyder frit valg jf. Figur 5.1:

Figur 5.1 Andel af kommuner, der tilbyder frit valg på ældreområdet 2005



Kilde: Sekretariatet for Ministerudvalget (2006)

Der er i princippet to metoder til at blive godkendt som leverandør inden for ældre området:

- Godkendelsesmodellen
- Udbudsmodellen.

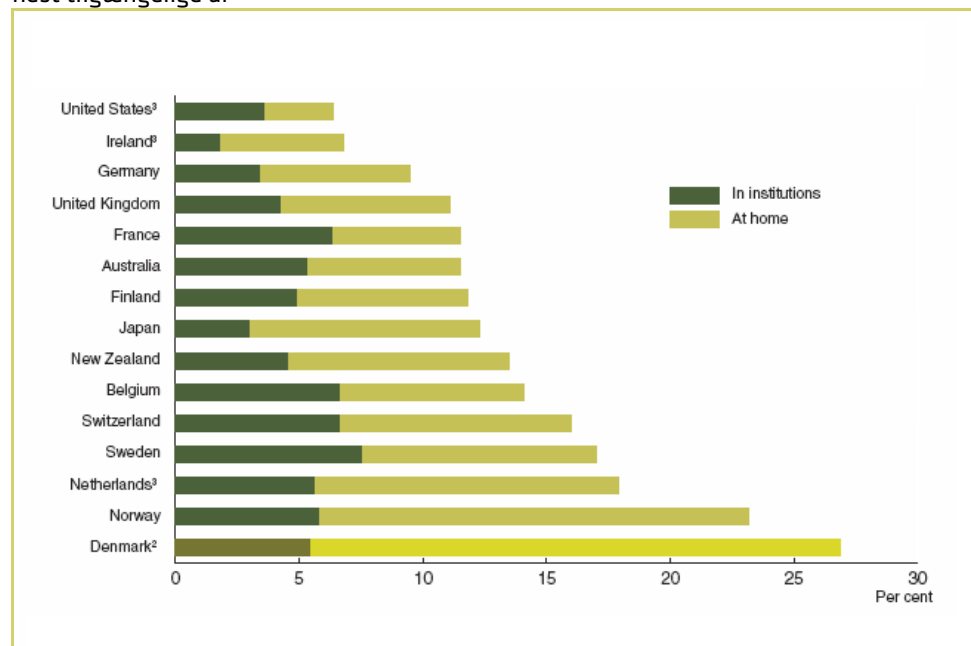
Godkendelsesmodellen: Kommunen beregner timepriser og opstiller krav til service og kvalitet. Herefter ansøger private leverandører om godkendelse efter kommunens krav. Det er dog kompliceret at fastsætte prisen, som antallet af sager ved konkurrencemyndighederne indikerer.

Udbudsmodellen: Private leverandører byder ind med timepriser. En del særregler har betydet, at denne model ikke er blevet brugt så ofte.

Der er også mulighed for at købe tillægsydelser. Tillægsydelser kan købes via hjemmeservice ordningen. Reglerne er således, at man kan få 40 pct. i tilskud til ydelser leveret af godkendte virksomheder, hvis man er over 65 år eller førtidspensionist. Der er ingen maksimal timepris, dog maksimalt 6000 kr. pr. kvartal pr. virksomhed (2007).

Den danske plejesektors serviceniveau er betydeligt højere i forhold til andre OECD-lande, herunder Norge, Sverige og Holland jf. Figur 5.2:

Figur 5.2 Andelen af befolkningen på 65 eller mere, der modtager ældrepleje i 2004 eller senest tilgængelige år¹



Note: (1) Størstedelen af den inkluderede hjælp er offentlig finansieret, men for nogle lande indgår der elementer af privat betalt hjælp. Kun formel hjælp er inkluderet.

(2) Inkluderer personer på plejehjem, "protected dwellings and nursing dwellings".

