

# PRIVATHOSPITALER OG SUNDHEDS- FORSIKRINGER

Redegørelse om brug  
af sundhedsvæsenets  
arbejdskraft



# Indholdsfortegnelse

<b>1. Sammenfatning</b> .....	<b>3</b>
Baggrund og formål .....	3
Udvalgte pointer fra kapitel 2: Aktivitet på privathospitaler.....	3
Udvalgte pointer fra kapitel 3: Patienter på privathospitaler.....	4
Udvalgte pointer fra kapitel 4: Personalet på privathospitaler.....	4
Udvalgte pointer fra kapitel 5: Sundhedsforsikringer .....	5
<b>2. Aktivitet på privathospitaler</b> .....	<b>6</b>
Aktivitet i sygehusvæsenet.....	8
Ambulante ophold og indlæggelser.....	12
Operationer .....	14
Akutte og planlagte operationer.....	14
Lægefaglige specialer .....	15
Adgang til privathospitaler .....	17
<b>3. Patienter på privathospitaler</b> .....	<b>19</b>
Patienter på danske hospitaler .....	20
Karakteristika for patienter på danske hospitaler .....	21
<b>4. Personalet på privathospitaler</b> .....	<b>26</b>
Sundhedsfagligt personale på privathospitaler .....	28
Arbejdstid for sundhedsfagligt personale på privathospitaler .....	34
Sundhedsfagligt personale på privathospitaler med samtidig offentlig ansættelse .....	35
Lægers tilknytning til privathospitaler - resultater fra en medlemsundersøgelse .....	38
Arbejdsopgaver og arbejdsvilkår på private og offentlige hospitaler .....	40
Lægers motivation for at arbejde på private og offentlige hospitaler .....	42
<b>5. Sundhedsforsikringer</b> .....	<b>47</b>
Om sundhedsforsikringer .....	49
Udviklingen i antal forsikrede .....	51
Præmieindtægter og erstatningsudgifter .....	54
Sundhedsforsikringer og behandlingsformer .....	55
Almen praksis og private sundhedsforsikringer - resultater fra medlemsundersøgelse.....	57

# 1. Sammenfatning

## BAGGRUND OG FORMÅL

Omfanget af patientbehandling på privathospitaler er gået fra at spille en minimal rolle i starten af 00'erne til nu at stå for en mærkbar andel af behandlingerne i det danske sundhedsvæsen. Ikke mindst har der efter COVID-19 været benyttet privat sygehuskapacitet til at nedbringe lange ventelister på de offentlige hospitaler.

Det offentlige sygehusvæsen varetager fortsat langt størstedelen af de samlede udredninger og behandlinger af patienter. Men det er politisk nødvendigt at forholde sig til, hvordan vi som samfund fremover bedst sikrer en effektiv og koordineret brug af private hospitaler i samspil med offentlige hospitaler.

Formålet med denne redegørelse er at tilvejebringe det bedst mulige vidensgrundlag om brugen af privathospitaler og samspillet med det offentlige sygehusvæsen. Det har desuden været et selvstændigt formål at afklare, hvilken rolle sundhedsforsikringer spiller for aktiviteten på privathospitaler.

Nedenfor følger udvalgte pointer fra redegørelsens fire kapitler om hhv. aktivitet, patienter, personale og sundhedsforsikringer.

## UDVALGTE POINTER FRA KAPITEL 2: AKTIVITET PÅ PRIVATHOSPITALER

Analysen viser, at langt størstedelen af aktiviteten i det danske sundhedsvæsen fortsat sker på offentlige hospitaler. Men aktiviteten er steget markant på privathospitaler sammenlignet med offentlige hospitaler i løbet af de seneste 10 år. På privathospitalerne er aktiviteten fordoblet i perioden fra 2013 til 2022. Aktiviteten er opgjort efter antal ophold, der dækker over ambulante besøg og indlæggelser, herunder f.eks. konsultationer og operationer. Antal ophold beskrives nærmere i boks 2.1, kapitel 2.

Med stigende aktivitet på privathospitaler, er det relevant at kigge på, hvem der betaler for ydelserne. I 2021 blev mere end halvdelen af opholdene på privathospitaler offentligt finansieret. Det er bl.a. i kraft af det udvidede frie sygehusvalg eller gennem samarbejdsaftaler med privathospitaler. Herefter fulgte forsikringsselskaber, der finansierede en tredjedel af opholdene på privathospitaler i 2021, mens patienterne selv finansierede hvert tiende ophold direkte ved egenbetaling.

Nedlukningen af offentlig sygehusaktivitet i forbindelse med COVID-19 resulterede i lange ventelister og udfordringer med at overholde tidsfristerne for udredning og behandling. Grundet lange ventelister, og dermed udfordringer med at overholde patientrettigheder, blev flere patienter henvist til udredning og behandling på privathospitaler, hvorfor aktiviteten steg markant i 2021 og 2022.

En væsentlig forskel mellem privathospitaler og offentlige hospitaler er, at akutfunktioner udelukkende varetages på offentlige hospitaler. I 2022 var omkring 20 pct. af operationer på offentlige hospitaler akutte, hvor der på privathospitaler ikke blev udført akutte operationer.

Udover akutfunktionen adskiller private og offentlige hospitaler sig i forhold til typiske arbejdsopgaver. På privathospitaler udføres der særligt planlagte operationer inden for ortopædisk kirurgi, hvor aktiviteten på offentlige hospitaler i højere grad er knyttet til radiologi samt gynækologi og obstetrik, som bl.a. inkluderer hele fødselsområdet. I 2022 var mere end hver fjerde ophold på offentlige hospitaler således knyttet til radiologi eller gynækologi og obstetrik.

### **UDVALGTE POINTER FRA KAPITEL 3: PATIENTER PÅ PRIVATHOSPITALER**

Analysen viser, at patienter på privathospitaler og offentlige hospitaler adskiller sig på flere måder, herunder ved demografiske faktorer som alder, bopælsregion og uddannelsesniveau. Blandt patienter på privathospitaler er der en større andel i alderen 30-64 år og med en videregående uddannelse sammenlignet med patienter på offentlige hospitaler. Der er ligeledes en højere andel med Hovedstaden og Sjælland som bopælsregion blandt patienter på privathospitaler sammenlignet med patienter på offentlige hospitaler.

Særligt i forhold til alder adskiller patienter på privathospitaler og offentlige hospitaler sig. Andelen af yngre patienter (0-14 år) og ældre patienter (+75 år) er betydeligt højere blandt patienter på offentlige hospitaler sammenlignet med privathospitaler. En betydelig større andel yngre og ældre patienter på offentligt hospitaler kan bl.a. forklares ved, at specialet pædiatri, som bl.a. dækker over nyfødte med komplikationer og børn med akut sygdom, ikke er udtalt på private hospitaler. Det samme gælder for specialet geriatri, som dækker over ældre medicinske patienter, som ofte kræver akut indlæggelse.

### **UDVALGTE POINTER FRA KAPITEL 4: PERSONALET PÅ PRIVATHOSPITALER**

Analysen viser, at antallet af fuldtidsbeskæftigede læger ansat på privathospitaler fortsat er begrænset. Der er dog i dag flere læger og sygeplejersker med ansættelse på privathospital sammenlignet med for 10 år siden. Omregnet til fuldtidsstillinger (årsværk), var ca. 350 læger og 700 sygeplejersker i beskæftigelse på privathospitaler i 2022. Foruden læger og sygeplejersker, tæller det sundhedsfaglige personale ansat på privathospitaler primært radiografer, fysio- og ergoterapeuter samt SOSU-assistenten.

Syv ud af 10 læger, der arbejder på privathospitaler, har en samtidig ansættelse på et offentligt hospital, og arbejder oftest mindre end 15 timer om ugen i privat regi. Ansættelse på et privathospital er derfor oftest en bibeskæftigelse til en hovedbeskæftigelse på et offentligt hospital. Dette understøttes af Lægeforeningens medlemsundersøgelse blandt hospitalsansatte læger. Undersøgelsen viser, at størstedelen af lægerne med en privat ansættelse er ansat på konsulentbasis eller deltid med en samtidig offentlig ansættelse.

Undersøgelsen viser desuden, at der er store forskelle i typiske arbejdsopgaver på privathospitaler og offentlige hospitaler. Læger, der arbejder på privathospitaler med en samtidig ansættelse på et offentligt hospital, angiver, at der er færre akutte og administrative opgaver samt færre komplicerede patienter i privat regi. Omvendt er der flere fagligt interessante opgaver på offentlige

hospitaller. Blandt de vigtigste årsager til at arbejde på et privathospital nævnes lønforhold, mulighed for indflydelse på eget arbejde, bedre work-life-balance og vagtforhold.

#### UDVALGTE POINTER FRA KAPITEL 5: SUNDHEDSFORSIKRINGER

Antallet af personer med sundhedsforsikringer<sup>1</sup> er mere end tidoblet over de seneste 20 år. Antallet af individuelt tegnede sundhedsforsikringer er steget relativt mere end arbejdsgiverbetalte forsikringer, selvom de arbejdsgiverbetalte sundhedsforsikringer stadig udgør langt størstedelen (94 pct.) af sundhedsforsikringer i 2022.

Sundhedsforsikringer bliver hovedsageligt anvendt til behandling hos en fysioterapeut eller kiropraktor. Det er også inden for dette område, at der er sket størst vækst de seneste år. I perioden 2019-2022 er antallet af personer, som anvender deres forsikring til behandling hos en fysioterapeut eller kiropraktor steget med ca. 70 pct. Derudover er der sket en vækst i antallet af personer, som anvender sundhedsforsikringer til udredning og behandling hos en psykolog eller psykiater (ca. 62 pct.) samt til behandling på et privathospital (ca. 50 pct.) fra 2019-2022.

Lægeforeningens medlemsundersøgelse fra 2023 bekræfter den stigende udvikling i anvendelsen af sundhedsforsikringer. Sammenlignes medlemsundersøgelsen med en spørgeskemaundersøgelse blandt læger i almen praksis fra 2011<sup>2</sup>, oplever almen praktiserende læger at bruge mere tid på private sundhedsforsikringer, end de tidligere har gjort. Lægerne oplever, at den hyppigste årsag til, at patienten ønsker at anvende sin sundhedsforsikring, er for at undgå den ventetid, der er på offentlige undersøgelser og behandlinger.

---

<sup>1</sup> Sundhedsforsikringer dækker over arbejdsgiverbetalte- og individuelt tegnede sundhedsforsikringer og -ordninger. For nærmere definition henvises til Kapitel 5. Sundhedsforsikringer.

<sup>2</sup> Audit Projekt Odense (APO) i samarbejde med PLO's attestudvalg: Andersen et al. (2017) General practitioners' attitudes towards and experiences with referrals due to supplemental health insurance [\[Link\]](#)

## 2. Aktivitet på privathospitaler

I 2002 fik danske patienter lettere adgang til udredning og behandling på privathospitaler. Denne mulighed skyldtes et ønske om at nedbringe ventetider på offentlige hospitaler og at sikre patienter et hurtigere behandlingsforløb. Dette har medvirket til, at danske patienter siden da i stigende grad bliver behandlet på private hospitaler.<sup>3</sup>

I 2013 blev retten til at blive udredt inden for 30 dage indført. En patientrettighed, som regionerne af flere årsager har vist sig at have svært ved at overholde for alle patienter.<sup>4</sup> Hvis retten til hurtig udredning ikke kan overholdes på et offentligt hospital, er regionerne forpligtet til at oplyse om og hvordan, patienten kan blive udredt på et privathospital. Det har medvirket til, at aktiviteten på privathospitalerne næsten er fordoblet over de seneste 10 år. Øget aktivitet på privathospitaler er et udtryk for, at flere patienter får den hjælp, via privathospitaler, de har ret til. Udviklingen er således et udtryk for, at den private del af sundhedssektoren udvides.

