FOA – FAG OG ARBEJDE

Sundhedsforsikringer, privathospitaler, behandlingsgaranti – og danskernes holdninger til dem

Privat sundhed er ulige sundhed

Politisk ansvarlig: Dennis Kristensen
Redaktion: Kasper Manniche, Maria Bregnhardt og Peter Lindholm
Grafisk tilrettelæggelse: Girafisk Design
Korrektur: Pjec1heden
Tryk: FOAs Trykkeri, oktober 2010

Indholdsfortegnelse

Side 4	**Fra 'fri og lige adgang' til markedsgjort sundhedsvæsen**
Side 6	**Anbefalinger**
Side 6	**Private sundhedsforsikringer**
Side 8	**Jo højere indkomst – jo flere har sundhedsforsikring**
Side 10	**De rigeste kommer mest på privathospital med sundheds-forsikring**
Side 11	**Samfundet går glip af penge på sundhedsforsikringer**
Side 12	**De rigeste synes bedst om at sundhedsforsikringer kan give hurtigere behandling**
Side 14	**Offentlig betaling til private hospitaler mere end tredoblet**
Side 16	**Det offentlige betaler i højre grad de riges behandlinger**
Side 17	**Befolkningen: De offentlige hospitaler skal selv opfylde behandlingsgarantien**
Side 17	**Offentlige hospitaler straffes – privathospitaler belønnes**
Side 19	**Flertal: Nej til offentligt ansattes bijob**

Fra 'fri og lige adgang' til markedsgjort sundhedsvæsen

Siden 2001, da den borgerlige regering trådte til, er der sket en markant udvikling på sundhedsområdet.
I perioden er det generelt set blevet langt mere markedsgjort. Og man er ved at gøre op med princippet om »Fri og lige adgang til sundhedsydelser«. Denne udvikling finder vi i FOA dybt beklagelig, og vi støtter den på ingen måde.

- Der er indført skattefordele for private sundhedsforsikringer, og antallet af private sundhedsforsikringer er steget kraftigt siden 2001.
- Det frie valg er udvidet på sundhedsområdet, så man kan vælge privathospital, hvis ventetiden på behandling på et offentligt sygehus er mere end 1 måned. De private sygehuse overtager en voksende andel af behandlingerne.
- De offentlige sygehuse bliver styret stramt på aktiviteten. De private sygehuse får ekstra betaling fra det offentlige, når der kommer ekstra patienter som følge af det frie sygehusvalg. Men de offentlige hospitaler har en stram økonomisk ramme.

De skattebegunstigede, arbejdsgiverbetalte sundhedsforsikringer og det udvidede frie sygehusvalg har været med til at øge uligheden i det danske sundhedsvæsen. Denne gennemgang bygger på en rapport, AE-Rådet har udarbejdet for LO, og en måling, som Gallup har gennemført for FOA. Den viser, at det i høj grad er de bedst stillede danskere, der har sundhedsforsikringer. Det er også dem, der oftest behandles på de private sygehuse med en sundhedsforsikring i baglommen.
Dertil kommer, at det er de mest velstillede, som tilsyneladende også nyder bedst af det udvidede frie sygehusvalg, da de i højere grad bliver behandlet på privathospitaler, på det offentliges regning, end de fattige.
Samtidig dokumenterer denne gennemgang, at danskerne er meget splittede i

spørgsmålet om det ønskeværdige i at have sundhedsforsikringer, hvor man kan springe køen over.

Især de mest velstillede har sundhedsforsikringer, og de synes det er fint. De dårligst stillede har ikke sundhedsforsikringer, og de synes ikke det er i orden, at man kan springe køen over. Det viser, at der er ved at ske et brud på solidariteten i velfærdsydelserne, hvor de bedst stillede går ind for, at man skal kunne springe køen over med en sundhedsforsikring.

Prisen for denne markedsgørelse er en underminering af det fælles, skattefinansierede sundhedsvæsen med fri og lige adgang til sundhedsydelser.

Det skaber en skævvridning af sundhedsydelser til fordel for privat ansatte med høj indkomst og med sundhedsforsikringer. Samtidig er både sundhedsforsikringer og behandlingsgarantien med til at flytte opgaver fra det fælles offentlige regi over til private hospitaler. Og de private vælger selv hvilke opgaver, de ønsker at tjene penge på og hvilke dyre opgaver, de vil lade forblive i offentligt regi.