(3) Modtagere af ældrepleje i 2000 er baseret på OECD (2005).

Kilde: OECD (2008), Figure 5.6.

5.2. POTENTIALE FOR PLEJEFORSIKRINGER?

Givet den store belastning som plejeområdet vil være på de offentlige finanser i den nære fremtid, kan man overveje, om det er muligt at lave et forsikringsprodukt. Der er som nævnt ovenfor alle-

rede en del samarbejde med offentlige leverandører af plejeydelser og forsøg på at skabe et mere markedsbaseret plejemarked.

I international sammenhæng er Danmark karakteriseret ved meget høje udgifter på dette område og meget begrænset privat finansiering. OECD har i den sammenhæng peget på mulighederne for en øget privat finansiering i Danmark og mere konkret på den øgede rolle, som private forsikringsordninger kunne spille på dette område¹⁸.

Vi har derfor undersøgt, om der er nogle andre lande, der har forsikringsordninger til at dække plejeydelser. Tyskland og Holland har fx forsikringsordninger, der finansierer pleje via et rådighedsbeløb til den enkelte, som således hjælper med at fremme et markedsbaseret plejesystem.

Tyskland og Holland er to lande, der har en forsikringsordning (hhv. The Pflegeversicherung og pgb) til at finansiere pleje via et rådighedsbeløb. Fælles for begge ordninger er, at forsikringen betales af alle skatteydere og betales som en andel af indkomsten. Ydelsen er primært offentlig i Tyskland, men der er også private udbydere. I Holland er ordningen under AWBZ, som er privat men obligatorisk. For at være berettiget til støtte skal man i den tyske ordning undergå en visitation af forsikringselskabets tilknyttede læger. I Holland foregår visitationen igennem et uafhængigt råd. Hvis en person vurderes til at kræve pleje, tildeles plejemidler i form af et budget, som den plejkrævende selv bestemmer over. Der er visse betingelser knyttet til brugen af midlerne. I den tyske ordning bliver kvaliteten af pleje kontrolleret. I den hollandske ordning skal støttemodtageren dokumentere udgifter over et vist niveau¹⁹.

Erfaringen fra disse to lande påpeger to faktorer, der virker som fundamentale for at designe en forsikringsordning, der kan medvirke til at skabe en markedsbaseret plejesektor: 1) Selektion af kunder 2) Velfungerede visitation.

1) Selektion af kunder: I både Tyskland og Holland er forsikringsordningen tilknyttet skattebetalingen og således mere eller mindre obligatorisk. Der er således ikke nogle problemer med *adverse selection*.

2) Velfungerede visitation: Hvis man skal udforme forsikringsordninger på plejemarkedet, er det vigtigt at få defineret betingelserne for at få adgang til forsikringsydelsen. En mulig løsning er at lave et selvstændigt visitationsorgan eller knytte sig til fx en offentlig visitation.

Hvis en offentlig visitation skal kunne bruges til at definere en hændelse, der kan udløse udbetaling af forsikringsydelser, er det væsentligt, at der er nogenlunde ens udfald af visitationsrunden på tværs af landet. For at belyse dette spørgsmål har vi prøvet at forklare antallet af personer, der har fået tildelt pleje i 2006 ud fra antallet af personer under 60 år, mellem 61-70 år og over 70 år samt en række amt-dummies. Vi finder, at med få undtagelser er amt-dummiene insignifikante,

¹⁸ OECD(2005)

¹⁹ Ministry of Health, Welfare and Sport (2007).

hvilket indikerer, at amternes visitation ikke adskiller sig væsentlig fra reference gruppen - København og Frederiksborg amt. Således er det muligt at bruge den offentlige visitation som indgang jf. Tabel 5.1.

