

Arbejdspladserne og sundhedsforsikring

**Hvem og hvor mange har en sundhedsforsikring, hvorfor og med
hvilke effekter?**

**Foreløbige resultater fra spørgeskemaundersøgelse af syge-og
sundhedsforsikringer**

Kjeld Møller Pedersen

Jacob Nielsen Arendt

Astrid Kiil

Institut for sundhedstjenesteforskning, Forskningsenheden for sundhedsøkonomi

Syddansk Universitet

Indholdsfortegnelse Error! Bookmark not defined.

Resume	4
Indledning.....	8
De forskellige forsikringsordninger.....	8
'danmark'	10
Arbejdsgiverorganiserede forsikringer	12
- <i>skatteforhold og betaling af præmie</i>	12
- <i>ydelse i arbejdsgiverorganiserede forsikringer</i>	15
- <i>forsikringsbetingelser</i>	16
- <i>præmie</i>	16
Individuelle forsikringer i kommercielle forsikringsselskaber	18
- <i>forsikringsbetingelser</i>	18
- <i>præmie</i>	19
- <i>ydelse i privatforsikringerne</i>	19
Hvor mange har en syge-eller sundhedsforsikring?	19
Hvem betaler præmien for de arbejdsgiverorganiserede syge-eller sundhedsforsikringer og holdninger hertil?	21
Arbejdsgiverordning og kendetegn ved arbejdspladsen	23
Sundhedsforsikring og kendetegn ved de forsikrede	27
Sammenfattende explorativ logistisk regressionsanalyse.....	30
Sundhedsforsikring, forbrug af sundhedsydelser og sygefravær.....	33
- sygefravær	35
A og B hold?.....	38
Udsagn om virkningen af sundhedsforsikringer.....	38
Hvad dækker "A og B hold" over analytisk?	39
- <i>Øget ulighed</i>	39
- <i>Absolut og relativ lighed (i adgangen til behandling)</i>	41
Holdninger til og vurdering af sundhedsvæsenet og arbejdsgiverorganiserede forsikringer	43
- <i>Eksempler på spørgsmål og analysestrategi</i>	43
- <i>Opinionsbalance</i>	44

- <i>regressionsanalyse</i>	45
- <i>tabelanalyse</i>	47
Appendiks 1: Beregning af antal forsikrede/forsikringer	52
Appendiks 2: Fagforening og sundhedsforsikring på arbejdspladsen	55
Appendiks 3: Ligningslovens bestemmelser vedr. bl.a. sundhedsforsikringer.....	57
Appendiks 4: Illustration af medarbejderbetaling via lønreduktion ('bruttotræk') for arbejdsgiverorganiserede sundhedsforsikringer.....	59
Appendiks 5: Skattefritagelse af alkoholbehandling	60
Arbejdsgiverbetalt alkoholbehandling (<i>baggrundsnotat (L 97, 2001/2002), Skatteministeriet</i>).....	60
Appendiks 6: Forskellige alternative logistiske regressionsanalyser	62
Appendiks 7: Zoneterapi	64
Appendiks 8: Sygefravær	67
Deskriptive oplysninger.....	67
Analyse	73
- <i>Propensity score for at have en arbejdsgiverorganiseret forsikring</i>	74
- <i>Effekten af forsikringsstatus på sygefraværet det sidste år</i>	77
- <i>Propensity score for at have brugt sundhedsforsikring de sidste 12 måneder</i>	78
- <i>Effekten af aktiv brug af sundhedsforsikring på sygefraværet det sidste år</i> <i>(har benyttet forsikringen matchet med op til 3 nærmeste 'naboer' uden forsikring</i>	80
- <i>Effekten af aktiv brug af sundhedsforsikring på sygefraværet det sidste år</i> <i>(har benyttet forsikringen matchet med op til 3 nærmeste 'naboer' som har forsikring,</i> <i>men ikke benyttet den.....</i>	82
Litteratur	85

Resume

Dette er en foreløbig og oversigtlig afrapportering baseret på den største systematiske undersøgelse af syge-og sundhedsforsikringer i Danmark. Godt 5.400 mennesker mellem 18-75 år blev interviewet i juni måned 2009, jfr. Health Economics Paper 2009:3. Formålet med notatet er ikke at præsentere udtømmende analyser, men dels at give relevante baggrundsplysninger og dokumentation vedr. arbejdsgiverbetalte forsikringer, herunder skattespørgsmålet, dels præsentere beskrivende bivariate analyser vedr. kendetegn hos de forsikrede og virksomhederne og to effekter af forsikring: Forbrug af sundhedsydelser og sygefravær, der dog for begges vedkommende analyseres ved hjælp af regressionsanalyse. Endelig er der et særligt afsnit vedr. den såkaldte "A og B-hold-problematik", der dybest set drejer sig om evt. ulighedsfremmende aspekter ved syge-og sundhedsforsikringer.

Det første udkast forelå allerede oktober 2009, men forskellige forhold har gjort, at den endelige redigering er trukket ud, som dog samtidig har givet mulighed for medtage analysen i app. 8..

Fremstillingsformen afviger fra den mere traditionelle akademiske ved at være sprogligt mere direkte, ligesom der også bevidst er sparret på antallet af referencer.

	<i>'danmark'</i>	<i>Arbejdsgiverorganiserede forsikringer</i>	<i>Privattegnede forsikringer</i>
<i>Optagelsesbetingelser</i>	< 60 år og helbreds-betingelser, bl.a. må man ikke have en kronisk lidelse ved indmelding	Ansæt på virksomheden, men ingen egentlige helbreds-betingelser. Der kan forekomme karenstid for lidelser opstået før tegning af forsikring	Som hovedregel < 60 år og forskellige helbreds-betingelser, typisk vedrørende kroniske tilstande – evt. med en karenstid.
<i>Udløb</i>	I princippet ved død	Når man forlader virksomheden og/eller, når man forlader arbejdsmarkedet (dvs. 60-62 års alderen)	Typisk ved 65 eller 70 år.
<i>Præmie (2009-priser)</i>	Bortset fra basisforsikring ligger den årlige præmie mellem ca. kr. 1.300 og kr. 3.700 afhængig af dækningsomfang. Ingen aldersdifferentiering	Omkring kr. 1.700-2.000 per ansat – men varierer afhængig af såvel dækningsomfang som evt. pensionsordning og evt. virksomhedens størrelse.	Aldersafhængig og afhængig af dækningsomfang. For en 40 årig ca.kr. 2.800, en 50 årig ca. kr 4.500 og en 60-årig ca. kr. 6.000
<i>Skattestatus for præmie</i>	Ingen skattemæssig særstilling.	Værdien af forsikringen er skattefri for den forsikrede. – Ligningslovens § 30.Ingen ekstraordinær skattemæssig begunstivelse af arbejdsgiverne.	Ingen skattemæssig særstilling
<i>Dækning</i>	Tilskud til brugerbetalingsbelagte ordninger i det offentlige sundhedsvæsen. Ca 1/3 har ordning med tilskud til, men ikke fuld betaling for elektive operationer. Ikke akutbehandling	Elektive operationer, speciallæger, fysioterapi, kiropraktorbehandling m.m.. 100% betaling af udgifterne. Bortset fra operationer ofte limitering på antal behandlinger per år. Ikke akutbehandling eller tilskud til brugerbetalingsbelagte områder	Stort set som for de arbejdsgiverorganiserede ordninger.
<i>Antal forsikringer/-forsikrede</i>	2,1 mio. dækkede – ca. 1,8-1,9 mio. forsikrede (børn < 16 år r dækket via forældre. Ca. 600.000 har operationsdækning.	Ca. 900.000 forsikrede plus ca. 150-200.000 ægtefæller, der er medforsikret på forskellig vis	150-200.000 forsikrede

Der er tre forskellige typer af syge-og sundhedsforsikringer, jfr. ovenstående tabel. De dækker forskellige hændelser, har forskellige optagelsesbetingelser og finansieres ikke på samme måde: 1. Forsikring i 'danmark', 2. forsikring i kommercielle forsikringsselskaber via arbejdspladsen og 3. individuelt tegnede forsikringer i de kommercielle forsikringsselskaber.

En stor del af den dagsaktuelle debat drejer sig om de arbejdsgiverbetalte forsikringer. Størstedelen af denne rapport drejer sig om dem, men indledningsvis sættes de ind i en større sammenhæng. Dels ved en systematisk beskrivelse af de forskellige ordninger, herunder spørgsmålet skattestatus, dels ved en omfangsmæssig belysning, jfr. ovenstående tabel.

Syge-og sundhedsforsikringer bruges som fællesbetegnelse for samtlige ovenstående forsikringstyper, medens 'sundhedsforsikring' bruges om de arbejdsgiverorganiserede forsikringer. Udtrykket arbejdsgiverorganiseret bruges hyppigere end arbejdsgiverfinansieret for at markere to ting. Dels, at omkring 27% medarbejderne selv bidrager til finansieringen via brutto-træk-ordningen, dels at der er et lovmæssigt krav om, at forsikringerne skal tilbydes alle medarbejdere i en virksomhed.

"Arbejdsgiverorganiserede forsikringer skaber et A og B hold". Dette er en ofte fremført antagelse/anklage. Analytisk er det diffust og mere en retorisk betegnelse, men kan dog med rimelighed reduceres til en overordnet antagelse om, at sundhedsforsikringer øger (den allerede) eksisterende ulighed. 'Ulighed' dækker over mindst tre forskellige forhold:

1. at forsikringerne ikke er lige/repræsentativt fordelt i (den erhvervsaktive) befolkning ud fra socio-økonomiske kriterer
2. skaber (øget) ulighed i adgangen til behandling
 - undertiden modificeret til, at det ikke må skabes ved hjælp af sundhedsforsikringer med skatterabat
3. (øget) ulighed i forbruget af sundhedsydelser.

Hertil kommer en mere eller mindre klart udtrykt frygt for,

4. at forsikringer på længere sigt kan underminere (støtten til) det skattefinansierede sundhedsvæsen. Skal man tro dagsdebatten, er det især forsikringer med skatterabat, der skulle være kilden til denne bekymring
 - har i noget mindre grad noget med A-og B-hold at gøre men drejer sig alligevel om det, fordi den evt. A-og B hold-opdeling antages at understøtte en evt. nedbrydning af støtten til det sundhedsvæsen, vi kender i dag.

Alle fire spørgsmål belyset i denne rapport, fordi der er indsamlet data, der belyser de socio-økonomiske og sundhedsmæssige karakteristika hos forsikrede og ikke-forsikrede. Dette belyser spørgsmål 1. Der er indhentet oplysninger om forbrug af sundhedsydelser. Dette belyser spørgsmål 3 – og indirekte spørgsmål 3. Endelige har undersøgelsens respondenter taget stilling til 9 holdnings-

og vurderings spørgsmål om sundhedsvæsenet og sundhedsvæsenets indretning/organisering. Dette belyser spørgsmål 4. Ikke alle aspekter af de fire spørgsmål kan belyses lige udtømmende.

Dataanalytisk bruges én og to-vejstabeller og regressionsanalyse. Signifikanstest kun brugt i regressionsanalyserne.

Før summariske konklusioner på de fire spørgsmål, skal nogle generelle overvejelser om lighed diskuteres.

Lighed refererer normalt idealiseret til, at *adgangen til behandling* afhænger af behov og ikke andre personlige karakteristika, herunder social status samt betalingsevne-og vilje. Det sidste inddrages normalt ved at tale om 'fri adgang', og samlet bliver det således til 'fri og lige adgang'. Her fokuseres især på spørgsmålet om 'lige adgang', fordi fri adgang kun gælder i dele af sundhedsvæsenet.

Spørgsmålet er, om lige adgang til behandling skal forstås *absolut*: "Det som alle ikke kan få, bør ingen andre kunne få adgang til" (eller mere retorisk: Alle skal have nøjagtig samme hurtige/langsomme adgang til (elektiv) behandling) eller, om det skal tolkes *relativt*: "Der er lige adgang i det offentligt finansierede sundhedsvæsen", dvs. for borgere, der behandles i det skattefinansierede offentlige sundhedsvæsen skal adgangen være lige, dvs. baseret på behov, men ligheden udstrækkes ikke til områder, hvor privatøkonomiske dispositioner – enten direkte betaling eller forsikring – giver adgang til behandling i den private sektor.

Meget taler for, at lighedsbegrebet i praksis skal forstås relativt med mindre man på dette felt ønsker at se bort fra, at borgerne kan og må foretage privatøkonomiske dispositioner for at opnå behandling eller helt forbyder privathospitaler og privatpraksis i Danmark (hvilket naturligvis ikke kan forhindre nogen i at tage til udlandet med mindre dette bliver strafbart). Kun på denne måde kan der skabes absolut lighed.

Tænk på følgende eksempel: Med samme økonomiske situation vælger person A at bruge en del af sin indkomst på at være medlem af 'danmark' eller medfinansiere en arbejdsgiverorganiseret forsikring, medens person B disponerer økonomisk på en anden måde. A og B antages at have samme indkomst og sundhedsstatus. De to dispositioner kan fx. bunde i forskellige holdninger til sygdomsrisiko (grad af risikoaversion) og tiltro til umiddelbar behandlingsmulighed på et offentligt sygehus, når behovet melder sig. Konsekvensen er i sagens natur, at den ene får bedre adgangsmulighed til behandling ved både at kunne bruge private og offentlige tilbud, medens den anden alene har det offentlige tilbud.

Noget taler derfor mod den firkantede absolutte formulering af princippet om lige adgang/lige behandling, med mindre præmissen er, at der ikke må skabes ulighed ved at skattefavorisere sundhedsforsikringer, som per definition skaber ulige adgang. "(øget) Ulighed må ikke skabes med skatterabat". Kernen her er således skattefavoriseringen, ikke at man privatøkonomisk vælger at skaffe sig forskellige adgangsmuligheder. Løsningen er i dette tilfælde at fjerne skatterabatten, men ikke forbyde sundhedsforsikringer. Dette betyder, at man (måske med uvilje) accepterer forsikringer, fordi det er et frit valg – og at det næppe heller lader sig forbyde. Samtidig accepterer man også, at

der er en privat behandlingssektor. Dette er i sagens natur en betydelig opblødning af princippet om absolut lighed.

Summariske hovedkonklusioner på de 4 spørgsmål ovenfor:

ad.1: socioøkonomisk (u)lighed: Ja, der er forskel mellem erhvervsaktive med og uden sundhedsforsikring, men langt fra så markant, som ofte antaget, men man kunne næppe forvente andet, når der foretages aktive valg (her primært af virksomhederne, som beslutter at tilbyde forsikringerne)

ad. 2: ulige adgang: Per definition ja, hvis der tænkes på adgangen til privatsektoren, men spørgsmålet er hvad der sker netto, når der tages hensyn til, at ved de fleste behandlinger i den private sektor skabes der samtidig bedre plads i det offentlige system ("én mindre på ventelisten").

ad. 3: forskel i forbrug af sundhedsydelser: Når der kontrolleres statistisk ved hjælp af regressionsanalyse, er der ikke markante forskelle mellem relevante ydelseskategorier

ad 3 (supplerende): forskel i sygefravær: Når der kontrolleres statistisk ved hjælp af regressionsanalyse, har sundhedsforsikrede statistisk signifikant mindre sygefravær end ikke-forsikrede. Det kan ikke udelukkes, at der er tale om en uobserverbar selektionseffekt. – [Der er efterfølgende foretaget en mere grundig analyse af spørgsmålet, der ikke peger i retning af mindre sygefravær blandt sundhedsforsikrede, se Health Economics Papers 2011:??]

ad. 4. underminering af det skattefinansierede offentlige sundhedsvæsen. Der er ikke meget, der peger i den retning, når man ser på besvarelserne af holdningsspørgsmålene blandt personer med og uden sundhedsforsikring

Indledning

Der er tre forskellige typer af syge-og sundhedsforsikringer i Danmark. De dækker forskellige hændelser, har forskellige optagelsesbetingelser og finansieres ikke på samme måde: 1. Forsikring i 'danmark', 2. forsikring i kommercielle forsikringsselskaber via arbejdspladsen og 3. individuelt tegnede forsikringer i de kommercielle forsikringsselskaber.

Dette notat indeholder nogle af resultaterne vedrørende (især) de arbejdsgiverorganiserede forsikringer fra den hidtil største og mest omfattende dedikerede spørgeskema-undersøgelse om syge-og sundhedsforsikringer. Mere end 5.000 personer mellem 18-75 år deltog i undersøgelsen. Data er indsamlet af YouGov Zaper a via firmaets internetpanel. Data er dokumenteret m.m. i Health Economics Papers no. 3, 2009 (www.healtheconomics.dk) Det overordnede mål for projektet er at analysere, hvad der kendetegner individer med supplerende privat forsikring, inkl. holdning til risiko (hypotesen om risiko-aversion), og hvilken effekt forsikring har på forsikringstagernes sundhedsmæssige adfærd, herunder afprøvning af hypotesen om virkningen på forebyggende adfærd. Datamaterialet bruges bl.a. i en kommende ph.d.-afhandling fra Syddansk Universitet

I den offentlige debat fokuseres der næsten udelukkende på sundhedsforsikring via arbejdspladsen. Det forvrider og forvirrer debatten. Derfor indledes med en relativt detaljeret beskrivelse af de tre forsikringstyper. Spørgsmålet om præmiernes skattemæssige status behandles grundigt. Dette afsnit følges af et afsnit med en samlet oversigt over den 18-75 årige befolknings syge-og sundhedsforsikringer fordelt på de tre typer af forsikringer. Derefter vendes interessen mod de arbejdsgiverorganiserede forsikringer: 1. Hvem betaler og holdning til skatte-spørgsmålet, 2. Kendetegn ved arbejdspladsen, incl. faglig organisering, 3. Kendetegn ved de forsikrede – sammenlignet med ikke forsikrede. Samlet set er der primært tale om beskrivelse, ikke (avanceret) analyse, men i stedet dokumentation med ganske mange tabeller.

I det følgende bruges 'syge-og sundhedsforsikringer' i flæng og som synonyme. 'Arbejdsgiverorganiseret' (syge- eller sundheds)forsikring dækker over forsikringer, der helt eller delvist er betalt af arbejdsgiveren. Det centrale er, at denne forsikringsform er arbejdsgiverorganiseret, idet betalings-spørgsmålet, jfr. senere, ikke er helt så éntydigt som ofte antaget.

Når der angives procenttal i det følgende, er de normalt oprundet til hele tal – ikke det akademiske, fx. 14,12%, og i teksten bruges ofte udtrykket 'knap XX%' eller 'godt XX %' for at gøre teksten letløbende. De præcise tal fremgår af tabellerne, hvoraf en del er placeret i appendiks.

De forskellige forsikringsordninger

De tre forsikringstyper er forskellige på fem punkter. For det første er der forskel på optagelsesbetingelserne. Dernæst er der forskel på, hvad forsikringen dækker, og der er forskel ikke blot på præmiestørrelsen men også på, hvem der betaler den, og endelig er der forskel på udløbstidspunkt.

Et vigtigt fællestræk for alle tre forsikringstyper er, at ingen af dem garanterer dækning af akut sygehusbehandling. I det omfang sygehusbehandling er omfattet, drejer det sig for langt størstedelen om planlagt behandling og især elektiv kirurgi.

Tabel 1 sammenfatter disse forskelle, medens den efterfølgende tekst giver vigtige uddybende detaljer. Bortset fra 'danmark' kan der ikke gives et helt éntydigt billede, fordi forskelle for de kommercielle forsikringselskaber er en konkurrenceparameter, ligesom ordninger kan skræddersyes til virksomheder, men det hindrer dog ikke et billede af en række fællestræk.

Tabel 1: Forskelle og ligheder mellem de tre forsikringstyper

	'danmark'	Arbejdsgiverorganiserede forsikringer	Privattegnede forsikringer
<i>Optagelsesbetingelser</i>	< 60 år og helbreds-betingelser, bl.a. må man ikke have en kronisk lidelse ved indmelding	Ansæt på virksomheden, men ingen egentlige helbreds-betingelser. Der kan forekomme karenstid for lidelser opstået før tegning af forsikring	< 60 år og forskellige helbreds-betingelser, typisk vedrørende kroniske tilstande – evt. med en karenstid.
<i>Udløb</i>	I princippet ved død	Når man forlader virksomheden og/eller, når man forlader arbejdsmarkedet (dvs. 60-62 års alderen)	Typisk ved 65 eller 70 år.
<i>Præmie (2009-priser)</i>	Bortset fra basisforsikring ligger den årlige præmie mellem ca. kr. 1.300 og kr. 3.700 afhængig af dækningsomfang. Ingen aldersdifferentiering	Omkring kr. 1.700-2.000 per ansat – men varierer afhængig af såvel dækningsomfang som evt. pensionsordning.	Aldersafhængig og afhængig af dækningsomfang. For en 40 årig ca.kr. 2.800, en 50 årig ca. kr 4.500 og en 60-årig ca. kr. 6.000
<i>Skattestatus for præmie</i>	Ingen skattemæssig særstilling.	Værdien af forsikringen er skattefri for den forsikrede. – Ligningslovens § 30.	Ingen skattemæssig særstilling
<i>Dækning</i>	Tilskud til brugerbetalingsbelagte ordninger i det offentlige sundhedsvæsen. Ca 1/3 har ordning med tilskud til, men ikke fuld betaling for, elektive operationer. Omfatter ikke akutbehandling	Elektive operationer, speciallæger, fysioterapi, kiropraktorbehandling m.m.. 100% betaling af udgifterne. Bortset fra operationer ofte limitering på antal behandlinger per år. Ikke akutbehandling eller tilskud til brugerbetalingsbelagte områder, fx. tandbehandling eller medicin.	Stort set som for de arbejdsgiverorganiserede ordninger.

Da der er tale om forsikringer, spiller almindelige aktuariske principper en rolle, dvs. en (vis) præmiedifferentiering afhængig af risikoen for, at en forsikringsbetingelse indtræder. Det betyder, at der

som hovedregel er både alders-og helbredsbedingede forudsætninger for tegning af forsikringer. Dette skaber i sagens natur forskelle ("ulighed"), sådan som der findes på andre forsikringsmarkeder, fx. markedet for ulykkesforsikring eller kaskoforsikring.

En væsentlig og meget omdiskuteret forskel mellem de tre forsikringer vedrører skattespørgsmålet. Det behandles i detaljer i afsnittet om de arbejdsgiverorganiserede forsikringer. Her skal blot understreges, at kernen i dette spørgsmål vedrører den skattemæssige status af de (primært) virksomhedsbetalte ordninger. Det er skattemæssig særbehandling, at de forsikrede, dvs. lønmodtagerne, ikke indkomstbeskattes af værdien af forsikringen, jfr. Ligningslovens § 30. Der er ingen særstatus for arbejdsgivernes fradrag af præmieudgiften i driftsregnskabet. Dette var også muligt før Ligningslovens § 30 blev ændret i 2002, ligesom det er muligt at fradrage udgifter til frynsegoder end sundhedsforsikringer i driftsregnskabet.

'danmark'

Sygeforsikringen "danmark" ejes af medlemmerne og er langt det største sygeforsikringsselskab i Danmark. Formålet med "danmark" er, som det udtrykkes på hjemmesiden, "at forsikre hvert enkelt medlems helbred, så hver især slipper så billigt som muligt fra de skavanker, der måtte komme hen ad vejen".

'danmark' voksede ud af Fortsættelsessygekasserne i forbindelse med nedlæggelsen af sygekasserne og indførelsen af den offentlige sygesikring 1. april 1973. 'danmark's forsikringsfilosofi er tydeligvis in-spireret heraf, fx. er præmien den samme for medlemmerne af de enkelte grupper, stiger ikke med alderen osv., og man kan forblive forsikret indtil man dør. 'danmark' sælger alene forsikringer til enkeltpersoner, som følgelig selv betaler præmien, som ikke har en særlig skattemæssig status.

Medlemsskab af 'danmark' forudsætter, at en række betingelser er opfyldt: 1. at man på optagelsestidspunktet ikke er fyldt 60 år, 2. at man er fuldstændig rask og ikke lider af nogen ofte tilbagevendende sygdom eller legemssvaghed. Hertil kommer, 3. at man ikke må forvente at få eller har haft forbrug af medicin indenfor de seneste 12 måneder og 4. heller ikke har været i behandling hos fysioterapeuter/ kiropraktorer eller andre behandlere inden for de seneste 12 måneder.

'danmark' har fire forsikringer, jfr. tabel 1 i appendiks 1. De er forskellige med hensyn til, hvad der dækkes, ligesom præmien er forskellig. Grundlæggende er hovedprincippet, at der ydes støtte til (delvis) dækning af ydelser, der er belagt med brugerbetaling, fx medicin og voksentandpleje. I to af forsikringsgrupperne indgår også operationsdækning, således at der gives et vist tilskud til dækning af operationer på privathospitaler-og klinikker. Tilskuddet dækker dog aldrig den fulde betaling, dvs. den forsikrede betaler restbeløbet af egen lomme. I en tredje gruppe kan man tilkøbe operationsdækning.

Gruppe 8 ('basisforsikring') er en "adgangsbillet" og giver alene ret til at lade sig rykke op i én af de tre øvrige grupper på et selvvalgt tidspunkt.. Ideen er dels, at man skal melde sig ind, medens man er sund og rask, dvs. opfylder helbredsbedingelserne, dels at 'danmark' også sikrer sig længere

medlemsskab. Teknisk set bliver man passivt medlem medens man er rask med ret til at blive aktivt medlem uden helbredskrav, når det ønskes. 4,5% af de 18-75 årige har en sådan forsikring. Som procentdel af 'danmarks' medlemmer drejer det sig om ca. 8%. Den årlige præmie er kr. 396. (2009-niveau).

Gruppe 5 er 'danmarks' mest populære medlemskategori med tilskud til bl.a. medicin, vaccinationer, tandlæge, briller og kontaktlinser samt til behandling hos fysioterapeut og kiropraktor samt krisehjælp hos psykolog. Der er ikke tilskud til operation. Dette kræver en tillægsordning. Omkring 30% af de 18-75 årigeⁱ er medlemmer. Gruppen udgør omkring 60% af 'danmarks' medlemmer. Den årlige præmie er knap kr. 1.300. Omkring 8% af gruppe 5 medlemmerne har tegnet den supplerende operationsdækning. Operationsdækning koster kr. 280 ekstra per år.

Gruppe 1 har udvidet dækning. Gruppe 1 giver de samme tilskud som i Gruppe 5 plus en del ekstra, bl.a. tilskud til udvidet tandbehandling samt fuld dækning af den andel af udgifterne til tilskudsberettiget medicin, hvor den offentlige sygesikring yder tilskud. Når man har været medlem af Gruppe 1 i 12 måneder, er der et væsentligt tilskud til en række operationer (op til 85% af den faktisk operationspris). Omkring 11% af de 18-75 årige tilhører denne gruppe, der udgør omkring 21% af 'danmarks' medlemsskare. Den årlige præmie er på kr. 2760

Gruppe 2 har den mest omfattende dækning og er utvivlsomt især rettet mod gruppe 2 medlemmer af den offentlige sygesikring, som ikke er tilmeldt en praktiserende læge, men til gengæld betaler hele det lægefastsatte honorar og senere kan få sygesikringsdelen refunderet. Gruppe 2 får alle de tilskud, som Gruppe 1-medlemmer får plus tilskud til læge- og speciallægehjælp og laboratoriumundersøgelser, samt fuld dækning af udgifterne til tilskudsberettiget medicin, uanset om den offentlige sygesikring ikke yder tilskud til det fulde medicinkøb. Omkring 3% af de 18-75 årige tilhører gruppen, der udgør ca. 6% af medlemmerne af 'danmark'. Den årlige præmie er på kr. 3688.