I dette kapitel ses der nærmere på aktiviteten på hhv. offentlige og private hospitaler, herunder udviklingen i antal ambulante besøg, indlæggelser og operationer i perioden 2013-2022. Desuden belyses hvilke lægefaglige specialer, aktiviteten knytter sig til på hhv. offentlige og private hospitaler samt henvisninger til privathospitaler. Analysen baserer sig på data primært fra Sundhedsdatastyrelsen, hvor aktiviteten er opgjort i antal sygehusophold, der dækker over ambulante besøg og indlæggelser.

### Hovedkonklusionerne i dette kapitel er:

- Der har været en markant øget aktivitet på privathospitalerne de seneste 10 år. Der har ligeledes været en stigning i aktivitet på offentlige hospitaler. Langt det meste aktivitet sker fortsat på offentlige hospitaler, men den relative stigning har været større på privathospitalerne sammenlignet med de offentlige hospitaler. I 2022 udgjorde privathospitalerne ca. 7 pct. af det samlede antal ophold i hele sygehusvæsenet sammenlignet med 4 pct. i 2013.
- På privathospitalerne var der omkring 863.000 sygehusophold i 2022, hvor der var ca. 455.000 ophold i 2013. Antallet af sygehusophold på privathospitaler er således næsten fordoblet i perioden fra 2013 til 2022. Til sammenligning var der ca. 12,2 mio. sygehusophold på offentlige hospitaler i 2022 og 11,6 mio. ophold i 2013 – svarende til en stigning på 5 pct.
- Ud af det samlede antal ophold på både private og offentlige hospitaler, udgør ambulante ophold langt størstedelen af den samlede aktivitet, hvor indlæggelser udgør en væsentlig mindre andel. I 2022 udgjorde ambulante ophold 97 pct. af de samlede antal ophold på privathospitaler og 94 pct. på de offentlige hospitaler.

<sup>3</sup> Danske Regioner: Sygehusvalg [\[Link\]](#)

<sup>4</sup> Danske Regioner: Ret til hurtig udredning [\[Link\]](#)

- Væksten i antal ophold på privathospitaler kan primært forklares af, at antallet af ambulante ophold næsten er fordoblet over de seneste 10 år. Dog er antallet af indlæggelser på privathospitaler ligeledes steget i perioden, med knap 20 pct. Til sammenligning er antallet af ambulante ophold øget med 6 pct. og antallet af indlæggelser er faldet med 7 pct. på de offentlige hospitaler i samme periode.
- De offentlige hospitaler udfører væsentligt flere operationer end privathospitaler, men antallet af operationer på privathospitaler er steget relativt mere end på offentlige hospitaler. På privathospitalerne blev der udført mere end dobbelt så mange operationer i 2022 som i 2013. På de offentlige hospitaler er antallet af operationer øget med 7 pct. i samme periode. På privathospitalerne blev der ikke udført akutte operationer i perioden 2019-2022. Dette står i modsætning til, at knap 20 pct. af operationerne på offentlige hospitaler var akutte.
- På privathospitaler er der mest aktivitet inden for de lægefaglige specialer Ortopædisk kirurgi, Kirurgi<sup>5</sup> og Radiologi. På offentlige hospitaler er en stor del af aktiviteten knyttet til de samme lægefaglige specialer, men der er også meget aktivitet inden for Gynækologi og Obstetrik på offentlige hospitaler, som bl.a. inkluderer hele fødselsområdet.
- De offentlige hospitaler henviser i øget omfang patienter til udredning og/eller behandling på privathospitaler. Regionernes henvisninger til privathospitalerne er øget med 66 pct. i perioden 2019-2022. I 2022 var der omkring 241.000 henvisninger til privathospitaler sammenlignet med 146.000 henvisninger i 2019.
- I 2021 blev hvert andet ophold på privathospital finansieret af det offentlige gennem fx samarbejdsaftaler og retten til udvidet frit sygehusvalg. Hvert tredje ophold på privathospitalerne blev finansieret af forsikringsselskaber, mens 12 pct. af opholdene blev finansieret ved egenbetaling.

---

<sup>5</sup> Sundhedsstyrelsen: Specialevejledning for kirurgi [\[Link\]](#)

## AKTIVITET I SYGEHUSVÆSENET

Aktiviteten i sygehusvæsenet er i denne redegørelse afgrænset til patienters sygehusophold på de danske hospitaler, private såvel som offentlige, hvor ”et ophold” kan dække både ambulante kontakter og indlæggelser. Et sygehusophold er baseret på patienters kontakter til hospitalerne, opgjort på baggrund af data fra Landspatientregistret. For yderligere informationer vedr. data se boks 2.1.

### Boks 2.1. Data vedr. aktivitet på privathospitaler

Oplysninger om aktivitet i det danske sygehusvæsen er indhentet fra Landspatientregistret (LPR). Aktiviteten afspejler de danske patienters kontakter til hospitalerne, private såvel som offentlige. Tallene tager udgangspunkt i patienternes sygehusophold, som er defineret som en patients tidsmæssigt sammenhængende ophold på et eller flere offentlige eller private hospitaler.

Alle somatiske og psykiatriske afsluttede fysiske fremmøder samt uafsluttede psykiatriske fysiske fremmøder fra LPR2 og LPR3 kobles til sygehusophold. Koblingen sker når kontakterne er tidsmæssige overlappende eller optræder med ≤4 timers afstand mellem udskrivningstidspunktet for foregående kontakt og indskrivningstidspunktet for efterfølgende kontakt. Det vil sige, at flere kontakter vurderes som ét ophold, hvis der er 4 timer eller mindre mellem kontakterne.

Begrebet ”antal ophold” dækker både over indlæggelser og ambulante ophold. En indlæggelse defineres som sygehusophold på 12 timer eller derover, mens sygehusophold på under 12 timer defineres som ambulante ophold.

Et sygehushold på et offentligt hospital defineres som et ophold, hvor alle fysiske fremmøder udelukkende er på et offentligt hospital. Et sygehusophold på et privathospital defineres som et ophold, hvor mindst ét fysisk fremmøde i opholdet er på et ikke-offentligt hospital.

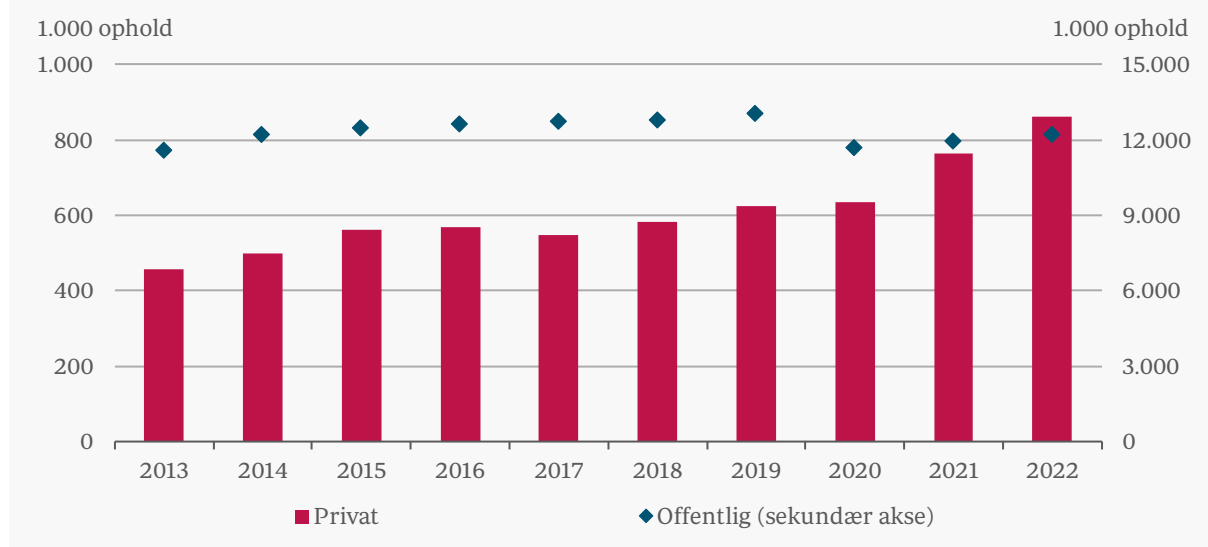
Ikke-offentlige-hospitaler inkluderer private hospitaler, hospice samt ørige hospitaler, herunder nogle selvejende specialiserede privathospitaler, som efter sundhedslovens §79 yder behandling til regionens borgere.

Kilde: Sundhedsdatastyrelsens eSundhed

Antallet af sygehusophold på privathospitaler er steget i perioden 2013-2022. Der var omkring 863.000 ophold på de danske privathospitaler i 2022, hvor der var ca. 455.000 ophold i 2013, jf. figur 2.1. Der er ligeledes sket en stigning i antallet af sygeophold på de offentlige hospitaler. I 2022 var der omkring 12,2 mio. ophold på de offentlige hospitaler, hvor der var ca. 11,6 mio. ophold i 2013.



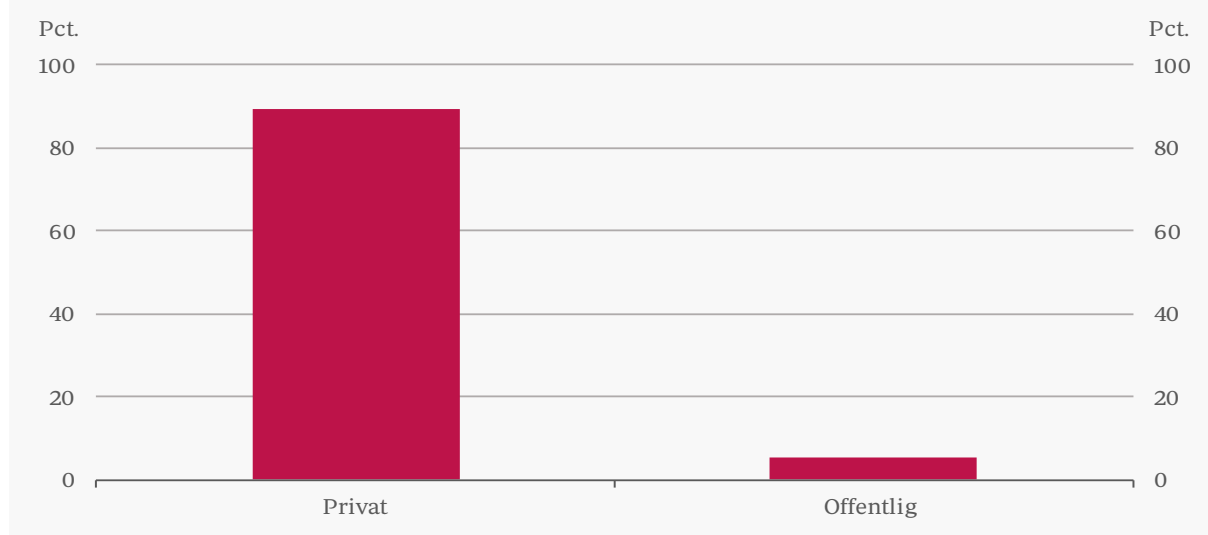
**Figur 2.1.** Udvikling i antal ophold på privathospitaler og offentlige hospitaler, 2013-2022



Anm.: Der er databrud i 2019 grundet overgang til ny version af Landspatientregisteret (LPR3) primo 2019. Det betyder, at sammenligninger af tal for 2019 og frem med tal for 2018 og før skal foretages med ekstra varsomhed.  
Kilde: Sundhedsdatastyrelsens landspatientregister: Avanceret udtræk.