Anbefalinger

Det er vigtigt, at denne udvikling standses, så der ikke bliver et A og et B hold i sundheden, hvor indkomst og uddannelse er afgørende for, om man kan få en ordentlig behandling. Derfor anbefaler FOA:

- Stop skattefriholdelsen af de arbejdsgiverbetalte sundhedsforsikringer. Skattefriholdelsen har ingen gavnlige effekter, men er en indirekte statsstøtte til privat behandling, hvor staten går glip af væsentlige skatteindtægter. Ordningen bidrager til ulighed i sundhedsvæsenet, fordi forsikrede får mulighed for at springe ventelisterne over.
- Det nuværende frie sygehusvalg skal ændres, så alle ikke bare kan vælge et privat tilbud, hvis der er en måneds ventetid. Vi vil have en ny optimal behandlingsgaranti med kort ventetid for alvorlige sygdomme og lidt længere for mindre alvorlige sygdomme. På den måde får de offentlige hospitaler mulighed for at følge med.

Private sundhedsforsikringer

Siden 2002 har det været muligt for arbejdsgivere at tilbyde medarbejdere private sundhedsforsikringer skattefrit.
I februar 2010 blev rapporten Private Sundhedsforsikringer offentliggjort. Rapporten er udarbejdet af Dansk Sundhedsinstitut for LO. Af rapporten fremgår det, at knap 1 mio. lønmodtagere er dækket af arbejdsgiver- og skattebetalt privat sundhedsforsikring ved udgangen af 2008. Det skal ses i forhold til, at der i 2001,

før der blev indført særlige skatteregler for de private sundhedsforsikringer, var ca. 50.000 med private sundhedsforsikring.

I AE-Rådets rapport Offentligt tilskud til private sygehuse fra 2008 kan man læse: »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 procent til hjemmehjælp mv. Privathospitalerne er forpligtede til at indberette behandlinger i hospitalsregi til Landspatientregistret, men da de generelt ikke lever op til den forpligtigelse, er det ikke validt at foretage en mere detaljeret opgørelse af aktiviteten.«

Private sundhedsforsikringer skal administreres af arbejdsgiveren og enten finansieres 100 procent af arbejdsgiveren eller fratrækkes bruttolønnen for medarbejderne. Allerede i selve principperne for hvordan man kan få skattetilskud til en privat sundhedsforsikring sættes begrænsning for den lige adgang. Det er kun, når sundhedsforsikringen er administreret af arbejdsgiver, man kan være med i denne kategori. Det vil sige, at står man uden en arbejdsgiver, der kan og vil administrere forsikringen, så er man uden for muligheden – og så skal man selv betale hele forsikringen, hvis man ønsker den.

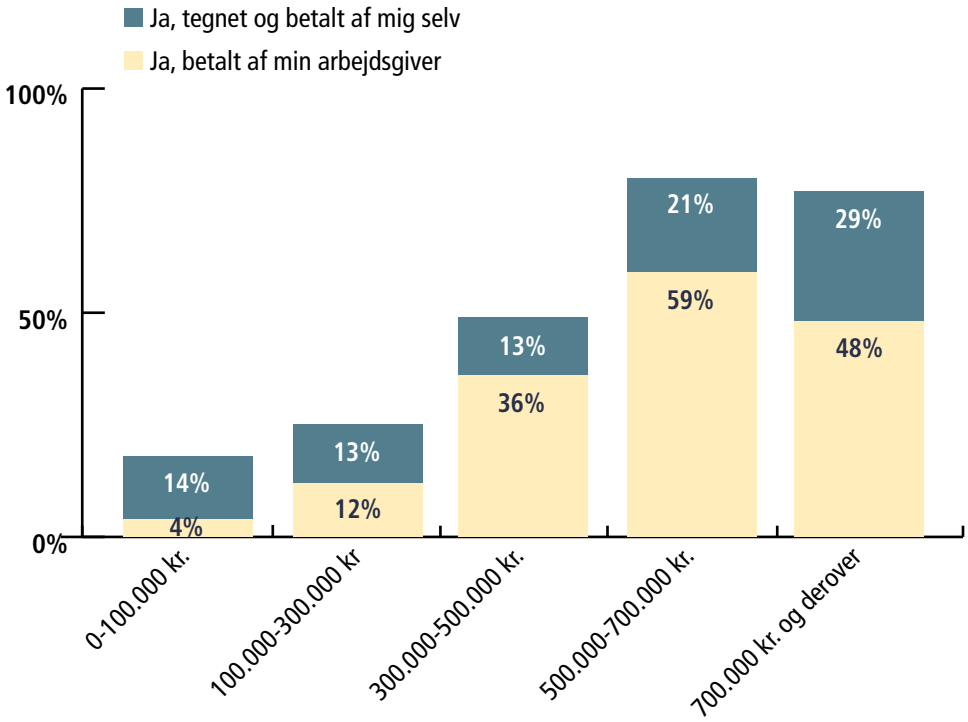
Det vil sige: Alle uden arbejde, og langt størstedelen af de offentlige ansatte, har ikke mulighed for en privat sundhedsforsikring, der er helt eller delvist betalt af arbejdsgiveren med skattefradrag.