Tabel 5.1 Forskel på plejevisitationer i forskellige amter

Variabel	Koefficient	T-Statistik
Konstant	-0,67	-10,8
Log(antal mellem 60-69 år)	0,09	1,1
Log(antal over 70 år)	0,92	16,8
Log(Antal under 60 år)	0,04	0,7
Roskilde	-0,01	-0,5
Vest Sjælland	0,03	1,9
Storstrøm	-0,01	-0,8
Bornholm	-0,05	-0,8
Fyn	0,04	2,1
Sønderjylland	-0,01	-0,6
Ribe	0,03	1,4
Vejle	-0,00	-0,2
Ringkøbing	0,02	1,2
Århus	0,04	2,2
Viborg	0,03	1,6
Nordjylland	0,07	4,3

Note: Koefficienter med fed er signifikant på et 5 pct. Niveau.

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

ANNEKS SUNDHEDSFORSIKRINGERS EFFEKTER PÅ DE OFFENTLIGE FINANSER

Ændret behandlingsmønstre

Der er en svag tendens til, at personer med en sundhedsforsikring får flere og dyrere behandlinger og undersøgelser. Der er primært to årsager til, at behandlingsmønstrene ændrer sig 1) Pres på de almene praktiserende læger 2) Lavere andel af brugerbetaling.

-1) *Pres på de almene praktiserende læger.* Patienter med sundhedsforsikringer, der dækker operative behandlinger og scanninger, kan have en tendens til at presse mere på for at få yderligere undersøgelser og behandlinger end patienter uden. Dette vil have en negativ betydning for de offentlige finanser i forhold til det illustrative regnestykke i kapitel 4.

-2) *Lavere andel af brugerbetaling.* Patienter med en sundhedsforsikring, der dækker forebyggende behandling, fx fysioterapi, må alt andet lige formodes at benytte disse forebyggende behandlinger oftere end personer, der betaler en højere andel selv. På kort sigt vil det medføre en negativ effekt på de offentlige finanser. På langt sigt er det mere uklart, da de yderligere forebyggende behandlinger kan sikre, at patienterne vil have en mere vedvarende tilknytning til arbejdsmarkedet.

Dyrere behandlinger

Forsikringsselskaberne er tilsyneladende ikke i stand til at købe behandlinger til samme pris som det offentlige, heller ikke hos privathospitalerne. Forsikringsselskaberne skal tilbyde en hurtigere behandling, end det er tilfældet under reglerne for det frie sygehusvalg. Det er derfor tvivlsomt, om de kan få priserne ned på samme niveau, som det offentlige, selv om de har alle incitamenter til at prøve at sikre den billigste og bedste behandling. De enkelte forsikringsselskaber er ligeledes små indkøbere i forhold til det offentlige og har som følge deraf formodentlig mindre forhandlingsstyrke. I forhold til det forsimplede regneeksempel vil dyrere behandlinger have en negativ effekt på de offentlige finanser.

Vi vurderer generelt spørgsmålet om forsikringsselskabernes rolle som markedsaktører i sundhedssystemet som en central analysetema, som bør belyses nøjere: i hvilket omfang får de en markedsagt og har nogle finansielle interesser, der gør, at de kunne presse produktivitetsudvikling og kvalitet opad for at kunne tilbyde bedre forsikringer. Det har også bredere samfundsmæssige aspekter.

Varighed af sygdomsforløb

Et kortere sygdomsforløb med tilhørende hurtigere tilbagevending til arbejdsmarkedet vil have en gunstig effekt på de offentlige finanser. En hurtigere tilbagevending til arbejdsmarkedet er formodentlig en medvirkende årsag til, at virksomheder tilbyder sundhedsforsikringer til deres medarbejdere. En hurtigere tilbagevending til arbejdsmarkedet vil have en gunstig effekt på den danske økonomi og således også på offentlige finanser, en effekt som ikke er medtaget i beregningen ovenfor. Men hvis en hurtigere tilbagevending til arbejdsmarkedet af patienter med en sundhedsforsikring sker på bekostning af patienter uden en sundhedsforsikringer, vil det dog være mere uklart.

