

SUNDHEDSFORSIKRINGER GIVER EN SVAG FORBEDRING AF DE OFFENTLIGE FINANSER

Dette notat belyser effekten af sundhedsforsikringer på de offentlige finanser. Notatet viser, at sundhedsforsikringer samlet set giver en svag forbedring af de offentlige finanser på godt 300 mio. kr. Dette er et resultat af to modsatrettede effekter. På den ene side betaler lønmodtagerne ikke skat af deres sundhedsforsikringer. Havde lønmodtagerne i stedet modtaget forsikringspræmien som skattepligtig indkomst, ville dette give et skatteprovenu på ca. 760 mio. kr. Dermed forværrer skattefritagelsen isoleret set de offentlige finanser. På den anden side aflaster behandlingerne, der foretages gennem sundhedsforsikringerne, de offentlige finanser. Dels aflaster sundhedsforsikringerne de offentlige sundhedsudgifter, idet delvist privatfinansierede forsikringer dækker nogle af de private behandlinger, som alternativt ville blive udført i offentligt regi. Dette forbedrer isoleret set de offentlige finanser med 770 mio. kr. Dels aflaster sundhedsforsikringerne det offentlige sygedagpengeudbetalinger idet sundhedsforsikringer reducerer ventetiden og gør, at folk i gennemsnit kommer 1,16 uge hurtigere tilbage på arbejde efter en sygdomsperiode. Dette forbedrer isoleret set de offentlige finanser med omkring 310 mio. kr.

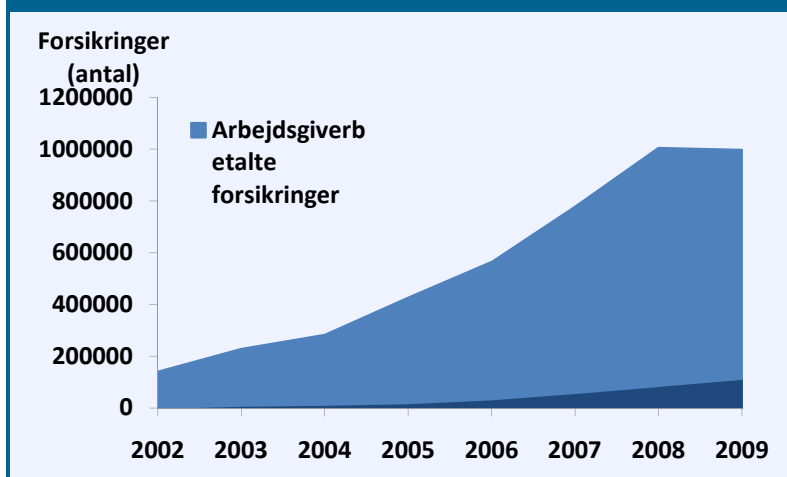
Sundhedsforsikringer forbedrer de offentlige finanser

Sundhedsforsikringer er forsikringer, der dækker et behandlingsforløb hos en privat leverandør af sundhedsydelser i forbindelse med sygdom. Det kan eksempelvis være en operation på et privathospital.

I 2002 blev der indført en lovændring i Ligningsloven, der muliggør skattefritagelse for arbejdsgiverbetalte sundhedsforsikringer. Som konsekvens¹ af denne ændring har der været en stærk vækst i antallet af sundhedsforsikrede, jf. Figur 1. I 2002 var der 141.500 forsikrede lønmodtagere, mens der i 2009 var 998.548 forsikrede. I 2009 udgjorde aktiviteter foretaget på privathospitaler omkring 2 pct. af de samlede aktiviteter i sundhedssektoren.

Af de 2 pct. var omkring en tredjedel behandlinger foretaget gennem sundhedsforsikringer svarende til omkring 40 pct. af privathospitalernes omsætning².

Figur 1. Antal sundhedsforsikrede i Danmark i perioden 2002-2009



Kilde: Forsikring & Pension

¹ Kilde: Det økonomiske råd: Dansk økonomi, efterår 2009.

² Indenrigs- og Socialministeriet (2010): Analyse af aktiviteten i sygehusvæsenet, DSI (2010): Private sundhedsforsikringer og BPK(2010): Branchestatistik 2010.