Gallup har for FOA spurgt danskerne om deres holdning til sundhedsforsikringer og udbredelsen af dem. Rundspørgen viser, at 48 procent af de privatansatte har en sundhedsforsikring betalt af arbejdsgiveren. 9 procent af de offentligt ansatte har en arbejdsgiverbetalt sundhedsforsikring. Der er dog også en ret stor del – henholdsvis 5 og 10 procent som svarer "ved ikke".

Jo højere indkomst – jo flere har sundheds-forsikring

Andelen af personer med private sundhedsforsikringer stiger jo højere indkomst, man har. Og som nævnt er der markant flere privatansatte, der har sundhedsforsikring betalt af arbejdsgiveren.

Spørgsmål: Har du selv en sundhedsforsikring?



Kilde: Gallup for FOA 2010.

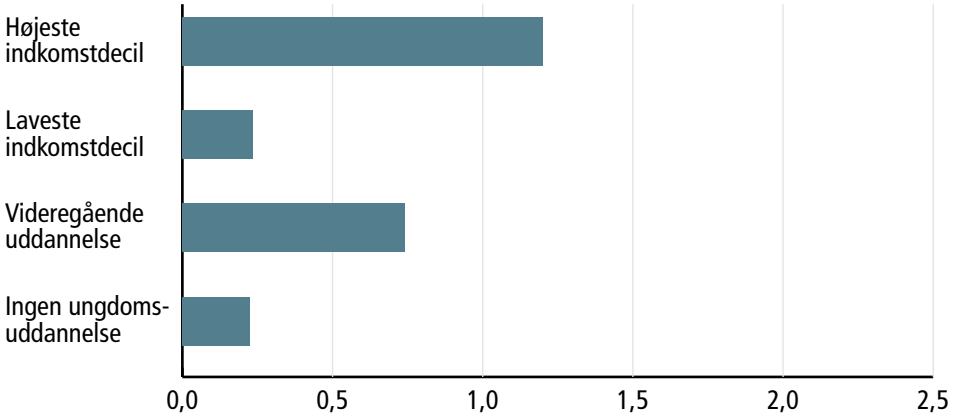
59 procent af de danskere, der tjener mellem 500.000 kr. og 700.000 kr. om året oplyser, at de har en sundhedsforsikring betalt af arbejdsgiveren. Oven i har 21 procent en sundhedsforsikring, som de selv har betalt. Det vil sige, at 8 ud af 10 danskere med en høj indkomst har en privat sundhedsforsikring. Se figuren nedenfor.

Tilsvarende er det kun 12 procent af de danskere, der tjener mellem 100.000 kr. og 300.000 kr. der har en arbejdsgiverbetalt forsikring. Oven i har 13 procent en sundhedsforsikring, de selv betaler. Det vil sige, at hver fjerde dansker, der tjener mellem 100.000 kr. og 300.000 kr. har en sundhedsforsikring.

De rigeste kommer mest på privathospital med sundhedsforsikring

Det er primært dem, der tjener bedst, der kommer på privathospital med en sundhedsforsikring. I 2007 gik 1,2 procent af behandlingerne i sundhedsvæsenet til den gruppe af danskere, der tjener bedst (de 10 procent rigeste) på privathospitaler med sundhedsforsikring. Den gruppe af danskere, der tjener dårligst (de 10 procent fattigste) kom kun på privathospital med en sundhedsforsikring i 0,2 procent ud af alle behandlinger. Se figuren nedenfor.