Ændret produktivitet

Det er usikkert, om sundhedsforsikringer har medført en ændring i produktivitetsvæksten på sundhedsområdet. Sundhedsforsikringer kan påvirke produktiviteten, da de er medvirkende til at opbygge en privat sundhedssektor, om end med en mindre andel end det udvidede frie sygehusvalg. En privat sundhedssektor kan fx give øget mulighed for specialisering og innovation, hvilket øger effektiviteten. På den anden side kan en større privat sundhedssektor muligvis være med til at sænke produktiviteten i det offentlige, hvis de private sygehuse er i stand til at håndplukke de mest produktive medarbejdere. Man kan ligeledes tænke sig mange andre effekter, der kan trække i hver sin retning.

Det er svært at lave en korrekt vurdering af, om sundhedsforsikringer har påvirket væksten i produktiviteten. Der er flere initiativer iværksat på samme tidspunkt; fx de såkaldte ”løkkepenge”, som er en statslig meraktivitetspulje, der medførte en stor stigning i den aktivitetsbaserede takstafregning, som ligeledes forventes at have en betydning for produktiviteten. Det udvidede frie sygehusvalg med 2 måneders ventetidsgaranti trådte også i kraft i (juli) 2002. Det er således overordentlig svært at tilskrive påvirkninger i produktiviteten til den ene eller anden faktor.

Produktivitetsstigningen har været nogenlunde identisk i perioden før 2002 som i perioden efter 2002. Effekten af meraktivitetspuljen er blevet belyst af flere sundhedsøkonomer. Et studie af Bech et al. (2006), der undersøger betydningen af produktiviteten i den offentlige sundhedsvæsen via en række regressionsbaserede metoder, finder, at produktivitetsstigningen er den samme før og efter 2002. Deres studie er motiveret af meraktivitetspuljen, men da ændringen i ligningsloven falder sammen med meraktivitetspuljen, er det svært at skelne de to effekter.

Man kan godt forestille sig, at meraktivitetspuljen vil have en gunstig effekt på produktivitetsstigningen, og at ændringen i ligningsloven vil have en negativ effekt, eller omvendt da man kun måler den samlede effekt. Bech et al. (2006) laver dog også en undersøgelse af, om amter med en højere grad af aktivitetsbestemt afregning har en større produktivitet end amter med en mindre grad. De finder dog ikke en robust konklusion. Det er derfor uklart, om ændringen i ligningsloven omkring sundhedsforsikringer medfører en ændring i produktiviteten i det offentlige sundhedsvæsen.

Øget lønpres for sundhedspersonale

Det må formodes, at sundhedsforsikringer har været medvirkende til et øget lønpres for sundhedspersonale. Sundhedsforsikringer må formodes at have øget efterspørgselen efter sundhedsydelse og dermed også behovet for sundhedspersonale. En stigning i efterspørgselen må, alt andet lige, forventes at medføre et lønpres, som vil have en negativ effekt på de offentlige finanser.

Øget arbejdsudbud

Der er svage indikatorer af, at de enkelte medarbejdere i sundhedssektoren er begyndt at arbejde flere timer. Det skal blandt andet ses i sammenhæng med stigningen af personer med bijob på både hospitaler og speciallæger som vist i tabel 4.4. Sundhedsforsikringer og ventetidsgarantier har været med til at skabe en større frihed og øget indtjeningsmuligheder for de enkelte læger, sy-

geplejersker mm. En større grad af frihed og øgede indtjeningsmuligheder kan medføre, at noget af sundhedspersonalet vil begynde at arbejde mere, fx via øget bibeskæftigelse. Dette kan være med til at afhjælpe manglen på sundhedspersonale. På den anden side vil en øget indkomst måske også få nogle til at vægte fritid højere, så de dermed ønsker at sænke deres arbejdsudbud.