Selvom det er en relativt beskednen andel af aktiviteten, som foretages gennem sundhedsforsikringer, kan sundhedsforsikringerne dog godt have gavnlige effekter for produktiviteten på de øvrige offentlige sygehuse. Det skyldes, at styrkelsen af privathospitalerne gennem sundhedsforsikringerne kan lægge et konkurrencepres på de offentlige hospitaler og derigennem skabe øget produktivitet, innovation og patientfokus³.

Samlet set giver sundhedsforsikringer en svag forbedring af de offentlige finanser

Sundhedsforsikringerne vurderes samlet set til at bidrage positivt til de offentlige finanser. Dette er et resultat af to modsatrettede effekter. På den ene side 'mister' det offentlige skatteindtægter som følge af skattefritagelsen på sundhedsforsikringer. På den anden side aflaster behandlingerne, der foretages gennem sundhedsforsikringerne, de offentlige sundhedsudgifter og de offentlige udgifter til sygedagpenge. Den samlede budgeteffekt fremgår af tabel 1. Resultatet er en svag forbedring på godt 300 mio. kr.

Tabel 1. Effekt på de offentlige finanser, 2009 (mio. kr.)

	Budgeteffekt (Middel effekt)	Scenarie 1: Høj effekt	Scenarie 2: Lav effekt	Scenarie 3: Ekstra lav effekt
Antagelse	67% aflastning	85% aflastning	50% aflastning	50 % aflastning og 70% priseffekt
Skatteindtægter ved skat på 47 pct., inkl. ekstraintægter fra afgifter	-759	-759	-759	-759
Aflastning af offentlige sundhedsudgifter	769	971	571	393
Aflastning af de offentlige sygedagpengeudbetalinger	308	380	280	280
Total	318	592	92	-86

Anm.: Beregningerne uddybes i de følgende afsnit
Kilde: CEPOS

Tabel 1 indeholder – foruden budgeteffekten – 3 scenarier. Scenarie 1 er et radikalt scenarie. Her antages det, at 85 pct. af de behandlinger, der foretages gennem sundhedsforsikringerne, aflaster det offentlige sundhedsvæsen. Endvidere antages en betydelig aflastning af udgifterne til sygedagpenge. Scenarie 2 er et konservativt scenarie. Her antages det, at kun halvdelen af de behandlinger, der foretages gennem sundhedsforsikringerne, reelt aflaster det offentlige sundhedsvæsen. Endvidere antages det, at der alene er aflastning af udgifterne til sygedagpenge fra dem som i dag er langtidssyge. Scenarie 3 er et *meget* konservativt scenarie. Her antages det endvidere – foruden de antagelser der er angivet i scenarie 2 – at de offentlige hospitaler kan udføre behandlinger til omtrent 70 pct. af det, det koster på privathospitalerne.

De bagvedliggende forudsætninger og beregninger gennemgås i detaljen i de følgende afsnit.

³ Konkurrencereguleringen (2003) skriver: "Desuden giver de private tillægssforsikringer indirekte konkurrence til de offentlige sygehuse. Det sker i kraft af det udvidede frie sygehusvalg. De private tillægssforsikringer skaber grobund for flere private sygehuse. Og private sygehuse er en forudsætning for, at patienter uden tillægssforsikringer kan udnytte det udvidede frie sygehusvalg. Dermed er private tillægssforsikringer indirekte med til, at det udvidede frie sygehusvalg giver konkurrence til de offentlige sygehuse."

Skattefritagelsen koster 760 mio. kr.

Lønmodtagerne betaler ikke skat af deres sundhedsforsikringer. Det skyldes, at sundhedsforsikringer i dag betragtes som et skattefrit personalegode. Det betyder, at medarbejderen ikke beskattes af præmien eller af den behandling, som evt. modtages. Skattefritagelsen forudsætter dog, at alle i virksomheden har mulighed for at deltage i ordningen samt at der foreligger en lægehenvielse før en evt. behandling. Virksomheden kan fratække sin udgift til sundhedsforsikringerne i sit skattepligtige overskud, fordi der på samme måde som løn er tale om en fradragsberettiget driftsomkostning.