Procentvis behandlede på privathospitaler betalt via sundhedsforsikring – 2007



Kilde: AE-Rådet, 28. april 2008 (Decil er 10 procent. Dvs. "højeste indkomstdecil" svarer til de 10 procent rigeste i Danmark).

Samfundet går glip af penge på sundheds-forsikringer

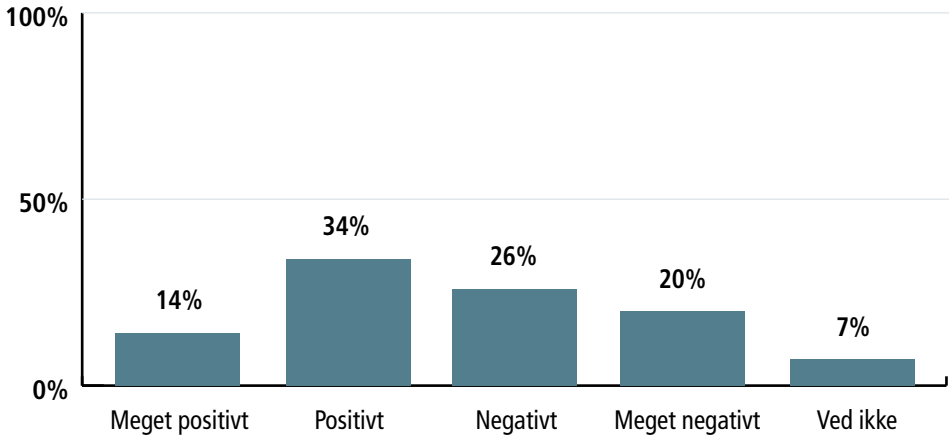
Når arbejdsgiveren fradrager betaling til sundhedsforsikringer, så går staten glip at skattebetalinger, der ellers normalt ville være betalt af værdien af sundhedsforsikringerne. Der kommer altså færre penge i statskassen end der ellers ville være kommet. Og dermed er der færre penge til velfærd. Skatteministeriet har oplyst, at staten i 2008 tabte 420 mio. kr. på ordningen.[1] AE-Rådet anslår, at staten i 2008 gik glip af mere end 600 mio. kr.[2]

[1] Svar på spm. 208 af 9. feb. 2010 fra Skatteministeriet.
[2] AE-Rådet, 1. december 2008, hvor det anslås, at næsten 1 million danskere har en sundhedsforsikring.

De rigeste synes bedst om at sundheds-forsikringer kan give hurtigere behandling

Der er også i rundspørgen, som Gallup har gennemført for FOA, spurgt til, hvad danskerne synes om, at man med en privat sundhedsforsikring kan få hurtigere behandling end folk uden en privat sundhedsforsikring.
Danskerne er helt delte på spørgsmålet. 47 procent af alle mener, at det er meget positivt eller positivt, at man med privat sundhedsforsikring kan blive behandlet hurtigere. 46 procent mener, at det er negativt eller meget negativt. Skillelinjen afhænger af indkomsten.
Der er en klar tendens til, at jo højere indkomst man har, jo mere positiv er man over for sundhedsforsikringer. Størstedelen af danskerne, som tjener mindre end 300.000 kr., er negative over for, at man med en privat sundhedsforsikring kan få