Omkring 32% af 'danmarks' medlemmer (gruppe 1, 2 og dele af gruppe 5) har operationsdækning, dvs. har ret til tilskud til operationer som fx. hofteledsudskiftning, hvor tilskuddet i 2009 er på kr. 47.000. Antalmæssigt svarer det til omkring 600.000 personer, svarende til 17% af alle 18-75 årige.

Gruppe 1 og 2 medlemmer samt gruppe 5, der har tegnet operationsdækning, kan tegne 'udvidet operationsdækning'. Ekstrapræmien per år varierer med alderen – noget usædvanligt i forhold til forsikringsfilosofien i 'danmark' – startende med kr. 120/år for de 18-29 årige og kr. 300/år for +60-årige. Har man udvidet operationsdækning, er tilskuddet til fx. en hofteledsudskiftning kr. 75.000. I nærværende undersøgelse er der ikke spurgt til udvidet operationsdækning. 'danmarks' årsberetning for 2008 oplyster, at omkring 22.500 har tegnet ordningen. På dette felt ser 'danmark' sig i direkte konkurrence med de kommercielle forsikringsselskaber, der udbyder de arbejdsgiverorganiserede forsikringer¹.

'danmarks' forsikringsordninger er blevet betegnet som 'bruger-betalingsforsikringer', fordi de især fokuserer på at erstatte brugerbetaling på de relevante områder, bl.a. tandpleje, og erstatningsmæssigt

ⁱ I første kvartal 2009, var der godt 3,5 mio. 18-75 årige.

er det da også langt det største område. Denne betegnelse er imidlertid med til at bortlede opmærksomheden fra den store gruppe med operationsdækning. Ved såvel operationsdækning som erstatning for brugerbetaling følger 'danmark' det princip, at man ikke erstatter 100%. Der vil normalt være et restbeløb, som den forsikrede selv udreder. Forsikringsteknisk kan det opfattes som selvrisiko, som forebygger 'moral hazard', dvs. et 'overforbrug' hvis forsikringen erstattede 100%, dvs. det blev 'gratis' (bortset fra forsikringspræmien). De arbejdsgiver-organiserede forsikringer, der omtales i næste afsnit, har normalt 100% erstatning, men på det seneste set har et enkelte selskab indført en selvrisiko (Codan).

Arbejdsgiverorganiserede forsikringer

Disse forsikringer udbydes af kommercielle forsikringsselskaber som Danica, Topdanmark, Tryg, Codan, Skandia og PFA. Det er vanskeligt at give en dækkende beskrivelse af forsikringerne, fordi der er forskel fra selskab til selskab både hvad angår ydelser og præmie, ligesom ordninger ofte skræddersyes til de enkelte virksomheder. Før indholdsbeskrivelsen omtales finansierings- og skattesiden, som har tiltrukket sig betydelig opmærksomhed – og er præget af mange misforståelser.

- *skatteforhold og betaling af præmie*

Når udtrykket 'arbejdsgiverorganiseret' bruges, skyldes det lovgivningen. Den relevante bestemmelse er ligningslovens § 30, jfr. appendiks 3, og udtrykket 'arbejdsgiverorganisering' hænger sammen med denne bestemmelse:

”Det er en betingelse for skattefriheden [for lønmodtageren] ..., at udgiften afholdes som led i arbejdsgiverens generelle personalepolitik for alle virksomhedens medarbejdere, herunder at en forsikring tegnet af arbejdsgiveren tilbydes samtlige virksomhedens medarbejdere. Tilbuddet kan dog begrænses efter generelle kriterier om anciennitet og antal arbejdstimer.”

En arbejdsgiverorganiseret forsikringsordning skal således i udgangspunktet tilbydes alle ansatte for at give ret til, at forsikringens værdi ikke beskattes hos lønmodtageren og forudsætter således en arbejdsgiverhandling, men ikke nødvendigvis 100% arbejdsgiverfinansiering.

Når der således tales om 'skattesubsidiering' af de arbejdsgiverorganiserede forsikringer, betyder det, at værdien af forsikringen ikke (indkomst)beskattes hos modtageren. Dette er en lovgivningsmæssig undtagelse fra den generelle regel om, at naturalydelser fra arbejdsgiver til arbejdstager normalt er indkomst-skattepligtige.

I den løbende debat er det ofte underforstået, at det er arbejdsgiveren, der får en skattesubsidiering, fordi præmieudgiften kan fratrækkes som en ordinær dritsudgift og dermed reducerer det selskabspligtige overskud. ”Subsidiet” skulle således i en normal virksomhed betyde, at præmien bliver 25% billigere, fordi selskabsskatteprocenten er på 25%. Dette er en fejllopfattelse. Den skattemæssige særbehandling (skatteletelsen/undtagelsen) vedrører alene lønmodtagerneⁱⁱ. Arbejdsgiverne har altid kunnet fratække afholdte sundhedsudgifter for medarbejdereⁱⁱⁱ. Dette er nævnt bl.a. ved folketingsbehandlingen af de relevante ændringer i Ligningsloven, såvel som ved indkomstskattefritagelsen i 1999 af alkoholbehandling som ved indkomstskattefritagelsen for sundhedsforsikringer i 2002

(”Virksomhedens udgifter til behandling skal samtidig som hidtil

kunne fratrækkes af denne som en driftsomkostning”, bemærkninger til lovforslaget), ligesom det også fremgår af Skatteministeriets betænkning fra 1995 om arbejdsgiverbetalte sundhedsudgifter⁴.

Denne misforståelse findes desværre også i en nylig rapport fra Dansk Sundhedsinstitut, DSI⁵, udarbejdet på initiativ af Den Almindelige Danske Lægeforening. Indledningsvis omtales korrekt

Danicas sundhedsforsikring kan illustrere opbygningen af arbejdsgiverorganiserede forsikringer. Der er fem moduler: et grundmodul og 4 supplerende (og præmiemæssigt gradvist dyrere ordninger):

Grundmodulet er i al væsentligt behandling på privathospital:

”Medarbejderen kan vælge at blive behandlet på et privathospital eller hos en speciallæge. .. dækker: **Konsultation og forundersøgelse:** Vi dækker udgifter til konsultation og forundersøgelse, hvis det fører til en diagnose og efterfølgende behandling. **Ophold og forplejning:** Udgifter til egen kost, forplejning og pleje fra privathospitalet under indlæggelsen, er dækket. **Medicinsk og kirurgisk behandling:** Vi dækker udgifter til kirurgisk behandling - både ambulant og under indlæggelse. Medicinsk og anden behandling er kun dækket i forbindelse med indlæggelse. **Efterkontrol:** Efter endt behandling kan medarbejderen få dækket sine udgifter til at få kontrolleret behandlingen, der er udført - også hvis der er behov for kontrol flere gange. **Ambulant genoptræning:** Er der gennemgået kirurgisk behandling, dækker forsikringen ambulant genoptræning i Danmark. Genoptræningen skal foretages på privathospital, hos speciallæge eller fysioterapeut efter henvisning fra en læge.

Modul 1 tilføjer behandlingsmuligheder uden for privathospitalerne. Det består af Grundmodulet plus: 1. lægeordineret, receptpligtig medicin i forbindelse med behandling af dækningsberettiget sygdom og ulykke - i op til 6 måneder, 2. fem kiropraktorbehandlinger og en røntgenundersøgelse pr. år , 3. otte fysioterapeutbehandlinger pr. år , 4. otte akupunkturbehandlinger pr. år , 5. 12 psykologbehandlinger efter den offentlige sygesikrings regler eller otte psykologbehandlinger pr. forsikringsbegivenhed, dog maksimalt otte psykologbehandlinger pr. år , 6. otte zoneterapibehandlinger pr. år , 7. 10 konsultationer hos klinisk diætist ved BMI over 35

Modul 2 åbner for behandling af visse lider, der fandtes før forsikringen trådte i kraft og midlertidig hjælp i hjemmet samt behandling i udlandet.

Modul 3 giver børnedækning og *modul 4* giver dækning af behandling af afhængighed, fx. alkohol

ⁱⁱ Jfr. også Skatteministeriets årlige redegørelse til Folketinget om personale/

ⁱⁱⁱ Arbejdsrelaterede skader er ikke omfattet af de beskrevne regler for sundhedsordninger (Ligningslovens § 30). Arbejdsgiverens betaling for behandling af arbejdsrelaterede skader er dog skattefri for arbejdstageren, og der gælder her ikke noget krav om lægehenvielse mv. Behandling kan eksempelvis være fysioterapi, zoneterapi, akupunktur mv. – Det er åbenbart, at denne bestemmelse vis-a-vis, hvad der er beskrevet i LL §30, er noget flydende, fordi en række af de tilfælde, der vi være dækket af en forsikring kan være opstået i forbindelse med arbejdet.

medarbejdernes skattefritagelse for værdien af forsikringen, men i afsnittet om 'skattefradrag' og i underafsnittet om 'skattefradragets værdi' (p. 26 ff) fokuseres alene på arbejdsgiversiden^{iv}, hvor der som sagt ikke er indført en skattelovmæssig undtagelse^v. Det hedder direkte fx. 'værdien af skattefradraget afhænger af selskabstypen' og 'skattefradraget tilgodeser borgere ansat i en skattepligtig organisation' (p. 29) og, at dette skulle være incitamentet for virksomheden.

Følger man debatten om arbejdsgiverbetalte sundhedsudgifter fra midten af 90erne⁴ har det springende punkt altid været, at lønmodtageren blev beskattet af værdien af disse ydelser, ikke spørgsmålet om arbejdsgiverens regnskabsmæssige "fradrag" som ordinær driftsudgift^{vi}. Incitamentsspørgsmålet har ikke så meget drejet sig om arbejdsgiversiden som om lønmodtagersiden, hvor naturalieydelser normalt ville blive indkomstbeskattet og dermed nedsætte incitamentet til at sige ja til en tilbudt ydelse.

Sammenfattende er der således to væsentlige kendetegn ved de arbejdsgiverorganiserede forsikringer: 1. de skal tilbydes alle medarbejdere og 2. værdien af dem er fritaget for indkomstskat hos modtageren^{vii}. Der er ikke særlige skattefordele for arbejdsgiveren, dvs. omkostningen indgår som almindelig driftsomkostning på lige fod med fx. kontantløn eller de fleste personalegoder. En venlig tolkning af DSI-rapporten kunne gå på, at der argumenteres for en fundamental omlægning af skatteprincipper for virksomheder, men dette fremgår ikke som præmis nogen steder i rapporten^{viii}.

^{iv} Der iøvrigt ikke interesserer sig for andre forsikringsformer, fx. 'danmark' eller privattegnede enkelforsikringer.

^v Skattekommissionen, der foreslog skattefritagelsen på modtagersiden afskaffet⁶, har selv sagt beskrevet problemstillingen korrekt: "Aflønning bør beskattes ensartet uafhængig af, om lønnen bliver udbetalt i kontanter, som en privat forsikring eller eksempelvis i medarbejderaktier. Derfor foreslås skattefordelen i forbindelse med diverse personalegoder så vidt muligt fjernet:

- Skattefriheden for arbejdsgiverbetalte sundhedsforsikringer ophæves
- Ingen skattebegunstigelse af medarbejderaktier og -obligationer
- Der skal betales arbejdsmarkedsbidrag af alle personalegoder
- En ny multimedieskat for arbejdsgivertildelt pc, internetadgang og fri telefon

^{vi} Nærværende førsteforfatter blev i 1996 af daværende socialminister Karen Jespersen udpeget til Det nationale netværk af Virksomhedsledere, som skulle være drivkraften bag bl.a. et rummeligere og mere socialt ansvarligt arbejdsmarked. Der diskuterede vi bl.a. problemstillingerne omkring indkomstbeskatningen af sundhedsydelser betalt af arbejdsgiverne. Min erindring er, at det var opfattelsen, at hindringen for arbejdsgivernes yderligere involvering hang meget sammen med indkomstbeskatningen. Netværket havde d. 15. september 1997 et møde med daværende skatteminister Carsten Koch, hvor han redegjorde for problemstillingerne omkring arbejdsgiverfinansierede sundhedsydelser. Han tog bl.a. afsæt i Skatteministeriets betænkning fra 1995⁴ og var ikke særlig lydhør. Det kan dog ikke udelukkes, at netværkets vedvarende fokus på spørgsmålet var en medvirkende faktor til, at der kom skattefritagelse for arbejdsgiverbetalt alkoholbehandling i 1999, jfr. appendiks 5. – I netværket undersøgte vi også andre sundhedsydelser. Bl.a. havde Grundfos's personalechef og førsteforfatteren et møde med Danicas adm. direktør og aktuariske direktør vedrørende de mere generelle spørgsmål, ligesom KMP skrev et notat til ét af netværkets møder om spørgsmålet⁷.

^{vii} Der er iøvrigt en parallel til dette tilfælde for ulykkesforsikringer der dækker både arbejde og fritid, tegnet og betalt af arbejdsgiveren: "Medarbejderen beskattes ikke af præmier betalt af arbejdsgiveren til syge- og ulykkesforsikringer, der dækker både arbejdstid og fritid, hvis dækningen ikke overstiger 500.000 kr. Det anførte gælder syge- og ulykkesforsikringer, som ejes af arbejdsgiveren, og hvor arbejdstageren er den forsikrede." (<http://www.skat.dk/SKAT.aspx?oId=337727&vId=200917>)

^{viii} En (ikke anbefalelsesværdig) mulighed ville være fx. at indføre en regel som for repræsentationsudgifter, hvor det i ligningsvejledningen hedder: "Repræsentationsudgifter kan kun fradrages med 25 pct. af de afholdte udgifter ... Fradragsretten i den begrænsede form tilkommer selvstændige erhvervsdrivende, selskaber, skattepligtige foreninger mv. samt lønmodtagere, der har en selvstændig indkomstmæssig interesse i repræsentationsudgifternes afholdelse". Denne

Forsikringerne er som regel 100% arbejdsgiverbetalte, men som det fremgår senere, bidrager omkring 28% af arbejdsgiverforsikrede helt eller delvist til præmiebetalingen i form af en løntræksordning^{ix}.

Når medarbejderne selv (med)betaler for forsikringen sker det utvivlsomt via ordningen med bruttoløntræk. En sådan ordning ('bruttolønsordning')^x har været forelagt Skatterådet, jfr. appendiks 4, som godkendte den:

"Sagen omhandlede en arbejdsgiver, der tilbød samtlige medarbejdere at deltage i en sundhedsforsikring. Sundhedsforsikringen blev tegnet af arbejdsgiveren, der også hæftede for indbetaling af forsikringspræmien. Forsikringspræmien udgjorde kr. 1.429,00 pr. år pr. medarbejder og forfaldt én gang årligt den 1. januar. ...

Det var aftalt mellem arbejdsgiveren og henholdsvis medarbejderne og de faglige organisationer, at de medarbejdere, der ønskede at deltage i ordningen, fik reduceret deres kontantløn med henholdsvis kr. 108,00 pr. måned (kr. 1.296,00 årligt) for månedslønnede og kr. 44,00 pr. lønuddbetaling (kr. 1.144,00 årligt) for 14-dages lønnede. Grunden til differentieringen i medarbejdernes egenbetaling var arbejdsgiverens ønske om at stille medarbejderne ens".

Det er åbenbart, at set fra et medarbejderperspektiv er en sådan ordning ikke så økonomisk attraktiv som en 100% arbejdsgiverbetalt ordning, men man kan fortsat forsikre sig med en rabat svarende til den relevante indkomstskatteprocent, som i gennemsnit må formodes at ligge omkring 50%. Som nævnt gælder det for mere end 25% med en arbejdsgiverorganiseret forsikring.

- ydelser i arbejdsgiverorganiserede forsikringer

Som nævnt er policerne fra de enkelte forsikringselskaber forskellig og ofte skræddersyet til virksomhederne. Sundhedsforsikringerne dækker typisk elektiv kirurgi og behandling på privatsygehuse herunder (for)undersøgelser, behandlinger og efterbehandlinger, samt den nødvendige medicin i op til seks måneder. Akut behandling, fx. blodprop i hjerteret eller hjernen, er ikke dækket.

Forsikringerne dækker som hovedregel også udgifter til speciallæge, fysioterapeut, kiropraktor, psykolog og zoneterapeut samt (limiterede) udgifter til kurophold, hospiceophold og hjemmesygepleje/hjemmehjælp. Der er i stigende grad en limitering på det årlige antal konsultationer hos bl.a. fysioterapeut, kiropraktor og psykolog, hvilket fremgår direkte af forsikringsbetingelser og beskrivelserne på de relevante hjemmesider..

ordning er resultatet af skattereformaftalen fra 1985 mellem de daværende regeringspartier (Det konservative Folkeparti, Venstre, Centrum-Demokraterne og Kristeligt Folkeparti), Socialdemokratiet og Det radikale Venstre. - Mere generelt drejer det sig om, hvad der kan/skal/bør opfattes om "naturlige og sædvanlige driftsomkostninger". Tilskud til politiske formål/partier falder fx. ikke inden for denne kategori.

^{ix} Skattekommissionens betænkning forekommer uklar på dette punkt. På p. 78 hedder det, at "Sundhedsforsikringer vil ofte være en del af en såkaldt lønpakke, hvor medarbejderne kan "krydse af", hvilke personalegoder – herunder sundhedsforsikringer – de ønsker som en del af lønnen. Medarbejderne accepterer således typisk at gå ned i kontantløn mod at modtage en skattefri sundhedsforsikring" Dette synes at antyde, at man mener, at bruttoløntræk er den almindeligste betalingsform. Som det er fremgået, er dette ikke tilfældet. Senere, p. 78, hedder det . "Samtidig kan skattefriheden indebære forvridninger – nemlig at mange medarbejdere vælger en sundhedsforsikring, blot fordi den er skattefri". Dette holder jo kun, hvis præmien er 100% arbejdsgiverbetalt – i modsætning til bruttolønstrækket, hvor der blot er 'skatterabat'.

^x Også på dette punkt er den nævnte DSI-rapport lidt misvisende, idet man skriver, at ordningen anvendes af nogle offentlige organisationer – og underforstået altså ikke af private arbejdsgivere.

Dækningsområdet er gradvist blevet udvidet fra primært at dreje sig om elektive operationer ('operationsdækning', 'springe ventelisten over'). Det skyldes utvivlsomt 2 måneders og senere 1 månedsgarantien, hvor enhver, der har ventet på behandling, typisk planlagte operationer, ved offentligt sygehus i 2 og senere 1 måned, får ret til behandling på privat sygehus for offentlig regning, hvorved værdien af en forsikring med operationsdækning klart mindskes. For at gøre forsikringerne mere attraktive er der så udvidet med fx. fysioterapi, psykolog osv.

Det er en vigtig betingelse, jfr. LL § 30, at behandling skal være godkendt af en læge, ofte den praktiserende læge, men nogle forsikringselskaber har indført deres egen lægevisitation

Sammenlignet med 'danmark' er det karakteristisk, at der ikke er (hel/delvis) erstatning for brugerbetaling, omend muligheden for fx. (gratis) fysioterapi uafhængig af hospitalsbehandling i en vis forstand lapper ind over. Det er ligeledes karakteristisk at operations/behandlingsomkostninger/-konsultation hos fysioterapeut dækkes 100%, medens operationsdækningen og tilskud til dækning af brugerbetalingen hos 'danmark' altid efterlader en restbetaling (selvrisiko).

- **forsikringsbetingelser**

For de virksomhedsorganiserede ordninger er der ingen helbreds-betingelser^{xi}. Der kan dog være visse betingelser knyttet til sygdomstilstande opstået før tegning af forsikring. I givet fald er der en karensperiode på fx. 2 år, før disse tilstande dækkes.

Man skal være opmærksom på, at forsikringen ophører, når medarbejderen forlader virksomheden og/eller går på pension – i modsætning til, hvad der gælder for medlemmer af 'danmark'.

- **præmie**

Præmierne offentliggøres ikke. Det skyldes utvivlsomt, dels at der er tale om skræddersyede ordninger, dels at de ofte 'bundles' med andre forsikrings/pensionsprodukter.

Der er dog gjort et enkelt forsøg på kortlægning⁸:

”Konkret koster sundhedsforsikringen hos Skandia 2.292 kroner om året per person for en virksomhed med mellem fem og 49 ansatte. Næstdyreste selskab er Danica Pension. Her koster en sammenlignelig sundhedsforsikring ifølge Aon Consulting 2.182 kroner om året per person, hvis virksomheden har mindre end 100 ansatte og samtidig tegner en pensionsopsparing hos Danica. Herefter følger IHI og Codan med henholdsvis 1.896 kroner og 1.872 kroner per person om året – for Codans vedkommende for virksomheder med 25 til 200 ansatte. Codan har netop

^{xi} Det kan forsikringsteknisk anskues som 'pooling' af risiko (udover, at man i modsat fald ville bryde Ligningslovens krav om, at alle i virksomheden skal tilbydes en forsikring). I en virksomhed med f.x 300 ansatte, vil der i sagens natur være personer med en øget risiko for brug af forsikringen, men det udlignes af de øvrige 'sunde liv'. Som det fremgår senere, differentierer forsikringselskaberne præmierne efter arbejdspladsens størrelse, dvs. en 'kollektiv' aktuarisk differentiering. Det rejser selvsagt spørgsmålet, om præmien for helt små virksomheder kan blive (for) høj og føre til lavere forekomst af forsikringsordninger i denne gruppe, jfr. at det senere vises, at forekommsten er hyppigere i store sammenlignet med mindre virksomheder. I forbindelse med den citerede artikel om præmiestørrelse korrigerer Danica: ”Derfor mener Danica Pension, at en mere retvisende pris er 1.676 kroner per forsikret, hvis virksomheden har under 100 ansatte, og 1.500 kroner, hvis der er mellem 100 og 200 ansatte. Og det er vel at mærke inklusive prisstigninger på op mod 30 procent i forhold til sidste år:”. Citatet illustrerer tydeligt præmieforskellen mellem virksomheder med et forskelligt antal ansatte – og den bagvedliggende forklaring er utvivlsomt spørgsmålet om pooling af risiko.

lanceret en billigere sundhedsforsikring til 1.310 kroner om året, men den indeholder en brugerbetaling på 500 kroner hver gang, den skal aktiveres og derfor ikke direkte sammenlignelig. Billigst er altså PFA Pension, der på trods af massive prisstigninger sidste år nøjes med at opkræve 1.584 kroner om året per person for virksomheder med mindre end 200 ansatte. Den lave pris er dog kædet sammen med krav om, at pensionsopsparingen også placeres i PFA.”

Sidst i 2009 blev der varslet betydelig præmieforhøjelser i flere af selskaberne. Den simple forklaring finder man fx. i Danicas brochure om ’sundhedsfremme’: ”Hver femte af dine medarbejdere bruger sin sundhedssikring hos os mindst én gang om året – for fem år siden var det hver fjortende.” Det er åbenbart, at en sådan ændring betyder noget for præmien, omend en del af forklaringen også skyldes, at man inddrager flere ydelser i forsikringen, fx. fysioterapi, som er ’hyppige’ ydelser i modsætning til fx. udskiftning af et hofteled.

Codan har som nævnt indført en selvrisiko på kr. 500. Formålet er utvivlsomt, at man via en positiv brugerpris ønsker at begrænse forbruget. En anden tilgang af mere kollektiv karakter er at fokusere på forebyggelse og sundhedsfremme på arbejdspladsen. Ideen er, at man belønner denne indsats ved at reducere præmien. Det er fx. Danicas tilgang:

”Danica Sundhedsfremmer belønner virksomheder, der arbejder aktivt med at sikre sunde medarbejdere. Det sker ved at en god ”sundhedscore”, ud fra nogle få forudsætninger, udløser rabat på Danica Sundhedssikring. Det skal med andre ord kunne betale sig at gøre en indsats og leve sundere. Det er sund fornuft for vores kunder og sund fornuft for os.”
(<http://www.danicapension.dk/firma>) – - Danicas Sundhedsfremmer har tre dele: et sundhedstjek (simpel test.); sundhedsanalyse (spørgeskemaundersøgelse) og en sundhedsguide, der ”omsætter den viden, som er indsamlet via Sundhedstjekket og Sundhedsanalysen til konkrete anvisninger og forslag til handling for virksomheden.”

Individuelle forsikringer i kommercielle forsikringselskaber

De kommercielle forsikringselskaber udbyder også privatforsikringer, dvs. forsikringer, som tegnes af enkeltpersoner. Der er naturligvis forskelle mellem de forskellige forsikringselskabers policer, men der er alligevel fællestræk. Det karakteristiske for denne forsikringstype er (normalt):

1. kan ikke tegnes efter det fyldt 60. år og der er ofte visse helbredsforhold
2. udløber normalt inden for 5 eller 10 år, dvs. når den forsikrede er mellem 65 og 70 år (Tryg er dog en undtagelse med en markant højere alder, hvis man samler alle sine forsikringer hos Tryg).
3. der er en aktuarisk præmiefastsættelse, normalt baseret på alder
4. en beløbsmæssig øvre grænse på erstatninger per år.

-

-

- **forsikringsbetingelser**

Der illustreres med eksempler fra de forskellige forsikringselskaber: Danica skriver, at "Forsikringen kan oprettes af alle mellem 18 og 60 år med fast bopæl i Danmark. Du skal blot være fuldt arbejdsdygtig og ikke have søgt om offentlig førtidspension, eller være ansat i skåne- eller fleksjob.". Topdanmark har den samme aldersbetingelse og noterer, at forsikringen udløber ved det

Topdanmarks privatforsikring har to niveauer: basis og plus:

Sundhedssikring Basis dækker fx udgifterne til følgende:

Kirurgisk behandling og lægeordineret medicin i op til 6 måneder
Konsultation hos speciallæge

Forundersøgelse og efterfølgende kontrol i forbindelse med hospitals- eller klinikophold

Genoptræning (under visse betingelser) efter ortopædkirurgisk indgreb/indlæggelse

Lægeordineret rekreationsophold i op til 30 dage

Normal forplejning og pleje på hospital eller klinik

Alkoholafvænnelse efter behandlingsmetoder, som er anerkendt af læger

Behandling af ludomani og spiseforstyrrelse efter lægelig anerkendt behandlingsmetode

Konsultation hos psykolog eller psykiater – op til 12 behandlinger pr. år

Op til ti behandlinger hos kiropraktor/fysioterapeut samt en røntgenundersøgelse pr. år

Udredning og behandling i op til 3 mdr. efter diagnose af en kronisk sygdom, når sygdommen er opstået i forsikringstiden.

Sundhedssikring Plus dækker som Basis, men også:

Alle nødvendige udgifter til fysioterapeut og kiropraktor i op til seks måneder efter indlæggelse eller operation

Behandling af medicinmisbrug efter lægelig anerkendt behandlingsmetode

Udgifter til ny vurdering under visse betingelser – en såkaldt "second opinion"

Midlertidig hjemmehjælp i op til 15 timer i direkte tidsmæssig tilknytning til indlæggelse eller operation

Op til ti behandlinger pr. år hos zoneterapeut

Op til ti behandlinger pr. år hos akupunktør

Op til ti behandlinger om året hos diætist

(se http://www.skandia.dk/files/sundhed/betingelser/PLUS_P_010109.pdf)

fyldte 65. år. Codan anfører en karenperiode: ”I de to første år efter, at du har tegnet forsikringen, dækker forsikringen ikke nogen sygdomme, der hænger sammen med sygdomme, du led af, før du tegnede forsikringen ... [og] . Desuden dækker forsikringen ikke: behandling af kroniske sygdomme (dvs. sygdomme, hvor der ikke er udsigt til, at behandlingen kan føre til varig helbredelse”

- *præmie*

Som nævnt er præmien normalt aldersafhængig. Codan opgiver således:

”Er du 30 år, vil prisen være 2.220 kr./år.