Havde lønmodtagerne – i stedet for at få en sundhedsforsikring – modtaget forsikringspræmien som løn, da skulle de betale skat af beløbet. Dette ville give et umiddelbart skatteprovenu på lidt over 600 mio. kr.⁴ Hertil kommer det beløb, som staten modtager, når lønmodtageren i stedet køber momspligtige varer for sin ekstra lønudbetaling. Tages der således højde for afgifter⁵, medfører skattefritagelsen et provenutab på 760 mio. kr. Det er det skatteprovenu, som det offentlige 'mister' som følge af skattefritagelsen. Skattefritagelsen forværrer således isoleret set de offentlige finanser. Denne effekt er ens for alle scenarier.

Sundhedsforsikringernes aktivitet aflaster med 770 mio. kr.

Tilslutningen til sundhedsforsikringer medfører, at nogle af de behandlinger, der tidligere fuldt ud var finansieret af det offentlige igennem skattebetalinger, nu delvist er privat finansieret. At de privatfinansierede behandlinger i dag erstatter nogle af de offentlige behandlinger, kan forklares ved, at patienterne før behandling⁶ først skal have en lægehenvielse. Dvs. at uanset om patienten ønsker at gøre brug af det offentlige sundhedsvæsen eller et privat hospital gennem sundhedsforsikringen, så skal lægen først visitere og dernæst erklære patienten egnet til en behandling. Lægen fungerer således som gatekeeper og sender kun de patienter videre, som har brug for behandling.

At nogle af de privatfinansierede behandlinger formentligt erstatter offentligt finansierede behandlinger fremgår også af Velfærds Kommissionens rapport, 'Fremtidens velfærd – vores valg', som på denne baggrund anbefaler at bruge præmieudbetalingerne fra sundhedsforsikringerne som et øvre mål for, hvor meget sundhedsforsikringerne bidrager til at aflaste de offentlige finanser, jf. boks 1.

Boks 1. Velfærds Kommissionen

I rapporten 'Fremtidens velfærd – vores valg' argumenteres der for, at en andel af patienterne, der behandles via sundhedsforsikringerne, ville henvende sig hos det offentlige sundhedsvæsen, hvis ikke de havde haft en sundhedsforsikring.

"Sundhedsforsikringerne tilfredsstiller en del af efterspørgslen efter sundhedsydelse. En del af patienterne, der behandles via sundhedsforsikringerne, ville henvende sig hos det offentlige sundhedsvæsen, hvis ikke sundhedsforsikringerne fandtes. Men der vil formentligt også være patienter, der ikke opfatter det offentlige tilbud som et alternativ, og derfor ville vælge at betale selv eller slet ikke efterspørge ydelsen. Præmieudbetalingerne fra sundhedsforsikringerne kan således ses som et øvre mål for, hvor meget sundhedsforsikringerne bidrager til at aflaste de offentlige finanser".

Kilde: Velfærds Kommissionen (2005), *Fremtidens velfærd - vores valg*, kap. 16

I 2009 udbetalte forsikrings selskaberne – på baggrund af sundhedsforsikringerne – 1,1 mia. kr. til arbejdsgiverbetalte sundheds ydelser⁷. Denne udbetaling kan ifølge Velfærds Kommissionen bruges som et øvre mål for aflastningen af de offentlige finanser. At forsikrings selskabernes udgifter til sundheds ydelser er et øvre mål for aflastningen skyldes først og fremmest, at det

⁴ Det antages, at den gennemsnitlige pris for en sundhedsforsikring er 1428 kr., at der er 998.548 sundhedsforsikrede hvoraf 88,7 pct. er arbejdsgiverbetalte samt at den gennemsnitlige marginalskat for sundhedsforsikrede er 47 pct.
Kilde: Forsikring og Pension og Skatteministeriet.

⁵ Her regnes med en tilbageløbskorrigeringsprocent på 24,5 pct. for afgifter (oplyst fra skatteministeriet).