På privathospitalerne er antallet af ophold næsten fordoblet i perioden 2013-2022. I modsætning til en næsten fordobling i aktivitet, som målt på privathospitalerne, så er antallet af sygehusophold på offentlige hospitaler kun steget med 5 pct. i samme periode, jf. figur 2.2. Antallet af ophold er dermed steget relativt mere på privathospitaler sammenlignet med på offentlige hospitaler.

**Figur 2.2.** Udviklingen i antal ophold på private og offentlige hospitaler i pct., 2013-2022



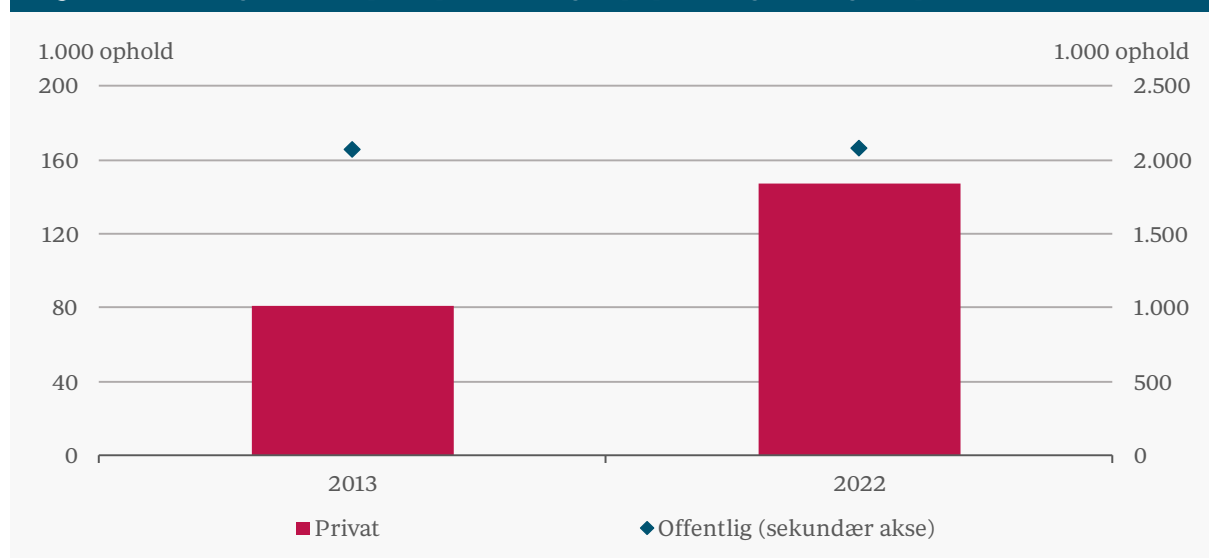
Anm.: Se anmærkninger til figur 2.1.  
Kilde: Egne beregninger på baggrund af Sundhedsdatastyrelsens landspatientregister: Avanceret udtræk.

Forskellen i den relative udvikling i antal ophold mellem offentlige og private hospitaler kan især forklares af ændringerne i antal ophold i perioden 2019-2022. På privathospitalerne steg aktiviteten med 38 pct. fra 2019 til 2022, hvor den faldt med 6 pct. på de offentlige hospitaler i samme periode.

Faldet på de offentlige hospitaler skyldes især et markant faldt i antallet af sygehusophold fra 2019 til 2020, hvor antallet faldt med omkring 10 pct. Fra 2021 begyndte antallet af ophold igen at stige svagt med ca. samme stabile udvikling, som før år 2020. Denne tendens skal ses i sammenhæng med COVID-19-pandemien, som påvirkede aktiviteten på private såvel som på offentlige hospitaler. For de private hospitaler resulterede pandemien i mere aktivitet, eftersom planlagte undersøgelser og behandlinger på de offentlige hospitaler blev udskudt til fordel for akutte behandlinger, herunder behandling af patienter med COVID-19.

Når der korrigeres for tilvæksten i befolkningen, er stigningen i aktiviteten i det samlede sygehusvæsen over de seneste 10 år mindre. I 2013 var der 81 ophold pr. 1.000 borgere på privathospitaler, og i 2022 var tallet steget til 147 ophold pr. 1.000 borgere. Til sammenligning var der kun en vækst på en halv pct. på de offentlige hospitaler, hvor der var 2.070 ophold pr. 1.000 borgere i 2013, og 2.080 ophold pr. 1.000 borgere i 2022, jf. figur 2.3.

**Figur 2.3.** Udviklingen i antal ophold pr. 1.000 borgere på private og offentlige hospitaler, 2013-2022

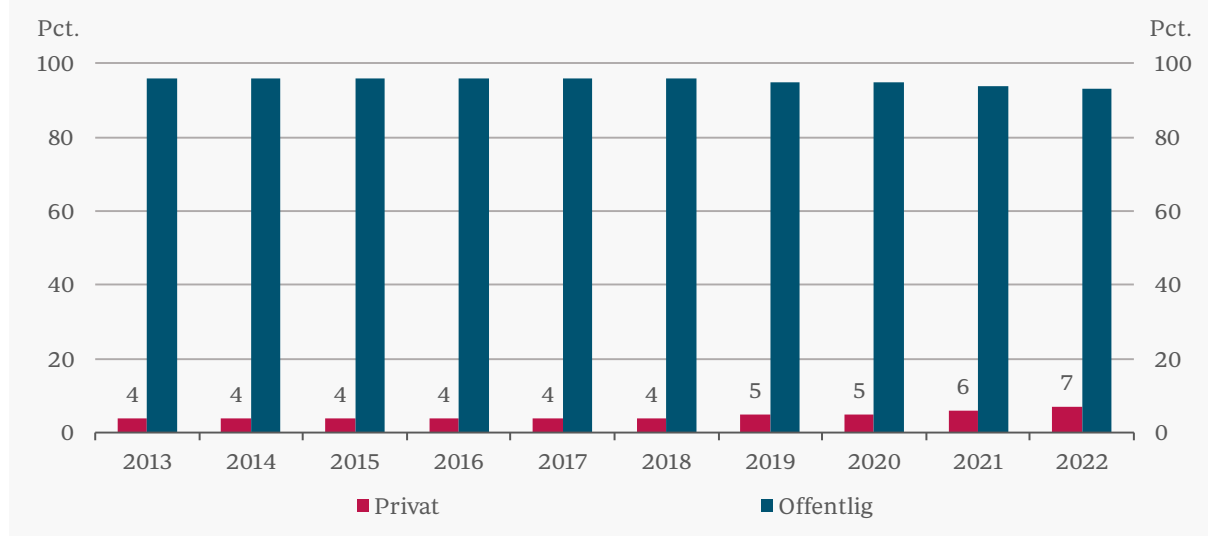


Anm.: Se anmærkningerne til figur 2.1.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af Sundhedsdatastyrelsens landspatientregister: Avanceret udtræk.

Selvom antallet af ophold på privathospitaler næsten er fordoblet i perioden 2013-2022, varetager det private sygehusvæsen en lille andel af den samlede hospitalsaktivitet på tværs af det samlede sygehusvæsen. I 2013 udgjorde de private sygehusophold ca. 4 pct. af det samlede antal sygehusophold, hvor de i 2022 udgjorde ca. 7 pct. af det samlede antal ophold på tværs af private- og offentlige hospitaler, jf. figur 2.4. Det indikerer, at privathospitaler begynder at varetage en større andel af opgaverne i det samlet sygehusvæsen.

**Figur 2.4.** Andelen af aktivitet på offentlige og private hospitaler, 2013-2022



Anm.: Se anmærkninger til figur 2.1.

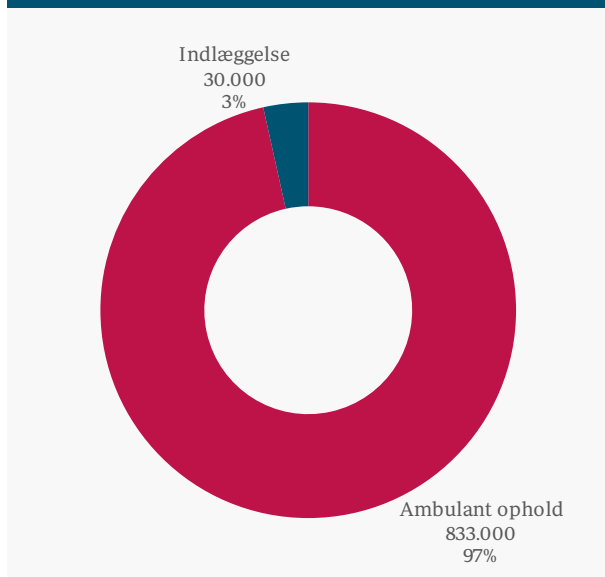
Kilde: Egne beregninger på baggrund af Sundhedsdatastyrelsens landspatientregister: Avanceret udtræk.

## AMBULANTE OPHOLD OG INDLÆGGELSER

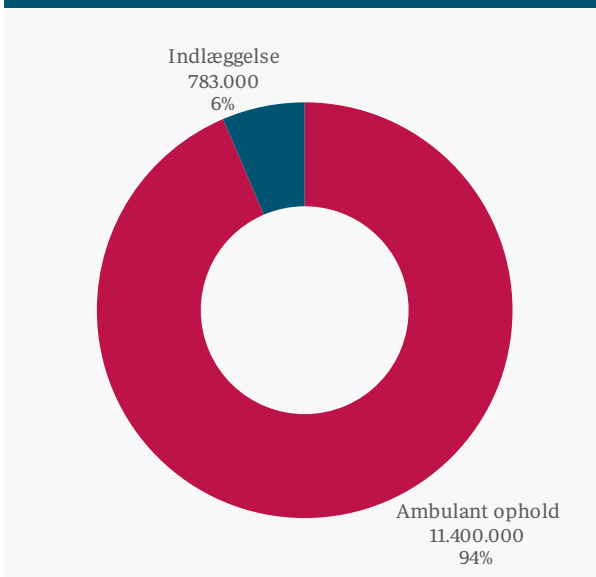
Ambulante ophold udgør langt størstedelen af det samlede antal sygehusophold på private såvel som offentlige hospitaler. I 2022 var der omkring 830.000 ambulante ophold og ca. 30.000 indlæggelser på privathospitalerne. Ambulante ophold udgjorde således 97 pct. af den samlede aktivitet på privathospitalerne, hvor de resterende 3 pct. var indlæggelser, jf. figur 2.5.

På offentlige hospitaler udgør indlæggelser en større andel af det samlede antal ophold sammenlignet med på privathospitaler. Blandt de ca. 12,2 mio. sygehusophold på de offentlige hospitaler i 2022 var der 11,4 mio. ambulante ophold og ca. 780.000 indlæggelser. Det svarer til, at de ambulante ophold udgjorde 94 pct. af den samlede aktivitet på offentlige hospitaler, og indlæggelser udgjorde de resterende 6 pct., jf. figur 2.6.

**Figur 2.5.** Antal ophold på privathospitaler fordelt efter typen af ophold, 2022



**Figur 2.6.** Antal ophold på offentlige hospitaler fordelt efter typen af ophold, 2022



Anm.: Se anmærkningerne til figur 2.1.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af Sundhedsdatastyrelsens landspatientregister: Avanceret udtræk.