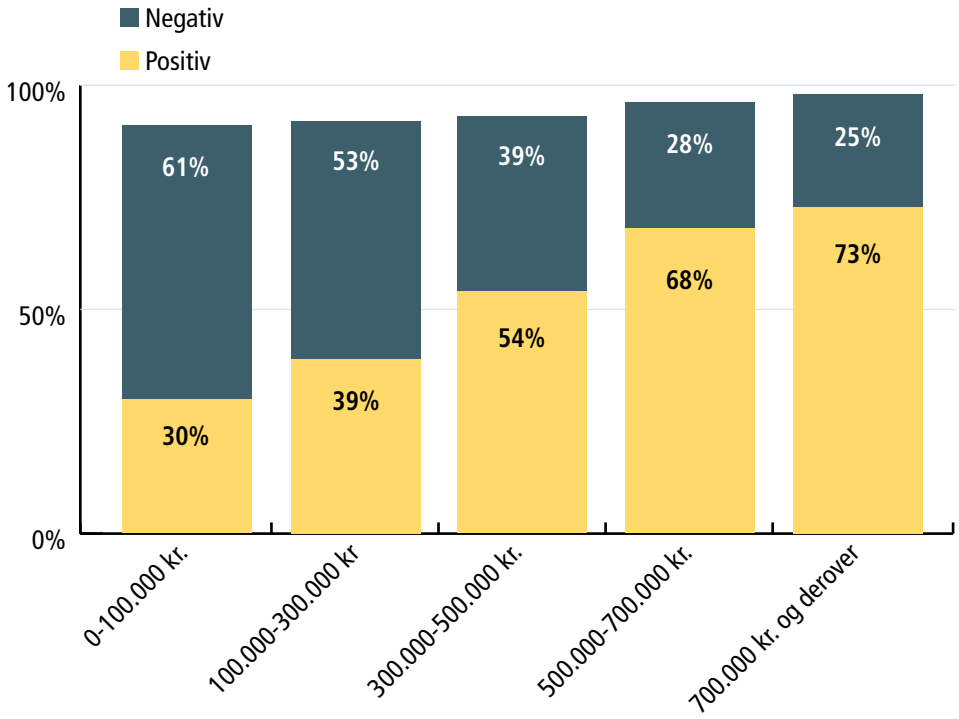
Danskerne er delt i holdning



Kilde: Gallup for FOA 2010, pga. afrunding giver 14 procent og 34 procent 47 procent.

hurtigere behandling end folk uden en privat sundhedsforsikring.
Tjener man mere end 300.000 kr., så er størstedelen positive over for det.
Og jo større indkomsten er jo mere positiv er man. Se figuren på nedenfor

"Hvad synes du om, at man med en privat sundhedsforsikring kan få hurtigere behandling end folk uden en privat sundhedsforsikring?"



Kilde: Gallup for FOA. Ved ikke-svar indgår ikke i opgørelsen (mellem 2 og 9 procent.).

Offentlig betaling til private hospitaler mere end tredoblet

I 2002 trådte "Det Udvidede Frie Syghusvalg" i kraft. Det omtales nu også som behandlingsgarantien. Behandlingsgarantien blev i 2007 sat ned fra to måneder til en måned.

Det frie sygehusvalg betyder, at hvis det offentlige sygehusvæsen ikke kan sikre behandling inden for én måned, så har patienter ret til behandling på privathospital – betalt af det offentlige.

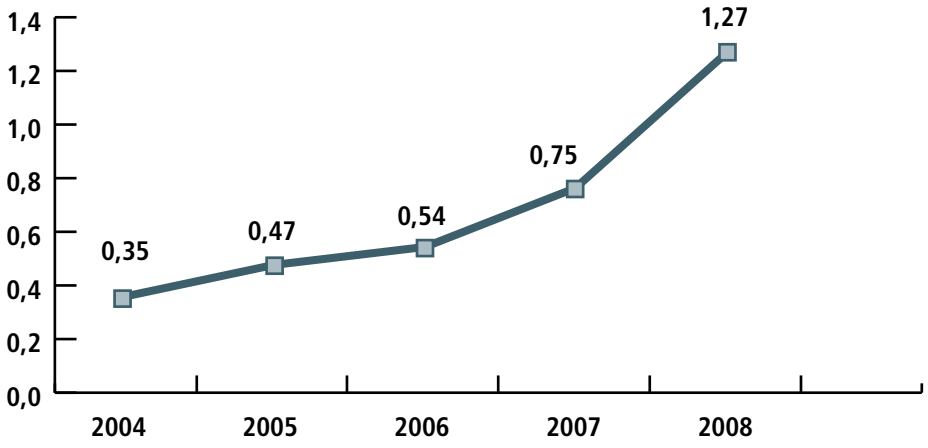
I AE-Rådets rapport Offentligt tilskud til private sygehuse fra 2008 opgøres patiensammensætningen på privathospitaler således:

»På sygehusområdet har man de senere år set en stærk vækst i den private sektor. De private sygehuses patienter består overvejende af to grupper:
- personer med en privat sundhedsforsikring,
- personer, der får behandlingen betalt af det offentlige, fordi det offentlige ikke selv kan opfylde sin behandlingsforpligtelse.«

Udviklingen i det udvidede frie sygehusvalg har medført, at der udføres flere og flere behandlinger i privat regi. I 2004 betalte det offentlige for behandlinger til en værdi af 0,35 mia. kr. på de private hospitaler. I 2008 var værdien vokset til 1,27 mia. kr.