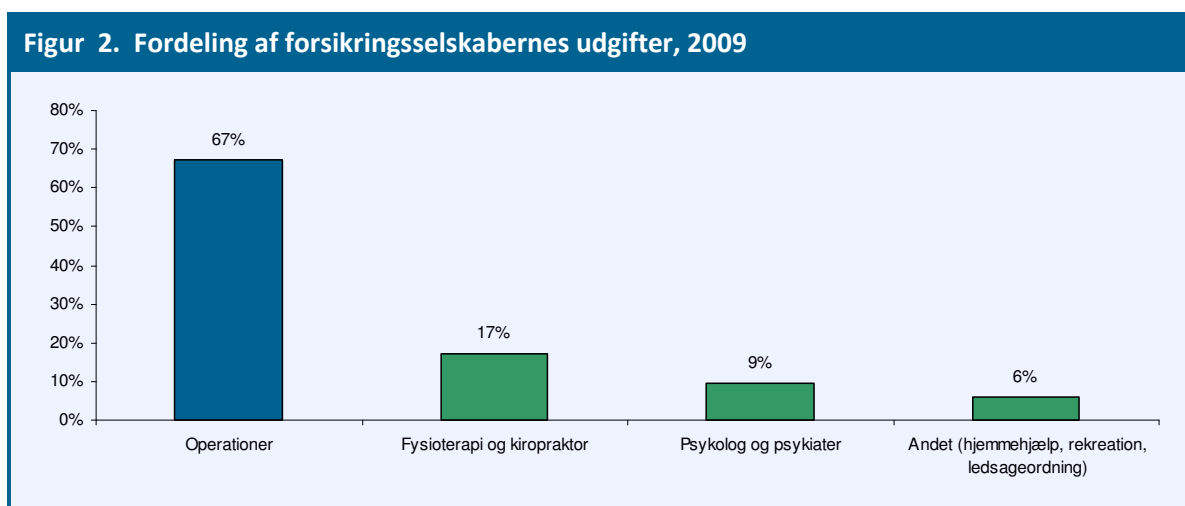
⁶ Det skal nævnes, at enkelte behandlinger ikke kræver en forudgående visitation.

⁷ I 2009 var bruttoerstatningsudgifterne ifølge Forsikring og Pension 1.288 mio. kr. Heraf er 88,7 pct. arbejdsgiverbetalte.
Kilde: Forsikring og pensions hjemmeside.

ikke er alle de behandlinger, der udføres gennem sundhedsforsikringerne, som rent faktisk udbydes af det offentlige sundhedsvæsen.

For eksempel er nogle af de behandlinger, som tilbydes gennem sundhedsforsikringen - herunder behandlinger hos psykologer, kiropraktorer etc. – kun i begrænset omfang tilbudt gennem det offentlige sundhedsvæsen. Når behandlinger ikke udbydes af det offentlige, så kan de private sundhedsforsikringer strengt taget heller ikke være en aflastning af de offentlige finanser.

For at beregne den reelle aflastning må man derfor sammenligne de behandlinger, der foretages gennem sundhedsforsikringen med de behandlinger, der foretages offentligt. Figur 2 nedenfor viser fordelingen af de sundhedsydelser (målt i kr.), der i 2009 blev foretaget under sundhedsforsikringsordningen.



Kilde: Forsikring & Pension

Af figur 2 fremgår det, at 67 pct. af udbetalingerne fra forsikringssselskaberne i 2009 gik til operationer. Der er her typisk tale om hofte-, knæ- og rykirurgi - operationer som også udføres i offentligt regi. De øvrige 33 pct. af udbetalingerne – d.v.s. udgifter til fysioterapi, kiropraktor, psykolog, psykiater, hjemmehjælp, rekreation og ledsageordning – er behandlinger, der slet ikke eller kun i begrænset omfang finansieres af det offentlige.

Budgeteffekt (Middel effekt)

Som udgangspunkt for en beregning af aflastningen medtages således kun de *operationer*, der er foretaget gennem sundhedsforsikringen. Dvs. det antages, at kun 67 pct. af udbetalingerne fra forsikringssselskaberne reelt er en aflastning af det offentlige. Det skyldes, at operationerne med sikkerhed også udføres i det offentlige og derfor erstatter offentligt finansierede ydelser. Dette udgør baselinescenariet. Med det udgangspunkt aflaster de privatfinansierede behandlinger i dag det offentlige sundhedsvæsen med 770 mio. kr. Dette forbedrer de offentlige finanser.

Scenarium 1: Høj effekt

Fortalere for sundhedsforsikringer vil mene, at denne beregning undervurderer aflastningen. Argumentet er, at de behandlinger som ikke medtages – fysioterapi, kiropraktor, psykolog og psykiater m.m. – til tider erstatter offentlige ydelser og andre gange virker direkte forebyggende.

