

Beslutningsforslag nr. B 91. Fremsat den 4. april 2008 af Per Clausen (EL), Line Barfod (EL), Johanne Schmidt-Nielsen (EL) og Frank Aaen (EL)

## **Forslag til folketingsbeslutning**

### **om at afskaffe skattesubsidiering af arbejdsgiverbetalte sundhedsforsikringer og overføre proventet herved til den offentlige sundhedssektor**

Folketinget pålægger regeringen at fremsætte et lovforslag, således at skattesubsidieringen af de arbejdsgiverbetalte sundhedsforsikringer op-

hører med udgangen af 2008, og overføre de ekstraintægter, dette giver staten, til den offentlige sundhedssektor.

## Bemærkninger til forslaget

I 2002 indførte regeringen sammen med Dansk Folkeparti en ordning, hvor arbejdsgiverne kunne trække indbetalinger til medarbejdernes sygeforsikringer fra i skat, mens dette gode var skattefrit for lønmodtagerne. Siden er der sket en eksplosiv vækst i arbejdsgiverbetalte sundhedsforsikringer, og disse ordninger formodes i dag at omfatte over 700.000 mennesker og kostede i 2007 staten 645 mio. kr. i mistede skatteindtægter (mod 405 mio. kr. i 2006). Alt tyder på, at væksten i disse ordninger vil fortsætte i de kommende år, og det er ikke usandsynligt, at staten i 2009 vil tabe omkring 1 mia. kr. på skattesubsidieringen af sundhedsforsikringerne, hvis der ikke gribes ind.

Sundhedsforsikringerne betyder, at mennesker, som har en sådan forsikring, får hurtigere behandling end mennesker, der ikke har en sådan forsikring, uanset om de har den samme sygdom eller lidelse. Dette fremgår ikke bare af det materiale, forsikringssselskaberne har udarbejdet om sundhedsforsikringerne, men er også underbygget af konkrete eksempler fra speciallægenes praksis. Forklaringen på dette er bl.a., at lægerne kan tjene mere end det dobbelte på at behandle en patient, der er omfattet af en sundhedsforsikring, end på at behandle en patient, der ikke har en sådan forsikring. Forsikringsordningerne skaber altså ulighed i adgangen til sundhedsbehandling.

Fri og lige adgang til sundhedsydelserne har været et uvurderligt gode og har været så dybt og selvfølgelig forankret i vores kultur, at det syntes umisteligt. Men dette gode er ikke længere umisteligt. Der er et stigende antal initiativer og regler, som støtter og motiverer en privatisering af sundhedsvæsenet. Den nye sundhedslov fra 2005 har nu formuleringen »let og lige adgang til sundhedsvæsenet« (§ 2). Tilsyneladende en lille ændring fra »fri« til »let«, men den er hverken tilfældig eller ubetydelig.

Det er helt indlysende, at skattesubsidieringen af arbejdsgiverbetalte sundhedsforsikringer skaber større ulighed mellem dem, der er inde på arbejdsmarkedet, og dem, der er udenfor. Taberne er folkepensionister, førtidspensionister og kontanthjælps- og dagpenge-modtagere. De dårligst stillede danskere er taberne,

når det skal afgøres, hvem der først kommer til behandling.

Også de grupper, der er på arbejdsmarkedet, rammer ordningen socialt skævt. Selv om en arbejdsgiver skal lade ordningen omfatte alle ansatte i virksomheden for at opnå skattefrihed, viser det sig, at der er stor forskel på, hvor udbredt ordningen er. Således har 51 pct. af alle ingeniører adgang til en sådan ordning, og i medicinalindustrien er 73 pct. af alle ansatte omfattet, mens tallet for tekstil- og beklædningsindustrien er 21 pct. Ifølge en statusrapport fra en række ministerier i december 2007 får de 14 pct. højest lønnede erhvervsaktive (alle, der tjener over 400.000 kr.) 53 pct. af alle de skattesubsidierede frynsegoder, som arbejdsgiverne uddeler. Den ene procent af alle erhvervsaktive, der tjener over 750.000 kr., sidder på 10 pct. af de skattesubsidierede frynsegoder. Skattesubsidieringen af sundhedsforsikringer er entydigt til størst fordel for mennesker med de højeste indkomster og til ugunst for de dårligst stillede danskere.