Er du 40 år, vil prisen være 3.039 kr./år.

Er du 50 år, vil prisen være 4.624 kr./år.”

Og Topdanmark angiver præmierne år for år fra det 18. til det 64. år, startende med kr. 1259 for en 18-årig og kr. 7698 for en 64-årig.

- *ydelse i privatforsikringerne*

Det karakteristiske er, at ingen tilbyder erstatning for brugerbetaling svarende til ’danmark’. I stedet er der 100% dækning af en række ydelser fra ophold på privathospital til behandling hos zone-terapeut. Det er ligeledes karakteristisk, at der bortset fra hospitalsbehandling normalt er limitering på antal ydelser i løbet af ét år.

Hvor mange har en syge- eller sundhedsforsikring?

I det følgende beregnes antal forsikrede og antal forsikringer ud fra oplysningerne i spørgeskemaundersøgelsen.

Antallet med en syge- eller sundhedsforsikring kan beregnes på to måder – med to lidt forskellige resultater til følge. Man kan gøre det ved spørgsmål for spørgsmål at undersøge, hvem der er dækket i ’danmark’, har en arbejdsgiverorganiseret forsikring eller har en individuelt tegnet forsikring. Det viser dybest set *antallet af forsikringer*. Herved overser man imidlertid, at nogle personer har mere end én forsikring og overvurderer dermed *antallet af forsikrede personer*. I denne undersøgelse kan graden af dobbelt- eller tripleforsikringsdækning belyses, hvorved man kommer frem til antallet af forsikrede personer. I det følgende foretages begge typer af beregninger.

’Spørgsmål-for-spørgsmål-analysen’ viser, at i **alt omkring 2,9 millioner danskere har en forsikring i én eller flere af de nævnte tre ordninger**. De nærmere beregninger fremgår af det tabelrige appendiks 1.

Hertil kommer ca. 180.000 personer, der er dækket via ægtefællens arbejdsgiverforsikring, og 270.000 børn under 16 år medforsikret i ’danmarks’ ordninger, **således at ca. 3,3 mio danskere er syge- eller sundhedsforsikret medio 2009**, svarende til ca. to tredjedele af befolkningen. Dette er dog en (mindre) undervurdering, fordi aldersgruppen 16-18 år og +75 år ikke indgår i spørgeskemaundersøgelsen. For de 16-18 årige vil utvivlsomt gælde, at de i givet fald har en basisforsikring i ’danmark’. Med hensyn til de ca. 2 mio. uforsikrede skal man huske på, at omkring

800.000 af de 'uforsikrede' er børn, som normalt kun har et lille behov for forsikringsdækning. Det betyder, at en restgruppe på 20% af voksenbefolkningen ikke har en syge- eller sundhedsforsikring

Tabel 2: Antal med forsikringer blandt 18-75 årige – baseret på enkeltspørgsmål

Forsikringstype	Beregnet antal forsikringer	Supplerende antal dækkede personer	I alt
'danmark'	Ca 1,8 mio. (blandt de 18-75 årige, svarende til omkring 52% af gruppen)	Ca. 270.000 personer under 16 år ('gratis' medforsikret)	Ca. 2,1 mio. personer
Arbejdsgiverorganiserede ordninger	Ca. 900.000 (erhvervsaktive 18-75 år)	Ca. 180.000 medforsikrede ægtefæller (ikke altid 'gratis' medforsikret – og ikke altid erhvervsaktive)	Ca. 1,1 mio. personer
Privat-tegnede individuelle forsikringer	Ca. 200.000 ^{xii} (18-75 årige)		Ca. 200.000
I alt	2,9 mio. (incl. dobbeltforsikrede)	450.000	3,3 mio. forsikringer (incl. dobbeltforsikrede og medforsikrede)

En del menneske er dobbeltforsikrede, dvs. på én og samme gang medlem af 'danmark' og har samtidig en arbejdsgiver-organiseret forsikring. Således har 57% af de arbejdsgiverforsikrede personer samtidig en ordning i 'danmark'.

Med afsæt i dobbelt- og tripelforsikrede, tabel 3, får man et lidt andet tal for det samlede antal forsikringsdækkede. Der er i alt godt 3,5 mio. mennesker i aldersgruppen 18-75 år og godt 29% af dem har ikke en forsikring. Det betyder omvendt, at knap 2,5 mio. mennesker har én eller anden form forsikring, hvortil kommer de ca. 270.000 børn, der er dækket af medlemsskab af 'danmark', dvs. **i alt 2,9 mio. personer har én eller anden form for forsikringsdækning.** Forskellen til den

^{xii} Nogle af disse forsikringer dækker også børn, som ikke er medregnet her. Omfanget er næppe stort. - Det kan ikke udelukkes, at der i denne gruppe er sket 'dobbeltafkrydnings' af selvstændige, som kan have opgivet, at de har en forsikring på arbejdspladsen og samtidig markerer det som en individuelt tegnet forsikring.

foregående beregning på 3,3 mio. skyldes, at der er taget højde for dobbeltforsikring. Som tidligere er der tale om underestimat, fordi 16-18 årige og 75+ årige ikke er medregnet

Tabel 3: Antal forsikrede opdelt på én, to eller flere forsikringer per person blandt de 18-75 årige

.	Antal	%	Kum.,%
Ingen forsikring	1,601	29	29
<i>Kun</i> medlem af 'danmark'	1,748	32,9	62
<i>Kun</i> arbejdsgiverforsikring'	513	9	71
<i>Kun</i> forsikret via ægtefællens arbejdsgiverforsikring	62	1,	72
<i>Kun</i> privat-betalt forsikring	63	1	73
<i>Både</i> 'danmark & arbejdsgiver'	734	14	87
<i>Andre dobbelt eller triple</i> kombinationer	286	5	92
Ved ikke, om man har en forsikring	440	8,08	100,00
Total	5,447	100,00	

Hvem betaler præmien for de arbejdsgiverorganiserede syge-eller sundhedsforsikringer og holdninger hertil?

Det antages normalt, at arbejdsgiveren betaler hele præmien for de arbejdsgiverorganiserede sundhedsforsikringer. Det viser sig imidlertid, at 28% af de arbejdsgiverforsikrede selv betaler en del af præmien i form af løntræk, jf. tidligere.

En del af debatten omkring arbejdsgiverforsikringer har drejet sig som 'skatte-subsidiering'. Dette spørgsmål har to dele. Dels at arbejdsgiveren kan trække forsikringen fra som en almindelig driftsudgift og således reducerer det skattepligtige overskud med dette beløb og således får et 'tilskud' svarende til procentsatsen for selskabsskatten (25%). Som nævnt tidligere er dette dog som sådan ikke en bevidst skattesubsidiering, men resultatet af at der er tale om almindelige driftsomkostninger på lige fod med løn og andre personalegoder. Dels at modtageren af en sundhedsforsikring ikke (indkomst)beskattes af værdien af dette personalegode. i lighed med fx. aviser og telefon.

Der er medtaget to spørgsmål, hvor respondenternes mening om dette spørgsmål belyses.

Tabel 4: Holdning til skattefritagelse

	I orden at <i>arbejdsgiveren</i> kan trække præmien fra i regnskabet?, % (vandret)			I orden at <i>lønmodtageren</i> ikke beskattes af værdien af forsikringen?, % (vandret)		
	Ja	Nej	Ingen mening	Ja	Nej	Ingen mening
Har en arbejdsgiver-organiseret syge-eller sundhedsforsikring	71	13	16	79	12	8
Har <i>ikke</i> en arbejdsgiver-organiseret syge-eller sundhedsforsikring	38	38	24	43	38	19

Ser man alene på respondenter, som har en arbejdsgiver-organiseret forsikring, tegner der sig et billede, hvor omkring 70% finder arbejdsgiver-fradraget helt i orden og 79% af finder deres egen skattefritagelse i orden, tabel 4, medens personer uden en sådan forsikring har et ganske andet billede: kun 39% finder arbejdsgiverfradraget i orden og 43% finder lønmodtagerfradraget i orden.

Malet med en bred pensel finder omkring $\frac{3}{4}$ af respondenter med en arbejdsgiverforsikring skatte-subsidieringen i orden, medens holdningen blandt personer uden en arbejdsgiverforsikring er mere nuanceret, men dog sådan at under halvdelen er imod. Der er næppe tvivl om at kombinationen af kendskab til en ordning og økonomiske egeninteresser påvirker svarmønstret.

Tabel 5 viser en supplerende illustration af, at økonomiske (egen)interesser præger svaremønstrene. Gruppen, der selv betaler en del af præmien er betydelig mere skeptisk over for arbejdsgiverens fradragsret, men dog sådan at næsten $\frac{2}{3}$ alligevel finder det i orden.

Tabel 5: Forskelle i holdning til skattefritagelse afhængig af økonomisk interesse

	I orden at arbejdsgiveren kan trække præmien fra i regnskabet? % (vandret)			
Betaler din arbejdsgiver hele præmien?	Ja	Nej	Det har jeg ikke en mening om	I alt
Ja, %	75	11	14	100 (N=925)
Nej, jeg betaler selv noget	65	17	18	100 (N=378)

Arbejdsgiverordning og kendetegn ved arbejdspladsen

I undersøgelsen er arbejdspladsen beskrevet ved at være offentlig/privat og ved antal ansatte, ligesom der er spurgt om virksomheden har en sundhedsordning forstået som fx. fysioterapi på arbejdspladsen, men ikke fx. frugtordninger.

Tabel 6: Offentlig-privat arbejdsplads og arbejdsgiverforsikring, procent

	Privat arbejdsplads	Offentlig arbejdsplads	Selvstændig off. virksomhed	
Ja, har en arbejdsgiverforsikring	88	8	4	100 (N=1332)

Ikke overraskende er det private arbejdspladser, der har sundhedsforsikringer. Den åbenbare og simple forklaring er, at offentlige arbejdspladser i langt mindre grad end private tilbyder forskellige personalegoder, ligesom det i nogle sammenhænge, fx. offentlige sygehuse, ville forekomme lidt paradoksalt at tilbyde sundhedsforsikringer, der forudsætter eksistensen af en privat sektor.

Tabel 7: Antal ansatte og sundhedsforsikring

Hvor mange ansatte er der på din arbejdsplads?	Har du en sundhedsforsikring via din arbejdsplads?, % (lodret)		
	Ja	Nej	I alt
1-4 ansatte	5	14	10,7
5-9 ansatte	6	8	7,1
10-19 ansatte	10	10	10,2
20-49 ansatte	16	18	17,0
50-99 ansatte	12	12	12,0
100-249 ansatte	15	12	13,2
250-499	11	5	7,0
> 500 ansatte	26	15	19,1
Ved ikke	0,3 0	6	3,6
Total, N	1.344	2.093	3.437
Total %	100	100	100

Der er en klar tendens til, at sundhedsforsikringer findes på de lidt større arbejdspladser, tabel 7. Der er således en klar tendens til, at hyppigheden af sundhedsforsikringer er lavere på arbejdspladser med under 20 ansatte. Det skyldes muligvis, at forsikringsbetingelserne kan være forskellige for små virksomheder, idet der ikke er samme 'pooling' på mindre arbejdspladser, dvs. at der er færre at fordele en risiko mellem.

Mange virksomheder har forskellige sundhedsordninger. I undersøgelsen blev der spurgt om dette med følgende indledning: "En sundhedsordning er noget andet end en sundhedsforsikring. En sundhedsordning er betalt af virksomheden og giver medarbejderne direkte adgang til forskellige

tilbud på arbejdspladsen som fysioterapi eller henvisning til f.eks. et Falck Sundhedscenter”. Det betyder fx., at frugtordninger og sund kantine mad ikke indgår i denne definition.

27% angiver, at deres arbejdsplads har en sundhedsordning i den skitserede betydning. Ser man på sammenfald mellem sundhedsordning og sundhedsforsikring ser man en klar tendens til, at arbejdspladser med en sundhedsforsikring også har en sundhedsordning.

Tabel 8: Sundhedsforsikring og sundhedsordning, procent (vandret).

Har du en sundhedsforsikring via din arbejdsplads?	Har du en sundhedsordning på din arbejdsplads?		
	Ja	Nej	I alt, N
Ja	45	55	100 (N=1,284)
Nej	17	83	100 (N=2,373)
I alt	26	74	100 (N=3,657)

Beslutningen om at tilbyde sundhedsforsikringer ligger formelt hos virksomhedernes ledelser, men er ofte et resultat af lønforhandlinger og løbende dialog om udvikling af personalegoder.

Tabel 9 viser forekomsten af sundhedsforsikringer på hovedforbund niveau. I appendiks 2 findes en mere detaljeret liste med 30 fagforeninger.

En tredjedel af alle fagforeningsmedlemmer har en sygeforsikring – og svagt højere blandt ikke-medlemmer.

På tværs af hovedforbund er billedet, at godt en 1/3 af medlemmerne har en sundhedsforsikring, tabel 10. Der er en vis variation, hvilket i betydelig grad skyldes, at der er forskel på andelen af offentligt og privat ansatte medlemmer i hovedforbundene.

Tabel 9: Medlem af fagforening og og sundhedsforsikring på arbejdspladsen

Medlem af fagforening	Sundhedsforsikring via arbejdspladsen			
	Ja	Nej	Ved ikke	Total
Ja (antal)	1017	858	172	3.047 (N)
Pct (række)	33	61	6	100
Pct (søjle)	75	76	72	75
Nej (antal)	346	590	55	991 (N)
Pct (række)	35	60	5	100
Pct (søjle)	25	24	23	25
Total (antal)	1363	2448	227	4038 (N)
Pct (række)	34	60	6	100
Pct (søjle)	100	100	100	100

Selv om FTF dækker over en række fagforbund med mange offentligt ansatte, fx. Dansk Sygeplejeråd og Danmarks Lærerforening, er der et fagforbund, hvor over 90% af medlemmerne har en sundhedsforening, Finansforbundet, jfr. appendiks 2. Dette gør, at i FTF kommer man op på, at en 1/3 af medlemmerne har en en sundhedsforsikring.

Blandt LO-forbundene er det værd at bemærke, at 60% af Dansk Metals medlemmer har en sundhedsforsikring og 2/3 af PROSAs medlemmer. I EI-forbundet og Teknisk Landsforbund er 50% dækket, 45% i Funktionærforbundet og omkring 1/3 af HKs og 3Fs medlemmer, medens kun 12 % af FOAs medlemmer har en sundhedsforsikring (FOA har overvejende offentligt ansatte medlemmer). Politiforbundet, som stort set kun har offentligt ansatte medlemmer, tilbyder medlemmerne en hospitalsforsikring udbudt af privathospitalet Mølholm, der som noget usædvanligt har sit eget forsikringsselskab (Mølholm Forsikring A/S) Den årlig præmie er på godt kr. 2.500. Jfr. appendiks 2 har 25% af medlemmerne tegnet forsikring (men baseret på kun 16 medlemmer, dvs. en betydelig stikprøveusikkerhed). Det flugter imidlertid stort med en artikel i A4 (17. marts 2008), hvor det oplyset, at rundt regnet 4.000 af forbundets 12.000 medlemmer har tegnet en forsikring.

Table 10: Hovedforbund og sundhedsforsikring på arbejdspladsen

Hovedforbund	Sundhedsforsikring via arbejdspladsen, %		
	Ja, %	Nej, %	I alt
Ikke medlem	37	63	100 (N=942)
LO	34	66	100 (N=1067)
FTF	32	68	100 (N=406)
AC	22	78	100 (N=270)
Andre fagforbund, fx. Lederne, Kristelig Fagforening, Ingeniørforeningen, Frie Funktionærer og uangiven fagforening (N=761)	42	58	100 (N=1115)
I alt	36	64	100. (N=3800)

Uden for hovedforbundene kan det noteres, jf. appendiks 2, at i Ledernes hovedorganisation har 70% en sundhedsforsikring – kun overgået af Finansforbundets 93%, som siden 2003 har haft det som en del af overenskomsten. I Ingeniørforeningen har 52% af medlemmerne en sundhedsforsikring. 'Gule' fagforbund som Kristelig Fagforening for Frie Funktionærer ligger lige over 50%. Ved disse tal skal man dog være særdeles opmærksom på antal observationer bag procenterne.

I AC-sammenhæng skiller C3 sig ud med en høj andel med sygeforsikring: 52%

Sundhedsforsikring og kendetegn ved de forsikrede

I det følgende sammenlignes gruppen med sundhedsforsikringer med gruppen uden. Der sammenlignes på socio-økonomiske forhold: Geografi skoleuddannelse, erhvervs-og videregående uddannelse, indkomst og udvalgte indikatorer for sundhedsstatus.

Tabel 11 viser en klar geografisk skævhed: Mest udbredt mod øst og aftagende mod vest og især i region Nordjylland.

Tabel 11: Geografisk fordeling af sundhedsforsikringer

Sundhedsforsikring via arbejdspladsen	Hovedstad	Sjælland	Syddanmark	Midtjylland	Nordjylland	Total
Ja	40	38	33	33	28	35,71 (N=1363)
Nej	60	62	67	67	72	64,29 (N=2454)
I alt	100 (N=1278)	100 (N=555)	100 (N=795)	100 (N=836)	100 (N=353)	100 (N=3817)

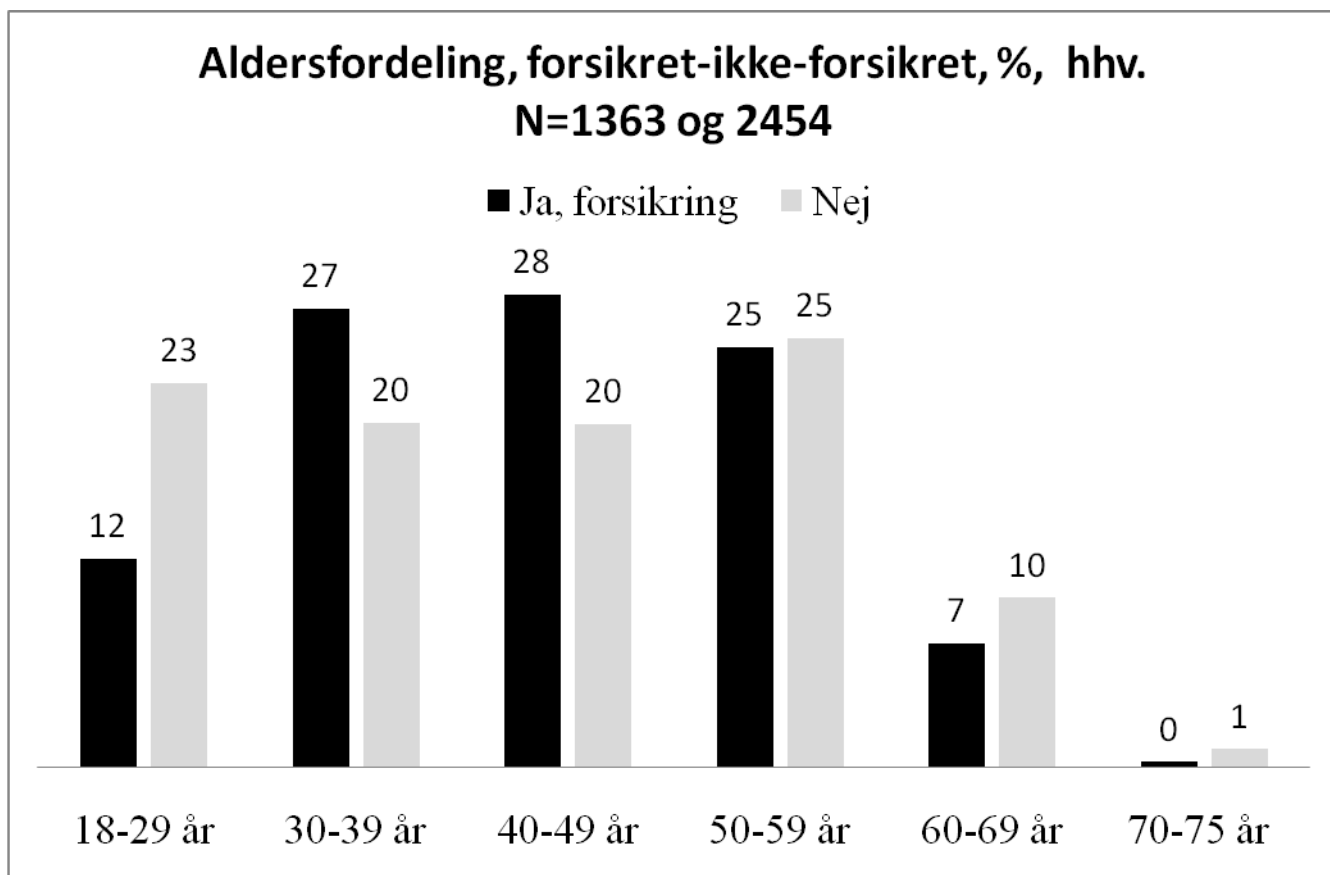
Aldersmæssigt er der ét års forskel mellem de to grupper. Gennemsnitsalderen i den forsikrede gruppe er 43 år sammenlignet med 42 år i den uforsikrede gruppe. Som medianværdi er der ingen forskel: 43 år.

Der er naturligvis forskelle inden for de forskellige aldersgrupper, jfr. figur 1, således, at de forsikrede i alder koncentrerer sig mere om gennemsnitsalderen end de uforsikrede.

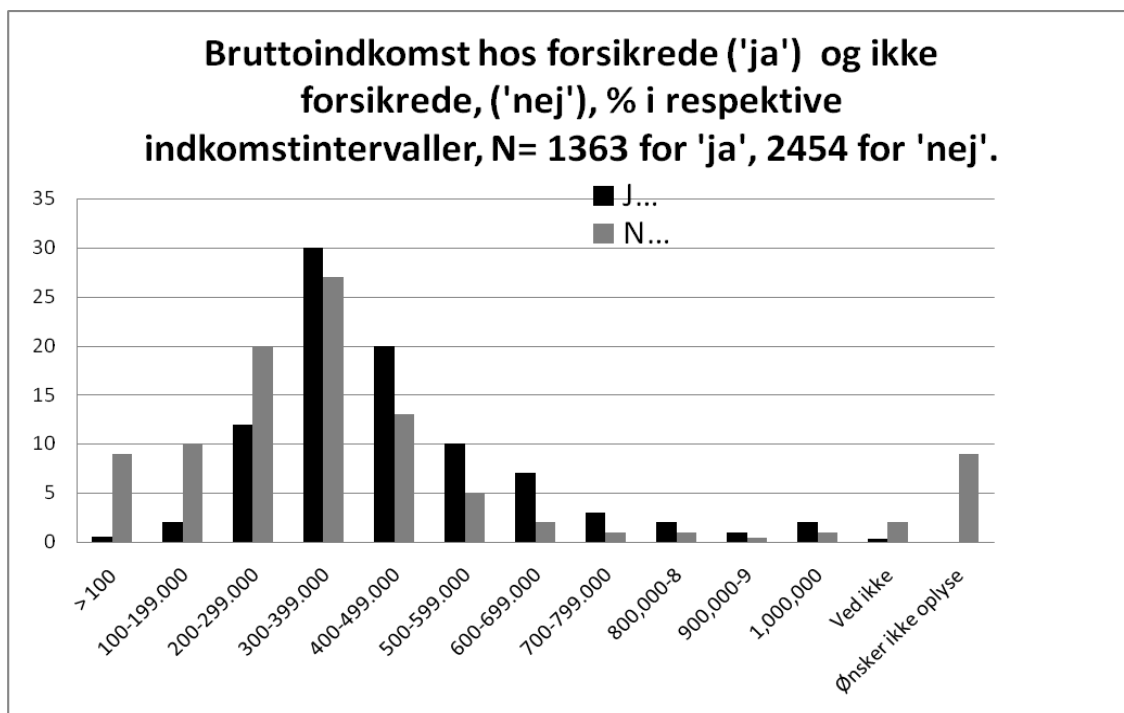
Blandt de forsikrede er 56% mænd mod 43% i gruppen af uforsikrede. Det betyder omvendt, at 44% af kvinderne er forsikret og 56% uforsikrede.

Figur 2 viser bruttoindkomst og forsikringsstatus. I den simple analyse, fx. uden kontrol for kønsforskelle, ser man, at bruttoindkomsten hos de forsikrede er højere end hos ikke forsikrede. Gennemsnitsindkomsten for de forsikrede er X, mens den for uforsikrede er X.

Figur 1. Forsikringsstatus opgjort for given alder



Figur 2. Forsikringsstatus for given bruttoindkomst.



Med hensyn til sundhedsstatus bruges to udtryk: Dels selvrapporert sundhed (hvordan vurderer du din nuværende helbredstilstand i almindelighed: virkelig god, god, nogenlunde, dårlig eller meget dårlig), dels en simpel optælling om tilstedeværelse af 14 forskellige mere eller mere kroniske tilstande, fx. allergi, diabetes, forhøjet blodtryk m.m. Begge er alment anvendte indikatorer for sundhed.

Tabel 12 viser resultatet for selvrapporert helbred. Der er signifikant forskel på sundhedsstatus, således at den er bedre for forsikrede end ikke-forsikrede. Her skal man dog huske, at der ikke var stor aldersforskel, men forskel på kønssammensætningen, jfr. ovenfor.

Tabel 12: Selvrapporert helbred og sundhedsforsikring

Sundhedsforsikring ?	Virkelig god	God	Nogenlunde	Dårlig	Meget dårlig	I alt
Ja, N	222	835	254	47	5	1363
%	16	61	19	4	0,4	100
Nej, N	444	1301	570	124	15	2454
%	18	53	23	5	0,6	100
I alt, N	666	2136	824	171	20	3817
%	18	56	22	4	0,5	100

Ser man på optælling af forekomst af 14 kroniske tilstande er gennemsnittet 0,9 for de forsikrede og 1 for de uforsikrede, dvs, de uforsikrede er (signifikant) mere kronisk syge end de forsikrede.

Sammenfattende explorativ logistisk regressionsanalyse

I det foregående er der udelukkende blevet brugt bivariate krydstabeller., For deskriptive formål er det hensigtsmæssigt, men man risikerer, at der er 'falske' sammenhænge, fx, at tendensen til, at sundhedsforsikringer er mindre udbredt i Vestdanmark end i Østdanmark måske underliggende skyldes, at der er forskel på virksomhedsstørrelse i de to landsdele – eller at indkomst underliggende hænger (delvist) sammen med alder eller, at helbredstilstand underliggende hænger sammen med alder osv., For at undgå sådanne (eventuelle) problemer, er der gennemført en logistisk regressionsanalyse, hvor der kan kontrolleres for nogle af disse sammenhænge. Der kan laves (langt) mere avancerede statistiske analyser, fx. propensity score matching, hvilket allerede er sket i forbindelse med indlæg af Astrid Kiil på videnskabelige konferencer i 2010/2011. Resultaterne fra disse analyser afviger fra det her præsenterede, men dog ikke markant.

Det primære her er imidlertid at præsentere lidt mere intuitive og simple analyser, hvor der ikke er tale om teori-testning.