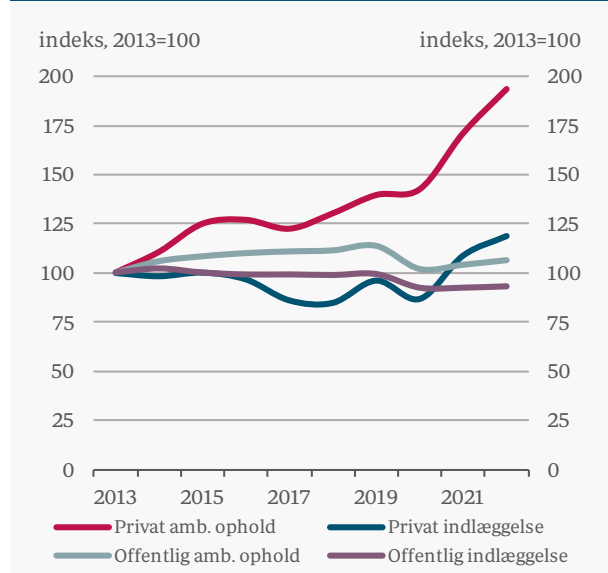
Selvom ambulante ophold udgør langt størstedelen af sygehusopholdene på både offentlige og private hospitaler, er andelen af indlæggelser på offentlige hospitaler større end på privathospitaler. Dette kan indikere, at behandlinger på offentlige hospitaler i højere grad er behandlinger, der er komplicerede, da de kræver indlæggelse.

Privathospitaler har over de seneste 10 år oplevet en næsten fordobling af antallet af sygehusophold. Denne udvikling er særligt drevet af væksten i antal ambulante ophold over hele perioden. Det er særligt i årene 2020-2022, at antallet af ambulante ophold stiger markant på privathospitalerne, jf. figur 2.7.

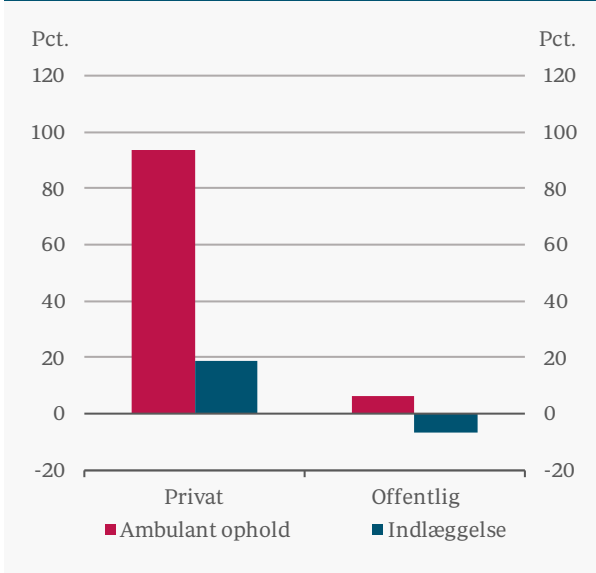
Fra 2013 til 2022 er antallet af ambulante ophold på privathospitaler næsten fordoblet, mens de på offentlige hospitaler er steget med 6 pct. i samme periode, jf. figur 2.8. På de offentlige hospitaler er

antallet af indlæggelser faldet med 7 pct. fra 2013 til 2022. Udviklingen ser noget anderledes ud på privathospitalerne, hvor der fra 2013 til 2022 er sket en stigning i antal indlæggelser på 19 pct.

**Figur 2.7.** Udviklingen i antal ophold på private og offentlige hospitaler fordelt efter typen af ophold, indeks 2013=100



**Figur 2.8.** Udviklingen i antal ophold på private og offentlige hospitaler fordelt efter typen af ophold, 2013-2022



Anm.: Se anmærkningerne til figur 2.1.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af Sundhedsdatastyrelsens landspatientregister: Avanceret udtræk.

## OPERATIONER

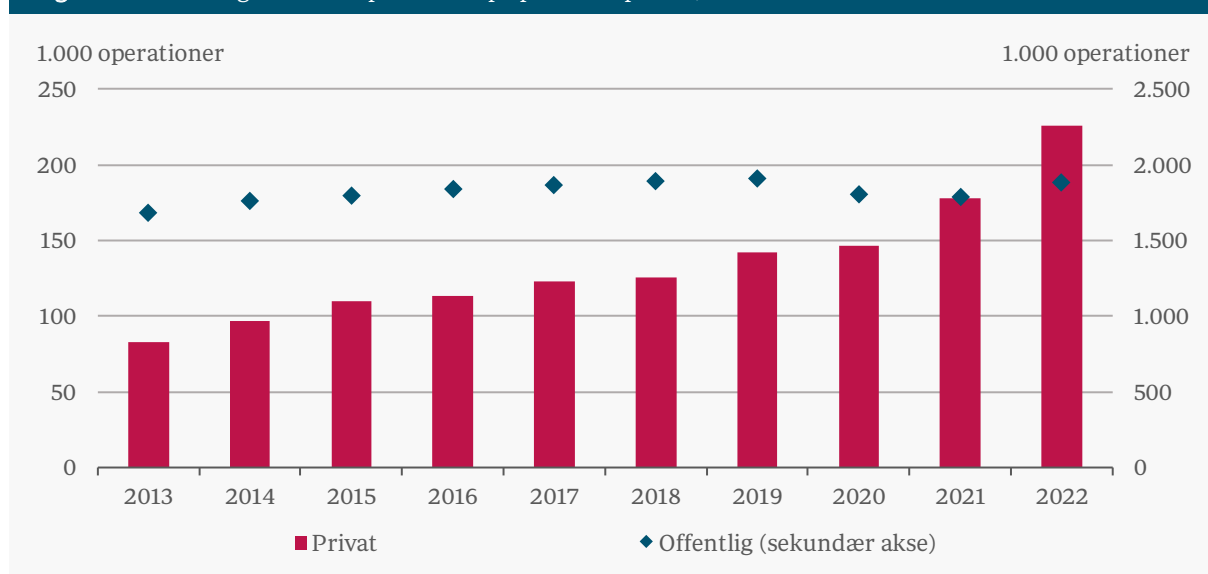
Som led i et ambulat ophold eller under en indlæggelse kan patienten få udført en eller flere operationer. Det kan fx være en operation på nethinden eller en kikkertundersøgelse af tyktarmen eller spiserøret.

Antallet af operationer på privathospitaler er næsten tredoblet i perioden fra 2013 til 2022. I 2022 var der omkring 226.000 operationer på de danske privathospitaler, hvor det var ca. 83.000 i 2013, jf. figur 2.9. Sammenlignes udviklingen med offentlige hospitaler i perioden 2013-2022, ser udviklingen noget forskellig ud. I samme periode er antallet af operationer på offentlige hospitaler steget med 12 pct. Dog udfører offentlige hospitaler fortsat væsentlig flere operationer end privathospitaler. Der var omkring 1,9 mio. operationer i 2022 på offentlige hospitaler, hvor der var ca. 1,7 mio. i 2013.

Antallet af operationer på privathospitaler er steget relativt mere end antallet af operationer på offentlige hospitaler, hvilket betyder, at kapaciteten på private hospitaler er øget de seneste 10 år.

På de offentlige hospitaler faldt antallet af operationer med 7 pct. fra 2019 til 2021, hvor privathospitalerne oplevede en stigning i antal operationer på 25 pct. i samme periode. Denne markante forskel i udviklingen skal ses i sammenhæng med COVID-19, som resulterede i at planlagte, ikke-akutte operationer blev udskudt på offentlige hospitaler.

Figur 2.9. Udviklingen i antal operationer på privathospitaler, 2013-2022



Anm.: Se anmærkningerne til figur 2.1.

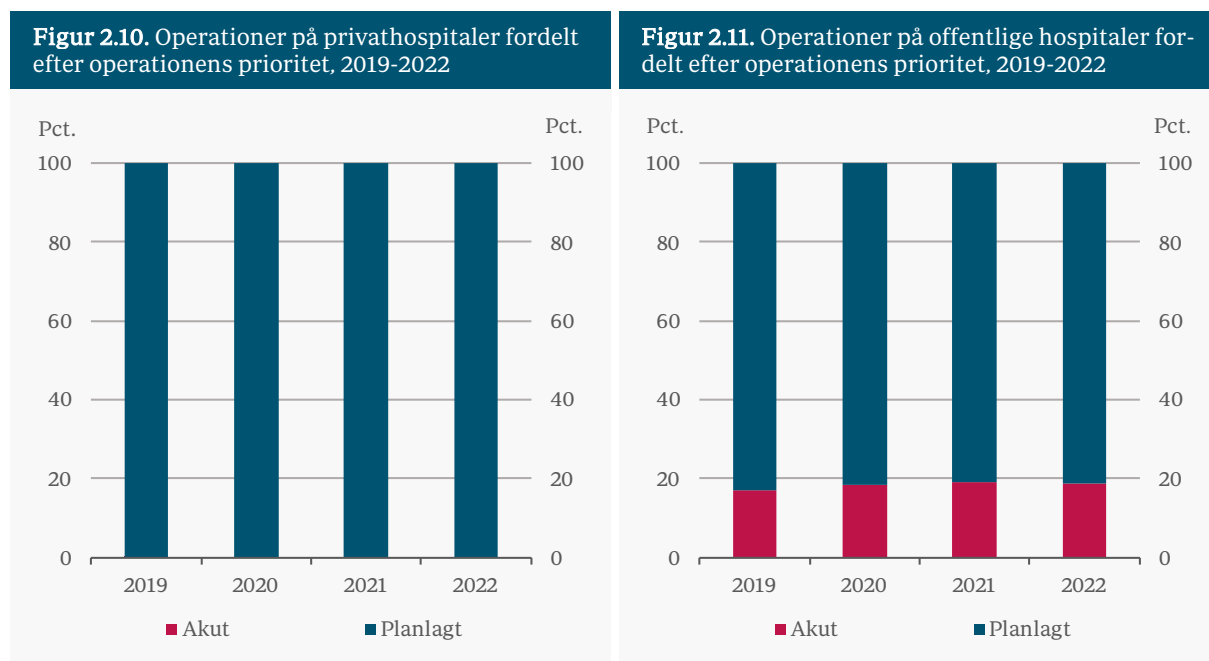
Kilde: Egne beregninger på baggrund af Sundhedsdatastyrelsens landspatientregister: Avanceret udtræk.

### Akutte og planlagte operationer

Operationer kan være akutte eller planlagte. En akut operation forekommer, hvis patientens sundhedstilstand uventet ændrer sig, så en operation eller re-operation er nødvendig for, at patientens tilstand ikke markant eller alvorligt forværres indenfor en kort tidshorisont. Planlagte operationer dækker operationer, der kan planlægges ude i tiden, da patientens tilstand tillader at operationen

kan vente, det kan fx være nyt knæ eller hofte. Ventetiden til en planlagt operation kan være kortere eller længere, alt efter om det fx er en hastende kræftoperation eller et mindre alvorligt indgreb.

Langt størstedelen af alle operationer er planlagte. Det gælder ikke mindst for operationer udført på privathospitaler, men det gælder også på offentlige hospitaler. Privathospitaler udførte ingen akutte operationer i perioden 2019-2022. Dette står i modsætning til, at knap 20 pct. af operationerne på offentlige hospitaler var akutte, jf. figur 2.10 og figur 2.11. Det betyder, at det kun er det offentlige sygehusvæsen, der håndterer akut opståede tilstande.



Anm.: Se anmærkningerne til figur 2.1.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af Sundhedsdatastyrelsens landspatientregister: Avanceret udtræk.