Skattesubsidieringen af sundhedsforsikringer er med til at suge arbejdskraft fra det offentlige sundhedsvæsen, hvor der i forvejen er mangel på sygeplejersker og læger, til det private sundhedsvæsen. Dette afvises med, at sundhedsforsikringerne spiller en meget lille rolle i forhold til det samlede sundhedsvæsen. Det er indtil videre rigtigt, selv om udviklingen på området er eksplosiv. Det er imidlertid ikke nok at forholde sig til virkningen på det samlede sundhedsvæsen. Det private marked er et nichemarked, som fokuserer sit forretningsområde på en lille del af det samlede sundhedsområde. Det drejer sig typisk om planlagte kirurgiske indgreb, der udgør ca. 10 pct. af den samlede aktivitet i sundhedsvæsenet. Derfor kan en meget lille andel af den samlede aktivitet let være udtryk for en ikke ubetydelig andel af alle de planlagte kirurgiske indgreb. Det er da også et faktum, at der f.eks. inden for det ortopædkirurgiske område er en stærk konkurrence om arbejdskraften.

De 645 mio. kr., som sundhedsforsikringerne kostede staten i 2007, kan opfattes som et lille beløb, når det sammenholdes med de samlede udgifter til det of-

fentlige sundhedsvæsen. Dette skal dog sammenholdes med, at regeringen og Dansk Folkeparti kun kunne finde penge til at indføre en vaccination mod livmoderhalskræft ved at forringe medicintilskuddet. En lille del af de 645 mio. kr. kunne have finansieret indførelsen af denne vaccination, når nu regeringen og Dansk Folkeparti ikke ville tage pengene fra medicinalindustrien ved at indføre en effektiv priskontrol af parallelimporteret og kopiproduceret medicin.

Forsikringsordningerne vil også medføre reduceret vilje til over skatterne at finansiere sundhedsvæsenet. Når man opretter en forsikring for at få en hurtig og god behandling, vil man tilsvarende tabe vilje til at betale en høj skat for at finansiere det offentlige sundhedsvæsen. Formålet med at oprette en forsikring vil jo altid være, at man er bedre stillet, end hvis man ikke gjorde det. Dette vil yderligere understøtte udviklingen i retning af mere ulighed i sundhedssystemet.

Erfaringerne fra USA viser, at et sundhedssystem, der er baseret på forsikringsordninger og private hospitaler, ikke bare skaber større ulighed, men også er dyrt. Væksten i sundhedsforsikringer øger risikoen for dyre unødvendige behandlinger og overflødige opera-

tioner. Det skyldes, at forsikringspatienterne forventer at få noget mere på den konto, når de har en forsikring, og fordi private sygehuse og klinikker har en økonomisk interesse i at gennemføre så mange behandlinger og operationer, som muligt. Denne tendens understøttes af, at patienter med en sundhedsforsikring ikke er forpligtede til at skaffe en henvisning fra deres egen læge. Behandling skal blot ske efter lægelig henvisning eller lægelig godkendelse.

Vi risikerer at få et system, hvor samfundsmæssige ressourcer og sundhedspersonale trækkes væk fra nødvendige behandlinger og operationer for de økonomisk svageste grupper og over i unødvendige eller overflødige behandlinger og operationer for de privilegerede grupper i samfundet. Også på denne måde medvirker de skattesubsidierede forsikringsordninger til at øge uligheden i adgangen til sundhedsbehandling i Danmark. Hertil kommer, at sygdom i Danmark er socialt meget skævt fordelt. Fattigdom og sygdom følges lige så ofte ad som sundhed og rigdom. Derfor er der brug for mere lighed i sundhedssystemet. Ulighed har vi nok af.

### *Skriftlig fremsættelse*

**Per Clausen (EL):**

Som ordfører for forslagsstillerne tillader jeg mig herved at fremsætte:

*Forslag til folketingsbeslutning om at afskaffe skattesubsidiering af arbejdsgiverbetalte sundhedsforsikringer og overføre provenuet herved til den offentlige sundhedssektor.*

(Beslutningsforslag nr. B 91).

Jeg henviser i øvrigt til de bemærkninger, der ledsager forslaget, og anbefaler det til Tingets velvillige behandling.