Den afhængige variabel er 'har-ikke', 'har' en arbejdsgiverorganiseret forsikring, med 'har ikke' som den nulkodede variabel, De uafhængige variable er a) kendetegn ved forsikrede: Køn, alder, sundhedsstatus, skole-erhvervsuddannelse, bruttoindkomst, fagforening, region og b) kendetegn ved arbejdspladsen: Antal ansatte og privat-offentlig arbejdsplads. Analysen er som nævnt eksplorativ og supplerende analyser med flere forklarende variable kan ændret resultatet. Desværre indgik oplysning om virksomhedens branche fx. ikke i spørgeskemaet.

Uoplyst og ved ikke har ført til, at den pågældende observation er udeladt, Da disse to svarkategorier kan variere fra spørgsmål til spørgsmål, dvs, at det ikke er de samme der fx, svarer 'ved ikke' ved alle spørgsmål, koster det en del observationer, Der er derfor gennemført supplerende analyser for at sikre, at dette ikke skaber bias^{xiii}, Alle de uafhængige variable er kategoriale,

Der er beregnet *Odds-ratioer*, som skal tolkes i forhold til den udeladte kategori (som i tabellen er markeret som '=0')^{xiv}, Når odds-ratio er 1 betyder det, at der ingen forskel er mellem den pågældende kategori og den udeladte (nul)kategori, Er odds-ratio større end 1, betyder det, at sandsynligheden for at have en forsikring er større end i den udeladte kategori, og er odds-ratio mindre end 1, betyder det, at sandsynlighed er mindre for at have en forsikring sammenlignet med den udeladte kategori, Af tabel 13 ses fx, at odds-ratio for køn er tæt på 1, dvs, der er ikke forskel mellem mænd og kvinder med hensyn til sandsynligheden for at have en forsikring, Odds-ratio for de fire aldersgrupper, der sammenlignes med de 18-29 årige (den udeladte 0-kategori) er alle mindre end 1 – og signifikante på mindst 5%-niveauet, dvs. det er ikke en tilfældig forskel.

^{xiii} En alternativ strategi, hvor 'ved ikke' eller 'vil ikke oplyse' bliver dummy-variable har også været benyttet.

^{xiv} Odds-ratio benyttes fordi tolkningen er 'intuitiv'. Odds ratioen kan overdrive effekten. Derfor er det hensigtsmæssig at tage logaritmen af odds-ratioen som mindsker denne 'overdrivelseeffekten'. Det er ikke gjort her, men i appendiks ?? findes et eksempel.

Tabel 13: Eksplorativ logistisk regressionsanalyse af determinanter for sandsynligheden for at have en arbejdsgiverorganiseret forsikring, N=2950,

	Odds Ratio	Robust std, fejl,	z	P>z	95% konfidens-interval	
Køn (mand =0)	0,9548	0,08186	-0,54	0,590	0,8071	1,1295
30-39 år -alder (18-29 år=0)	0,7215	0,1110	-2,12	0,034	0,5336	0,9756
40-49 år	0,6307	0,098	-2,94	0,003	0,4639	0,8573
50-59 år	0,4313	0,0696	-5,20	0,000	0,3142	0,5920
60-75 år	0,2937	0,0584	-6,15	0,000	0,1988	0,4339
10-11 års skolegang (7-9 år = 0)	0,7529	0,1204	-1,77	0,076	0,5501	1,0303
Student/HF	0,5825	0,0926	-3,40	0,001	0,4265	0,7954
100-199,000 bruttoindkomst (<100,000=0)	1,4180	0,9108	0,54	0,587	0,4026	4,9939
200-299,000 kr	2,9457	1,7810	1,79	0,074	0,9005	9,6352
300-399,000	5,4241	3,2789	2,80	0,005	1,6587	17,737
400-499,000	7,7248	4,7022	3,36	0,001	2,3428	25,470
500-599,000	9,8712	6,1081	3,70	0,000	2,9354	33,195
600-699,000	20,984	13,319	4,80	0,000	6,0483	72,805
700-799,000	20,440	13,736	4,49	0,000	5,4758	76,298
Mere 800,000	18,632	11,993	4,54	0,000	5,2765	65,794
Helbredstilstand god (virkelig god=0)	1,3711	,15666	2,76	0,006	1,0960	1,7153
Helbredstilstand nogenlunde	1,0112	,13556	0,08	0,933	0,7775	1,3151
Helbredstilsantd dårlig	1,1151	,25216	0,48	0,630	0,7158	1,7370
Helbredstilstand meget dårlig	2,1371	1,5198	1,07	0,286	0,5302	8,6136
Medlem af LO-forbund (ikke fagforeningsmedlem =0)	0,6579	0,0826	-3,33	0,001	0,5143	,84172

Medlem af FTF-forbund	0,5469	0,0812	-4,06	0,000	0,4088	,73174
Medlem af AC-forbund	0,2020	0,0404	-7,98	0,000	0,1364	,29914
Medlem andre fagfor,	0,8127	0,0943	-1,79	0,074	0,6474	1,0204
20-49 ansatte (1-19 ansatte=0)	1,3725	0,1787	2,43	0,015	1,0633	1,7716
50-99 ansatte	1,5279	0,2161	3,00	0,003	1,1579	2,0162
100-249 ansatte	1,6783	,22503	3,86	0,000	1,2905	2,1828
250-499 ansatte	2,8244	,47364	6,19	0,000	2,0332	3,9235
Mere end 500 ansatte	2,1724	,26873	6,27	0,000	1,7047	2,7685
Region Sjælland (Region hovedstaden =0)	0,8774	,11114	-1,03	0,302	0,68450	1,1246
Region Syddanmark	0,8991	0,1022	-0,93	0,350	0,71948	1,1237
Region Midtjylland	0,8874	0,0997	-1,06	0,288	,7120583	1,1061
Region Nordjylland	0,7466	0,1179	-1,85	0,064	,5478529	1,0175

Sundhedsforsikring, forbrug af sundhedsydelser og sygefravær

Sundhedsforsikringer letter adgangen til sundhedsvæsenet. Enten fordi man populært sagt kan springe ventelisten til planlagt hospitalsbehandling over, eller fordi visse ydelser, fx, fysioterapi, er gratis, men dog ofte limiteret til et maksimalt antal ydelser per år. Spørgsmålet er, om sundhedsforsikringer påvirker forbruget således, at forsikrede er hyppigere brugere end ikke forsikrede. Dette analyseres i dette afsnit for de normalt forekommende sundhedsydelser.

Når man sammenligner to grupper, her altså sundhedsforsikrede og ikke-forsikrede, vil man sige 'alt andet lige', fx, at køns-og alderssammensætningen samt sundhedstilstand i de to grupper er nogenlunde ens. Fremgangsmåden i nedenstående sammenligningstabel er, at der i søjle to og tre findes sammenligninger uden korrektion for relevante forskelle mellem grupperne. Søjle 4 og 5, som er de mest relevante, indeholder sammenligninger, hvor der er justeret for køns-og aldersforskelle, uddannelsesforskelle og sundhedsstatus^{xv}. Det er forhold, der vides at påvirke forbrugsmønstret. På denne måde kan man 'rendyrke' virkningen af sundhedsforsikringer. Ved forbrugsvariable, hvor der

^{xv} Teknisk justeres der ved, at der indledningsvis foretages en lineær regressionsanalyse med den relevante forbrugsvariabel som afhængig variabel, fx. antal kontakt med almen praktiserende læge i de sidste 12 måneder, og med de nævnte variable som uafhængige variable samt forsikringsvariablen. Dernæst kan man i statistikprogrampakken Stata benytte rutinen 'adjust', hvor man beregner det gennemsnitlige forbrug for henholdsvis forsikrede og ikke-forsikrede, men justeret for evt. forskelle i køns-og alderssammensætning m.m. baseret på regressionsanalysen. I underafsnittet om sygedage findes et fuldt eksempel, dvs. såvel regressionsanalyse som 'adjust'-resultater. Der er to alternativer til almindelig lineær regressionsanalyse: Negativ binominal og poisson-regressionsanalyse. Dette giver dog ikke store forskelle.

er brugerbetaling: tandlæge, psykolog, fysioterapi, kiropraktor og zoneterapeut kontrolleres der endvidere for bruttoindkomst, På spørgsmålet om forsikrede havde brugt deres sundhedsforsikring i det sidste år svarede 20% ja, Da spørgsmålene om brug af sundhedsydelser også dækker et år, betyder det at en evt, forbrugsvirkning skal komme fra disse 20%.

Tabel 14: Arbejdsgiverorganiseret sundhedsforsikring og forbrug af sundhedsydelser (afrundet til én decimal) mål som konsultationer, indlæggelser osv..

	<i>Uden statistisk kontrol for relevante forskelle mellem de to grupper</i>		<i>Med statistisk kontrol (regressions-analyse) af forskelle mellem de to gr.</i>	
	<i>Har sundhedsforsikring</i>	<i>Har ikke sundhedsforsikring</i>	<i>Har sundhedsforsikring</i>	<i>Har ikke sundhedsforsikring</i>
1. Praktiserende læge	2,7	3,2	2,9	3,1
2. Vagtlæge	0,2	0,3	0,2	0,3
3. Praktiserende speciallæge	0,6	0,7	0,6	0,7
4. Skadestue	0,1	0,2	0,07	0,2
5. Ambulatorium	0,7	0,8	0,7	0,8
6. Sygehusindlæggelse	0,1	0,2	0,1	0,2
7. Tandlæge	1,6	1,6	1,7	1,6
8. Psykolog	0,4	0,5	0,4	0,5
9. Fysioterapeut	1,6	1,5	1,6	1,6
10. Kiropraktor	0,7	0,7	0,7	0,8
11. Zoneterapeut	0,4	0,3	0,3	0,3

Af tabel 14 fremgår, at det er vigtigt at foretage de beskrevne korrektioner for at undgå fejlslutninger, Fysioterapi kan tages som eksempel, Uden justering for relevante forskelle de to grupper imellem er der ikke stor forskel i det årlige forbrug, mens forskellen bliver betydelig, når der statistisk kontrolleres for relevante mulige forskelle,

Når vi ser på de kontrollerede sammenligninger i tabel 14 er mønsteret rimeligt klart: For gratis-ydelser (1 til 5) er der ikke noget, der peget på at forsikrede bruger mere end ikke forsikrede, og der, hvor der er forskel, kan det ikke tilskrives sundhedsforsikring (vagtlæge og sygehusindlæggelse, hvor effekten er negativ), Derimod er der forskel for nogle af ydelserne 8-10, hvor der sundheds-forsikringer åbner op for gratis forbrug på områder med hel-eller delvis brugerbetaling, men for ingen af dem er der tale om store forskelle.

Med hensyn til praktiserende læge, vagtlæge, skadestue og tandlæge skulle man ikke forvente en effekt af forsikringsvariablen, fordi der i arbejdsgiverforsikringen ikke ydes tilskud til dem. I princippet kunne man dog have forventet en effekt på konsultationer hos den praktiserende læge, fordi der skal en lægehenvielse til for at kunne benytte de ydelser forsikringen dækker.

Tabel 15 viser, om der i regressionsanalyserne, der ligger bag tabel 14, var en signifikant koefficient for forsikringsvariablen eller hvis respondenterne havde både en arbejdsgiverforsikring og samtidig var medlem af 'danmark'. Heller ikke her, er der noget klart mønster.

Tabel 15: Betydning af forsikring og dobbeltdækning (danmark og arbejdsgiverorganiseret forsikring) baseret på regressionsanalyserne brugt i tabel 15. Signifikans på 5%-niveauet og under

	<i>signifikant på 5%-niveauet eller under</i>	
	Arbejdsgiverforsikring	Både arbejdsgiver og danmark
Praktiserende læge	NEJ	NEJ
Vagtlæge	NEJ	NEJ
Praktiserende speciallæge	NEJ	NEJ
Skadestue	NEJ	NEJ
Ambulatorium	NEJ	NEJ
Sygehusindlæggelse	NEJ	NEJ
Tandlæge	NEJ	JA
Psykolog	NEJ	NEJ
Fysioterapeut	NEJ	NEJ
Kiropraktor	NEJ	JA
Zoneterapeut	NEJ	NEJ

- sygefravær

Det fremføres ofte, at sygefraværet vil falde for personer/virksomheder med sundhedsforsikring, bl.a. på grund af kortere ventetid og i det hele taget lettere adgang til behandling. Respondenterne i undersøgelsen er blevet spurgt om sygefravær i det sidste 12 måneder. Ligesom i ovenstående tabel, kan man ikke blot lave en simpel sammenligning af det gennemsnitlige fravær for sundhedsforsikrede og uforsikrede. Der skal kontrolleres for køn, alder og sundhedsstatus samt (mere spekulativt) uddannelsesniveau, hertil kommer, om man er ansat på en offentlig eller privat arbejdsplads samt arbejdspladsens størrelse og om der er en sundhedsordning på arbejdspladsen. Resultaterne af en sådan analyse præsenteres i tabel 16 og 17. Ved tolkning af forskelle skal man erindre, at ca. 20% af de forsikrede bruger forsikringen i løbet af et år – det samme år, som sygefraværet vedrører. Under forudsætning af, at der er kontrolleret for relevante forskelle, fx. alder, køn og sundhedsstatus, skal en evt. forskel i sygefravær således stamme fra de nævnte 20%.

I oktober 2010 publicerede Forsikring og Pension en rapport med titlen ”Er sundhedsforsikrede mindre syge end uforsikrede?”, hvor man havde registersamkørt ca. 70% af de arbejdsgiverforsikrede med forskellige registre, bl.a. registeret for langvarigt sygefravær, Landspatientregisteret og Sygesikringsregisteret. Uden at gå i detaljer viste analysen, at forsikrede havde mindre sygefravær end ikke forsikrede. I appendiks 8 er der en nærmere analyse af fraværsoplysningerne i nærværende spørgeskemabaserede undersøgelser, bl.a. med anvendelse af samme teknikker som i nævnte rapport..

Tabel 16 viser en regressionsanalyse, hvor variationen i sygedage søges forklaret med en række variable, bl.a. arbejdsgiverforsikring og dobbeltdækning (både medlem af 'danmark' og en arbejdsgiverforsikring), samt de netop nævnte variable.

Tabel 16: Regressionsanalyse af sygefraværdsdage de sidste 12 måneder (se dog også app. 8)

	Robust			
Sygedage	Koefficient	Std. fejl.	t-værdi	P>t
ja, forsikring	-3,24	1,67	-1,94	0,052
A-giver og 'danmark'	0,08	1,47	0,05	0,957
Mand	-5,67	1,27	-4,47	0,000
Alder (50-59 år er sammenligningsgruppe)				
18-29 år	2,98	2,25	1,32	0,186
30-39 år	1,65	1,74	0,95	0,344
40-49 år	2,38	1,84	1,30	0,195
60-69 år	-3,35	2,15	-1,56	0,119
70 år -	-3,83	3,27	-1,17	0,241
Skolegang (HF/studentereksamen er sammenligningsgruppe)				
7-9 år skolegang	4,58	2,55	1,80	0,073
10-11 år skolegang	4,63	1,66	2,78	0,005
Sundhedsordning, 'nej' er sammenligningsgruppe				
Ja-sundhedsordning	0,35	1,20	0,29	0,771
Ved ikke	-2,83	3,17	-0,89	0,371
Sundhedsstatus, 'god' er sammenligning				
Virkelig god	-2,94	0,69	-4,26	0,000
Nogenlunde	8,81	1,52	5,79	0,000
Dårlig	6,65	9,40	7,08	0,000
Meget dårlig	1,42	3,52	4,03	0,000
Offentlig/privat arbejdsplads, privat er sammenligningen				
Offentlig arbejdsplads	-2,47	1,68	-1,47	0,142
Antal ansatte, 0-19 ansatte sammenligningsgruppe				
20-49 ansatte	-0,35	1,67	-0,21	0,834
50-99 ansatte	0,59	1,88	0,32	0,753
100-250 ansatte	2,87	2,15	1,34	0,181
250-499 ansatte	0,24	1,92	0,13	0,900
> 500 ansatte	1,85	1,70	1,09	0,276
Ved ikke	4,43	1,08	4,11	0,000
Konstant	7,11	2,15	3,30	0,001
R ² = 0,24				
N = 3409				

Forsikringsvariablen er signifikant på 5%-niveauet. Virkningen er negativ, dvs. antallet af sygedage er mindre for forsikrede end ikke forsikrede (og der er kontrolleret for de øvrige forhold i tabellen). Mænd har signifikant færre fraværsg dage end kvinder. Personer med færre skoleår end HF og studentereksamen har flere sygedage, ligesom respondenternes sundhedssatus også spiller en rolle. Således har personer, der har angivet 'virkelig god' signifikant færre sygedage end personer, der angav 'god', og personer med nogenlunde, dårlig og virkelig dårlig sundhedsstatus har signifikant flere sygedage

Nogle af resultaterne er ikke overraskende, fx. resultatet for køn og sundhedsstatus. Det signifikante resultat for forsikringsvariablen overrasker imidlertid. Som det fremgik af tabel 16, er der ikke en nogen tendens til, at forsikrede bruger flere sundhedsydelser end ikke-forsikrede, fordi de har forsikring. Det kan således ikke umiddelbart være det gennemsnitlige forbrug af sundhedsydelser, der gør en forskel med hensyn til sygedage, ligesom det også skal bemærkes, at en sundhedsordning på virksomheden ikke påvirker sygedagetallet signifikant. For nærværende kan der ikke gives en overbevisende forklaring. En mulig hypotese kunne være en selektionseffekt, dvs. at virksomheder med sundhedsforsikringer enten generelt har sundere medarbejder (hvilket der dog er kontrolleret for) og/eller at der er andre faktorer i virksomheden end de her medtagne, der kan være forklaringen.

Tabel 17 viser resultatet af en beregning af det forventede antal sygedage, når der er kontrolleret for de forklarende variable i tabel 16. Nederst i tabellen ses det gennemsnitlige antal sygedage, når der ikke kontrolleres. Både før og efter kontrol har personer med arbejdsgiverforsikring et lavere sygefravær end ikke forsikrede.

Tabel 17: Forskel i antal sygedage med og uden kontrol for relevante forskelle, jfr. tabel 16

	<i>Med statistik kontrol</i>	95% konfidensinterval	
Nej, ikke forsikring	13,2	11,4	15,0
Ja, forsikring	10,00	8,02	12

	<i>Uden statistisk kontrol</i>	
	Gennemsnit	N
ikke arbejdsgiverforsik	13,9	2454
ja, arbejdsgiverforsikring	8,5	1363

A og B hold?

Nærværende undersøgelser kan langt fra udtømmende belyse problemstillingerne omkring A og B-hold, men visse forhold kan dog belyses. I det følgende opridses de generelle problemstillinger efterfulgt af de områder, hvor undersøgelsen kan bidrage til at en statistisk belysning af problemkredsen og konkrete analyser.

Udsagn om virkningen af sundhedsforsikringer

I den offentlige debat omkring arbejdsgiverorganiserede forsikringer ('sundhedsforsikringer') tales der ofte om A og B-hold, at det skaber et A og B hold. Tankevækkende nok er det ikke tilfældet for forsikringsordninger i 'danmark'.

Grundudsagnene går i retning af, at 'sundhedsforsikringer skaber ulighed', 'sundhedsforsikringer skaber A og B hold' og kernen er utvivlsomt, at forsikringer giver (mere) ulige adgang til behandling. Hertil kommer, at de (langsigtet) kan svække opbakningen til det offentlige sundhedsvæsen.

Nedenstående citater tjener som illustration af de forskellige tolkninger af A og B-hold (kursiveringer indsat af nærværende forfattere):

” Den store udbredelse af private sundhedsforsikringer er en vigtig årsag til, at folk uden forsikring ofte skal vente i månedsvis for at komme til speciallæge. *Det er med til at skabe et A- og et B-hold, hvor folk i arbejde kommer til med det samme, mens kontanthjælpsmodtagere, pensionister og andre ikke-forsikrede ryger bagerst i køen.* Og det er en alvorlig trussel mod ligheden i det danske sundhedsvæsen. Sådan lyder advarslen fra en række praktiserende læger. ”INFORMATION 2. februar, 2009

"De ressourcestærke patienter kommer i forvejen hurtigere til behandling. De er bedre til at søge læge, finde de korteste ventetider, køre til behandling og så videre. Den skævhed bliver endnu større, fordi mange af dem nu har en forsikring," siger han (Alexander W. von Wallfeld, praktiserende læge i Hillerød), INFORMATION 2. februar 2009

»Risikoen er, at udviklingen i de private forsikringsordninger *svækker opbakningen til det offentlige sundhedsvæsen.* Det har ikke været et problem hidtil. Men hvad sker der i en situation, hvor det offentlige ikke kan levere varen, og hvor vi har lavet en struktur, hvor man kan sikre sig på anden måde med skattefradrag? Vi skal passe meget på ikke at komme i en situation, hvor folk på arbejdsmarkedet klarer sig i privat regi, mens resten er henvist til welfare for the poor (velfærd til de fattige, red.). Det bliver nemlig let til poor welfare (fattig velfærd, red.),« siger han. (Jacob Kjellberg, DSI i A4 d. 12. december 2008)

”Den konservative sundhedsminister, Jakob Axel Nielsen, understreger, at det er hans "væsentligste opgave at sikre lige muligheder og bekæmpe, at der kommer A - og B -hold i sundhedsvæsenet". Alligevel kan han ikke svare på, om den store vækst af private sundhedsforsikringer har været med til at skabe større ulighed.

"Jeg ved ikke, hvad der er mest lige. Om det er, at 50.000 advokater og direktører har en privat sundhedsforsikring, eller om det er, når en million LO-arbejdere, advokater og direktører har det. Jeg tror ikke, nogen kan svare på, hvad der er mest lige," siger Jakob Axel Nielsen.

Men det mener adskillige læger, fageksperter og en samlet opposition på Christiansborg godt, at de kan. I en række artikler i Information har de taget kraftigt afstand fra udbredelsen af private sundhedsforsikringer. *Her lyder ræsonnementet, at de skaber større ulighed i sundhedsvæsnen, fordi forsikringerne kun kommer folk i arbejde til gode, mens hele befolkningen er med til at finansiere dem via skatten. Konsekvensen er blandt andet, at folk uden forsikringer ofte skal vente flere måneder på at komme til speciallæge, mens forsikringspatienter kan komme til inden for ti dage*”. INFORMATION d. 19, marts 2009

”Med skattefritagelsen af sundhedsforsikringerne har man *indiskutabelt brudt sundhedslovens bestemmelser om den lette (tidligere: fri) og lige adgang til sundhedsydelser*. I stedet står vi tilbage med et A -og B -hold , hvor A -holdets springen over i køen oven i købet er offentligt finansieret. Fritagelsen for skat medfører således ifølge vismændene, at det offentlige indirekte betaler ca. 55 pct af virksomhedernes udgifter til forsikringspræmier”, (Dennis Kristensen, FOA formand, kronik, Politiken d. 18. august 2009). Øvelse for læseren: Find mindst to åbenlyse fejl i det citerede.

”Rige og fattige mennesker er lige hjælpeløse og bange, når de rammes af sygdom. Men vi er på sundhedsområdet hastigt på vej mod *et A -hold og et B -hold, fordi sundhedsforsikringerne indebærer, at direktør Jensen kommer hurtigere i behandling for sin kræftsygdom end en arbejdsløs med samme sygdom. Det er helt urimeligt for den enkelte, dybt uetisk og en trussel mod hele vores skandinaviske velfærdsmodel*.” (overlæge Claus Moe, interview i A4 d. 16. marts 2009. I et debatindlæg i Berlingske Tidende d. 8. Januar 2009 kalder han udviklingen ”udansk”).

Hvad dækker ”A og B hold” over analytisk?

Debatten om sundhedsforsikringer er præget af politisk retorik, ikke analyse, heller ikke altid i forbindelse med ekspertudtalelser. Debatten er også drevet af mediernes behov for forenkling og slagkraftige overskrifter. Ingen af parterne forsøger at klargøre, dels hvad A og B -hold kan betyde, dels hvad der er den logiske konsekvens af denne kategorisering/tolkning af to grupper, der henholdsvis har og ikke har sundhedsforsikringer.

- Øget ulighed

Et fællestræk ved ovenstående er en antagelse om, at sundhedsforsikringer øger (den allerede) eksisterende ulighed. ’Ulighed’ dækker over mindst tre forskellige forhold:

1. at forsikringerne ikke er lige fordelt i befolkningen ud fra socio-økonomiske kriterer (uden overvejelser iøvrigt om, på hvilke områder der så er lighed i det danske samfund forstået på denne måde)
2. (øget) ulighed i adgangen til behandling
 - o i nogle sammenhænge modificeret til, at det ikke må skabes ved hjælp af sundhedsforsikringer, der får skatteraba
3. (øget) ulighed i forbruget af sundhedsydelser.

Punkterne 1 og 3 kan belyses ud fra denne undersøgelses data.

Punkt 1 er stort allerede belyst foran i afsnittet om kendetegn ved de forsikrede, hvor fx. bruttoindkomst og forekomst af sundhedsforsikringer er belyst. Der er naturligvis tale om ulighed forstået på den skitserede måde – en 'ulighed' der altid vil være tilstede, hvis der træffes private/privatøkonomiske dispositioner.

Punkt 3 er netop analyseret udførligt i det forrige hovedafsnit, og hvor det næppe giver mening at tale om (øget) ulighed mellem forsikrede og ikke-forsikrede.

Punkt 2 er sværere at analysere. På et niveau er der ikke behov for datanalyse, fordi indehavere af forsikringer har adgang til behandling i den private sektor, hvilket personer uden forsikring ikke har med mindre de betaler af egen lomme. Forstået på denne måde skaber forsikringer per definition en øget ulighed i adgangen. Spørgsmålet er imidlertid, om dette er en forenkling. Denne problemstilling behandles i næste underafsnit ved at se på absolut og relativ ulighed (i adgang). På et andet niveau kan dele af problemstillingen belyses talmæssigt. Forsikrede bruger i sagens natur kun deres forsikring, når der er tale om en relevant forsikringsbegivenhed. I løbet af ét år gør 20% af de forsikrede brug af deres forsikring, hvoraf kun en mindre del vedrører hospitalsbehandling, men især drejer sig om fysioterapi, kiropraktik m.m., hvor allerede eksisterende brugerbetaling i forvejen skaber ulighed i adgangen til behandling.

Der eksisterer allerede udbredt ulighed i adgangen til og brug af sundhedsvæsenets ydelser på alle områder, hvor der er brugerbetaling, idet betalingsvilje- og evne kommer til at spille en væsentlig rolle, ikke behov (uanset, at behov på ingen måde er éntydigt, endsige noget objektivt). En anden ulighed, som der refereres til i et af ovenstående citater er: 'De ressourcestærke patienter kommer i forvejen hurtigere til behandling'. Kernen i den offentlige debat må derfor være, a) at man ikke ønsker en allerede eksisterende ulighed øget yderligere, b) at sundhedsforsikringer kan medvirke til at gøre det i betydende grad og c) at det (i hver fald) ikke må ske med et skattetilskud i form af fritagelse for indkomstbeskatning af præmieværdien.