Endvidere må man forvente, at hvis ikke der fandtes sundhedsforsikringer, som muliggjorde, at lønmodtagerne kunne gøre brug af f.eks. fysioterapeuter, kiropraktorer, psykologer og psykiatere, så ville der skabes et pres for, at det offentlige i langt større omfang begynder at tilbyde disse ydelser.

Man kan således ikke helt udelukke, at de øvrige 33 pct. af forsikringsselskabernes udbetalinger bevirker, at færre patienter senere ender op på de offentlige hospitaler. Derfor beregnes et scenarie, hvor det antages at aflastningen er 85 pct. af udbetalingerne fra forsikringsselskaberne. Dette giver en aflastning af det offentlige sundhedsvæsen på 970 mio. kr.

Scenarium 2: Lav effekt

Kritikere af sundhedsforsikringer vil omvendt mene, at budgeteffektscenariet overvurderer aflastningen. Argumentet er, at private sundhedsforsikringer slet ikke eller kun i meget beskedent omfang vil aflaste presset på det offentlige sundhedsvæsen, fordi de operationer, som foretages gennem de private sundhedsforsikringer, alene er en slags ekstraaktivitet⁸. De operationer som foretages, anses således som 'overbehandlinger'. Kritikere betvivler således behovet for de operationer, der foretages gennem sundhedsforsikringerne⁹.

Man må dog antage, at det ikke er alt, der laves gennem sundhedsforsikringen, som kan være ekstraaktivitet. Der er to argumenter for dette. For det første må man antage, at den enkeltes ubehag ved at blive opereret modvejer unødige operationer. Ganske enkelt får man ikke opereret et knæ, med mindre der er noget i vejen med det. For det andet må man antage, at lægen overholder sit lægeløfte og kun henviser patienter, der faktisk har behov for en operation.

For at imødegå denne indvending, beregnes således et scenarie, hvor det antages, at kun 50 pct. af de behandlinger¹⁰ – som foretages gennem sundhedsforsikringen – reelt aflaster et offentligt hospital. Dette giver en aflastning af det offentlige på 570 mio. kr.

Scenarium 3: Ekstra lav effekt

I ovenstående beregningerne af aktivitetsaflastningen antages det implicit, at forsikringsselskabernes betalinger til privathospitalerne giver en 1:1 aflastning af de offentlige hospitaler. Dette bygger på den forudsætning, at de operationer, som udføres i privat regi gennem sundhedsforsikringen, ikke er dyrere, end hvis de udføres i offentligt regi. Nogle kritikere af sundhedsforsikringer vil dog anføre at dette ikke er tilfældet. De mener, at private behandlinger er dyrere end offentlige, idet de offentlige på *marginalen* kan udføre operationer til 50-60pct. af DRG-taksten. Denne antagelse er baseret på, at de offentlige hospitaler – selv på lang sigt – ikke tilpasser deres produktion til patienternes behov og dermed har 'fri kapacitet'¹¹. Dette betyder, at offentlige hospitaler kan udfører behandlinger til omtrent 70 pct.¹² af, hvad det koster på privathospitalerne, idet privathospitalerne i gennemsnit opererer til omkring 80pct. af DRG-taksten¹³.

⁸ Denne kritik er affødt af, at der udføres flere og flere operationer i Danmark i dag. F.eks. blev der opereret godt 105.900 flere personer i 2006 sammenlignet med 2001. Dette svarer til en stigning på godt 22 pct. Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2007): Regerings resultater, sundhedsområdet.

⁹ Der foreligger ingen danske studier, der dokumenterer denne overbehandling eller dens omfang. Der er dog udenlandske studier, der indikerer, at borgere med sundhedsforsikringer har et større forbrug af sundhedsydelser end borgere uden sundhedsforsikringer. Se f.eks. artikler som denne fra Health Economics: Moreira og Barros (2010), Double health insurance coverage and health care utilisation: Evidence from quantile Regression. I det omfang man kan bruge udenlandske studier i en dansk kontekst, er det dog stadig svært ved økonometriske metoder at afgøre, om det skyldes at sundhedsforsikrede reelt har et større forbrug af sundhedsydelser pga. sundhedsforsikringen, eller om sundhedsforsikrede blot er mere bange for at blive syge end andre og derfor har et særligt stort fokus på sundhed.