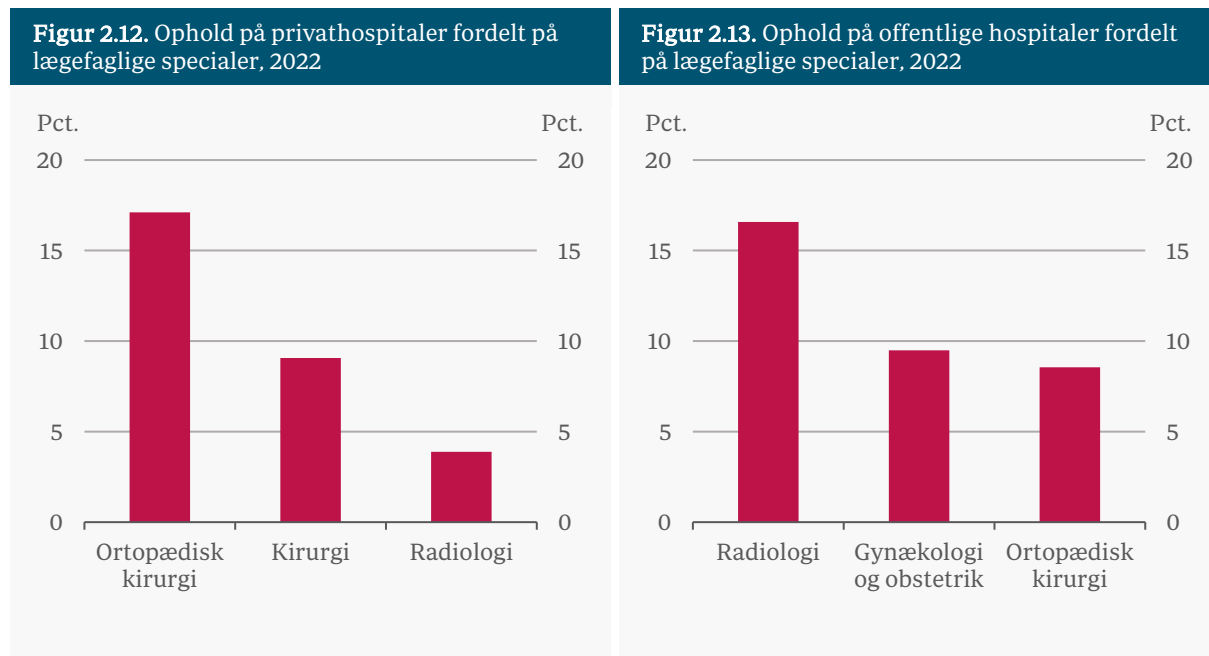
## LÆGEFAGLIGE SPECIALER

Den udredning og behandling, som en patient modtager på private såvel som på offentlige hospitaler er knyttet til lægefaglige specialer. Der er i alt 39 forskellige lægelige specialer, hvoraf ortopædisk kirurgi, kardiologi og infektionsmedicin er en række eksempler. I dette afsnit belyses udvalgte specialer med særlig relevans for aktiviteten på danske hospitaler.

På privathospitaler er en stor del af det samlede antal ophold knyttet til de lægefaglige specialer: ortopædisk kirurgi, kirurgi og radiologi. Figur 2.12 viser, at i 2022 var 17 pct. af alle ophold på privathospitaler inden for ortopædisk kirurgi, der dækker over operationer i bevægeapparatet, som fx hofte- og knæalloplastikkirurgi. Omkring 9 pct. af alle ophold på privathospitaler var inden for kirurgi. Disse ophold dækker fx behandling af sygdomme, skader og medfødte misdannelser i fordøjelsessystemet, hvor operative indgreb er eller kan blive aktuelle<sup>6</sup>. Omkring 4 pct. af opholdene var inden for radiologi, som bl.a. omhandler MR-scanninger, ultralydsscanninger og røntgenundersøgelser.

<sup>6</sup> Sundhedsstyrelsen: Specialevejledning for kirurgi [\[Link\]](#)

Den høje forekomst af sygehusophold inden for specialerne ortopædisk kirurgi, kirurgi og radiologi kan bl.a. indikere, at en stor del af aktiviteten på privathospitaler omhandler udredning og behandling af lidelser i bevægeapparatet og mave-tarm-systemet.



Anm.: Se anmærkningerne til figur 2.1.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af Sundhedsdatastyrelsens landspatientregister: Avanceret udtræk.

På offentlige hospitaler er der flest ophold inden for specialerne radiologi, gynækologi og obstetrik samt ortopædisk kirurgi, jf. figur 2.13. I 2022 var omkring 16 pct. af alle ophold inden for radiologi, 10 pct. inden for gynækologi og obstetrik, som bl.a. gælder behandling af sygdomme i underlivet, komplikationer i graviditeten og fødselshjælp. Omkring 9 pct. af alle ophold på offentlige hospitaler var knyttet til ortopædisk kirurgi i 2022.

Det ses således, at størstedelen af sygehusophold på privathospitaler knytter sig til specialerne ortopædisk kirurgi og radiologi, og at det samme gør sig gældende på de offentlige hospitaler, hvis man ser bort fra gynækologi og obstetrik, herunder fødsler m.m.



## ADGANG TIL PRIVATHOSPITALER

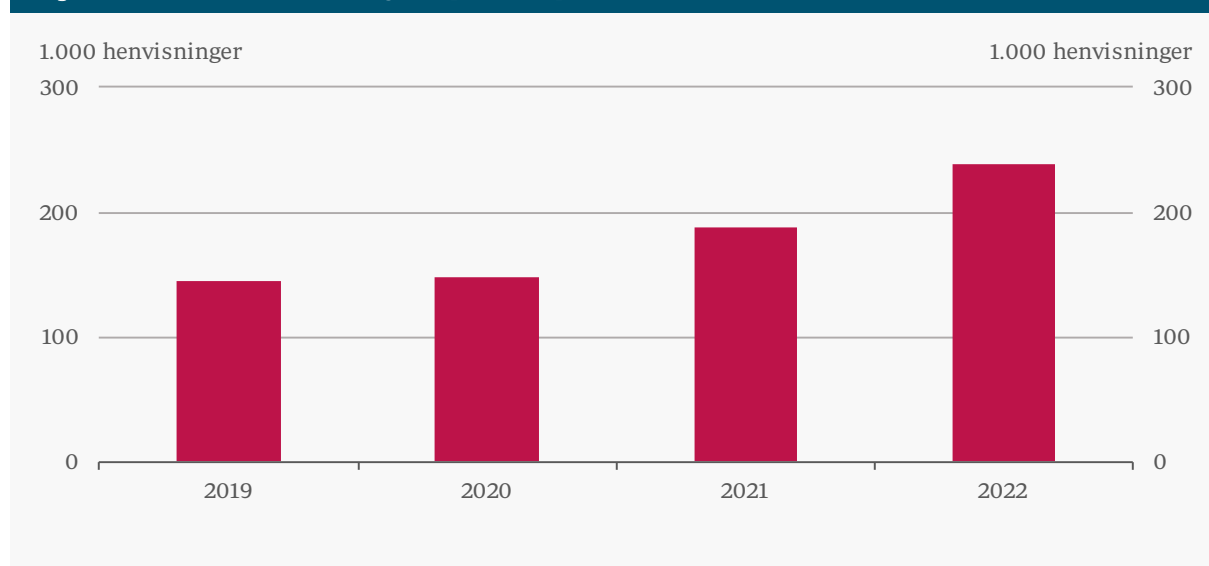
Der er forskellige måder, hvorved en borger kan få adgang til udredning og behandling på privathospitaler. Det kan være igennem 1) at benytte sine patientrettigheder, der giver ret til hurtig udredning og behandling via rettigheden til udvidet frit sygehusvalg, 2) ved at tegne og benytte en privat sundhedsforsikring eller 3) ved egenbetaling.

Patientrettighederne indebærer, at danske patienter, som er henvist og visiteret til udredning eller behandling på et hospital, har ret til hurtig udredning eller behandling.<sup>7</sup> Retten til hurtig udredning eller behandling indebærer, at alle patienter skal have et tilbud om at blive udredt eller behandlet inden for 30 dage. I juni 2023 blev retten til behandling inden for 30 dage suspenderet og ændret til 60 dage som led i regeringens akutplan. Ændringen gælder frem til den 31. december 2024.<sup>8</sup> Tidsfristen starter når regionens hospital modtager henvisningen. Hvis fristen ikke kan overholdes, har regionen pligt til at tilbyde at henvise patienten til udredning eller behandling på fx et privathospital.

Patienter, der har en sundhedsforsikring, kan komme direkte til udredning på et privathospital ved at anvende deres forsikring. Det kræver dog typisk en henvisning fra fx en praktiserende læge. For en uddybende beskrivelse af sundhedsforsikringer henvises til Kapitel 5. Sundhedsforsikringer.

Antallet af henvisninger til privathospitaler har været stigende i perioden 2019-2022. I 2022 blev der foretaget omkring 239.000 henvisninger fra offentlige hospitaler til privathospitaler, hvor der var ca. 146.000 henvisninger i 2019, jf. figur 2. Det er næsten 100.000 flere henvisninger.

**Figur 2.14.** Antallet af henvisninger til privathospitaler, 2019-2022



Kilde: Danske regioner.

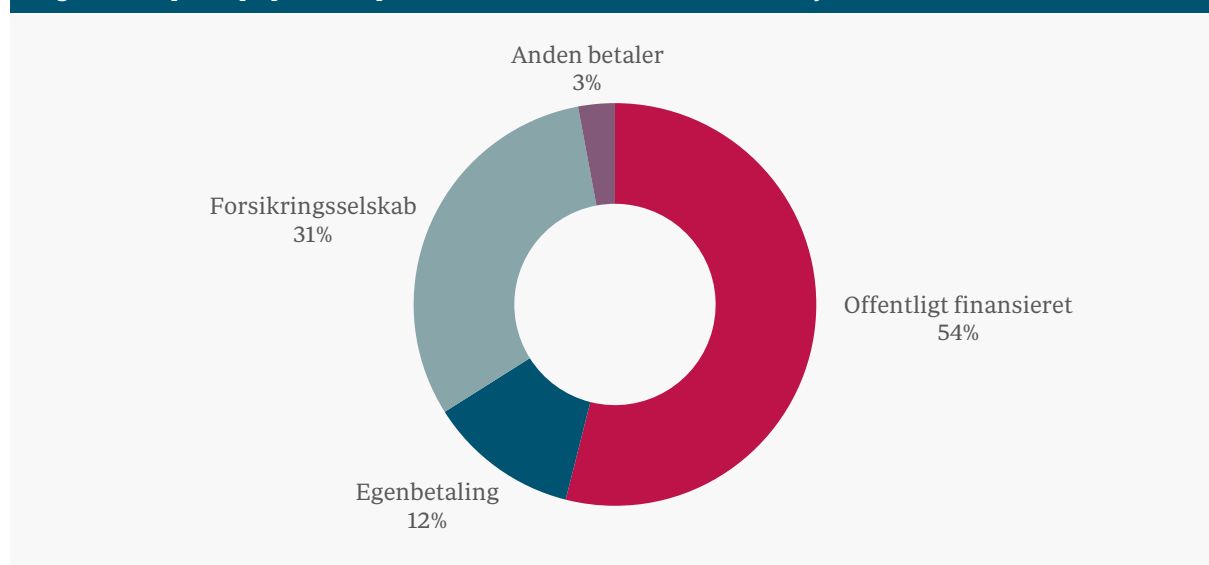
<sup>7</sup> Retsinformation: Vejledning om frit sygehusvalg, udvidet frit sygehusvalg, ret til hurtig udredning og information til henviste patienter [\[Link\]](#)

<sup>8</sup> Region Hovedstaden: Ret til at blive behandlet inden for 60 dage [\[Link\]](#)

Som tidligere beskrevet kan borgere få adgang til udredning eller behandling på privathospitaler på en række forskellige måder. Der er således også forskelle på, hvem der betaler for ydelserne på privathospitalerne.

I 2021 var mere end halvdelen af opholdene på privathospitalet offentligt finansierede, jf. figur 2.15. Det kan fx være gennem regionernes samarbejdsaftaler med konkrete privathospitaler og retten til udvidet frit sygehusvalg. Omkring hvert tredje ophold på privathospitaler blev finansieret gennem forsikringsselskaber via sundhedsforsikringer, mens 12 pct. blev finansieret ved egenbetaling, hvor borgeren selv betaler for den pågældende ydelse.