Samtidig er antallet af opererede i privat regi vokset fra 4.000 i 2001 til 54.000 i 2008. En vækst på mere end 40 procent om året. Samlet set er antallet af operationer vokset med 3 procent om året.

Værdien af offentligt betalte aktiviteter på de private sygehuse 2004-2008, Mia.kr. (2009-PL)



Kilde: Danske Regioner på baggrund af Landspatientregisteret. Værdierne er pris- og løn-reguleret til 2009-niveau.

Antal opererede i ambulant, stationært og privat regi, 2001 til 2008

	2001	2008
Privat	4.000	54.000
Stationært	284.000	290.000
Ambulant	186.000	243.000
I alt	**473.000**	**587.000**

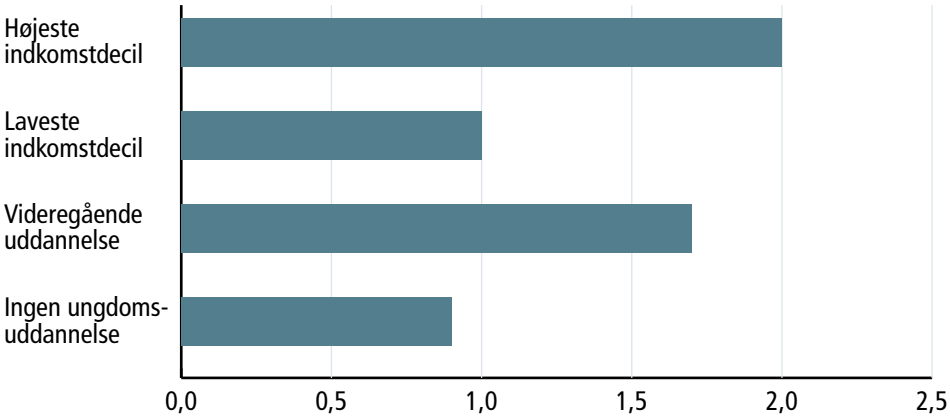
Kilde: Sundhedsstyrelsen pba. Landspatientregistret.

Det offentlige betaler i højere grad de riges behandlinger

Selv når der er tale om personer, der henvises fra det offentlige og deres behandling betales på det offentliges regning, så tyder meget på, at der heller ikke er lighed i behandlingerne her. Det er i højere grad folk, der tjener godt og har en høj uddannelse, der bliver behandlet på privathospitaler.

AE-Rådet har i en undersøgelse dokumenteret, at 2 procent af alle behandlinger gik til de rigeste på privathospitaler, betalt af det offentlige. Til sammenligning var det kun 1 procent af behandlingerne, der gik til de fattigste, på privat hospital. Der er altså forskel på i hvor høj grad privathospitalerne behandler rige og fattige, også selvom det offentlige betaler. Det tyder på, at det frie valg i særlig grad kommer de bedst stillede til gavn. Se figuren nedenfor.

Procentvis behandlede på privathospitaler betalt af det offentlige – 2007



Kilde: AE-Rådet, 28. april 2008 (Decil er 10 procent. Dvs. "højeste indkomstdecil" svarer til de 10 procent rigeste i Danmark).

Befolkningen: De offentlige hospitaler skal selv opfylde behandlingsgarantien

Hovedparten af danskerne (85 procent) er enige eller meget enige i, at man bør arbejde for at tilføre de offentlige hospitaler tilstrækkelige ressourcer til at kunne opfylde behandlingsgarantien selv[3].
Desuden er langt størstedelen (81 procent) enige i, at offentlige hospitaler i videst mulige omfang skal henvise til andre offentlige hospitaler for at opfylde behandlingsgarantien[4].