Det er vanskeligt at finde en 'officiel' tolkning af princippet om lige adgang eller blot en éntydig formulering. Det er tankevækkende, at et så grundlæggende og bredt accepteret princip ikke har været gjort til genstand for en kritisk diskussion, men er baseret på en underforstået fælles opfattelse. I Sygehuskommissionens bækning fra 1997, som må formodes at have en officiel status, hedder det: "etableringen af det offentlige sundhedsvæsen hviler på et grundlæggende politisk krav om, at syge medborgere – uanset deres økonomiske situation – skal tilbydes behandling, hvis behandling er mulig. ... Det er således et overordnet mål for det offentlige sundhedsvæsen, at der opretholdes en fri og lige adgang til behandling, hvor den enkelte borger modtager behandling efter behov og bidrager til finansieringen efter evne". p. 44. Se Pedersen et al. for en bredere udlægning, {Pedersen KM, 1995 231 /id}. Etisk Råd, {Det etiske Råd, 1996 9 /id}, noterer at '*lige behandling for lige behov* er nok det lighedskriterium, der ligger tættest på vor almindelige forståelse af, hvad lighed i sundhedsvæsenet bør være' (p. 77, nærværende forfatteres fremhævning). Det noteres, at '*lige adgang* til sundhedsvæsenet for samme behandlingsbehov er mindstekravet for overhovedet at tale om lighed i sundhedsvæsenet ... kan dog ikke stå alene, men må udfyldes med en nærmere specifikation af, hvad lige adgang betyder'. Det Etiske Råds grundholdning er, at man bør sigte mod et punkt mellem lige adgang for samme behov og lige behandling for samme behov, således at alle, der henvender sig, får lige tilfælde behandlet ens, og at der gøres en indsats for at sikre, at alle grupper i samfundet henvender sig til sund-

I lyset af nedenstående overvejelser er spørgsmålet, om det er c), der er hovedargumentet.

- ***Absolut og relativ lighed (i adgangen til behandling)***

Lighed refererer normalt idealiseret til, at *adgangen til behandling* afhænger af behov og ikke andre personlige karakteristika, herunder betalingsevne- og vilje. Det sidste inddrages normalt ved at tale om 'fri adgang' og samlet bliver det således til 'fri og lige adgang'. Her fokuseres især på spørgsmålet om 'lige adgang', fordi fri adgang kun gælder nogle behandlinger i det offentligt system, nemlig sygehusbehandling og behandling i almen praksis og praktiserende speciallæge. Når der er brugerbetaling som for voksentandpleje, medicin m.m., er der i sagens natur ikke tale om fri adgang

Spørgsmålet er, om lige adgang til behandling skal *tolkes absolut*: "Det som alle ikke kan få, bør ingen andre kunne få adgang til" (eller mere retorisk: Alle skal have nøjagtig samme hurtige/langsomme adgang til (elektiv) behandling) eller, om det skal *tolkes relativt*: "Der er lige adgang i det offentligt finansierede sundhedsvæsen", dvs. for borgere, der behandles i det skattefinansierede offentlige sundhedsvæsen skal adgangen være lige, dvs. baseret på behov, men ligheden udstrækkes ikke til områder, hvor privatøkonomiske dispositioner – enten direkte betaling eller forsikring – giver adgang til behandling i den private sektor.

Meget taler for, at lighedsbegrebet i praksis skal forstås relativt med mindre man på dette felt ønsker at se bort fra, at borgerne kan og må foretage privatøkonomiske dispositioner for at opnå behandling eller helt forbyder privathospitaler og privatpraksis i Danmark (hvilket naturligvis ikke kan forhindre nogen i at tage til udlandet med mindre dette blev gjort strafbart). Kun på denne måde kan der skabes absolut lighed.

Tænk på følgende eksempel: Med samme økonomiske situation har person A valgt at bruge en del af sin indkomst på at være medlem af 'danmark', medens person B har disponeret økonomisk på en anden måde. A og B antages at have samme indkomst og sundhedsstatus. De to dispositioner kan bunde i forskellige holdninger til sygdomsrisiko og tiltro til umiddelbar behandlingsmulighed på et offentligt sygehus, når behovet melder sig. Konsekvensen er i sagens natur, at den ene får bedre adgangsmulighed til behandling ved både at kunne bruge private og offentlige tilbud, medens den anden alene har det offentlige tilbud. I mange andre situationer accepteres sådanne forskellige udtryk for præferencer, fx ved tegning af forskellige pensionsforsikringer, dagpengeforsikring, ulykkesforsikring eller betalt rengøringshjælp frem for eller som supplement til hjemmehjælp, og der lægges som sådan ikke hindringer i vejen. Undertiden, som ved en række pensionsordninger, gives der endog et skattemæssigt incitament til netop at disponere på denne måde, jfr. også skattefritagelsen af værdien af forsikringspræmien for sundhedsforsikringer. Meget taler derfor mod den lidt firkantede absolutte formulering af princippet om lige adgang/lige behandling, med mindre præmissen er, at der ikke må skabes ulighed ved at skattefavorisere sundhedsforsikringer, som per definition skaber ulige adgang. Kernen her er skattefavoriseringen, ikke at man privatøkonomisk skaffer sig forskellige adgangsmuligheder. Løsningen er i dette tilfælde at fjerne skatterabatten, men ikke forbyde sundhedsforsikringer. Dette betyder, at man (måske med uvilje) accepterer forsikringer, fordi det er et frit valg – og næppe heller lader sig forbyde. Samtidig accepterer man også, at der er en privat behandlingssektor. Dette er i sagens natur en betydelig opblødning af princippet om absolut lighed.

De praktiske muligheder for at håndhæve en absolut forståelse af begrebet er ikke et afgørende modargument, og er ikke per se et argument imod den grundlæggende værdi bag den absolutte forståelse af lighed. I en værdi-diskurs – som samtidig ikke blot vedrører abstrakte idealer, men som skal omsættes til en operationel hverdag – er det imidlertid vigtigt at klargøre de afledte konsekvenser af at omsætte mål/værdien til praksis.

Betydningen af de to tolkninger kan illustreres ved et simpelt eksempel. To patienter er visiteret til en hofteudskiftning. De er ens på alle dimensioner (alder, indkomst m.m.). Den ene har imidlertid en hospitalsforsikring eller er medlem af 'danmark', medens den anden ikke har en forsikring.

Den første vælger at lade sig behandle på et privathospital – 'springer køen over' – medens den anden må vente på sin tur på et offentligt sygehus, fx tre til seks måneder. Med den absolutte tolkning betyder dette, at der er skabt ulighed i og med, at forsikringspatienten kommer til før den anden (ganske vist i det private system) – i modstrid med den lige adgang (men der er fortsat lige behandling). Med den relative tolkning er der ikke tale om en forøgelse af uligheden, fordi princippet gælder for offentlig finansieret behandling. - Nogle vil føje til, at patient, der springer den offentlige kø over, letter adgangen for de tilbageværende, fordi der nu er én mindre på de offentlige ventelister. Der er således uændret adgang, men en person har benyttet en privat behandlingsmulighed.

Den absolutte tolkning fokuserer i princippet på *adgangen til alle former for sundhedsydelser uanset, hvordan de finansieres og ejes/drives* (offentlig eller via tegnede forsikringer; privathospitaler eller offentlige hospitaler), medens den relative tolkning kobles sammen med et offentligt finansieret og drevet sundhedsvæsen. Forudsat at et (mere eller mindre omfattende) privat hospitalsvæsen ikke som sådan forringer det offentlige tilbud – hvilket måske netop er, hvad der underliggende er tænkningen hos modstandere af privathospitaler^{xvi} - kan den relative tolkning forsvares.

Når man derfor hører udsagn om, at forsikringer vil øge uligheden, er det utvivlsomt baseret på en underforstået absolut tolkning af princippet, evt. modificeret med, at det i det mindste ikke bør ske med skattesubsidiering. Hertil kommer, at man skal huske, at sundhedsforsikringerne a) primært drejer sig om elektiv kirurgisk behandling og b) at den udvidede fritvalgsgaranti sikrer, at alle

^{xvi} Om det er en begrundet frygt er et særskilt spørgsmål. Det forudsætter bl.a. manglende tiltro til, at der fortsat vil blive udskrevet den nødvendige skat uanset, at flere og flere evt. forsikrer sig, således at der ikke gradvis sker en forringelse af det offentlige sygehusvæsen. Selv med denne udlægning kan der rejses en række spørgsmål: De ordninger, der er gennemgået i dette notat, kan ikke på nogen måde erstatte et offentligt finansieret sundhedsvæsen. De er i bedste fald et supplement, og derfor er frygten umiddelbart ubegrundet. Givet, at det accepteres, at der kun er tale om et supplement, kan det dernæst diskuteres, om der så gradvis opstår en forventning om, at borgerne har denne form for supplerende forsikringer og, at man derfor risikerer, at man ved driften og finansieringen af det offentlige sygehusvæsen vil negligere de områder, hvor der er forsikringsdækning. Det kan ikke afvises, men forudsætter igen en manglende tillid til den politiske opbakning til det offentlige sygehusvæsen. 'Frygt' for den ene eller anden udvikling kan som sådan ikke manes i jorden, men i en dialog, må parterne via argumenter forsøge at sandsynliggøre, om frygten er berettiget. Hvis ikke, kan man blot notere, at sandsynligheden forekommer at være ringe – uden dermed at påstå at frygten er uberettiget. Hvis man ikke ønsker at indgå i en dialog, men fastholder en diffus frygt-påstand, har vi de døves dialog. - Se det senere afsnit om holdinger til sundhedsvæsenet og sundhedsforsikringer, hvor nogle af disse forhold behandles.

borgere – uanset forsikringsstatus – kan blive behandlet på privathospital efter at have ventet én måned – og, at mange forsikringspatienter kan komme til at vente 2-4 uger, før de kan blive behandlet på et privathospital.

Holdninger til og vurdering af sundhedsvæsenet og arbejdsgiverorganiserede forsikringer

Dele af den (diffuse) A og B-debat kan tolkes i retning af, at sundheds- og sygeforsikringer 'snigende og ubevidst' påvirker holdninger til sundhedsvæsenet – holdninger, som evt. senere vil støtte konkrete politiske handlinger, underforstået handlinger som svækker et skattefinansieret og overvejet offentligt drevet sundhedsvæsen. Evt. kan man som udgangspunkt have den hypotese, at forsikringsdækkede har andre holdninger til sundhedsvæsenet end ikke-forsikrede, fordi det er *raison d'être* for at tegne forsikring, fx at springe ventelisterne over. For arbejdsgiverorganiserede forsikringer skal man dog være varsom med denne antagelse. Sundhedsforsikringer er et gratis gode for den forsikrede, og det vil i givet fald kræve meget stærke holdninger at sige nej til et sådan tilbud. Hertil kommer, at det er virksomheden som vælger, at medarbejderne skal tilbydes sundhedsforsikring.

Alt dette kan forekomme 'spekulativt' – og det er dele af debatten også, alene af den årsag, at der næppe er forløbet så lang tid, at man evt. kan observere sådanne virkninger. På den anden side er de foreliggende holdningsoplysninger i denne undersøgelse de eneste, der kan give et fingerpeg om, der kan findes støtte til de nævnte hypoteser.

Der indgår 9 spørgsmål om vurdering af sundhedsvæsenet nu og i fremtiden. Nogle af dem kan bruges til at belyse nogle af aspekterne omkring A og B hold. Fremgangsmåden er at se på, om forsikrede og ikke-forsikrede ser forskelligt på disse forhold – uden at påstå at forskelle alene eller primært kan tilskrives forsikringsstatus. I sagens natur kan kausalitet ikke påvises (éntydigt) ud fra en undersøgelse som nærværende.

- Eksempler på spørgsmål og analysestrategi

Tekstrammen viser fire af spørgsmålene. Den femdelte holdningsskala går fra helt uenig til helt enig med et 'neutralt' midterpunkt: 'Hverken enig eller uenig'.

Svarene analyseres på tre måder. For det første som en opinionsbalance, for det andet ved hjælp af regressionsanalyse for mere præcist at rendyrke spørgsmålet om holdningsforskelle har noget med forsikringsstatus at gøre. Forhold som køn, alder, uddannelse og ansættelse i henholdsvis den private og den offentlige sektor kan tænkes at spille en rolle for holdningerne. Endelig er der for det tredje en analyse baseret på to-vejstabeller (holdningsspørgsmål kombineret med forsikringsstatus).

- *Opinionsbalance*

Opinionsbalancen beregnes ved at svarene for helt og delvis uenig lægges sammen. Det samme gøres for helt enig og delvis enig. Procentallet for helt og delvis uenig trækkes fra procentsummen for helt og delvis enig.

På denne måde ser man nettobalancen omkring det neutrale midterpunkt (hverken enig eller uenig). Den præcise tolkning afhænger af det konkrete holdningsspørgsmål.

Ved tolkningen af opinionsbalancen skal det erindres, at der ikke kontrolleret statistisk for andre forskelle mellem respondenterne end forsikringsstatus, dvs. ikke fx køn, uddannelse eller ansættelse privat/offentlig.

Opinionsbalancen udnytter ikke al information i spørgsmålet, idet midtpositionen ikke udnyttes til fulde. I afsnittet om tabelanalyse kan fordelingen på alle svarmuligheder ses for de fleste af spørgsmålene.

Tabel 18 viser opinionsbalancen for alle 9 spørgsmål, hvoraf ikke alle er lige relevante for A og B-diskussionen. Det er åbenbart, at spørgsmål 5 i tekstrammen er særdeles relevant, men de øvrige spørgsmål i rammen er også relevante, fordi de på forskellig vis viser noget om holdningen til det offentlige sundhedsvæsen.

Spørgsmål 5 drejer sig om vurderingen af, om det i fremtiden bliver nødvendigt at tegne en supplerende forsikring. Opinionsbalancen er markant. Respondenter, der har en forsikring, er overvejende enige, medens respondenter uden forsikring er uenige. (se eksemplet med regressionsanalyse i tabel 19 om kontrol for andre forhold end forsikringsstatus ændrer billedet (nej, det gør de ikke), ligesom tabel 20 bør konsulteres før der drages konklusioner ud fra tabel 18.).

Det genelle billede er, at der er ret klare forskelle mellem henholdsvis forsikrede og ikke forsikrede. Det skal dog bemærkes, at for spørgsmålet om skattefinansiering af sundhedsvæsenet (nr. 8), er der ganske vist forskel, men generelt stor enighed om udsagnet. Med en lidt firkantet tolkning peger det i retning af, at forsikringer tilsyneladende ikke afgørende svækker opbakning til skattefinansiering.

Nedenfor er der en række udsagn om det offentlige sundhedsvæsen i Danmark. Angiv venligst hvor enig eller uenig du er i hvert udsagn.

Udsagn:

1. Ventetiderne for at få behandling er generelt rimelige
2. Den behandling man får er generelt af lavere kvalitet end i det private sundhedsvæsen
3. Jeg føler mig overbevist om, at jeg fremover vil få fuldt tilfredsstillende behandling i det offentlige sundhedsvæsen, hvis jeg skulle blive syg
4. Man bliver fremover nødt til at tegne en privat forsikring for at være sikker på at få den bedst mulige behandling, hvis man bliver syg

Skala:

1. Helt uenig
2. Delvis uenig
3. Hverken enig eller uenig
4. Delvis enig
5. Helt enig
6. Ved ikke

Tabel 18: Opinionsbalance for undersøgelsens spørgsmål om holdning til sundhedsvæsenet

Opinionsbalance=(helt + delvis enig) minus (helt + delvis uenig)	Opinionsbalance		
	Ja	Nej	I alt
1 Hvor tilfreds eller utilfreds er du overordnet set med det offentlige sundhedsvæsen i Danmark?	13,43	20,67	20,67
2 Ventetiderne for at få behandling er generelt rimelige	-23,95	15,97	18,69
3 Den behandling man får er generelt af lavere kvalitet end i det private sundhedsvæsen	-	-	-
4 Jeg føler mig overbevist om, at jeg <u>fremover</u> vil få fuldt tilfredsstillende behandling i det offentlige sundhedsvæsen, hvis jeg skulle blive syg	13,31	21,82	18,81
5 Man bliver <u>fremover</u> nødt til at tegne en privat forsikring for at være sikker på at få den bedst mulige behandling, hvis man bliver syg	12,27	52,77	22,77
6 Det er vigtigt, at alle i Danmark har lige adgang til behandling i sundhedsvæsenet	20,34	-	13,86
7 Hvis der er ventetid i sundhedsvæsenet, er det i orden, at erhversaktive behandles før ikke-erhvervsaktive	-	18,31	15,01
8 Sundhedsvæsenet skal først og fremmest være skattefinansieret	-	72,88	81,03
9 Det er i orden, at nogle patienter kan få behandling før andre med samme behov, hvis de har råd til at betale for det eller har en forsikring	78,25	-	-
	-6,32	44,33	31,52

- regressionsanalyse

Som eksempel på regressionsanalyse præsenteres spørgsmål 5 fra tabel 18. Der er benyttet almindelig regressionsanalyse, omend det strengt taget ikke er helt korrekt. Det korrekte ville være ordinal logistisk regressionsanalyse, (ologit i StatA). Det viser sig imidlertid, at resultaterne ikke afviger fra hinanden og da det alt andet lige er lettere at tolke den almindelige regressionsanalyse, tabel 19, er øvrige beregninger baseret på alm. regressionsanalyse. For god ordens skyld indeholder tabel 19 dog også resultatet fra den ordinale logistiske regressionsanalyse Tabel 20 indeholder resume af regressionsanalyse af de øvrige spørgsmål med fokus alene på forsikringsvariablen.

For spørgsmålet, om man i fremtiden bliver nødt til at tegne en forsikring, ser man en signifikant forskel mellem forsikrede og ikke forsikrede i retning af, at de forsikrede er mere enige end ikke forsikrede, jfr. også opinionsbalancen i tabel 18. Personer, som både har en forsikring i Danmark og en sundhedsforsikring, er ligeledes mere enige i udsagnet end ikke-forsikrede. Af øvrige resultater kan bemærkes en signifikant kønsforskel således, at mænd er mere enige end kvinder i udsagnet, og offentlige ansatte mere uenige i udsagnet end privatansatte.

Tabel 19: Alm og ordinal logistisk regressionsanalyse af spørgsmål 5 i tabel 18.

	Almindelig regressionsanalyse				ordinal logistisk regressionsanalyse		
	efficient	l. fejl.	t	P>t	Koefficient	Robust std fejl	z
v69_4							
ja, sundhedsforsikring	0,28),06	4,53	0,00	0,40	0,09	4,43
danmark' og sundhedsforsikring	0,30	0,07	4,54	0,00	0,45	0,10	4,51
Mand (sammenlignet m. kvinde)	0,11	0,04	2,52	0,01	-0,15	0,07	2,37
18-29 år (sammenlignet m. 50-59 år)	0,04	0,08	0,58	0,56	0,12	0,11	1,07
30-39 år	-0,04	0,08	-0,54	0,59	0,22	0,10	2,28
40-49 år	-0,11	0,08	-1,38	0,17	0,09	0,09	0,99
60-69 år	-0,12	0,10	-1,23	0,22	-0,05	0,13	0,36
70 år -	-0,27	0,28	-0,97	0,33	-0,27	0,48	0,57
7-9 år skolegang (sammenlignet m. studentereksamen)	0,08	0,09	0,91	0,36	0,03	0,12	0,27
10-11 år skolegang	-0,02	0,08	-0,22	0,82	0,14	0,08	1,83
Offentlig arbejdsplads (sammenlignet m. privat arbejdsplads)	-0,24	0,05	-4,59	0,00	-0,34	0,07	4,62
konstant	2,84	0,11	26,76	0,00			

N=3143, R²=

Tabel 20 sammenfatter resultaterne fra regressionsanalyser af alle udsagnene med vægt på, om der er forskel afhængig af forsikringsstatus. Signifikansniveauet er 5% og ja/nej refererer til, om forskellen var signifikant på dette niveau. Der således kontrolleret for de samme forhold som i tabel 19.

Det første spørgsmål er et overordnet og generelt spørgsmål om det offentlige sundhedsvæsen. Her er der ikke forskel afhængig af forsikringsstatus. Det samme gælder spørgsmålet om ventetider. Det tredje spørgsmål viser en svag forskel, hvor gruppen, som har dobbeltforsikring (danmark og sundhedsforsikring), ser mere positivt på kvaliteten i den private sektor.

Det fjerde spørgsmål er et 'tillids-og forventningsspørgsmål', hvor der ikke er signifikant forskel i holdninger i blandt henholdsvis forsikrede og ikke forsikrede.

De næste fem spørgsmål drejer sig om forskellige dimensioner af sundhedsvæsenets indretning. To drejer sig direkte om finansiering. Spørgsmål 5 drejer sig om en vurdering af, om det i fremtiden bliver nødvendigt med en forsikring, jfr. tabel 19. Ikke overraskende svarer forsikrede, at det mener de. Holdningen til om sundhedsvæsenet skal være skattefinansieret afhænger af forsikringsstatus, hvor de forsikrede er mere skeptiske end ikke forsikrede, men dog med afsæt i en høj procent, der tror på skattefinansiering, men forskellen er alligevel nok til signifikant.

Tabel 20: Uddrag af regressionsanalyse med vægt på signifikans på 5%-niveauet. Ja/nej vedrørende om der er en signifiant forskel mellem forsikringstager og ikke forsikringstagere

	Sundheds forsikring	Sundheds forsikring & danmark
1 Hvor tilfreds eller utilfreds er du overordnet set med det offentlige sundhedsvæsen i Danmark?	Nej	Nej
2 Ventetiderne for at få behandling er generelt rimelige	Nej	Nej
3 Den behandling man får er generelt af lavere kvalitet end i det private sundhedsvæsen	Nej	Ja
4 Jeg føler mig overbevist om, at jeg <u>fremover</u> vil få fuldt tilfredsstillende behandling i det offentlige sundhedsvæsen, hvis jeg skulle blive syg	Nej	Nej
5 Man bliver <u>fremover</u> nødt til at tegne en privat forsikring for at være sikker på at få den bedst mulige behandling, hvis man bliver syg	Ja	Ja
6 Det er vigtigt, at alle i Danmark har lige adgang til behandling i sundhedsvæsenet	Ja	Nej
7 Hvis der er ventetid i sundhedsvæsenet, er det i orden, at erhversaktive behandles før ikke-erhvervsaktive	Ja	Nej
8 Sundhedsvæsenet skal først og fremmest være skattefinansieret	Ja	Nej
9 Det er i orden, at nogle patienter kan få behandling før andre med samme behov, hvis de har råd til at betale for det eller har en forsikring	Ja	Nej

To lighedsspørgsmål drejer sig dels om, hvem der skal først i køen, og om det er i orden, at man med forsikring eller betaling kan springe foran. På begge spørgsmål er der signifikante forskelle mellem forsikrede og ikke-forsikrede. De forsikrede finder det i højere grad acceptabelt end de ikke-forsikrede.

Udover resultaterne i tabel 20 er det et gennemgående træk i regressionsanalyserne, at de offentligt ansatte i alle analyser adskiller sig signifikant fra privatansatte i deres syn på holdningsspørgsmålene. I de fleste af analyserne er der også signifikante holdningsforskelle mellem kønnene.

- *tabelanalyse*

En blandt flere mulige tolkninger af (ulighed) vedrører følgende to spørgsmål: 'det er vigtigt, at alle i Danmark har lige adgang til behandling i sundhedsvæsenet' og 'det er i orden, at nogle patienter kan få behandling før andre med samme behov, hvis de har råd til at betale for det eller har en forsikring'^{xvii}.

På det overordnede niveau er der overvældende støtte til udsagnet vedr. lige adgang. Kun ca. 5% er helt eller delvist uenige i udsagnet. Ser man på svarmønsteret på hver kategori (helt uenig ... helt

^{xvii} I tabellerne nedenfor er procenterne beregnet 'vandet' (procentsummen er lig 100 for hver svarkategori for holdningsvariablen) og giver således mulighed for at sammenligne mellem svarkategorierne. Der refereres imidlertid også til 'søjlesammenligninger, dvs. mellem 'har – har-ikke forsikring'. Disse tabeller er medtaget i appendiks.

enig) opdelt på forsikringsstatus, jfr. tabel 21, er der en udtalt tendens til, at personer med forsikring ikke støtter tanken om lige adgang helt så éntydigt som personer uden sundhedsforsikring

Tabel 21: ”Det er vigtigt, at alle i Danmark har lige adgang til behandling i sundhedsvæsenet” – fordelt efter status for sundhedsforsikring

	Sundhedsforsikring?		I alt
	Nej	Ja	
Helt uenig, N	36	45	81
%	44	56	100
Delvis uenig	56	63	119
%	47	53	100
Hverken enig eller uenig	113	106	219
%	52	48	100
Delvis enig	282	237	519
%	54	46	100
Helt enig	1937	903	284
%	68	32	100
Ved ikke	30	9	39
%	77	23	100
Total	2454	1363	3817
%	64	36	100

Når man bliver mere konkret vedrørende den lige adgang, er billedet ikke helt så markant. Når der spørges om man bør kunne behandles før andre, når man betaler for eller har en forsikring svarer 25%, at de er helt eller delvist enige – og over halvdelen er helt eller delvis uenige. Ser man på svarene for henholdsvis forsikrede og ikke-forsikrede for hver kategori (helt enig ... helt uenig), jfr. tabel 22. Der er en klar tendens til, at personer med forsikring, ser anderledes på spørgsmålet. Blandt gruppen af 'helt uenige' tilhører 75% de ikke-forsikrede, og går man til gruppen af 'helt enige' er 53% personer med en forsikring. Som ved foregående spørgsmål kan man kun konkludere, at der er sammenhæng mellem holdning og forsikringskategori, ikke at der er kausalitet.

Tabel 22: ”Det er i orden, at nogle patienter kan få behandling før andre med samme behov, hvis de har råd til at betale for det eller har en forsikring” – fordelt på status for sundhedsforsikring

	nej	ja	I alt
Helt uenig	1092	364	1456
%	75	25	100
Delvis uenig	473	229	702
%	67	33	100
Hverken enig eller uenig	301	212	513
%	59	41	100
Delvis enig	324	294	618
%	52	48	100,00
Helt enig	189	216	405
%	47	53	100
Ved ikke	75	48	123
%	61	39	100
I alt	2454	1363	3817
%	64	36	100

Endnu mere konkret og i en lidt anden kontekst, nemlig hvis der er ventetid, bliver det, når der spørges, om det er i orden, at erhvervsaktive behandles først, tabel 23. 42% er helt eller delvist uenige i, at det skal være muligt, men 39% er helt eller delvist enige. Som ved de øvrige spørgsmål er der forskel afhængig af forsikringsstatus. Blandt de ’helt uenige’ tilhører 75% gruppen, der ikke har forsikring, og blandt de ’helt enige’ kommer knap halvdelen (48%) gruppen med forsikring.

Tabel 23: ”Hvis der er ventetid i sundhedsvæsenet, er det i orden, at erhvervsaktive behandles før ikke-erhvervsaktive” – fordelt på status for sundhedsforsikringer

Helt uenig	680	225	905
%	75	25	100
Delvis uenig	493	211	704
%	70	30	100
Hverken enig eller ue	383	212	595
%	64	36	100
Delvis enig	586	464	1005
%	56	44	100
Helt enig	232	215	447
%	52	48	100
Ved ikke	80	36	116
%	69	31	100
Total	2454	1363	3817
%	64	36	100

Sammenfattende kan det om lige adgang konstateres, at der er forskel med hensyn til støtte til forskellige spørgsmål om lige adgang afhængig af forsikringsstatus. Tendensen er klar: Personer med sundhedsforsikring har ikke samme ubetingede støtte til lige adgang som uforsikrede.

I debatten har der været udtrykt bekymring for, om sundhedsforsikringer (gradvist) kan underminere støtten til et skattefinansieret sundhedsvæsen. Dette spørgsmål belyses delvist i tabel 24. På tværs af forsikringsstatus er kun 5% uenige i, at sundhedsvæsent skal være skattefinansieret (som ved spørgsmål om lige adgang). Ser man på forskelle mellem forsikrede og uforsikrede, er støtten til skattefinansiering største blandt de ikke-forsikrede.

