



Fremsat den 15. november 2024 af Peter Hvelplund (EL), Pelle Dragsted (EL), Rosa Lund (EL), Trine Pertou Mach (EL), Søren Egge Rasmussen (EL), Leila Stockmarr (EL), Søren Søndergaard (EL), Victoria Velasquez (EL) og Mai Villadsen (EL)

## Forslag til folketingsbeslutning

### om at stoppe muligheden for at lade betalende kunder komme foran i køen til behandling hos en speciallæge

Folketinget pålægger regeringen at indskrive en bestemmelse i sundhedsloven om, at speciallæger for at være tilskudsberettiget og have et ydernummer som speciallæge ikke må tage imod privatbetalende kunder, men udelukkende henviste patienter fra det offentlige.

Formålet er at gøre op med muligheden for, at personer med en sundhedsforsikring kan komme foran i køen til behandling hos en speciallæge.

## Bemærkninger til forslaget

Det danske sundhedsvæsen er bygget op om en stærk offentlig finansiering og en lige adgang for alle borgere. Det er både uretfærdigt og udansk, at mennesker med en sundhedsforsikring kan springe over i køen til speciallægen, når det betyder, at mennesker med større behov bliver skubbet bagud. Derfor stiller forslagsstillerne nu dette beslutningsforslag om, at det fremover ikke skal være muligt for speciallæger at give mennesker med private sundhedsforsikringer forrang ved behandling og diagnosticering.

I 20 år har skiftende regeringer haft som mål at mindske uligheden i sundhed, men det er blot blevet værre («Det er kun blevet værre siden 80'erne: Fattige danskere dør flere år før deres rigere nabo», dr.dk, den 17. marts 2024). Forskellen i levealder er steget mellem dem, der tjener mest, og dem, der tjener mindst.

I samme periode er ventetiderne på en række sundhedsydelser steget. Samtidig har flere danskere fået en sundhedsforsikring, der giver dem en forlomme hos speciallægen. Sidste år kunne DR fortælle, hvordan ventetiden til en hudlæge i Region Midtjylland var 43 uger, mens man med en privat forsikring kunne komme til efter 10 dage. («Boom i private sundhedsforsikringer får læger til at råbe op om »voldsom forskelsbehandling«, dr.dk, den 21. marts 2023).

For nylig har vi også kunnet læse om, hvordan en kvinde i Region Midtjylland efter en ventetid på næsten 2 år til en udredning hos en psykiater valgte at bruge 20.000 kr. på at komme til hos en privat psykiater efter få uger («Malene opgav at vente på en tid ved psykiatriker i det offentlige og har selv betalt 20.000 kroner for en udredning», den 17. september 2024).

Sundhedsstrukturkommissionen skriver (Sundhedsstrukturkommissionens rapport – Beslutningsgrundlag for et mere lige, sammenhængende og bæredygtigt sundhedsvæsen, juni 2024, s. 271): at »Omkring 5,4 mio. danskere har i dag en privat sundhedsforsikring. 2,7 mio. danskere har en sundhedsforsikring gennem deres private arbejdsgiver eller pensionskasse. Yderligere 2,7 mio. danskere har selv tegnet og betalt for medlemskab af danmark. Det skønnes, at mindst 20 pct. er dobbeltforsikrede. Antallet af personer med en sundhedsforsikring er steget relativt markant i de seneste 20 år«. De skriver videre (s. 274), at »det primært er borgere udenfor arbejdsmarkedet, som ikke forventes at være dækket af en arbejdsgiverforsikring. Det samme kan være tilfældet for ældre borgere, som også kan have vanskeligt ved at opfylde optagelsesbetingelserne i danmark. Der er derfor grundlag for at forvente en ulige fordeling af sundhedsforsikringer blandt borgere. Den ulige fordeling vil også have en geografisk dimension med færrest sundhedsforsikrede i områder med socialt udsatte, arbejdsløshed og mange ældre borgere«. Kommissionen skriver yderligere (s. 274), at ulige fordeling af sundhedsforsikringer vil føre til ulighed i adgang til sundhedsydelser, og (s. 274) at forsikringspatienter, der anvender deres forsikring til at komme i behandling hos en praktiserende speciallæge, der tilbyder behandling af

privatbetalende patienter, bl.a. forsikringspatienter, undgår også en offentlig venteliste.

Den ulige adgang i sundhedsydelser set i sammenhæng med en markant stigning i antallet af sundhedsforsikrede gør det for forslagsstillerne helt centralt, at denne udvikling drøftes politisk, og at der tages initiativer til at forebygge en forværring af både social og geografisk ulighed i sundhed.

Sundhedsstrukturkommissionen skriver, at deres overvejelser om sundhedsforsikringer ikke giver dem anledning til specifikke anbefalinger om reguleringsmæssige ændringer i forhold til sundhedsforsikringer. Men kommissionen skriver samtidig, at der er behov for at følge udviklingen omkring brug af sundhedsforsikring og ulighed i, hvem der har en sundhedsforsikring, og at der f.eks. er begrænset viden om, hvordan private sundhedsforsikringer påvirker aktiviteten i almenmedicinske tilbud.

På trods af massiv vækst i antallet af danskere, der har en sundhedsforsikring – næsten 3 mio. danskere har i dag en sundhedsforsikring eller -ordning – adresserer regeringen ikke betydningen af sundhedsforsikringer for uligheden i sundhed. Forslagsstillerne mener, at det er centralt, at der politisk gøres, hvad der kan, for at dæmme op for ulighed i sundhed og dermed også for, at patienter kan komme hurtigere til, hvis de enten har en selvbetalt forsikring eller en sundhedsforsikring via deres tilknytning til arbejdsmarkedet.

I dag kan speciallæger med offentligt ydernummer også modtage privatbetalende patienter. Det betyder, at patienter med private forsikringer eller mulighed for at betale selv kan springe patienter med potentielt større behov over i køen til behandling og diagnosticering. Når speciallæger i dag vælger at lade privatbetalende springe over i køen, er det bl.a. på grund af den såkaldte knækgrænse i speciallægenes aftaler med regionerne. Knækgrænsen betyder, at når lægerne har tjent op til et vist beløb, sænkes regionernes betaling for yderligere patienter betydeligt.

Modellen kendes i dag, hvor læger i almen praksis ikke kan tage imod betaling for ydelser, der er omfattet af overenskomsten.

Forslagsstillerne foreslår med dette beslutningsforslag, at det gøres til en betingelse for, at en speciallæge kan have et ydernummer, at speciallægen ikke må tage privatbetalende patienter (typisk forsikringspatienter) ind. Der kan være behov for samtidig at forbedre speciallægenes økonomiske incitament, f.eks. ved at hæve knækgrænserne, til at tage flere patienter med offentlig sygesikring for at imødegå et muligt aktivitetsfald i en overgangperiode.

Dette beslutningsforslag handler ikke om at forbyde sundhedsforsikring eller om, at borgere benytter sig af de eksisterende muligheder. Det handler om et opgør med de strukturer, der driver ulighed og muliggør uretfærdigheder. Formålet er at sikre, at patienterne kommer til efter sundhedsmæssigt behov og via henvisning, og ikke fordi behandling af visse patienter giver større indtægt til speciallægepraksisen.



*Skriftlig fremsættelse*

**Peter Hvelplund (EL):**

Som ordfører for forslagsstillerne tillader jeg mig herved at fremsætte:

*Forslag til folketingsbeslutning om at stoppe muligheden for at lade betalende kunder komme foran i køen til behandling hos en speciallæge.*

(Beslutningsforslag nr. B 64)

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