LITTERATURLISTE

- Bendix et al (1996),” *Multidisciplinary intensive treatment for chronic low back pain: a randomised prospective study*”, Cleve Clin J. Med
- Danske regioner, Finansministeriet, Sundhedsstyrelsen og Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse (2007) ”*Løbende offentliggørelse af produktivitet i sygehussektoren – tredje delrapport*”
- Douven, R. et al. (2007) ”*Measuring annual price elasticities in Dutch health insurance: A new Method*” CPB Discussion Paper
- EC (2006) ”*The impact of ageing on public expenditure: projections for the EU25 Member States on pensions, health care, longterm care, education and unemployment transfers (2004-2050)*” Economic Policy Committee and the European Commission
- Gentzen, T. (2000) ”*Health Care is an Individual Necessity and a National Luxury: Applying Multilevel Decision Models to the Analysis of Health Care Expenditures*” Journal of Health Economics, Vol. 19, No. 2,
- IFS (2001), ”*Should private medical insurance be subsidised?*”, Policy Analysis, Institute of Fiscal Studies.
- Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2007a) ”*Rapport fra udvalget om vilkår for den udvidede fritvalgsordning på sygehusområdet*” Indenrigs- og Sundhedsministeriet
- Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2007b) ”*Regeringens resultater - sundhedsområdet*” Indenrigs- og Sundhedsministeriet
- Kjellberg, J. et al. (2008) ”*Indikationsændringer ved meraktivitet – Undersøgelse af 1,5 milliard kr. puljen*” Dansk Sundhedsinstitut
- Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse (2008) ”*Vedr. midlertidig suspension af det udvidede frie sygehusvalg*” Brev til regionsråd og private sygehuse
- Ministry of Health, Welfare and Sport (2006) ”*The new care system in the Netherlands*”
- Ministry of Health, Welfare and Sport (2007) ”*Summary and overview of care allowances in seven countries*”
- OECD (2004) ”*Towards High-Performing Health Systems – policy studies*” The OECD Health Project

- OECD (2005a) *“Ensuring quality long-term care for older people”* Policy Brief - OECD Observer
- OECD (2005b) *“Consumer Direction and Choice in Long-Term Care for Older Persons, Including Payments for Informal Care: How Can it Help Improve Care Outcomes, Employment and Fiscal Sustainability?”* OECD HEALTH WORKING PAPERS
- OECD (2007a) *“Improved Health System Performance through Better Care Coordination”* OECD HEALTH WORKING PAPERS
- OECD (2007b) *“Health Data: specialists outnumber GPs in most OECD countries”* OECD Health Data
- OECD (2008) *“Denmark”* OECD Economic Surveys
- Sekretariatet for Ministerudvalget (2006) *“Fakta på fritvalgsområder”* Bilag til Kvalitet i den offentlige sektor
- Storrø et al (2004), *“Effects on sick-leave of a multidisciplinary rehabilitation programme for chronic low back, neck or shoulder pain: comparison with usual treatment”*, Journal of Rehabilitation medicine, volume 36.
- Sundhedsministeriet (2000) *“Social ulighed i sundhed - Forskelle i helbred, livsstil og brug af sundhedsvæsenet”* 2. delrapport fra Middellevetidsudvalget
- Velfærdskommissionen (2005): *“Analyserapport – Fremtidens velfærd – sådan gør andre lande”* Schultz Grafisk
- Vibholt, H. (2007) *“Fritvalgsordning og lighed – Konsekvenser af den udvidede fritvalgsordning for ligheden i patienternes behandlingsadgang”* Dansk Sundhedsinstitut
- Økonomi- og Erhvervsministeriet, Finansministeriet, Beskæftigelsesministeriet og Skatteministeriet (2008) *“Statusrapport til folketinget om personalegoder/naturalieydelse opdateret med nye oplysninger om sundhedsforsikringer”*