Tabel 24: "Sundhedsvæsenet skal først og fremmest være skattefinansieret" opdelt på forsikringsstatus

	Sundhedsforsikring		I alt
	NEJ	JA	
Helt uenig	52	35	87
%	60	40	100
Delvis uenig	56	68	124
%	45	55	100
Hverken enig eller uenig	219	153	372
%	59	41	100
Delvis enig	483	342	825
%	59	41	100
Helt enig	1541	726	2267
%	68	32	100
Ved ikke	103	39	142
%	73	28	100
Total	2454	1363	3817
%	64	36	100

Tabel 25: Man bliver fremover nødt til at tegne en privat forsikring for at være sikker på at få den bedst mulige behandling, hvis man bliver syg

Sundhedsforsikring			
	Nej	Ja	I alt
Helt uenig	493	123	616
%	80	20	100
Delvis uenig	478	227	705
%	68	32	100
Hverken enig eller uenig	594	334	928
%	64	36	100
Delvis enig	464	414	878
%	53	47	100
Helt enig	173	200	373
%	46	54	100
Ved ikke	252	65	317
%	80	20	100
I alt	2454	1363	3817
%	64	36	100

Tabel 26: Hvor tilfreds eller utilfreds er du overordnet set med det offentlige sundhedsvæsen i Danmark

	Nej	Ja	I alt
Meget utilfreds	115	68	183
%	63	37	100
Overvejende utilfreds	480	318	798
%	60	40	100
Hverken tilfreds eller utilfreds	679	408	1087
%	62	38	100
Overvejende tilfreds	1,045	527	1,572
%	67	33	100
Meget tilfreds	135	42	177
%	76	24	100
I alt	2454	1363	3817
%	64	36	100

Appendiks 1

Beregning af antal forsikrede/forsikringer

Udbredelsen af forsikringerne fremgår af de efterfølgende tre tabeller, der er baseret på en repræsentativ internet baseret spørgeskemaundersøgelse blandt 18-75 årige danskere, Stikprøven var på godt 5,400 personer,

Tabel 1: Medlemsskab af 'danmark'

Er du medlem af sygeforsikringen 'danmark'?			
	Antal	Procentt	Cum,
Ja, gruppe 8 (basis medlemsskab)	274	5,05	5,05
Ja, gruppe 5	1,642	30,15	35,20
Ja, gruppe 1	568,	10,43	45,63
Ja, gruppe 2	158	2,90	48,53
Ja, men husker ikke hvilken gruppe	192	3,52	52,05
Nej	2,550	46,82	98,87
Ved ikke	61,	1,13	100,00
I alt	5,447	100,00	

Ifølge Danmarks statistik var der i første kvartal 2009 i alt 3,5 millioner danskere mellem 18 og 75 år, Det betyder, at 1,8 millioner (1,832,774) er forsikret i 'danmark', Hertil kommer husholdningsmedlemmer under 16 år, svarende til omkring 279,211 personer, **Alt i alt er der således ca, 2,1 mio, forsikrede i 'danmark', (2,111,985)**

De helt eller delvist arbejdsgiverbetalte forsikringer ('sundhedsforsikringer) er rettet mod de erhvervsaktive, tabel 2,

Tabel 2: Sundhedsforsikring via arbejdspladsen

Har du en sundhedsforsikring via din arbejdsplad?			
	Antal,	Procent	Cum,
Ja	1,363	33,61	33,61
Nej	2,454	60,52	94,13
Ved ikke	238	5,87	100,00
Total	4,055	100,00	

I første kvartal 2009 var der i alt 2,7 mio, beskæftigede i Danmark, **Det betyder, at godt 900,000 havde denne forsikringsform (eller 964,000, hvis 'ved ikke' antages at være lig med ikke at have en forsikring),**

Endelig er der gruppen af personer, som uafhængigt af 'danmark' og arbejdspladsforsikringerne selv har tegnet en forsikring, tabel 3

Tabel 3: Privatforsikrede

Har du tegnet en privat sundhedsforsikring udenom din eventuelle arbejdsgiver og 'sygeforsikringen danmark' som du selv betaler hele præmien for			
	Antal,	Procent	Cum,
Ja	328	6,02	6,02
Nej	5,000	91,79	97,82
Ved ikke	119	2,18	100,00
I alt	5,447	100,00	

Med afsæt i det samme befolkningstal som for tabel 1, betyder det, at godt 200,000 har en privat tegnet forsikring (i et kommercielt forsikringsselskab),

En del personer er dækket via ægtefællens arbejdsgiverorganiserede forsikring, tabel 4,

Tabel 4: Forsikret via ægtefællens arbejdsplads

Har du en sundhedsforsikring via din ægtefælles eller samlevers arbejdsplads?			
arbejdspl	Antal,	Procent	Cum,
Ja	274	7,05	7,05
Nej	3,439	88,45	95,50
Ved ikke	175	4,50	100,00
I alt	3,888	100,00	

Med afsæt i antal erhvervs-mæssigt beskæftigede, jfr. tabel 2, betyder det, at omkring 180,000 personer er dækket på denne. Dette kan dog være en undervurdering, fordi en ægtefælle til en arbejdsgiverforsikret ikke nødvendigvis selv behøver at være erhvervsaktiv, men fx. kunne være pensionist,

Appendiks 2

Fagforening og sundhedsforsikring på arbejdspladsen

NB: bemærk de relativt få observationer for nogle fagforeninger, Der skal helst være omkring 15-20 for at man kan begynde at fæste lid til procenttallene. ,

Medlem af?	Sundhedsforsikring via arbejdspladsen		
	Ja, %	Nej, %	I alt
C3 ledelse og økonomi	52,50	47,50	100 (N=40)
Danmarks Lærerforenin	5,67	94,33	100 (N=141)
Dansk El-Forbund	50,00	50,00	100 (N=20)
Dansk Funktionærforbund	45,83	54,17	100 (N=24)
Dansk Journalistforbund	38,30	61,70	100 (N=47)
Dansk Jurist- og Økon	14,78	85,22	100 (N=115)
Dansk Magisterforening	23,33	76,67	100 (N=60)
Dansk Metal	60,00	40,00	100 (N=75)
Dansk Postforbund	50,00	50,00	100 (N=2)
Dansk Sygeplejeråd	2,82	97,18	100 (N=71)
Den Almindelige Dansk	14,63	85,37	100 (N=41)
Fag og Arbejde (FOA)	11,98	88,02	100 (N=167)
Fagligt Fælles Forbund, 3F	37,70	62,30	100 (N=191)
Finansforbundet	92,66	7,34	100 (N=109)
Forbundet af It-professionelle	68,42	31,58	100

			(N=19)
Forbundet for pædagoger (BUPL)	6,00	94,00	100 (N=50)
Gymnasieskolernes Lær	0,00	100,00	100 (N=14)
Handels- og Kontorfun	34,81	65,19	100 (N=451)
Ingeniørforeningen i	50,85	49,15	100 (N=118)
Kristelig Fagforening	51,85	48,15	100 (N=135)
Ledernes Hovedorganis	69,92	30,08	100 (N=133)
Nærings- og Nydelsesm	35,71	64,29	100 (N=14)
Politiforbundet i Dan	25,00	75,00	100 (N=16)
Socialpædagogernes La	11,67	88,33	100 (N=60)
Teknisk Landsforbund	50,00	50,00	100 (N=44)
Træ-Industri-Byg i Da	37,50	62,50	100 (N=16)
Frie Funktionærer	53,06	46,94	100 (N=49)
Malerforbundet	33,33	66,67	100 (N=3)
Ikke fagforeningsmedlem	36,73	63,27	100 (N=942)
Ved ikke	23,53	76,47	100 (N=17)
Anden fagforening	31,60	68,40	100 (N=633)
Total	35,71	64,29	100 (N=3817)

Appendiks 3

Ligningslovens bestemmelser vedr. bl.a. sundhedsforsikringer (fra www.retsinformation.dk d, 3, august 2009, egne fremhævninger)

Lønmodtager (Vedtaget med 60 stemmer (V, DF og KF) mod 46 (S, SF, RV, EL og KRF),

§ 30, Ved opgørelsen af den **skattepligtige indkomst medregnes ikke** ydelser, som afholdes af arbejdsgiveren til lægefagligt begrundet behandling af medarbejderen ved sygdom eller ulykke, herunder behandling af psykiske lidelser hos en psykolog eller psykiater, til tilsvarende sygdomsforebyggende behandling, til behandling hos en kiropraktor eller til behandling af medarbejderens misbrug af medicin, alkohol eller andre rusmidler, jf, dog stk, 2, Ved opgørelsen af den skattepligtige indkomst medregnes heller ikke ydelser, som afholdes af arbejdsgiveren til medarbejderens rygeafvænnings, Ved opgørelsen af den skattepligtige indkomst medregnes heller ikke den rentefordel, som en medarbejder måtte opnå ved, at arbejdsgiveren yder denne et lån til dækning af udgifterne ved behandlingen, Rentefordelen medregnes heller ikke, hvis arbejdsgiveren yder medarbejderen et lån til dækning af udgifterne ved rygeafvænnings, Såfremt arbejdsgiveren har valgt at tegne en forsikring til dækning af udgifter i forbindelse med medarbejderens behandling eller rygeafvænnings, eller såfremt medarbejderen har tegnet en sådan forsikring og arbejdsgiveren dækker medarbejderens udgifter hertil, medregnes tilsvarende ikke forsikringspræmien eller det fra arbejdsgiveren modtagne beløb til medarbejderens skattepligtige indkomst,

Stk, 2, Skattefriheden for ydelser til dækning af medicinudgifter, som afholdes af arbejdsgiveren i forbindelse med en behandling omfattet af stk, 1, 1, pkt., er begrænset til udgifter afholdt i en periode på højst 6 måneder fra 1, behandlingsdag, bortset fra udgifter afholdt under indlæggelse på hospital, klinik og lignende, Tilsvarende gælder for skattefriheden for rentefordelen ved et lån, forsikringspræmier eller beløb til dækning heraf, jf, stk, 1, 3, og 5, pkt., i det omfang medicinudgifter dækkes af lånet eller forsikringen ud over den nævnte periode,

Stk, 3, **Det er en betingelse for skattefriheden efter stk, 1, at udgiften afholdes som led i arbejdsgiverens generelle personalepolitik for alle virksomhedens medarbejdere, herunder at en forsikring tegnet af arbejdsgiveren tilbydes samtlige virksomhedens medarbejdere, Tilbuddet kan dog begrænses efter generelle kriterier om anciennitet og antal arbejdstimer,**

Stk, 4, Det er endvidere en betingelse for skattefriheden efter stk, 1, 1, eller 3, pkt., at der foreligger en **lægehenvi sning til behandling**, Skattefriheden for ydelser til behandling af misbrug af medicin, alkohol eller andre rusmidler er dog alene betinget af, at der foreligger en skriftlig lægeerklæring om, at medarbejderen har behov for behandlingen, og skattefriheden for ydelser til kiropraktorbehandling er alene betinget af, at der foreligger en skriftlig erklæring fra en kiropraktor, der har autorisation efter dansk ret eller, hvis kiropraktoren er etableret i udlandet, tilsvarende kvalifikationer, om, at medarbejderen har behov for behandlingen, Ved behandling af psykiske lidelser hos en psykolog er der endvidere en betingelse, at den pågældende psykolog har autorisation efter dansk ret eller, hvis psykologen er etableret i udlandet, tilsvarende kvalifikationer,

Stk, 5, Det er en betingelse for skattefriheden for forsikringspræmier efter stk, 1, 5, pkt., at det af forsikringsbetingelserne fremgår, at forsikringen kun dækker behandling efter stk, 1, 1, pkt., der enten sker efter lægelig henvi sning, er lægeligt godkendt, eller, for så vidt angår behandling af misbrug af medicin, alkohol og andre rusmidler samt kiropraktorbehandling, opfylder kravene i stk, 4, 2, pkt, For behandling af psykiske lidelser hos en psykolog er skattefriheden betinget af, at det af forsikringsbetingelserne fremgår, at den pågældende psykolog skal opfylde kravene i stk, 4, 3, pkt,

Stk, 6, Stk, 1-5 gælder tilsvarende for ydelser til behandling eller rygeafvænnings, som i tilfælde, hvor virksomhedens medarbejdere omfattes af en ordning som nævnt i stk, 1, gives til personer som led i en aftale om ydelse af personligt arbejde i øvrigt samt til personer, der er valgt til medlem af eller medhjælp for bestyrelser, udvalg, kommissioner, råd, nævn eller andre kollektive organer, herunder Folketinget og kommunalbestyrelser, Stk, 1-3, stk, 4, 2, pkt., og stk, 5 gælder tilsvarende for ydelser til alkoholafvænnings, som gives til medlemmer af en fagforening, pensionskasse eller lignende,

Selvstændige (en del af finansforliget for 2003 mellem regeringen og DF, Fradragsret for selvstændigt erhvervsdrivendes sundhedsbehandlinger (Lov nr. 1061 af 17/12/2002, Vedtaget med 56 stemmer (V, DF og KF) mod 46 (S, SF, RV, EL og KRF),)

§ 30 A, Ved opgørelsen af den skattepligtige indkomst kan skattepligtige personer, der driver **selvstændig erhvervsvirksomhed**, fradrage udgifter til egne sundhedsbehandlinger m.v, og sundhedsbehandlinger m.v, af en ægtefælle, som ikke i overvejende grad driver virksomheden, men som modtager en del af virksomhedens overskud, jf, kildeskattelovens § 25 A, stk, 3, efter reglerne i stk, 2-5, **Fradragsretten er betinget** af, at

- 1) den person, som sundhedsbehandlingen m.v, vedrører, deltager i virksomhedens drift med en personlig arbejdsindsats af ikke uvæsentligt omfang og
- 2) eventuelle medarbejdere i virksomheder, der drives af den selvstændigt erhvervsdrivende, bortset fra virksomheder omfattet af personskattelovens § 4, stk, 1, nr, 10 eller 12, med mindst to ejere, som led i virksomhedernes generelle personalepolitik senest samtidig med etableringen af ordningen for den selvstændigt erhvervsdrivende er tilbudt en tilsvarende ordning med skattefrihed for arbejdsgiverbetalte sundhedsbehandlinger m.v., jf, § 30, Hvis der efter § 30, stk, 3, 2, pkt., er fastsat generelle anciennitetskrav, skal den selvstændigt erhvervsdrivende og en eventuel ægtefælle opfylde et tilsvarende anciennitetskrav,

Stk, 2, Fradragsretten efter stk, 1 omfatter ydelser, som afholdes til lægefagligt begrundet behandling ved sygdom eller ulykke, herunder behandling af psykiske lidelser hos en psykolog eller psykiater, til tilsvarende sygdomsforebyggende behandling, til behandling hos en kiropraktor eller til behandling af misbrug af medicin, alkohol eller andre rusmidler, jf, dog stk, 3, Fradragsretten efter stk, 1 omfatter ligeledes ydelser til rygeafvænnning, Hvis den selvstændigt erhvervsdrivende har valgt at tegne en forsikring til dækning af udgifter i forbindelse med sådan behandling eller rygeafvænnning og der for eventuelle medarbejdere i virksomheden er tegnet en tilsvarende forsikring efter § 30, stk, 1, 5, pkt., er forsikringspræmien fradragsberettiget, Hvis der for medarbejderne i en virksomhed er tegnet en forsikring som nævnt i § 30, stk, 1, 5, pkt., og den selvstændigt erhvervsdrivende eller en eventuel ægtefælle omfattet af kildeskattelovens § 25 A, stk, 3, af forsikringsmæssige grunde ikke kan blive omfattet af forsikringen, kan der fradrages ydelser som nævnt i 1, og 2, pkt., forudsat at disse ydelser svarer til de ydelser, der for medarbejdernes vedkommende er omfattet af forsikringen,

Stk, 3, Fradragsretten for udgifter til medicin, som afholdes i forbindelse med en behandling omfattet af stk, 2, 1, pkt., er begrænset til udgifter afholdt i en periode på højst 6 måneder fra 1, behandlingsdag, bortset fra udgifter afholdt under indlæggelse på hospital, klinik og lignende, Tilsvarende gælder for fradragsretten for forsikringspræmier, i det omfang medicinudgifter dækkes af forsikringen ud over den nævnte periode,

Stk, 4, Det er en betingelse for fradragsretten efter stk, 2, 1, pkt., at der foreligger en lægehenvielse til behandling, Fradragsretten for udgifter til behandling af misbrug af medicin, alkohol og andre rusmidler er dog alene betinget af, at der foreligger en skriftlig lægeerklæring om, at den pågældende har behov for behandling, Fradragsretten for udgifter til kiropraktorbehandling er alene betinget af, at der foreligger en skriftlig erklæring fra en kiropraktor, der har autorisation efter dansk ret eller, hvis kiropraktoren er etableret i udlandet, tilsvarende kvalifikationer, om, at personen har behov for behandlingen, Ved behandling af psykiske lidelser hos en psykolog er det endvidere en betingelse, at den pågældende psykolog har autorisation efter dansk ret eller, hvis psykologen er etableret i udlandet, tilsvarende kvalifikationer,

Stk, 5, Det er en betingelse for fradragsretten for forsikringspræmier efter stk, 2, 3, pkt., at det af forsikringsbetingelserne fremgår, at forsikringen kun dækker behandling efter stk, 2, 1, pkt., der enten sker efter lægelig henvielse, er lægeligt godkendt eller, for så vidt angår behandling af misbrug af medicin, alkohol og andre rusmidler samt kiropraktorbehandling, opfylder kravene i henholdsvis stk, 4, 2, og 3, pkt, For behandling af psykiske lidelser hos en psykolog er skattefriheden betinget af, at det af forsikringsbetingelserne fremgår, at den pågældende psykolog skal opfylde kravene i stk, 4, 4, pkt,

Stk, 6, Ved opgørelsen af den skattepligtige indkomst for en ægtefælle, der ikke i overvejende grad driver virksomheden, men som modtager en del af virksomhedens overskud, jf, kildeskattelovens § 25 A, stk, 3, medregnes ikke ydelser fra den anden ægtefælle eller udbetalinger fra forsikringer som nævnt i stk, 1, 2, 4 og 5, § 30, stk, 2, finder tilsvarende anvendelse,

Appendiks 4

Illustration af medarbejderbetaling via lønreduktion ('bruttotræk') for arbejdsgiverorganiserede sundhedsforsikringer

Bindende svar fra Skatterådet - SKM2007,71,SR (for fuld tekst se <http://www.skat.dk/SKAT.aspx?oId=1613013&vId=0>)

Skatterådet har i et bindende svar taget stilling til, om medarbejdere, der tager mod et tilbud fra arbejdsgiveren om at deltage i en sundhedsforsikring, mod at medarbejderne får en lavere kontant løn, er fritaget for beskatning af værdien af forsikringen i henhold til ligningslovens § 30, Skatterådet tager samtidig stilling til, at den aftalte kontantlønsnedgang ikke er i strid med kildeskattelovens § 46, stk, 3, uanset at den vises som et fradrag på lønsedlen,

Sagen omhandlede en arbejdsgiver, der tilbød samtlige medarbejdere at deltage i en sundhedsforsikring, Sundhedsforsikringen blev tegnet af arbejdsgiveren, der også hæftede for indbetaling af forsikringspræmien, Forsikringspræmien udgjorde kr, 1,429,00 pr, år pr, medarbejder og forfaldt én gang årligt den 1, januar, Fratrådte en medarbejder i løbet af kalenderåret, fortsatte dækningen og præmiebetalingen til udløbet af det pågældende kalenderår,

Det var aftalt mellem arbejdsgiveren og henholdsvis medarbejderne og de faglige organisationer, at de medarbejdere, der ønskede at deltage i ordningen, fik reduceret deres kontantløn med henholdsvis kr, 108,00 pr, måned (kr, 1,296,00 årligt) for månedslønnede og kr, 44,00 pr, lønudbetaling (kr, 1,144,00 årligt) for 14-dages lønnede, Grunden til differentieringen i medarbejdernes egenbetaling var arbejdsgiverens ønske om at stille medarbejderne ens, Da arbejdsgiverens sparede udgift til pension og feriepenge med mere var forholdsmæssigt større på de timelønnede medarbejdere end på de månedslønnede medarbejdere, udlignedes denne forskel via den lavere egenbetaling for de 14-dages lønnede, Den aftalte kontante lønnedgang havde virkning i alle henseender, herunder også pensionsindbetaling, feriepengeberegning med mere og over hele overenskomstperioden, Af administrative årsager fremgik kontantlønsnedgangen som et fradrag på den enkelte medarbejders lønseddel,

Efter indstilling fra SKAT fandt Skatterådet, at den omhandlede sundhedsforsikring var omfattet af ligningslovens § 30, stk, 3 og dermed skattefri for medarbejderen, Dette selvom arbejdsgiveren umiddelbart tilbød forsikringen til medarbejderne på uens økonomiske vilkår, idet Skatterådet lagde til grund, at arbejdsgiveren havde tilstræbt en fuldstændig lighed mellem de to medarbejdergrupper, hvorfor rådet fandt, at sundhedsforsikringen var tilbudt på samme økonomiske vilkår, Skatterådet bekræftede endvidere, at kontantlønsnedgangen ikke var i strid med kildeskattelovens § 46, stk, 3, og at den aftalte lønnedgang af rent administrative årsager godt måtte figurere som et fradrag på lønsedlen,

Appendiks 5

Skattefritagelse af alkoholbehandling

Denne bestemmelse er det første eksempel på skattefritagelse af arbejdsgiverbetalt behandling, Baggrunden, et uddrag af debatten og formuleringen i Ligningslovens §30 er indholdet af dette appendiks,

Baggrund

Forslag til lov om ændring af ligningsloven, (Skattefrihed for arbejdsgiverbetalte ydelser til alkoholafvænning m.v.), fremsat d, 17/12 1998, Vedtaget 14, april 1998: Lov nr 218 af 14, april 1999, Lovforslaget indgik i finanslovaftalen for 1999 mellem regeringen, Venstre, Det Konservative Folkeparti, Centrum-Demokraterne og Kristeligt Folkeparti,

Bemærkninger til lovforslaget: ” Efter lovforslaget skabes der skattefrihed for arbejdsgiverbetalte ydelser til alkoholafvænning,

Det er en del af regeringens langsigtede overvejelser, at social velfærd skal gøres synlig og vedkommende, ikke blot som et offentligt anliggende, men også i arbejdslivet og lokalsamfundet,

Regeringen ønsker således at påvirke udviklingen i en retning, hvor bl.a, arbejdsliv og familieliv kan kombineres, så de begivenheder i den private sfære, der kan få indflydelse på arbejdsindsatsen gennem et langt arbejdsliv, bedre kan rummes på arbejdspladserne,

I modsætning til skattefrihed for sygdomsbehandling i almindelighed, er der i forbindelse med arbejdsgiverbetalt alkoholafvænning tale om en særlig problemstilling, der gør en fritagelsesregel netop på dette område sagligt velbegrunder, Alkoholafvænning involverer f.eks, ikke på samme måde sundhedspersonale, som der er mangel på, som det vil være tilfældet ved andre former for sundhedsbehandling, og vil som følge deraf heller ikke dræne det offentlige sundhedssystem for højt kvalificeret arbejdskraft,”

*Fra debatten ved 1, behandlingen: (Kort bemærkning), **Frank Aaen** (EL):*

Hr, Peter Brixtofte sagde, at dette var et gennembrud, og det er jeg sådan set enig med Venstre i, Så er der bare det spørgsmål, jeg har til hr, Peter Brixtofte: Hvad kommer bagefter? Normalt er det jo sådan med digegennembrud, at der kommer en masse flydende efter den første dråbe, Kunne vi ikke få løftet sløret for, hvad det er, der dér er på vej?