**Figur 2.15.** Ophold på privathospitaler fordelt efter hvem der betaler for ydelsen, 2021



Anm.: Omfatter sygehusophold på privathospitaler i 2021 som kan identificeres i Landspatientregisteret (LPR3). Offentligt finansierede ophold dækker over ophold på privathospitaler med en af følgende betalerkoder: Region Nordjylland, Region Midtjylland, Region Syddanmark, Region Hovedstaden eller Region Sjælland. Anden betaler dækker over ophold på privathospitaler med en af følgende betalerkoder: Anden betaler eller betaler uden specifikation.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata fra Danmark Statistik.

### 3. Patienter på privathospitaler

Der har været tæt på en fordobling i antallet af patienter på privathospitaler i perioden 2013-2022. Der er samtidigt sparsomt kendskab til, hvad der karakteriserer de patienter, der har kontakt til privathospitaler, og hvorvidt de adskiller sig fra patienter, der har kontakt til offentlige hospitaler. Som beskrevet i kapitel 2, kan patienter modtage udredning og/eller behandling på privathospitaler gennem bl.a. det udvidede frie sygehusvalg, sundhedsforsikringer eller egenbetaling.

I dette kapitel undersøges derfor karakteristika, herunder alder, køn, bopælsregion og uddannelsesniveau, blandt patienter med kontakt til henholdsvis privathospitaler og offentlige hospitaler.

#### Hovedkonklusionerne i dette kapitel er:

- Antallet af patienter på privathospitaler er fordoblet i perioden fra 2013 til 2022. Til sammenligning har antallet af patienter på offentlige hospitaler været stabilt. Andelen af patienter med kontakt til privathospitaler i forhold til det samlede antal patienter er derfor større i 2022 sammenlignet med 2013.
- Der er ingen systematiske forskelle mellem patienter på privathospitaler og offentlige hospitaler med henblik på køn. Der blev behandlet flere kvinder end mænd på både privathospitaler og offentlige hospitaler i perioden 2013 til 2022.
- Der er forskelle mellem patienter med kontakt til privathospitaler og patienter med kontakt til offentlige hospitaler med henblik på alder. Andelen af patienter i alderen 30-64 år er større på privathospitaler sammenlignet med offentlige hospitaler. Omvendt er andelen af yngre patienter (0-14 år) og ældre patienter (+75 år) højere på offentlige hospitaler sammenlignet med privathospitaler.
- Patienter på privathospitaler og offentlige hospitaler adskiller sig med henblik på bopælsregion. Flere patienter i Region Hovedstaden og Sjælland har kontakt med privathospitaler sammenlignet med patienter i Region Syddanmark – også relativt til hvor mange patienter der er på offentlige hospitaler i den pågældende region.
- Patienter på privathospitaler og offentlige hospitaler adskiller sig i forhold til uddannelsesniveau. Andelen af patienter med grundskole som længst fuldførte uddannelse er større på offentlige hospitaler sammenlignet med privathospitaler. Omvendt er andelen af patienter med en videregående uddannelse større på privathospitaler sammenlignet med offentlige hospitaler. På både privathospitaler og offentlige hospitaler har størstedelen af patienter en erhvervsfaglig eller gymnasial uddannelse.

## PATIENTER PÅ DANSKE HOSPITALER

Sundhedsdatastyrelsen opgør på baggrund af data fra Landpatientregisteret en række nøgletal om patienter, der i løbet af et år minimum har haft ét sygehusophold, private såvel som offentlige. Hertil kommer en række oplysninger om patienternes køn, alder, bopælsregion, indlæggelses- og udskrivningstidspunkt mv. Statistikken bygger på afsluttet og uafsluttet patientkontakter på offentlige og private, somatiske og psykiatriske sygehuse og klinikker. For yderligere information, se boks 3.1.

### Boks 3.1. Data vedr. patienter på danske hospitaler

Sundhedsdatastyrelsen offentliggør på baggrund af data fra Landpatientregisteret (LPR), Sundhedsvæsenets Organisationsregister (SOR) og Det Centrale Personregister (CPR) en række patientoplysninger.

Antal patienter er opgjort som antallet, der i løbet af et år minimum har haft ét sygehusophold, hvor minimum én kontakt i opholdet har den valgte diagnose som aktionsdiagnose. Hver patient tælles som unikke personer.

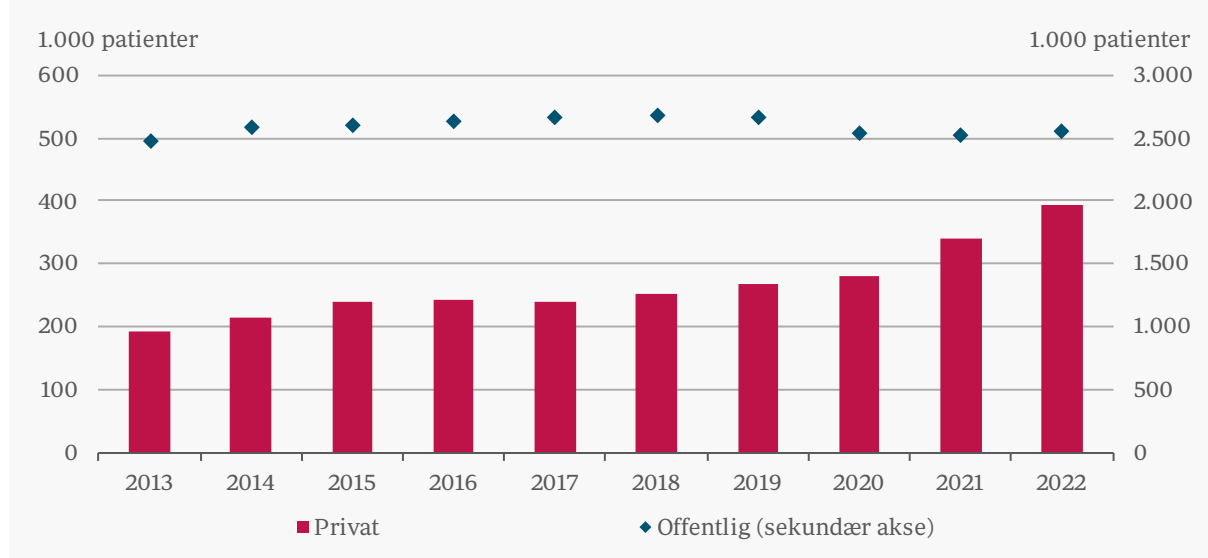
Totaler baseret på antal patienter kan derfor være lavere end dets subtotaler. Det er fx tilfældet, hvis en patient det samme år har både et sygehusophold som 19-årig og senere på året har et sygehusophold som 20-årig. I dette tilfælde vil patienten tælle med i aldersgrupperne "15-19 år" samt "20-24 år", men i en samlet total, der ikke er opdelt på aldersgrupper, vil patienten kun tælle med en enkelt gang.

Foruden data fra Sundhedsdatastyrelsen er dele af analysen baseret på registerdata fra Danmarks Statistik, herunder udtræk fra Landpatientregisteret (LPR3) og uddannelsesregistret (UDDA).

Kilde: Sundhedsdatastyrelsens eSundhed, Danmarks Statistik

Antallet af patienter på privathospitaler er fordoblet i perioden 2013 til 2022, jf. figur 3.1. I 2013 var omkring 192.000 patienter i kontakt med privathospitaler, mens ca. 394.000 patienter var i kontakt med privathospitaler i 2022. Til sammenligning er antallet af patienter med kontakt til offentlige hospitaler steget med mindre end 2 pct. fra 2013 til 2022.

Figur 3.1. Udvikling i antal patienter på privathospitaler, 2013-2022



Anm.: Omfatter antal unikke patienter, der i løbet af et år har haft minimum ét sygehusophold.  
Kilde: Sundhedsdatastyrelsens landpatientregister: Avanceret udtræk.

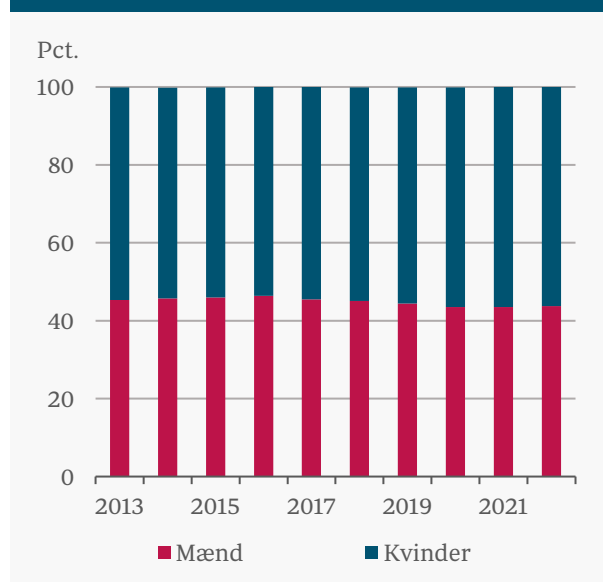
## KARAKTERISTIKA FOR PATIENTER PÅ DANSKE HOSPITALER

I de følgende afsnit sammenlignes patienter på hhv. privathospitaler og offentlige hospitaler i henhold til en række karakteristika, herunder køn, alder, bopælsregion og uddannelse.

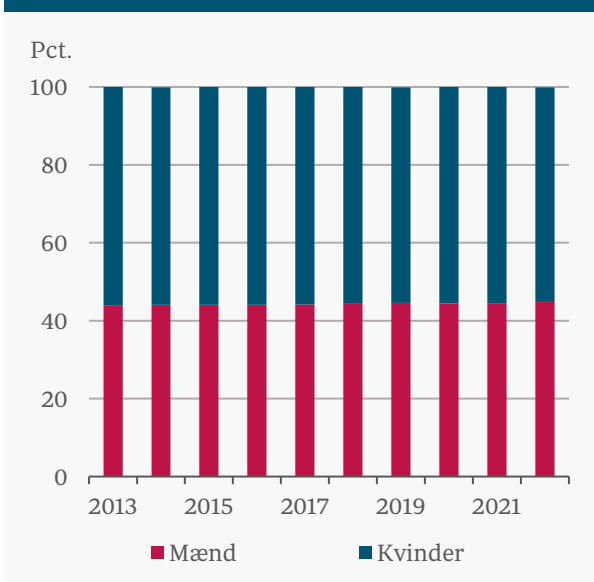
### Køn

Der er ingen systematiske forskelle mellem andelen af mænd og kvinder på henholdsvis privathospitaler og offentlige hospitaler, jf. figur 3.2 og figur 3.3. Generelt blev der behandlet flere kvinder på både privathospitaler såvel som offentlige hospitaler i hele perioden fra 2013 til 2022. I 2022 var 56 pct. af patienter på privathospitaler kvinder og 44 pct. mænd. På offentlige hospitaler var 55 pct. af patienterne kvinder og 45 pct. mænd.

**Figur 3.2.** Patienter på privathospitaler fordelt på køn, 2013-2022



**Figur 3.3.** Patienter på offentlige hospitaler fordelt på køn, 2013-2022



Anm.: Omfatter antal unikke patienter, der i løbet af et år har haft minimum ét sygehusophold. Patienter med ukendt køn på patientkontaktens start/operationsdatoen (N=491, svarende til 0,02 pct. af det samlede antal patienter) er ekskluderet og fremgår ikke af opgørelsen.

Kilde: Sundhedsdatastyrelsens landspatientregister: Avanceret udtræk.