Offentlige hospitaler straffes – privathospitaler belønnes

Der har de seneste år været kritik af den afregning, som private hospitaler har fået. Kritikken er gået på, at de private er blevet overbetalt for behandlingerne. Det har da også resulteret i, at der i 2010 blev aftalt takster til afregning af private, der er lavere end hidtil.
Når et privat hospital skal behandle en patient, der er henvist fra det offentlige, så ved det private hospital på forhånd, hvad indtægten er.
Når et offentligt hospital skal behandle en patient, så er det mere usikkert, hvor meget den enkelte afdeling får. Afdelingen ved, at den skal nå op på lige så mange behandlinger som året før – og helst flere. Men hvis den enkelte afdeling behandler flere end forudsat, så er der forskellige måder at afregne på. Det betyder, at det ikke altid er sikkert, at den enkelte afdeling får dækket udgifterne, hvis de behandler flere end forventet.
Det er det problem, der opstod i 2009 på de danske sygehuse, hvor flere hospitaler er kommet til at behandle for mange. Der har været en tårnhøj aktivitet. Men det

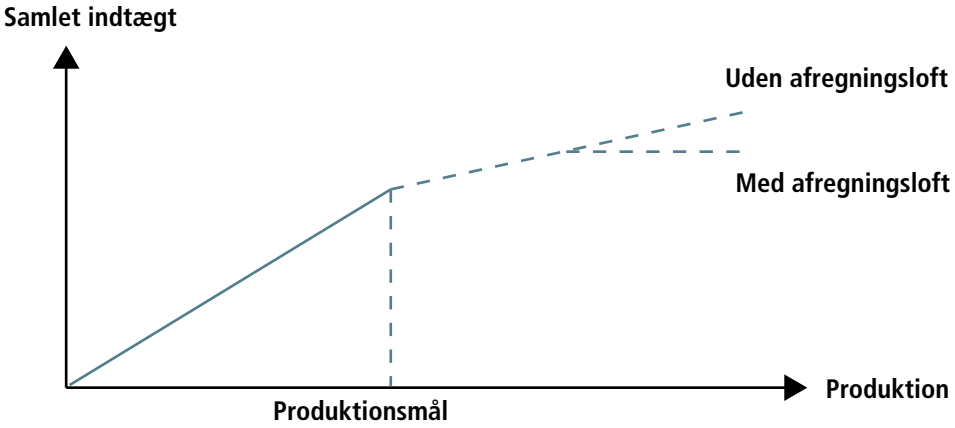
[3] © TNS Gallup for FOA
[4] © TNS Gallup for FOA

har betydet, at man har haft flere udgifter end der var indtægter til og dermed, at der er kommet flere store underskud på hospitalerne, som hospitalerne skal betale tilbage.

De private hospitaler er mere sikre på, at hvis der kommer ekstra patienter – f.eks. hvis patienter henvises pga. det udvidede frie sygehusvalg - så kommer betalingen også.

Nedenfor ses en grafisk beskrivelse af, hvordan man fra statens side kan begrænse udgifterne til behandlinger på offentlige sygehuse ved at indføre et afregningsloft – det betyder, at de sidste patienter, der behandles, ikke udløser betaling – som det ville være tilfældet, hvis det var behandling på privat hospital.

Indtægter i takststyringsmodel med og uden afregningsloft[5]



Kilde: H:S. Evaluering af takststyring på sygehusområdet 2005.

[5] "Økonomi og styring i sygehusvæsenet", Dansk Sundhedsinstitut, maj 2010

Flertal: Nej til offentligt ansattes bijob

Der har i 2009 og starten af 2010 været en del debat om det offentligt ansatte sundhedspersonales bijobs på private hospitaler. Der har i debatten været argumenter om, at behandlingsgarantien er blevet en hæmsko for udvikling af det offentlige sundhedsvæsen, da manglende kapacitet i offentligt regi betyder, at der kan henvises til privat behandling, hvor samme personale har bijob.

To tredjedele af danskerne (68 procent) er uenige eller meget uenige i, at ansatte på et offentligt hospital må have bijob med samme arbejde på et privat hospital[6].

Der har også i starten af 2010 været debat om og eksempler på, hvad der kan ske, når man sammenblander sundhedsinteresser og økonomiske interesser. Et eksempel er ørelægers økonomiske interesse i salg af høreapparater.
Siden det for snart 10 år siden blev muligt med private høreklinikker, er der sket en stigning på 80 procent i antallet af udleverede høreapparater. I en gennemgang af Erhvervs- og Selskabsstyrelses database konkluderer Jyllands-Posten at 26 procent af ørelægerne samtidig ejer private høreklinikker, der sælger høreapparater med offentligt tilskud[7].

[6] © TNS Gallup for FOA
[7] Jf. artikel "Ørelæger henviser til sig selv" 22. juni 2010 på www.dr.dk

FOA
FAGOGARBEJDE

Staunings Plads 1-3
1790 København V

Tlf.: 46 97 26 26
www.foa.dk