Kort bemærkning), **Peter Brixtofte** (V):

I Venstre håber vi bestemt, at det her bliver fulgt op på et senere tidspunkt af, at også andre sygdomsbekæmpende foranstaltninger bliver omfattet af tilsvarende regler, sådan at det ikke kun er på det her område, at vi holder folk skadesløse, når de får noget betalt, Jeg synes, at det er rigtigt og fornuftigt, at hvis en virksomhed vil forbedre sundhedstilstanden for medarbejderne, at man så holder skattevæsenet udenfor,

Arbejdsgiverbetalt alkoholbehandling (baggrundsnotat (L 97, 2001/2002), Skatteministeriet)

Med virkning fra og med 1999 blev der indført skattefrihed for arbejdsgiverbetalt alkoholafvænning, Dermed blev arbejdsgiverbetalt alkoholafvænning ikke længere betragtet som en egentlig del af medarbejdernes aflønningsgrundlag, men som en del af virksomhedernes overordnede medarbejderpolitik,

Loven er udformet således, at udover arbejdsgivere, der betaler for alle deres medarbejdere, gælder skattefriheden også, når pensionskasser eller fagforeninger betaler for alle deres medlemmers alkohol-

afvænnning, Skattefriheden gælder uanset, om virksomhederne betaler direkte for alkoholafvænnningen eller mere indirekte via forsikringsordninger,

I lyset af lovændringen i 1999 har Indenrigs- og Sundhedsministeriet indsamlet oplysninger om omfanget af arbejdsgiverbetalt alkoholbehandling, Der foreligger ikke tilgængelige statistiske opgørelser over omfanget heraf, men ministeriet har foretaget en mindre undersøgelse bl.a, med kontakt til private alkohol-behandlingshjem,

Af undersøgelsen fremgår det, at det skønnes, at ca. 2.000 personer hvert år modtager behandling for alkoholmisbrug på et alkoholbehandlingshjem, Omkring 20 procent af disse, 400 personer, får behandlingen betalt af arbejdsgiveren,

De arbejdsgivere, der betaler for deres ansattes alkoholafvænnning, betaler næsten altid direkte for behandlingerne og ikke via forsikringsordninger, Pensionskasser og fagforeninger betaler kun i meget begrænset omfang for alkoholbehandlinger,

Det er indtrykket, at omfanget af arbejdsgiverbetalte alkoholbehandlinger er steget i de senere år, men dette tilskrives ikke alene lovændringen i 1999, men i højere grad en generel udvikling i samfundet med større fokus på alkoholproblemer,

Med lovforslag nr, L 97 fremsat 6/2- 2002 af skatteministeren udvides ordningen til også at give skattefrihed for arbejdsgiverbetalte sundhedsbehandlinger, Lovforslaget bevirker, at kravet om, at tilbuddet om alkoholafvænnning skal gælde for alle virksomhedens medarbejdere, ophæves, Virksomhederne kan således selv vælge, om alle medarbejdere skal være omfattet af et behandlingstilbud (alkoholafvænnning eller sundhedsbehandling) eller ej,

§ 30 (som vedtaget d, 23, marts 1999, kun Enhedslisten stemte imod),

Ved opgørelsen af den skattepligtige indkomst medregnes ikke ydelser, som afholdes af arbejdsgiveren til medarbejderens alkoholafvænnning, Ved opgørelsen af den skattepligtige indkomst medregnes heller ikke den rentefordel, som en medarbejder måtte opnå ved, at arbejdsgiveren yder denne et lån til dækning af udgifterne ved alkoholafvænnning, Såfremt arbejdsgiveren har valgt at tegne en forsikring til dækning af udgifter i forbindelse med medarbejderens alkoholafvænnning, medregnes tilsvarende ikke forsikringspræmien hertil,

Stk, 2, Det er en betingelse for skattefriheden efter stk, 1, at der foreligger en skriftlig lægeerklæring om, at medarbejderen har behov for alkoholafvænningsbehandling, Det er endvidere en betingelse, at udgiften afholdes som led i arbejdsgiverens generelle personalepolitik for alle virksomhedens medarbejdere, herunder at en af arbejdsgiveren tegnet forsikring omfatter samtlige virksomhedens medarbejdere,

Stk, 3, Stk, 1 og 2 gælder tilsvarende for ydelser til alkoholafvænnning, som gives til personer som led i en aftale om ydelse af personligt arbejde i øvrigt samt til personer, der er valgt til medlem af eller medhjælp for bestyrelser, udvalg, kommissioner, råd, nævn eller andre kollektive organer, herunder Folketinget og kommunalbestyrelser, *Stk, 1 og 2* gælder ligeledes for ydelser til alkoholafvænnning, som gives til medlemmer af en fagforening, pensionskasse eller lignende,«

Appendiks 6

Forskellige alternative logistiske regressionsanalyser

Viser noget om effekten af at udelade antal ansatte og øge antal observationer fra 2950 til 3380,

	Odds Ratio	Odds-ratio 1	Koefficienter	P>z	95% konfidens-interval	
Køn (mand =0)	0,9548	0,9282	-0,0462	0,590	0,8071	1,1295
30-39 år -alder (18-29 år=0)	0,7215	0,7491	-0,3264	0,034	0,5336	0,9756
40-49 år	0,6307	0,6584	-0,4609	0,003	0,4639	0,8573
50-59 år	0,4313	0,4538	-0,8409	0,000	0,3142	0,5920
60-69 år_5	0,2937	0,3008	-1,2249	0,000	0,1988	0,4339
10-11 års skolegang (7-9 år = 0)	0,7529	0,7831	0,2838	0,076	0,5501	1,0303
Student/HF	0,5825	0,6115	-0,5404	0,001	0,4265	0,7954
100-199,000 bruttoindkomst (<100,000=0)	1,4180	4,7259	0,3493	0,587	0,4026	4,9939
200-299,000 kr	2,9457	1,7642	1,0803	0,074	0,9005	9,6352
300-399,000	5,4241	3,5817	1,6909	0,005	1,6587	17,737
400-499,000	7,7248	5,4516	2,0444	0,001	2,3428	25,470
500-599,000	9,8712	6,8714	2,2896	0,000	2,9354	33,195
600-699,000	20,984	1,5405	3,0438	0,000	6,0483	72,805
700-799,000	20,440	1,3693	3,0175	0,000	5,4758	76,298
Mere 800,000	18,632	1,1877	2,9249	0,000	5,2765	65,794
Helbredstilstand god (virkelig god=0)	1,3711	1,3402	0,3157	0,006	1,0960	1,7153
Helbredstilstand nogenlunde	1,0112	0,9648	0,0112	0,933	0,7775	1,3151
Helbredstilsantd dårlig	1,1151	1,0178	0,1090	0,630	0,7158	1,7370

Helbredstilstand meget dårlig	2,1371	1,4053	0,7595	0,286	0,5302	8,6136
Medlem af LO-forbund (ikke fagforeningsmedlem=0)	0,6579	0,7818	-0,4186	0,001	0,5143	,84172
Medlem af FTF-forbund	0,5469	0,5994	-0,6034	0,000	0,4088	,73174
Medlem af AC-forbund	0,2020	0,2272	-1,5995	0,000	0,1364	,29914
Medlem andre fagfor,	0,8127	0,8715	-0,2073	0,074	0,6474	1,0204
20-49 ansatte (1-19 ansatte=0)	1,3725		0,3166	0,015	1,0633	1,7716
50-99 ansatte	1,5279		0,4239	0,003	1,1579	2,0162
100-249 ansatte	1,6783		0,5178	0,000	1,2905	2,1828
250-499 ansatte	2,8244		1,0383	0,000	2,0332	3,9235
Mere end 5000 ansatte	2,1724		0,7759	0,000	1,7047	2,7685
Region Sjælland (Region hovedstaden =0)	0,8774	0,8258	-0,1308	0,302	0,68450	1,1246
Region Syddanmark	0,8991	0,8659	-0,1063	0,350	0,71948	1,1237
Region Midtjylland	0,8874	0,8197	-0,1194	0,288	,7120583	1,1061
Region Nordjylland	0,7466	0,6464	-0,2922	0,064	,5478529	1,0175

Appendiks 7

Zoneterapi

Zoneterapi er en del af de dækkede ydelser i de fleste arbejdsgiverorganiserede forsikringer, Det kan umiddelbart overraske, fordi zoneterapi ofte klassificeres som alternativ, ligesom det kan være svært at leve op til kravet om lægehenviisning,

Afsættet er utvivlsomt en afgørelse i Ligningsrådet fra juni 2001, dvs, før ændringen i Ligningslovens paragraf 30, der gjorde arbejdsgiver-forsikringer skattefrie for lønmodtagere,

Beskatning af arbejdsgiverbetalt zoneterapi (16, juni 2001, SKM2001,253,LR, sagsnr, 99/00-412-00262)
Mine fremhævninger,

”Spørgsmål

Vil en forsøgsordning, hvor de ansatte i virksomhedens hovedkontor får gratis zoneterapibehandling i forbindelse med forebyggelse og behandling af arbejdsrelaterede lidelser, være uden skattemæssige konsekvenser for medarbejderne?

Svar

Ja, se sagsfremstilling og begrundelse,

Sagsfremstilling og begrundelse

Virksomheden påtænker, at iværksætte en forsøgsordning af en varighed på foreløbig 6 måneder, hvor de ansatte i hovedkontoret får mulighed for at få gratis zoneterapibehandling til forebyggelse og behandling af arbejdsrelaterede skader (lidelser),

Behandlingen vil foregå på en dertil indrettet klinik, der er beliggende på arbejdspladsen, Virksomheden vil afholde samtlige udgifter til klinikken, herunder løn til zoneterapeuten, som udgør 200 kr, pr, behandlingstime, I forsøgsperioden kan hver enkelt ansat maksimalt modtage 5-10 behandlinger, Behandlingen foretages ikke i arbejdstiden, da den tid, der bruges til behandling, fratrækkes i den ansattes flex-skema,

Virksomheden har oplyst, at det er en forudsætning for påbegyndelse af denne ordning, at den kan gennemføres uden skattemæssige konsekvenser for den enkelte ansatte, Virksomheden mener ikke, at der skal ske beskatning efter ligningslovens § 16, idet zoneterapibehandlingen er omfattet af ligningslovens § 16, stk, 3, 3, pkt,

Told- og Skattestyrelsens indstilling

Efter statsskattelovens (SL) § 4 skal der ske beskatning af den skattepligtiges samlede årsindtægter, hvad enten de består i penge eller formuegoder af pengeværdi, Bestemmelsen opregner eksempler på skattepligtige ydelser, og det nævnes bl,a., at der er skattepligt af vederlagsfri benyttelse af andres rørlige eller urørlige gods, samt af naturalydelser,

Statsskattelovens bestemmelser betyder for det første, at alle former for indkomst er skattepligtig, medmindre skattefriheden direkte er fastslået i lovgivningen,

Statsskatteloven har for det andet det grundlæggende princip, at det er uden betydning for den skattemæssige behandling, om indkomsten fremtræder i form af kontanter eller i form af naturalier,

Efter ligningslovens (LL) § 16, stk, 1, skal der ved opgørelsen af den skattepligtige indkomst medregnes vederlag i form af formuegoder af pengeværdi, sparet privatforbrug og værdien af hel eller delvis vederlagsfri benyttelse af andres formuegoder, jf, SL §§ 4-6, når tilskuddet eller godet modtages som led i et ansættelsesforhold eller som led i en aftale om ydelse af personligt arbejde i øvrigt,

Efter ligningslovens § 16, stk, 3, skal den skattepligtige værdi fastsættes til den værdi, som det må antages at koste den skattepligtige at erhverve godet i fri handel,

De goder, som arbejdsgiveren i overvejende grad har ydet af hensyn til den ansattes arbejde, beskattes kun, hvis den samlede værdi af disse goder overstiger et grundbeløb på 3,000 kr, I 2001 er grundbeløbet reguleret til 4,400 kr,

Udgifter til behandlinger, hvad enten det er en hofteoperation, en tandlægebehandling eller en zoneterapibehandling, er som udgangspunkt private udgifter, Hvis disse udgifter bliver betalt af arbejdsgiveren, er den ansatte skattepligtig af værdien jf, SL § 4, jf, LL § 16, **Det er kun i de tilfælde, hvor der er skabt særskilt lovhemmel som fx om arbejdsgiverbetalt alkoholafvænnning jf, ligningslovens § 30, at den ansatte ikke skal beskattes,**

Desuden vil arbejdsgiverbetalte udgifter til forebyggelse eller behandling af arbejdsrelaterede skader - under forudsætning af, at der er tale om enten forebyggelse af arbejdsrelaterede skader eller behandling af konkrete skader, der uomtvisteligt er forårsaget af arbejdet - være skattefri,

Af lovforslag (L 149) om alkoholafvænning fremsat den 17/12 1998 fremgår følgende af bemærkningerne til lovforslaget, Under almindelige bemærkninger:

"3, Arbejdsrelaterede skader m,v,

Udgifter, der afholdes af arbejdsgiveren til forebyggelse eller behandling af arbejdsrelaterede skader eller sygdomme, er ikke skattepligtige for den ansatte, Det drejer sig om bl.a, om de sundhedsudgifter, der relaterer sig til til den lovpligtige arbejdsskadeforsikring og til bedriftssundhedstjeneste, Men også f,eks, udgift til en fysioterapeuts instruktion af den ansatte i korrekt arbejdsstilling må anses for udgift til forebyggelse af arbejdsrelaterede skader og sygdomme, Også f,eks, betaling for behandling på et privathospital vil være skattefri, hvis der er tale om en behandling af en skade, der er påført den ansatte under arbejdets udførelse, Ligeledes er udgift til krisehjælp hos psykolog som følge af hændelser på arbejdspladsen skattefri,"

Virksomhedens tilbud om zoneterapibehandling vil gælde alle ansatte i hovedkontoret, de ansatte skal gå til behandling udenfor arbejdstiden og det er en betingelse, at deres ønske om behandling skyldes forebyggelse eller behandling af en arbejdsrelateret skade, Det er derfor Told- og Skattestyrelsens indstilling, at behandlingerne vil være skattefri for de ansatte,

I relation til bagatelgrænsen i ligningsloven § 16, stk, 3, skal Told- og Skattestyrelsen bemærke, at forebyggelse eller behandling af arbejdsrelaterede skader ikke er omfattet af bagatelgrænsen, da der er tale om et gode, som ikke skal beskattes, Der henvises til Ligningsvejledningen, afsnit A,B,1,9,1 om bagatelgrænsen, **Told- og Skattestyrelsen skal for så vidt angår arbejdsgiverbetalt forebyggelse og behandling af ikke-arbejdsrelaterede skader vejledende udtale, at sådanne behandlinger vil være skattepligtige for de ansatte,**

Det skyldes, at der efter Told- og Skattestyrelsens opfattelse er tale om, at de ansatte får betalt private udgifter af arbejdsgiveren, som skal beskattes efter SL § 4,

Told- og Skattestyrelsen finder endvidere ikke, at forebyggelse eller behandling af ikke-arbejdsrelaterede skader er omfattet af bagatelgrænsen i ligningslovens § 16, stk, 3, da tilbuddet om behandling ikke kan anses for hovedsageligt at være stillet til rådighed af hensyn til den ansattes arbejde,

Om generelle velfærdsforanstaltninger for ansatte skal Told- og Skattestyrelsen bemærke, at der ikke er hjemmel til at fritage de ansatte for beskatning blot fordi det er en generel velfærdsforanstaltning, Velfærdsforanstaltninger af bagatelagtig karakter som fx kaffe/te-ordning, et glas "fredagsvin" eller kondirum på arbejdspladsen beskattes dog efter praksis ikke,

Ligningsrådet kan tiltræde Told- og Skattestyrelsens indstilling og den vejledende udtalelse, ”

Appendiks 8

Sygefravær

Som nævnt i hovedteksten publicerede Forsikring og Pension i oktober 2010 en rapport med titlen ”Er sundhedsforsikrede mindre syge end uforsikrede?”, hvor man havde registersamkørt ca. 70% af de arbejdsgiverforsikrede med forskellige registre, bl.a. registeret for langvarigt sygefravær, Landspatientregisteret og Sygesikringsregisteret. Uden at gå i detaljer viste analysen, at forsikrede havde mindre langvarigt sygefravær, dvs. mindst tre ugers sammenhængende fravær, end ikke forsikrede. I analysen kunne man på grund af registertilgangen alene se på det langvarige sygefravær, dvs. den del af fraværet, hvor det offentlige efter tre uger fravær udbetaler sygdagpenge, medens man ikke så på det kortvarige fravær.

I dette appendiks foretages en en nærmere analyse og beskrivelse af fraværsoplysningerne i nærværende spørgeskemabaserede undersøgelse. Der er i 2011 publiceret en særskilt undersøgelse heraf i Health Economics Papers 2011:???. Det efterfølgende er et uddrag fra denne undersøgelse.

I spørgeskemaet skulle respondenterne oplyse om sygdomsrelateret fravær fra arbejde i de foregående 12 måneder, dvs. dækkende perioden juni 2008 til juni 2009 (”Sp.36 Hvor mange dage inden for de seneste 12 måneder har du været fraværende på dit arbejde pga. sygdom?”). Spørgsmålet indfanger således såvel det kortvarige sygefravær (<3 uger) som det langvarige sygefravær (> 3 uger). For at kunne sammenlignes med officielt statistik kræver det sidste dog, at der er tale om mindst ét sammenhængende tre uger forløb. Dette er ikke oplyst i spørgeskemaundersøgelsen. I spørgsmål 11 vedr. erhvervs mæssig stilling var der en svarmulighed, der hed sygemeldt i mere end 3 måneder.

Deskriptive oplysninger

Tabel 1: Fravær på grund af sygdom sidste 12 måneder. Beskæftigede og arbejdsløse/aktiverede.

Fravær	N	Procent
ikke fravær	1176	32,1
1-5 dage	1463	39,9
6-10 dage	490	13,4
11-15 dage	178	4,9
16-20 dage	73	2,0
21-25 dage	50	1,4
26-35 dage	57	1,6
36-45 dage	24	0,7
46-100 dage	93	2,5
101-150 dage	24	0,7

151-200 dage	14	0,4
200-300 dage	8	0,2
301-366 dage	18	0,5
	3668	100,3

Tabel 1 og efterfølgende tabeller er medtaget for at give læseren et indtryk af grundmaterialet. Der er ikke tale om egentlig analyse, fx. med kontrol for relevante forhold, når fraværet for offentligt og private ansatte sammenlignes. Dette sker først i de efterfølgende regressionsanalyser.

Omkring en tredjedel har ikke haft sygefravær i det foregående år. Defineres langvarigt sygefravær som mere end 15 dage (svarende til tre uger med 5 arbejdsdage), fremgår det, at 10% har haft langvarigt sygefravær i de sidste 12 måneder. Ud af tallene kan man som nævnt ikke afgøre, om der er tale om sammenhængende forløb, fx. været sygemeldt i 4 uger i træk (som formelt ville blive klassificeret som langvarig syg) contra 4 uger fordelt over et helt år.

Tabel 2: Gennemsnitlig fravær (antal dage) efter stillingskategori

	Gennemsnit	N
Selvstændig	6,5	275
Medhjælpende ægtefælle	25,4	16
Arbejder, faglært	8,7	252
Arbejder, ufaglært	12,9	256
Funktionær	8,4	2502
Anden beskæftigelse	0,7	185
Arbejdsløs eller under aktivering	35,6	182

Der er betydelig forskelle mellem stillingskategorierne, tabel 3: lavest fravær hos selvstændig og højest blandt arbejdsløse/under aktivering.

Tabel 3: Gennemsnitlig fravær (antal dage) efter uddannelse

Erhvervsuddannelse	Gennemsnit	N	Procent
ufaglært/tillært	11,8	467	14,8
faglært	10,1	527	16,7
KVU	9,5	450	14,3
MVU	9,4	1,026	32,6
LVU	6,2	679	21,6
Uoplyst	15,4	519	
Total		3,149	100,0

De bedst uddannede har lavest sygefravær medens ufaglærte har det højeste fravær, tabel 3. Dette hænger utvivlsomt sammen med forhold som fysisk anstrengende arbejde m.m.

Tabel 4: Fravær opdelt efter køn

	Gennemsnit	N
mand	8,4	1828
Kvinde	11,7	1840

Velkendte kønsforskelle gør sig gældende, jfr. tabel 4.

Tabel 5: Fravær opdelt på aldersgrupper

aldersgruppe	Gennemsnit	N	Procent
18-29 år	8,9	424	11,6
30-39 år	11,1	899	24,5
40-49 år	10,3	948	25,9
50-59 år	10,9	1003	27,3
60-69 år	6,3	366	10,0
70-75 år	6,5	28	0,8
		3668	100,0

De ældste og de yngste har lavest sygefravær og beskeden forskel mellem de 30-59 årige, tabel 5.

Tabel 6: Fravær og selv vurderet helbredstilstand

Selv vurderet helbred	Gennemsnit	N	Procent
Virkelig god	3,2	625	17,0
God	6,5	2,055	56,0
Nogenlunde	17,3	828	22,6
Dårlig	42,5	148	4,0
Meget dårlig	82,1	12	0,3
Total		3,668	100,0

Der er en klar sammenhæng mellem sygefravær og selv vurderet helbred, tabel 6. Jo dårliger selv vurderet helbred, jo mere fravær.

For bl.a. at kunne se på forskelle i selv vurderet helbredsstatus og grupperet sygefravær, incl. personer med mere end 15 arbejdsdages sygefravær (der som nævnt ikke uden videre kan tolkes som 'langvarigt sygefravær' i lovens forstand) er tabel 6A medtaget. Kun 12 personer har angivet 'meget dårligt'. Derfor er denne gruppe slået sammen med 'dårligt'.

Det fremgår tydeligt, at personer uden sygefravær har bedre helbredsstatus end personer med mere end 15 dages fravær, fx. har 45% af dem uden fravær et virkeligt godt helbred, medens tallet for gruppen med mere end 15 dages fravær kun er 3% (og faktisk angiver 42 procent af denne gruppe på ialt 361 personer, at de har dårlig eller meget dårligt helbred).

Tabel 6A: Fravær opdelt på intervaller, incl. 'langtidssyg' og selv vurderet helbred

	ikke fraværende	1-5 dage	6-10 dage	11-15 dag	langtidssyg (> 15 arbejdsdage sammenlagt)	I alt
Virkelig god, N	279	258	61	9	18	625
% række	45	41	10	1	3	100
% søjle	24	18	12	5	5	17
God, N	676	897	263	97	122	2,055
% række	33	44	13	5	6	100
% søjle	57	61	54	54	34	56
Nogenlunde, N	199	271	141	63	154	828
% række	24	33	17	8	19	100
% søjle	17	19	29	35	43	23
Meget dårlig og dårlig, N	22	37	25	9	67	160
% række	14	23	16	6	42	100
% søjle	2	3	5	5	19	4
I alt	1176	1463	490	178	361	3668
	32	40	13	5	10	100
	100	100	100	100	100	100

Helbredstilstand må antages at spille en betydelig rolle for fravær. I undersøgelsen findes ud over selv vurderet helbred også oplysning om antal kroniske sygdomme, jfr. tabel 7. Endvidere findes grundstammen af EQ-5D også i materialet, der vedrører funktionstilstande (kan bevæge sig omkring, kan klare sig selv osv.). EQ-5D bruges dog ikke i det følgende.

Tabel 7: Fravær og antal kroniske sygdomme (max 14)

antal kroniske sygdomme	Gennemsnit	N	Procent
0	5,7	1575	42,9
1	9,1	1143	31,2
2	14,6	599	16,3
3	19,2	218	5,9
4	21,1	92	2,5
5	53,6	27	0,7
6	89,6	11	0,3
8	30	1	0,0
14	101	2	0,1
Total		3668	100,0

Tabel 7 viser helbredstilstand i form af antal kroniske sygdomme (ud fra en liste på 14). Også her ser man en klar sammenhæng: Jo flere kroniske tilstande, jo højere fravær.

	Gnsn.	N
Ikke sygefravær	0,83	1176
1-5 dage	0,84	1462
6-10 dage	1,09	490
11-15 dage	1,30	178
> 15 dage	1,66	361

Tabel 7A: Fravær opdelt på intervaller og antal kroniske tilstande/sygdomme

Tabel 7A viser antal kroniske sygdomme opdelt på sygefraværs-intervaller, herunder > 15 dages sygefravær. Tabellen bekræfter, at sygefraværet stiger med antal kroniske tilstande, men dog reelt først efter 6-10 dages fravær. Antal sygdomme er dobbelt så stort blandt personer med > 15 dages fravær sammenlignet med intet fravær (husk dog, at der ikke i denne deskriptive opstilling ikke er korrigeret for bl.a. alder.

Kendetegn ved virksomhederne spiller utvivlsomt også en rolle for sygefraværet. Lige fra størrelse over ejerform til, om der er en sundhedsordning på virksomheden.

Tabel 8: Fravær opdelt på virksomhedsstørrelse (antal ansatte)

antal ansatte	Gennemsnit	N	Procent
1-19 ansatte	8,5	977	28,0
20-49 ansatte	7,9	598	17,2
50-99 ansatte	7,8	434	12,5
100-249 ansatte	10,8	475	13,6
250-499 ansatte	7,7	248	7,1
>500	8,5	670	19,2
ved ikke	16,7	84	2,4
Total		3,486	100,0

Sammenhæng mellem virksomhedsstørrelse og sygefravær er svingen uden noget éntydigt mønster.

Tabel 9: Fravær opdelt efter privat eller offentlig virksomhed

off-privat	Gennemsnit	N	Procent
privat virksomhed	8,4	2047	58,9
offentlig virksomhed	9,3	1427	41,1
Total		3474	100,0

Fraværet for offentligt ansatte er højere end for privatansatte, tabel 9. En underliggende forklaring er sandsynligvis den underliggende forskel i kønssammensætningen af arbejdsstyrken.

Table 10: Fravær opdelt efter forsikringsstatus (arbejdsgiverbetalt forsikring)

Har sundhedsforsikring	Gennemsnit	N	Procent
ja	7,1	1319	39,4
nej	9,5	1991	60,5

Uden korrektion for forskelle mellem forsikrede og ikke-forsikrede viser tabel 10, at fraværet blandt de sundhedsforsikrede er lavere end for ikke-forsikrede.

Tabel 11: Fravær fordelt efter brug af sundhedsforsikring

Brugt forsikringen i de sidste 12 måneder	Gennemsnit	N	Procent
Ja	12,7	332	9,1
Nej	6,1	1266	34,5
Har ikke forsikring	12,1	2069	56,4
Total		3667	100,00

Tabel 11 viser, at sygefraværet er højere blandt dem, der har brugt sundhedsforsikringen i de sidste 12 måneder, og i tabel 12 ser man, at der ikke er markant forskelle i selv vurderet helbred afhængig af, om forsikringen har været brugt i det forudgående år. I undersøgelsen fra Forsikring&Pension havde man alene oplysning om forsikring, ikke om den var blevet brugt. Hvis man skal kunne forklare, at forsikrede har mindre sygefravær end ikke-forsikrede, må det skyldes, at forsikringen er blevet brugt.

Tabel 12: Brugt forsikring sidste 12 måneder og selv vurderet helbredstilstand

	Virkelig god	God	Nogenlunde	Dårlig	Meget dårlig	I alt
Ikke brugt forsikring	574	1,865	751	137	9	3,336
%	17,2	55,9	22,5	4,1	0,3	100
Ja, brugt forsikringen	51	190	77	11	3	332
%	15,4	57,2	23,2	3,3	0,9	100
I alt	625,0	2,1	828,0	148,0	12,0	3,668
	17,04	56,0	22,6	4,0	0,3	100,0

Forsikringsvariablen kan opdeles anderledes end i tabel 12, nemlig sådan at gruppen af forsikrede opdles i to, hhv med og udenforsikring, hvortil gruppen af personer uden en arbejdsgiverorganiseret forsikring.

Tabel 13: Brug, ikke-brug og uden forsikring i forhold til selv vurderet helbred

	Virkelig god	God	Nogenlunde	Dårlig	Meget dårligt	Total
ikke brugt a-giverforsikring	221	777	228	38	3	1,267
	17,4	61,3	18,0	3,0	0,2	100
Brugt arbejdsgiverfor	51	190	77	11	3	332
	15,4	57,2	23,2	3,3	0,9	100
har ikke arbejdsgiver	353	1,088	523	99	6	2,069
	17,1	52,6	25,3	4,8	0,3	100
Total	625	2,055	828	148	12	3,668
	17,0	56,0	22,6	4,0	0,3	100,0

Det fremgår af tabel 14, at brugere af sundhedsforsikringer har en del flere kroniske sygdomme end andre forsikrede og lidt flere end personer uden forsikring.

Tabel 14: Antal kroniske sygdomme og brug af forsikring i sidste 12 måneder

	N	Gnsn. antal kroniske sygdomme
Ja, har benyttet sundhedsforsikring	332	1,19
Nej, har ikke benyttet sundhedsforsikring	1266	0,84
Har ikke arbejdsgiverbetalt forsikring	2070	1,02

For tabellerne 1-14 gælder, at antallet af observationer kan variere på grund af manglende oplysninger eller, at spørgsmålet ikke har været relevant for arbejdsløse, fx. om man er ansat i en privat eller offentlig virksomhed.

Analyse

I hovedteksten blev sygefraværet analyseret ved hjælp af regressionsanalyse. I dette appendiks benyttes en anden strategi, nemlig matching. Det er en statistisk fremgangsmåde, der kendes fra evaluerings- og arbejdsmarkedslitteraturen, hvor man ser på en 'interventionsgruppe', her personer med sundhedsforsikring (eller personer, der aktivt har brugt forsikringen i et givet tidsrum), og en sammenligningsgruppe, her de ikke-forsikrede. Dette var også fremgangsmåden i den nævnte 2010-rapport fra Forsikring og Pension.

Metoden har to faser: I første fase beregnes den såkaldte 'propensity score' (propensity = tilbøjelighed), dvs. sandsynligheden for at have en sundhedsforsikring, der afhænger af en række personlige karakteristika (køn, alder, uddannelse, sundhedsstatus osv.) og virksomhedsforhold (størrelse, sundhedsordning). Statistisk sker det ved hjælp af logistisk regressionsanalyse med en

binær forsikringsvariabel som afhængig variabel (logistic i STATA). I fase 2 bruges en algoritme (psmatch2, pstest, psgraph i STATA), der matcher de to grupper, dvs. finder frem til respondenter i de to grupper, der ligner hinanden mest mulig, bortset fra forsikringsstatus, hvorefter der testes for forskel i sygefravær mellem de to grupper (hhv. med og uden sundhedsforsikring – eller har brugt/ikke brugt sundhedsforsikring).

Det kan imidlertid diskuteres, om 'interventionen' er at have en (arbejdsgiverorganiseret) forsikring, eller om det snarere består i at have brugt forsikringen i en given tidsperiode. Noget peger på, at det må være det sidste, fordi en evt. forskel i sygefravær må skyldes aktive handlinger, som forsikringen muliggør – og det er kun tilfældet for de ca. 20% af de forsikrede, som i løbet af et år gør brug af forsikringen. Næsten i sagens natur kan det ikke som sådan være det have en forsikring, der gør en forskel på sygefraværet (måske snarerer en indikation på en uobserverbar selektionseffekt på virksomhedsniveau, idet det er en virksomhedsafgørelse at tilbyde medarbejderne en betalt sundhedsforsikring – og alle ansatte skal have tilbuddet). Det må være brug af de behandlingstilbud, som en forsikring muliggør, der skal forklare en evt. effekt på sygefravær.