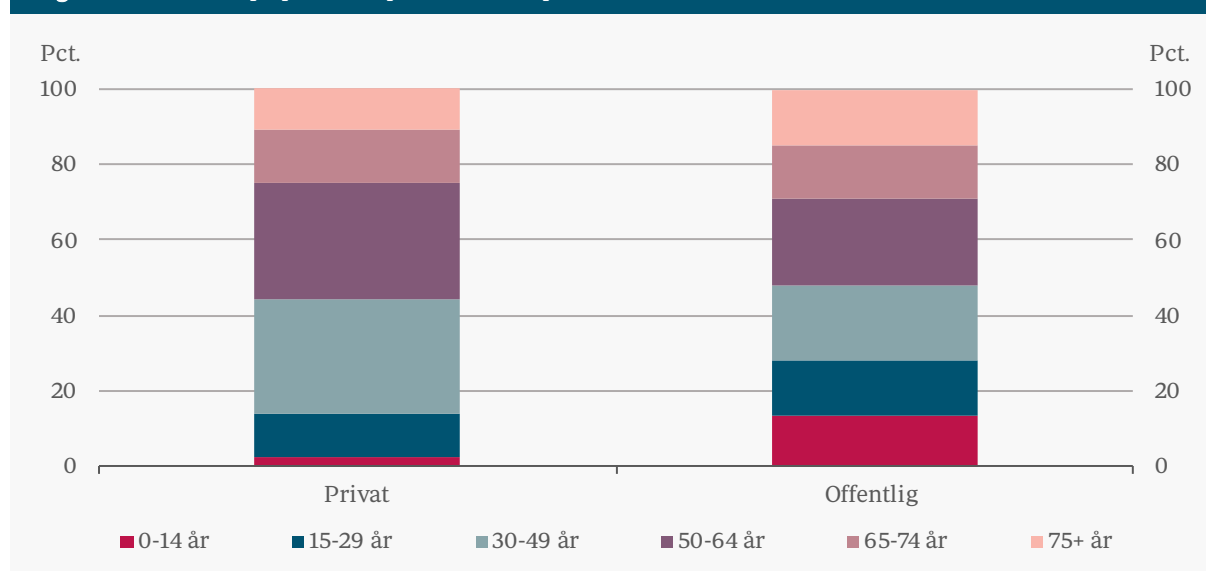
### Alder

Patienter på privathospitaler og offentlige hospitaler adskiller sig i forhold til alder. Andelen af patienter i alderen 30-64 år er større på privathospitaler sammenlignet med offentlige hospitaler, jf. figur 3.4. I 2022 var 61 pct. af patienter på privathospitaler i alderen 30-64 år. På offentlige hospitaler udgjorde patienter i alderen 30-64 år blot 43 pct. af det samlede antal patienter.

På samme måde adskiller patienter på privathospitaler og offentlige hospitaler sig i forhold til andelen af yngre patienter (0-14 år). Andelen af patienter i alderen 0-14 år udgør blot 2 pct. af det samlede antal patienter på privathospitaler. På offentlige hospitaler udgør patienter i alderen 0-14 år 13 pct. af det samlede antal patienter. Denne betydelige forskel i andelen af patienter i alderen 0-14 år kan forklares ved, at der på privathospitaler er meget få akutte patientkontakter, og at specalet pædiatri

(børnelæge) er præget af stor akut aktivitet. Akutte indlæggelser udgør omkring 85-95 pct. af alle indlæggelser i pædiatri. Specialet varetager det medicinske område for nyfødte samt børn og unge op til 18 år, herunder bl.a. behandling af for tidligt fødte børn, børn med medfødte misdannelser, akut hjertesygdom og alvor akut kirurgisk sygdom.<sup>9</sup>

**Figur 3.4.** Patienter på privathospitaler fordelt på alder, 2022



Anm.: Omfatter antal unikke patienter indenfor den pågældende alderskategori, der i løbet af et år har haft minimum ét sygehusophold. Patientens alder på patientkontaktens start/operationsdatoen. Patienter med ukendt alder på patientkontaktens start/operationsdatoen (N<5) er ekskluderet og fremgår ikke af opgørelsen.  
Kilde: Sundhedsdatastyrelsens landspatientregister: Avanceret udtræk.

Andelen af ældre patienter (+75 år) er også forskellig på privathospitaler og offentlige hospitaler. I 2022 udgjorde ældre patienter (+75 år) 11 pct. af patienterne på privathospitaler, mens det på offentlige hospitaler udgør 15 pct. Andelen af ældre patienter (+75 år) er således højere på offentlige hospitaler sammenlignet med privathospitaler.

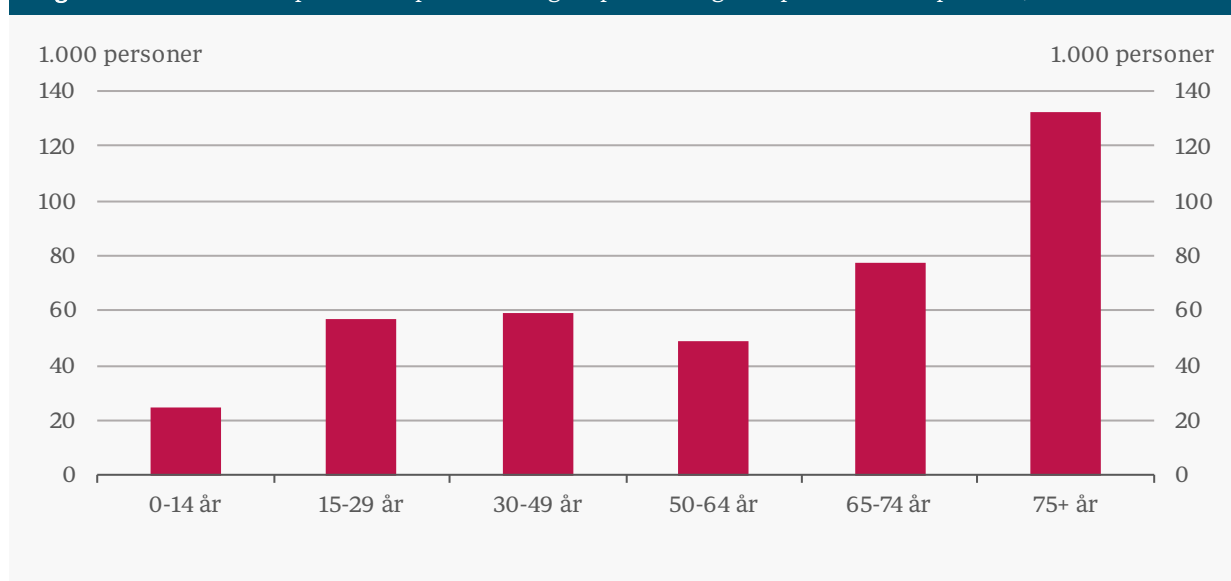
Denne forskel kan potentielt forklares ved, at den ældre del af befolkningen oftere har behov for specialiseret og akut behandling grundt højere forekomst af multisygdom og akutte lidelser, såsom dehydrering, infektioner i luftveje, mavetarmsystem eller urinveje samt brud og ernæringsbetinget blodmangel.<sup>10</sup>

Akut behandling, herunder akutte operationer, foretages udelukkende på offentlige hospitaler, og her udgør ældre patienter (+75 år) den mest behandlingskrævende gruppe. I 2022 blev der foretaget 132 akutte operationer på offentlige hospitaler pr. 1.000 borgere over 75 år, jf. figur 3.5. Til sammenligning blev der blot foretaget hhv. 25 og 57 akutte operationer pr. 1.000 borgere i aldrene 0-14 år og 15-29 år.

<sup>9</sup> Sundhedsstyrelsen: Specialevejledning for Pædiatri [\[Link\]](#)

<sup>10</sup> Sundhedsstyrelsen: Forebyggelse af uhensigtsmæssige indlæggelser [\[Link\]](#)

**Figur 3.5.** Antal akutte operationer pr. 1.000 borgere på offentlige hospitaler fordelt på alder, 2022



Anm.: Akutte operationer på offentlige hospitaler pr. 1.000 borgere i den pågældende aldersgruppe.  
Kilde: Sundhedsdatastyrelsens landspatientregister: Avanceret udtræk, Danmarks Statistik (BEFOLK2)

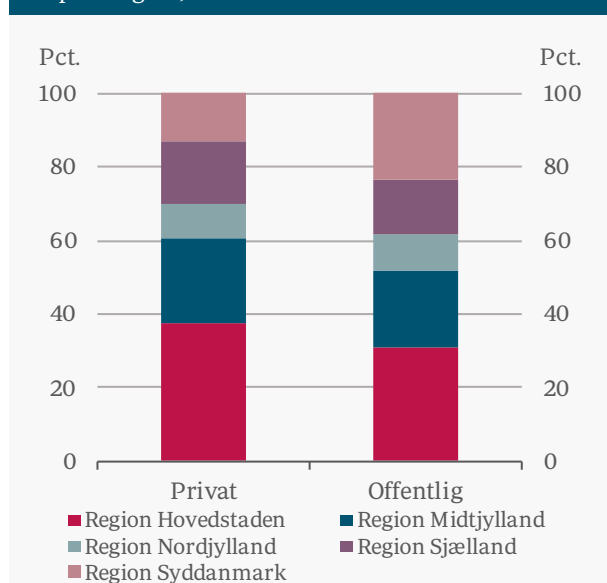
En anden potentielt forklarende årsag til en større andel ældre patienter (+75 år) på offentlige hospitaler sammenlignet med privathospitaler er sundhedsforsikringer, som kan give adgang til privathospitaler. Der er potentielt færre i den ældre del af befolkningen, der har en sundhedsforsikring, eftersom 94 pct. af alle sundhedsforsikringer i 2022 var arbejdsgiverbetalte, jf. kapitel 5. Taget den nuværende pensionsalder i betragtning, vil der alt andet lige være færre ældre (+75 år) med en arbejdsgiverbetalt sundhedsforsikring sammenlignet med personer i den arbejdsdygtige alder.

### Bopælsregion

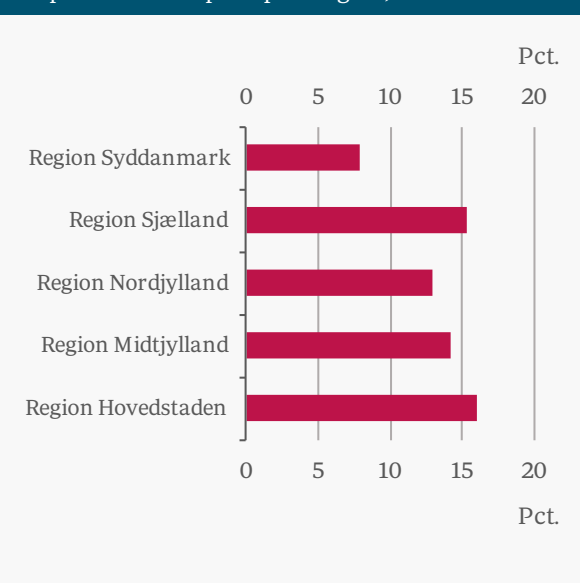
Størstedelen af patienter på privathospitaler såvel som offentlige hospitaler har bopæl i Region Hovedstaden. Blandt patienter på privathospitaler i 2022 havde 38 pct. bopæl i Region Hovedstaden, mens det på offentlige hospitaler gjaldt 31 pct. af det samlede antal patienter, jf. figur 3.6.

Der er betydelige forskelle på, hvorvidt patienter har kontakt til privathospitaler eller offentlige hospitaler i forhold til bopælsregion. Flere patienter i Region Hovedstaden og Sjælland bliver udredt eller behandlet på privathospitaler sammenlignet med patienter i Region Syddanmark, jf. figur 3.7. I Region Hovedstaden og Sjælland bliver hhv. 16 pct. og 15 pct. af patienterne udredt eller behandlet på privathospitaler, mens det blot er 8 pct. af patienterne i Region Syddanmark.