¹⁰ Ved at foretage så konservativt et skøn, tages højde for den indvending, at sundhedsforsikringerne – selv når sundhedsforsikringerne er et supplement til det offentlige sundhedsvæsen – muligvis fører til flere behandlinger eller et kortsigtet øget lønpres i sundhedssektoren.

¹¹ Kritikere af sundhedsforsikringer vil her sige, at de offentlige hospitaler på *marginalen* kan udføre operationerne billigere end privathospitalerne, dvs. til 50-60 pct. af DRG-taksten. Dette er imidlertid et argument, der kun holder så længe de offentlige hospitaler har 'fri kapacitet'. Antages det imidlertid, at de offentlige hospitaler i dag har optimeret deres produktion til patienternes behov, må den fri kapacitet være begrænset. Det kan således kun være et fåtal af operationerne, som kan udføres til 50-60pct. af DRG-taksten. De patienter som det offentlige ikke ville kunne 'absorbere' på kort sigt ville komme på venteliste. På længere sigt, vil det offentlige således være nødsaget til at udvide deres kapacitet. Dette kræver ekstra investeringer i f.eks. læger, sygeplejersker, nye stuer og nyt udstyr. De operationer, som herefter foretages, skal derfor fuldt ud dække de faste omkostninger, og operationerne må forventes at kunne udføres til 100pct. af DRG-taksten. I dette tilfælde vil operationer på offentlige hospitaler ikke være billigere end på privathospitalerne.

¹² Dvs. 55 pct./80pct.-70pct. Der tages her den konservative antagelse, at privathospitalernes alene kan operere til den gennemsnitlige DRG-takst.

¹³ Af Sundhedsministeriets 'Katalog over referencetakster 2010' foreslås en betaling til de private hospitaler, der lægger mellem 10-30 pct. under betalingen til de offentlige sygehuse. Privathospitalerne siges i dag i gennemsnit på tværs af

Nogle kritikere vil endvidere anføre, at sundhedsforsikringer fører til dyrere behandlinger, end hvis det offentlige selv videresendte opgaverne til privathospitalerne. Forudsætningen for dette argument er, at det offentlige kan få en bedre pris for behandlinger end forsikringsselskaberne. Der foreligger ingen undersøgelser om dette rent faktisk er tilfældet¹⁴.

Skulle man således imødegå den indvending, at der ikke er en 1:1 aflastning mellem private og offentlige hospitaler, da skulle man reducere aktivitetsaflastningen med prisforskellen. Antages det, at de offentlige hospitaler kan foretage behandlinger til 70 pct. af hvad privathospitalerne kan udføre behandlingerne til, da vil den samlede aflastning af det offentlige sundhedsvæsen være 390 mio. kr.

Sundhedsforsikringerne aflaster sygedagpengene for 310 mio. kr.

Hertil kommer en anden positiv effekt på de offentlige finanser. Sundhedsforsikringer bidrager til, at det offentlige har færre udgifter til sygedagpenge. Årsagen er, at dem der har en sundhedsforsikring i gennemsnit er kortere tid syge end dem, der ikke har en sundhedsforsikring. Dette skyldes, at de sundhedsforsikrede kan komme hurtigere i behandling på de private hospitaler, hvor ventetiden er kortere. Der spares således sygedagpengeudbetalinger som følge af, at nogle har en sundhedsforsikring.

Budgeteffekt (Middel effekt)

Når man skal beregne sygedagpengebesparelsen, så skal man tage højde for to effekter. For det første vil alle de langtidssyge, der har en sundhedsforsikring, spare 1,16 uge¹⁵ i sengen. Dette vil give en besparelse på 280 mio. kr. For det andet, vil en lille andel af de kortvarigt syge, der har en sundhedsforsikring, undgå at blive langtidssyge pga. den hurtige behandling de kan få via sundhedsforsikringen. Her er således også en sygedagpengebesparelse. Antages det, at de kortvarigt syge også kan spare 1,16 uge i sengen, da vil besparelsen være 28 mio. kr. I alt giver dette samlet en besparelse på omkring 310 mio. kr.¹⁶, jf. tabel 3.

behandlingskoder at få 80 pct. af DRG-taksten. Den lavere betaling af privathospitalerne skyldes, at privathospitalerne ikke som de offentlige hospitaler har akutberedskab, vagtberedskab, uddannelsespligt og forskning.