- ***Propensity score for at have en arbejdsgiverorganiseret forsikring***

Tabel 15 viser resultatet af den logistiske regressionsanalyse, der bruges til beregning af en propensity score (sandsynlighed for at have en sundhedsforsikring). Der vendes tilbage til en analyse af propensity for at have brugt forsikringen i de sidste 12 måneder, jfr. ovenstående omtale af, hvad der er den relevante 'intervention'.

Grundideen er at medtage forhold, der adskiller forsikrede fra ikke forsikrede. Det er åbenbart, at sundhedsstatus er vigtig. Der er medtaget a) selvurderet sundhedsstatus og b) antal kroniske sygdomme/tilstande ud fra en liste med maksimalt 14. Hertil kommer socio-økonomiske forhold: Køn, alder, uddannelse, bruttoindkomst samt bopælsregion. Der er to forhold vedrørende ansættelsesstedet: Virksomhedens størrelse, og om virksomheden har en sundhedsordning. Endelig er der også medtaget en variabel, der viser, om man i løbet af året har brugt sundhedsforsikringen. Det kan diskuteres, om denne variabel skal medtages som forklarende variabel, idet den i en vis forstand er endogen, nemlig bestemt af, om man er ansat i en virksomhed, der har valgt at tilbyde medarbejderne en sundhedsforsikring. Det er imidlertid vigtig i forhold til effekt-fasen (med matching) af beregningerne. Problem tages op ved diskussionen af resultaterne af forsikring-status på sygefravær.

Tabel 15: Logistis regressionsligning til beregning af propensity score

Afhængig variabel: Sundhedsforsikring (1=ja)	Odds Ratio	Robust Std. Err.	z	P>z	95% konfidens-interval	
Køn (mand =0)	.85634 17	.07554 52	- 1.7 6	0.0 79	.72036 96	1.01797 9
Alder – 30-39 år (18-29 år =0)	1.0618 6	.16391 73	0.3 9	0.6 97	.78463 77	1.43703
40-49 år	.87353 12	.13824 33	- 0.8 5	0.3 93	.64057 34	1.19120 9
50-59 år	.67584 79	.10909 29	- 2.4 3	0.0 15	.49255 09	.927356 6
60-69 år	.47363 06	.09370 57	- 3.7 8	0.0 00	.32139 06	.697985 2
70-75 år	.14517 57	.07550 95	- 3.7 1	0.0 00	.05237 97	.402369 4
Uddannelse faglært (ufaglært =0)	1.6218 9	.26492 41	2.9 6	0.0 03	1.1775 62	2.23387 6
VU	1.3950 68	.24155 45	1.9 2	0.0 54	.99359 78	1.95875 4
MVU	.62201 54	.10037 98	- 2.9 4	0.0 03	.45335 22	.853427 3
LVU	.79697 4	.14708 74	- 1.2 3	0.2 19	.55507 11	1.14429 9
Andet	.99968 16	.17061 53	- 0.0 0	0.9 99	.71546 35	1.39680 6
Bruttoindkomst, 100-199.000 (<100.000 = 0	.98147 38	.78674 92	- 0.0 2	0.9 81	.20396 5	4.72282 3
200-299.999 kr	3.0345 56	2.2537 07	1.4 9	0.1 35	.70782 2	13.0096 7
300-399.999 kr	5.6179 65	4.1764 98	2.3 2	0.0 20	1.3085 19	24.1200 3
400-499.999 kr	7.5433 54	5.6352 93	2.7 0	0.0 07	1.7445	32.6180 5
500-599.999	8.4806 12	6.4053 5	2.8 3	0.0 05	1.9298 35	37.2678 3
600-699.999 r	19.275 64	14.856 24	3.8 4	0.0 00	4.2556 44	87.3076 3
700-799.999	16.384 17	13.010 31	3.5 2	0.0 00	3.4554 48	77.6863 4

800-899.999	22.437 43	18.379 03	3.8 0	0.0 00	4.5054 02	111.741
900-999.999	12.123 6	11.606 35	2.6 1	0.0 09	1.8567 16	79.1621 1
1.000.000 og over	18.362 92	14.998 58	3.5 6	0.0 00	3.7041 82	91.0314
Ved ikke	1.6565 11	1.5414 87	0.5 4	0.5 88	.26736 1	10.2633 8
Ønsker ikke at oplyse	6.5893 66	4.9278 01	2.5 2	0.0 12	1.5215 27	28.5369 4
Helbredsstatus, god, (virkelig god=0)	1.3930 66	.16155 36	2.8 6	0.0 04	1.1098 34	1.74857 9
Nogenlunde	.99453 55	.14450 87	- 0.0 4	0.9 70	.74806 35	1.32221 5
Dårlig	1.0433 91	.26785 09	0.1 7	0.8 69	.63086 12	1.72568 2
Meget dårlig	1.4251 84	1.1844 37	0.4 3	0.6 70	.27954 86	7.26581 6
Antal kroniske sygdomme	.97073 56	.04214 27	- 0.6 8	0.4 94	.89155 38	1.05695
Medlem af LO-forbund, (ikke fagforeningsmedlem =0)	.54184 99	.07139 4	- 4.6 5	0.0 00	.41852 84	.701508 7
Medlem af FTF-forbund	.55901 5	.08780 4	- 3.7 0	0.0 00	.41089 03	.760538 1
Medlem af AC-forbund	.24617 83	.05258 21	- 6.5 6	0.0 00	.16197 15	.374163 1
Medlem af andre fagforeninger	.77078 04	.08874 59	- 2.2 6	0.0 24	.61507 1	.965908 7
20-49 ansatte (1-19 ansatte =0)	1.1937 85	.15935 38	1.3 3	0.1 85	.91897 23	1.55077 8
50-99 ansatte	1.3533 1	.19611 09	2.0 9	0.0 37	1.0187 04	1.79782 2
100-249 ansatte	1.3825 27	.19477 45	2.3 0	0.0 21	1.0489 48	1.82218 9
250-499 ansatte	2.3229 14	.40092 49	4.8 8	0.0 00	1.6562 25	3.25796 8
Mere end 500 ansatte	1.5964 66	.20005 99	3.7 3	0.0 00	1.2487 98	2.04092 7
Ved ikke	.17704 42	.09380 48	- 3.2 7	0.0 01	.06267 33	.500127 9
Brugt sundhedsforsikring sidste år (nej=0)	14.732 61	2.7099 99	14. 62	0.0 00	10.273 18	21.1278 1

Sundhedsordning (ja=0)	.36873 48	.03348 21	- 10. 99	0.0 00	.30861 91	.440560 4
Sundhedsordning, ved ikke	.62968 67	.11851 77	- 2.4 6	0.0 14	.43542 57	.910615 5
Region Sjælland (Region Hovedst. =0)	.88584 08	.11608 31	- 0.9 3	0.3 55	.68519 12	1.14524 8
Region Syddanmark	.80700 51	.09459 43	- 1.8 3	0.0 67	.64135 93	1.01543 3
Region Midtjylland	.92028 34	.10538 47	- 0.7 3	0.4 68	.73527 15	1.15184 9
Region Midtjylland	.76628 68	.11983 32	- 1.7 0	0.0 89	.56399 98	1.04112 7
Region Nordjylland						

- **Effekten af forsikringsstatus på sygefraværet det sidste år**

Effektvariablen er sygefravær i de sidste 12 måneder, (v36) og 'interventionvariablen' er sandsynligheden for at have/ikke have en arbejdsgiverorganiseret sundhedsforsikring, hvor propensity score fra tabel 15 bruges i forbindelse med en matching-procedure (ved hjælp af 'nearest neighbor').

Tabel 16: Effekten af sundhedsforsikring på sygefravær

Variable	Sample	m. sundheds- forsikring	u. sundheds- forsikring	Forskel.	S.E.	T- stat
Sygefravær	Unmatche d	7.07218845	9.79990715	-2.7277187	.954899931	- 2.86
ATT, gnsn. effekt på de forsikrede	(matched)	7.01395349	7.45310078	-.439147287	1.72680168	- 0.25
ATU, gnsn effekt på uforsikrede	(matched)	9.55471341	7.57010895	- 1.98460445	.	.
ATE, gnsn- forskel mellem forsikrede og uforsikrede		- 1.39841223	.	.		

Hovedresultatet fremgår af den fremhævede linje i tabel 15. Der er ikke en signifikant forskel efter matching – medens det var tilfældet før matching

Tabel 17 illustrerer noget om effekten af matching.

Tabel 17: Resultater vedr. matching (v36)

Variable	Sample	Mean		%bias	%reduct		t-test	
		m. forsik.	u. forsik.		bias	t	p>t	
v36	Unmatched	7.0629	9.7711	-10.4		-2.85	0.004	
	Matched	7.014	7.4531	-1.7	83.8	-0.51	0.610	

- Propensity score for at have brugt sundhedsforsikring de sidste 12 måneder

Nu ændres 'interventionsvariable' fra forsikringsstatus til brug af sundhedsforsikring i de sidste 12 måneder, jfr. diskussionen ovenfor. Interventionen er således 'har – har ikke brugt sundhedsforsikringen'. Propensity score-beregningen og senere effekt-estimation kan foregå på to måder:

- de ca. 350 som har benyttet forsikringen og den gruppe, som ikke har sundhedsforsikring – og hvor sammenligningsgruppen skal findes.
- blandt de forsikrede, hvor man således finder frem til persone med forsikring, men som ikke har brugt den, og matcher med brugerne.
-

Tabel 18: Propensity-ligning ('har benyttet forsikringen' og de 'ikke-forsikrede')

v25 (har benyttet forsikringen =1)	Odds Ratio	Std. Err.	z	P>z	95% Konf.-Interval]	
Køn (mand =0)	1.679158	.2575975	3.38	0.001	1.243111	2.268158
Alder – 30-39 år (18-29=0)	.5801878	.1585281	-1.99	0.046	.3396173	.9911683
40-49 år	.8377028	.238457	-0.62	0.534	.479502	1.463489
50-59 år	.7873429	.2274696	-0.83	0.408	.4469357	1.38702
60-75 år	.4742049	.1611831	-2.20	0.028	.2435797	.9231899
Uddannelse , faglært (ufaglært=0)	1.330407	.3957178	0.96	0.337	.7426811	2.383236
KVU	1.295161	.384815	0.87	0.384	.7234638	2.318626
MVU	.7625251	.2180843	-0.95	0.343	.4353195	1.335673
LVU	.5778328	.1905603	-1.66	0.096	.3027535	1.102847
Andet	.5729176	.1852796	-1.72	0.085	.30396	1.079861
Offentlig virksomhed (privat =0)	.0645536	.0142953	-12.37	0.000	.0418238	.0996363
Bruttoindkomst 200-299.999(<199.000=0)	1.155429	.5891153	0.28	0.777	.4253473	3.138651

300-399999	2.900089	1.400832	2.20	0.028	1.125265	7.474252
400-499999	3.247767	1.593369	2.40	0.016	1.2416	8.495486
500-599999	5.431863	2.761562	3.33	0.001	2.005383	14.71296
600-699999	13.78029	8.010904	4.51	0.000	4.4099	43.06137
700-799999	9.372991	6.687995	3.14	0.002	2.314796	37.95279
> 800.000	5.07558	3.323387	2.48	0.013	1.406488	18.3162
>ikke oplyse/ved ikke	2.465319	1.273303	1.75	0.081	.8958588	6.784327
Selvurderet helbred - god (meget god=1)	1.554792	.3118433	2.20	0.028	1.049415	2.303547
Nogenlunde	1.271238	.3062778	1.00	0.319	.7927712	2.038477
Dårlig og meget dårlig	1.115375	.4397743	0.28	0.782	.5149984	2.415661
Antal kroniske sygdomme	1.172965	.0809973	2.31	0.021	1.024487	1.342961
Fagforening, medlem af LO-forbund (ikke fagforeningsmedlem=0)	.6276224	.1478933	-1.98	0.048	.3954766	.9960384
Medlem, FTF-forbund	3.056052	.8203918	4.16	0.000	1.805749	5.172069
Medlem af –AC-forbund	.9672811	.3551771	-0.09	0.928	.4709763	1.986582
Medlem, andre fagforbund	1.314107	.2592515	1.38	0.166	.8926942	1.934455
Antal ansatte i virksomheden, 20-49 (1-19 =0)	2.576504	.6163672	3.96	0.000	1.612134	4.117755
50-99 ansatte	2.540409	.6575598	3.60	0.000	1.529602	4.219187
100-249 ansatte6	3.624092	.9190056	5.08	0.000	2.204701	5.957292
250-499 ansatte	4.215277	1.339033	4.53	0.000	2.261683	7.856345
> 500 ansatte	4.908978	1.122157	6.96	0.000	3.136263	7.683687
SundhedsordningIkke benyttet (benyttet =0)	.3202612	.053064	-6.87	0.000	.2314562	.4431387
Ved ikke	.3287172	.1211532	-3.02	0.003	.1596249	.6769307
Region, Sjælland (Region Hovedstaden =0)	.7939043	.1866876	-0.98	0.326	.500734	1.25872
Syddanmark	1.097177	.2209417	0.46	0.645	.7393797	1.628117
Midtjylland	.6737682	.1409545	-1.89	0.059	.4471326	1.015277
Nordjylland	.656076	.1823623	-1.52	0.129	.3805003	1.131236

- *Effekten af aktiv brug af sundhedsforsikring på sygefraværet det sidste år (har benyttet forsikringen matchet med op til 3 nærmeste 'naboer' uden forsikring*

Tabel 19: Effekt på sygefravær af have brug forsikring med ikke-forsikrede som match

Variable	Sample	Brug sundhedsforsikring	Ikke-forsikred	Difference	S.E.	t-stat
v36, dages sygefravær	Unmatched	12.9107692	9.4620462	3.44872303	1.76786625	1.95
	ATT	12.9107692	11.825641	1.08512821	2.65357231	0.41
	ATU	9.4620462	10.5214521	1.05940594	.	.
	ATE			1.06330689	.	

Som ved tabel 16 var der ikke forskel i sygefravær.

- *Alternativ beregning af propensity score og effekt.*

Nu ses der alene på gruppen af forsikrede, og der dannes propensity score for have benyttet forsikringen i de sidste 12 måneder. Der beregnes med andre ord en sandsynlighed for at have benyttet forsikringen blandt de forsikrede.

Tabel 20: Propensity-ligning for brug af forsikring (beregnet blandt de forsikrede

v25, n=1309, 1= har benyttet forsikring	Odds Ratio	Std. Err.	z	P>z	95% Konf.-Interval]	
Køn (mand =0)	1.833826	.2860882	3.89	0.000	1.35072	2.489722
Alder – 30-39 år (18-29=0)	.8496696	.235973	-0.59	0.557	.4930054	1.464362
40-49 år	.9300285	.2636063	-0.26	0.798	.5336206	1.620914
50-59 år	1.049189	.2970383	0.17	0.865	.6023768	1.827424
60-75 år	1.052921	.369471	0.15	0.883	.5293079	2.094514
Uddannelse , faglært (ufaglært=0)	1.202374	.3411311	0.65	0.516	.689511	2.096708
KVU	1.218468	.3513186	0.69	0.493	.6924502	2.144072
MVU	1.10639	.3077944	0.36	0.716	.6413671	1.908578
LVU	.8032364	.2476332	-0.71	0.477	.4389578	1.469819
Andet	1.042796	.3134017	0.14	0.889	.5786016	1.8794
Offentlig virksomhed (privat =0)	.6452258	.160126	-1.77	0.077	.3967058	1.049433

Bruttoindkomst						
200-299999(<199.000=0)	.550692	.4115437	-0.80	0.425	.1272881	2.382482
300-399999	.8997477	.6519536	-0.15	0.884	.2174421	3.723042
400-499999	1.148656	.8476682	0.19	0.851	.2704163	4.879183
500-599999	1.72455	1.303716	0.72	0.471	.3919122	7.588616
600-699999	1.56991	1.213433	0.58	0.560	.3451073	7.141596
700-799999	1.450224	1.202075	0.45	0.654	.2856822	7.361847
> 800.000	.8615265	.7048269	-0.18	0.855	.173336	4.282019
>ikke oplyse/ved ikke	.846003	.6356551	-0.22	0.824	.1940041	3.689206
Selvurderet helbred - god (meget god=1)	1.176733	.2436002	0.79	0.432	.7842729	1.765584
Nogenlunde	1.28886	.313575	1.04	0.297	.8000394	2.076347
Dårlig og meget dårlig	1.155405	.5014887	0.33	0.739	.4934928	2.705125
Antal kroniske sygdomme	1.290821	.0825325	3.99	0.000	1.138786	1.463155
Fagforening, medlem af LO-forbund (ikke fagforeningsmedlem=0)	.9363971	.2074073	-0.30	0.767	.606629	1.44543
Medlem, FTF-forbund	1.712957	.4395941	2.10	0.036	1.035866	2.832627
Medlem af -AC-forbund	1.271242	.4678953	0.65	0.514	.617922	2.615308
Medlem, andre fagforbund	1.078456	.2021839	0.40	0.687	.7468322	1.557334
Antal ansatte i virksomheden, 20-49 (1-19 =0)	1.373333	.3281529	1.33	0.184	.8597741	2.19365
50-99 ansatte	1.154396	.3063956	0.54	0.589	.6861706	1.942127
100-249 ansatte	1.558505	.3810441	1.81	0.070	.9651503	2.516641
250-499 ansatte	1.035949	.2953798	0.12	0.901	.5924281	1.811512
> 500 ansatte	1.398766	.309125	1.52	0.129	.9070498	2.157045
Sundhedsordning Ikke benyttet (benyttet =0)	.9039509	.1363303	-0.67	0.503	.6726203	1.214842
Ved ikke	.6461612	.2325329	-1.21	0.225	.3191689	1.308161
Region, Sjælland	.7678014	.1603405	-	0.206	.5099082	1.156128

(Region Hovedstaden =0)			1.27			
Syddanmark	1.221647	.2363995	1.03	0.301	.8360467	1.785092
Midtjylland	.7652404	.155978	-1.31	0.189	.5132141	1.14103
Nordjylland	.7292928	.2160135	-1.07	0.287	.4081121	1.30324

- **Effekten af aktiv brug af sundhedsforsikring på sygefraværet det sidste år (har benyttet forsikringen matchet med op til 3 nærmeste 'naboer' som har forsikring, men ikke benyttet den**

Tabel 21: Tabel 19: Effekt på sygefravær af at have brugt forsikring med matching blandt forsikrede, som ikke har brugt forsikringen

Variable	Sample	Har brugt forsikringen	Forsikrede, som ikke har brugt forsikring	Difference	S.E.	T-stat
v36	Unmatched	12.4738676	5.45694716	7.01692043	1.36572797	5.14
	ATT	12.4738676	5.41231127	7.06155633	2.05908896	
	ATU	5.45694716	9.7283105	4.27136334	.	
	ATE			4.88311688		

Mønsteret fra tabel 16 og 19 ses at gentage sig, men nu i forstærket form: Sygefraværet blandt personer, der har brugt sundhedsforsikringen er større end blandt de øvrige forsikrede.

Analyse med sygefravær > 15 dage

I analysen fra Forsikring&Pension blev der udelukkende fokuseret på sygefravær defineret som langvarigt sygefravær (15 sammenhængende arbejdsdage). Som nævnt kan vi i denne undersøgelse ikke afgøre om fravær over 15 dage er langvarigt i denne forstand. På den anden side må det nødvendigvis være sådan, at det skal være blandt personer med mindst 15 dages fravær, at man finder de langtidssyge. I det følgende fokuseres der således på den delmængde af stikprøven, som havde 15 eller flere fraværsdage i det foregående år. Dette er i sagens natur kun en mindre del af de erhvervsaktive, 319 personer, hvilket begrænser nogle af analyserne.

Fordelingen på forsikringsstatus fremgår af tabel 22. I det følgende lægges gruppen 'ved ikke' sammen med gruppen af personer, som ikke har en sundhedsforsikring.

Tabel 22: Forsikringsstatus for gruppen med > 15 dages sygefravær

Har forsikring	N.	Procent	Cum.
Ja	94	29.47	29.47
Nej	203	63.64	93.10
Ved ikke	22	6.90	100.00
I alt	319	100.00	

Som i det foregående refererer forsikringsstatus til en forsikringsordning på respondentens arbejdsplads. Nogle respondenter har imidlertid forsikring via ægtefællens arbejdsplads.

Tabel 23: Forsikringsstatus og fraværsdage

Forsikringsstatus	N	Gennemsnit
Har ikke forsikring	225	65,4
Har forsikring på arbejdspladsen	94	56,9

I udgangssituationen har de forsikrede færre (langtids)sygedage end ikke forsikrede, jfr. tabel 23.

Tabel 24: Forsikringsstatus og antal kroniske sygdomme

Variable	N	Gennemsnit
Har ikke forsikring	225	1,7
Har forsikring	94	1,6

Tabel 25: Forsikringsstatus og selv vurderet helbred

	Virkelig	God	Nogenlunde	Dårlig/meget dårlig	I alt
ikke arbejdsgiverfors	12	72	104	37	225
% række	5,3	32,0	46,2	16,4	100
% søjle	66,7	64,9	77,6	66,1	70,5
ja, arbejdsgiverforsi	6	39	30	19	94
% række	6,4	41,5	31,9	20,2	100
% søjle	33,33	35,14	22,39	33,93	29,5
I alt	18	111	134	56	319
% række	5,6	34,8	42,0	17,6	100
	100	100	100	100	100

Tabel 26: Brug af sundhedsforsikring og antal fraværsdage

Variable	N	Gennemsnit
Brugt sundhedsforsikringen	50	61,5

Ikke brugt sundhedsforsikring	71	59,4
Har ikke sundhedsforsikring	198	64,55

Tabel 27: Propensity score, forsikringsstatus, gruppen med > 15 fraværsdage, N=317

v25, n=317, 1= har benyttet forsikring	Odds Ratio	Std, Err,	z	P>z	95% Konf,-Interval]	
Køn (mand =0)	,174665	,7141902	1,36	0,173	,783713	3,892736
Alder – 30-39 år (18-29=0)	,7496357	,4841188	-0,45	0,655	,2114169	2,658036
40-49 år	,2669576	,1857321	-1,90	0,058	,0682701	1,043889
50-59 år	,6108281	,4480223	-0,67	0,502	,1450744	2,57186
60-75 år	,7554912	,667043	-0,32	0,751	,1338694	4,263611
Uddannelse , faglært (ufaglært=0)	1,227574	,7734275	0,33	0,745	,3570691	4,2203
KVU	,6069127	,4008132	-0,76	0,450	,1663342	2,214476
MVU	,2384799	,1487763	-2,30	0,022	,0702146	,8099834
LVU	,1896352	,127901	-2,47	0,014	,0505614	,711244
Andet	,3581728	,2613338	-1,41	0,159	,0857097	1,496771
Offentlig virksomhed (privat =0)	,0660967	,0334628	-5,37	0,000	,0245042	,1782864
Bruttoindkomst 200-299999(<199,000=0)	6,84e+07	3,88e+07	31,75	0,000	2,24e+07	2,08e+08
300-399999	8,57e+07	4,97e+07	31,48	0,000	2,75e+07	2,67e+08
400-499999	1,28e+08	8,51e+07	28,00	0,000	3,45e+07	4,71e+08
500-599999	1,89e+08	1,37e+08	26,31	0,000	4,58e+07	7,83e+08
> 600, >ikke oplyse/ved ikke	1,95e+08	2,69e+08	13,89	0,000	1,32e+07	2,89e+09
Selvurderet helbred - god (meget god=1)	2,275031	2,004733	0,93	0,351	,4044992	12,79549
Nogenlunde	1,058525	,8699077	0,07	0,945	,2114338	5,299416
Dårlig og meget dårlig	2,373138	2,224963	0,92	0,357	,377806	14,90655
Antal kroniske sygdomme	,8727611	,1169261	-1,02	0,310	,6712089	1,134836
Fagforening , medlem af LO-forbund (ikke fagforeningsmedlem=0)	,2212087	,1354818	-2,46	0,014	,0666	,7347346
Medlem, FTF-forbund	1,788273	1,192325	0,87	0,383	,4840586	6,606473

Medlem af –AC-forbund	1,322575	,9910297	0,37	0,709	,3045085	5,744355
Medlem, andre fagforbund	,7404152	,45955	-0,48	0,628	,2193634	2,499117
Antal ansatte i virksomheden, 20-49 (1-19 =0)	1,010538	,6348844	0,02	0,987	,294967	3,462038
50-99 ansatte	5,798701	4,002045	2,55	0,011	1,499213	22,42839
100-249 ansatte6	6,194181	4,001327	2,82	0,005	1,746318	21,97073
250-499 ansatte	9,487807	7,477769	2,85	0,004	2,024396	44,46683
> 500 ansatte	5,291233	3,181061	2,77	0,006	1,628617	17,19075
Ved ikke	,8246758	,9030474	-0,18	0,860	,0964249	7,053054
Sundhedsordning						
Ikke benyttet (benyttet =0)	,1311001	,0619424	-4,30	0,000	,0519309	,3309637
Ved ikke	,3896055	,3624271	-1,01	0,311	,062922	2,412392
Region, Sjælland (Region Hovedstaden =0)						
Syddanmark	,9706409	,4671015	-0,06	0,951	,3779505	2,49277
Midtjylland	,6540552	,3629538	-0,77	0,444	,2204238	1,940753
Nordjylland	2,463583	1,576765	1,41	0,159	,7027059	8,636959
Pseudo	R2=0,410 2					

Tabel 28: Forsikrings-effekt, langtvarigt syge (> 15 dagesfravær)

Variable	Sample	Har sundhedsforsikring	Har ikke sundhedsforsikring	Difference	S,E,	t-stat
v36	Unmatched	61,5	59,4	1,3	2,193	0,60
	ATT	61,5	52,5	9,0	14,12	0,64
	ATU	59,5	52,5,	-6,9	,	
	ATE			, -,3	,	

Der er ingen signifikant forskel mellem de to grupper, omend fraværet i den forsikrede gruppe er højere end i den uforsikrede gruppe,

Litteratur

- 1, danmark, Årsrapport 2008, København: 2009,
- 2, Pedersen K, Private syge- og sundhedsforsikringer: Løsning eller problem? Social Politik 2007;(3):13-20,
- 3, Skatteministeriet, Statusrapport til Folketinget personalegoder/naturalieydelse, 2007,

- 4, Skatteministeriet, Arbejdsgiverbetalte sundhedsudgifter Redegørelse om den skattemæssige behandling af arbejdsgiverbetalte sundhedsudgifter, Betænkning nr, 1296, juni 1995, København: Skatteministeriet; 1995,
- 5, Andersen JG, Borgerne og sygehusene Bekymringskultur, individualisering, privatisering, Center for Komparative Velfærdsstatsstudier (CCWS) Institut for Økonomi, Politik og Forvaltning Aalborg Universitet; 2000,
- 6, Skattekommissionen, Lavere skat på arbejde, Skattekommissionens forslag til skattereform, København: Skattekommissionen; 2009,
- 7, Pedersen K, Arbejdsgiverbetalte sundhedsudgifter, Notat til møde i Netværket mandag d, 19, januar 1998, Billund/Kolding: 1998,
- 8, Iversen C, Her er sundhed bedst og dyrest, Dine Penge 2009 Jan 23,