¹⁴ Der foreligger ingen undersøgelser heraf. Man må dog antage, at forsikringsselskaberne skeler til de offentlige priser (regionstaksterne), som ligger tilgængeligt for alle, når de skal forhandle priser med privathospitalerne. En hurtig rundspørge blandt tre store forsikringsselskaber viser, at forsikringsselskabernes priser ligger omkring 5 -10 pct. højere. Dette kan dog skyldes, at forsikringspatienter og offentlige patienter ikke modtager helt samme ydelse. F.eks. har patienter, som er henvist gennem det udvidede frie sygehusvalg, oftest allerede fået foretaget en diagnose samt forudgående undersøgelser. Disse patienter skal blot opereres. Forsikringspatienter, derimod, gennemfører hele forløbet på privathospitalet. Tages der højde for prisforskellen, vil dette muligvis reducere aflastningen en smule. Det er endvidere usikkert om det offentlige gennem udbud (på lang sigt) vil kunne få en pris, der er lavere end forsikringsselskaberne.

¹⁵ Estimatet stammer fra Forsikring og Pension (2010): 'Er sundhedsforsikrede mindre syge end uforsikrede?'. Det bør nævnes, at dette estimat muligvis er for højt, da Forsikring og Pension i deres estimation ikke tager højde for selection bias på firmaniveau. Dvs. at de ikke tager højde for, om det primært er sunde virksomheder (med sunde medarbejdere), som vælger at tilbyde sundhedsforsikringer. Dette vil reducere estimatet på 1,16 uge. Ifølge F&P er der dog også selection biases, der peger i den anden retning, hvilket vil øge estimatet. Det er ikke muligt at opgøre, hvad der vejer tungest, hvorfor estimatet på 1,16 uge benyttes i ovenstående beregninger.

¹⁶ Dette resultat adskiller sig fra Forsikring og Pension (2010): 'Er sundhedsforsikrede mindre syge end uforsikrede?' som beregner sygedagpengene til 800 mio. kr. Forskellen skyldes, at Forsikring og Pension implicit antager, at de kortvarigt syge sparer 17,2 uge (dvs. den gennemsnitlige længde af et sygdomsforløb, når man først er blevet langvarigt syg) og ikke 1,16 uge.

Tabel 3. Besparelse af sygedagpenge for langtidssyge (> 3 uger)

Langtidssyge	Kilde
I. Antal færre uger man er langtidssyg, hvis man har en sundhedsforsikring	1,16 Forsikring og Pension (2010)
II. Antal hændelser for sundhedsforsikrede i 2009	Egen beregning baseret på 66.640 oplysninger fra DST og DA
III. Sygedagpenge pr. uge	3.625 Beskæftigelsesministeriet
IV. Sparede udgifter til sygedagpenge (I. * II. * III.)	280 mio. kr
Kortvarigt syge	
a. Antal hændelser i 2009	Egen beregning baseret på 7.000 Forsikring og Pension (2010)
b. Antal færre uger man er langtidssyg, hvis man har en sundhedsforsikring	1,16 Forsikring og Pension (2010)
c. Sygedagpenge pr. uge	3.625 Beskæftigelsesministeriet
d. Sparede udgifter til sygedagpenge (a. * b. * c.)	28 mio. kr
Total	308 mio. kr.

I beregningen ovenfor benyttes 1,16 uge som estimat for forkortelsen af sygdomsforløbet for kortvarigt syge¹⁷. Dette skyldes, at F&P har beregnet, at alle der er langvarigt syge kan spare 1,16 uge i sengen, hvis de har en sundhedsforsikring. Man kan dog diskutere, om det er rigtigt, at bruge estimatet på 1,16 uge – som er beregnet over populationen af langtidssyge – som estimat for besparelsen af sygedagpenge for de kortvarigt syge. På den ene side kan man argumentere for, at tallet skulle være større.

Scenarium 1: Høj effekt

Nogle af de behandlinger, der foretages gennem sundhedsforsikringen, er psykologbehandlinger. Man kunne forestille sig sygdomme – f.eks. stress – hvor sygdomsforløbet kan blive meget langt, hvis ikke det tages i opløbet, dvs. før man bliver langtidssyg. Dette taler for, at estimatet skal være højere. I det langt de fleste sygdomme, som er dækket af sundhedsforsikringen, ikke er kendetegnet ved 'eskalerende sygdomsforløb', kan denne effekt derfor ikke være meget stor. Øges sygdomsperioden med eksempelvis 3 uger, vil aflastningen fra de kortvarigt syge øges til 100 mio.kr. Dette vil give en total aflastning på 380 mio. kr.

Scenarium 2 og 3: Lav og ekstra lav effekt

På den anden side kan man også argumentere for, at besparelsen på 1,16 uge for de kortvarigt syge er overvurderet. Dette skyldes, at kortvarigt syge har en kortere sygdomsperiode og dermed formentligt ikke kan spare lige så mange sygedage som følge af sundhedsforsikringen, som langvarigt syge. Som konservativt estimat ses der i scenarie 2 og 3 helt bort fra gruppen af kortvarigt syge og betragter kun gruppen af langvarigt syge. Den samlede besparelse er således 280 mio. kr.

Konklusion

Dette notat belyser effekten af sundhedsforsikringer på de offentlige finanser. Notatet viser, at sundhedsforsikringer svagt forbedrer de offentlige finanser med godt på 300 mio. kr. Dette tal skal naturligvis ses i lyset af, at de offentlige udgifter til sundhedsområdet i 2009 var på 134,3 mia. kr.¹⁸

¹⁷ Det skal bemærkes, at sygedagpengene i de forskellige scenarier ikke reduceres med den andel, som anvendes i aktivitetsaflastningen. Det skyldes, at de 1,16 uge er en gennemsnitsbetragtning over alle sundhedsforsikrede. Dvs. skulle antallet af hændelser i scenarium 1 reduceres til 85 pct., da skulle de 1,16 uge øges tilsvarende.

¹⁸ Jf. Sundhedsministeriet (2010), Tal på sundhed.

Det skal bemærkes, at der i ovenstående beregninger ikke er taget højde for, at sundhedsforsikringer også reducerer udgifterne til overførsler, som skyldes helbredsrelateret tidlig tilbagetrækning.

Hertil kommer, at sundhedsforsikringer må forventes at forkorte ventetiden på de offentlige hospitaler. Årsagen er, at jo flere der har en sundhedsforsikring, desto flere vil søge over i det private for at få behandling, da ventetiden i gennemsnit er kortere¹⁹. Det betyder samtidigt kortere ventetid på offentlige sygehuse, kortere behandling og at også offentlige patienter er kortere tid om, at komme tilbage på arbejde efter en sygdomsperiode²⁰.

Endeligt tager ovenstående beregninger ikke højde for, den positive effekt der er ved, at skattefritagelsen af sundhedsforsikringer virker som en reduceret skat på arbejde. Konsekvensen af dette er et øget arbejdsudbud og dermed en højere produktivitet i virksomhederne. Dette aflaster ligeledes de offentlige finanser.

Således må det konstateres, at sundhedsforsikringer fra et økonomisk perspektiv giver en svag forbedring af de offentlige finanser.

¹⁹ At dette ikke har været udviklingen de seneste år skyldes ifølge Bertil Haarder "efterdønninger af den langvarige strejke blandt sundhedspersonalet for et par år siden". (Politiken 22. september 2010, 'Sundhedsforsikringerne koster 700 millioner').

²⁰ Ifølge Det Økonomiske Råd, så kan private forsikringer forkorte ventetiden til offentlig behandling: "*Når de private forsikringer anvendes til finansiering af diagnostiske undersøgelser, kan forsikringerne reelt bruges til at forkorte ventetiden til offentlig finansieret behandling*". (Dansk økonomi, efterår 2009). I konkurrenceredegørelse 2003 står der, at "*De private sygeforsikringer er i dag til gavn for folk både med og uden en privat tillæggsforsikring. Folk med en privat tillæggsforsikring er sikret behandling på et privat sygehus og kan undgå ventetid. Når folk med egne tillæggsforsikringer springer ventelisten over, kommer det imidlertid også folk uden tillæggsforsikring til gavn. Det sker i form af kortere ventetider til de offentlige sygehuse.*"