**Figur 3.6.** Patienter på privathospitaler fordelt på bopælsregion, 2022



**Figur 3.7.** Andel patienter med kontakt til privathospitaler fordelt på bopælsregion, 2022



Anm.: Patientens bopælsregion på patientkontaktens start/operationsdatoen. Patienter med ukendt bopælsregion, herunder patienter der ikke har bopæl i Danmark (N=46.896, svarende til 1,6 pct. af det samlede antal patienter), er ekskluderet og fremgår ikke af opgørelsen.

Kilde: Sundhedsdatastyrelsens landspatientregister: Avanceret udtræk.

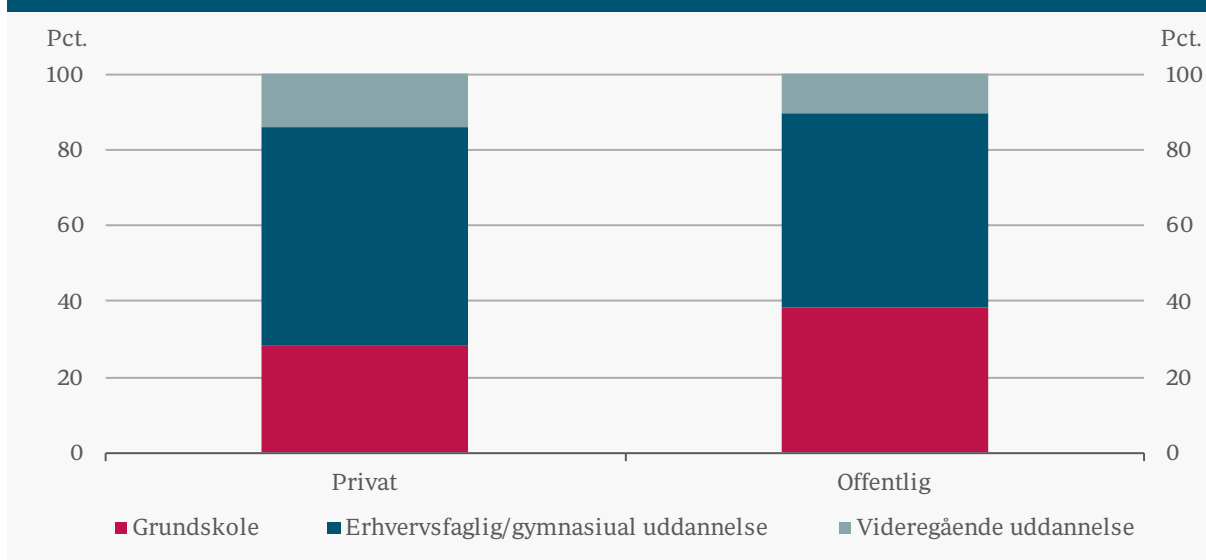
## Uddannelse

Størstedelen af patienter på privathospitaler såvel som offentlige hospitaler har erhvervsfaglig eller gymnasial uddannelse som længst fuldførte uddannelse. I 2021 havde 58 pct. af patienterne på privathospitaler en erhvervsfaglig eller gymnasial uddannelse, hvor det var 52 pct. af patienter på offentlige hospitaler, jf. figur 3.8.

Patienter på privathospitaler og offentlige hospitaler adskiller sig ikke betydeligt i forhold til uddannelsesniveau. Der forekommer små forskelle med henblik på andele af patienter med grundskole som længst fuldførte uddannelse. Andelen af patienter med grundskole som længst fuldførte uddannelse er større på offentlige hospitaler sammenlignet med privathospitaler. Blandt patienter på privathospitaler havde 28 pct. grundskole som længst fuldførte uddannelse, mens det er 38 pct. af patienterne på offentlige hospitaler. Omvendt er andelen af patienter med en videregående uddannelse større på privathospitaler sammenlignet med offentlige hospitaler. Omkring 15 pct. af patienter på privathospitaler har en videregående uddannelse, sammenlignet med 10 pct. af patienterne på offentlige hospitaler, jf. figur 3.8.



**Figur 3.8.** Patienter på privathospitaler fordelt på uddannelsesniveau, 2021



Anm.: Højest fuldførte uddannelsesniveau er kategoriseret på baggrund af ISCED (International Standard Classification of Education) blandt patienter med registreret kontakt til privathospitaler eller offentligt hospitaler. På baggrund af højest fuldførte uddannelsesniveau grupperes patienter i tre kategorier som følger: grundskole (ISCED 0-2), erhvervsfaglig eller gymnasial uddannelse (ISCED 3-4) og videregående uddannelser (ISCED 5-8).

Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata fra Danmarks Statistik.

## 4. Personalet på privathospitaler

Flere patienter behandles på de private hospitaler, som gennemgået i kapitel 2. Det betyder, at der er et øget behov for sundhedsprofessionelle på privathospitaler. Det sker i en tid, hvor der er generel mangel på arbejdskraft indenfor de sundhedsprofessionelle faggrupper i sundhedsvæsenet, hvilket kun forventes at blive større i fremtiden. Lægeforeningens arbejdskraftanalyse 2023 viste, at der i 2030 vil mangle 40.000 sundhedspersoner sammenlignet med i dag, mens det i 2045 er 100.000.<sup>11</sup> Det betyder, at brugen af arbejdskraft på private hospitaler skal ses i sammenhæng med de offentlige hospitaler, så der ikke opstår unødige flaskehalse.

I dette kapitel ses der nærmere på omfanget af sundhedsprofessionelle på de danske privathospitaler, deres arbejdstid og omfanget af bibeskæftigelse. Dette er gjort på baggrund af registeroplysninger om lønmodtagere. Analysen suppleres af Lægeforeningens egen medlemsundersøgelse fra efteråret 2023, som yderligere belyser motivationen for at arbejde på privathospitaler.

### Hovedkonklusionerne i dette kapitel er:

- Omfanget af fuldtidsbeskæftigede på de danske privathospitaler er begrænset. Omregnet til fuldtidsstillinger var der i 2022 beskæftiget godt 700 sygeplejerskeårsværk og ca. 350 lægeårsværk på de danske privathospitaler. De ca. 350 lægeårsværk er fordelt på knap 1.100 beskæftigede læger. Andet sundhedsfagligt personale, som udgør en mindre gruppe på privathospitaler, er fysioterapeuter, ergoterapeuter, radiografer samt social- og sundhedsassistenter.
- Over de seneste 10 år er der sket en stigning i antallet af sundhedsfagligt personale på privathospitalerne. Antallet af fuldtidsbeskæftigede læger er steget med 53 pct. og antal fuldtidsbeskæftigede sygeplejersker med 63 pct. fra 2013 til 2022. Det skal bemærkes, at antallet af lægeårsværk på offentlige hospitaler er steget 28 pct. i samme periode. For sygeplejerskerne vedkommende har antallet af årsværk på de offentlige hospitaler været nogenlunde konstant.
- Det sundhedsfaglige personale på privathospitalerne udgør en lille andel af det sundhedsfaglige personale i det samlede danske sygehusvæsen. Læger ansat på privathospitaler udgør ca. 1,8 pct. af lægerne i det danske sygehusvæsen i 2022, hvilket er en stigning sammenlignet med 1,5 pct. i 2013. Sygeplejerskerne ansat på privathospitaler udgør ca. 2 pct. af sygeplejerskerne i det danske sygehusvæsen i 2022.
- Omkring 60 pct. af læger ansat på privathospitaler arbejdede under 15 timer om ugen, mens kun 10 pct. arbejdede 37 timer om ugen eller derover i 2022. For sygeplejersker og radiografer ses et lignende billede med udstrakt grad af deltidsbeskæftigelse, mens fysio- og ergoterapeuter samt SOSU-assistenter oftere arbejdede mere end 15 timer om ugen.

<sup>11</sup> Lægeforeningen: Arbejdskraftsanalyse 2023 [\[Link\]](#)

- Læger med ansættelse på et privathospital har typisk en samtidig ansættelse på et offentligt hospital. I 2022 drejer det sig om knap 70 pct. af lægerne ansat på privathospitaler, som har en samtidig offentlig hospitalsansættelse, hvor det gælder ca. 45 pct af sygeplejerskerne. Dette har været et forholdsvis stabilt billede de seneste 10 år.
- Blandt læger og sygeplejersker med en samtidig privat og offentlig hospitalsansættelse er tendensen, at de arbejder flere timer på offentlige hospitaler end privathospitaler. I 2022 arbejdede 3 ud af 4 læger under 15 timer om ugen på et privathospital og blot 4 pct. arbejdede 37 timer om ugen eller derover. På offentlige hospitaler arbejdede hver anden læge på tværs af alle lægetyper 37 timer om ugen eller derover. For sygeplejersker gælder, at godt 70 pct. arbejdede under 15 timer om ugen på et privathospital, hvor ca. 33 pct. arbejdede 37 timer om ugen eller derover på et offentligt hospital.
- Lægeforeningens egen medlemsundersøgelse blandt hospitalsansatte læger understøtter overordnet set resultaterne fra registeranalysen. Undersøgelsen viser bl.a., at størstedelen af læger med ansættelse på privathospital er ansat på konsulentbasis eller deltid med en samtidig offentlig hospitalsansættelse.
- Læger med en samtidig privat og offentlig hospitalsansættelse oplever forskelle i deres typiske arbejdsopgaver afhængig af, om de er på et privat eller offentligt hospital. Lægerne angiver, at de har færre akutte og administrative opgaver samt færre komplicerede patienter på privathospitaler sammenlignet med på offentlige hospitaler. Omvendt angiver over halvdelen af lægerne, at de har flere faglige interessante opgaver i offentlig regi.
- Blandt de vigtigste årsager til at arbejde på et privathospital angiver lægerne med en nuværende eller tidligere ansættelse på et privathospital, at det i særdeleshed skyldes lønforhold, mulighed for indflydelse på eget arbejde, bedre work-life-balance og vagtforhold. Omkring 70 pct. angiver, at lønforhold er blandt de vigtigste årsager til at arbejde på et privathospital.

## SUNDHEDSFAGLIGT PERSONALE PÅ PRIVATHOSPITALER

I dette afsnit belyses beskæftigelsen blandt de sundhedsprofessionelle jobfunktioner, som er mest dominerende blandt jobfunktionerne, der findes i det private sygehusvæsen. Det drejer sig om læger, sygeplejersker, radiografer og andet teknisk personale inden for medicinsk røntgen- og behandlingsudstyr, fysioterapeuter, ergoterapeuter samt social- og sundhedsassistenter. Boks 4. giver en nærmere beskrivelse af, hvordan de forskellige jobfunktioner er opgjort.

### Boks 4.1. Opgørelse af jobfunktioner

Sundhedsfagligt personale er opgjort på baggrund af jobfunktioner, som er defineret ud fra Danmarks Statistiks DISCO-koder, som anvendes til klassificering og aggregering af oplysninger om arbejdsfunktioner, jf. tabel a.

**Tabel a.** Afgrænsning af anvendte jobfunktionskoder

Jobfunktion	Anvendte DISCO-koder
Ergoterapeut	226910
Fysioterapeut	226410
Læge	221100, 221200
Radiograf mv.	321100
SOSU-assistent	532120
Sygeplejerske	222100, 222110, 222120, 222130

Radiograf mv. omfatter radiografer og andet teknisk personale inden for medicinsk røntgen- og behandlingsudstyr, men benævnes i dette kapitel som "radiografer mv."

Jobfunktioner identificeres i Danmarks Statistiks register vedr. beskæftigelse for lønmodtagere (BFL). Statistikken indeholder personer med lønmodtagerjobs i danske virksomheder, hvor lønnen indberettes til eIndkomst.

BFL indeholder oplysninger om alle lønmodtagerjobs. Det betyder, at personer med visse typer af jobs ikke indgår. Dette drejer sig fx om selvstændige. Læger, som har deres egen private praksis, vil derfor ikke fremgå.

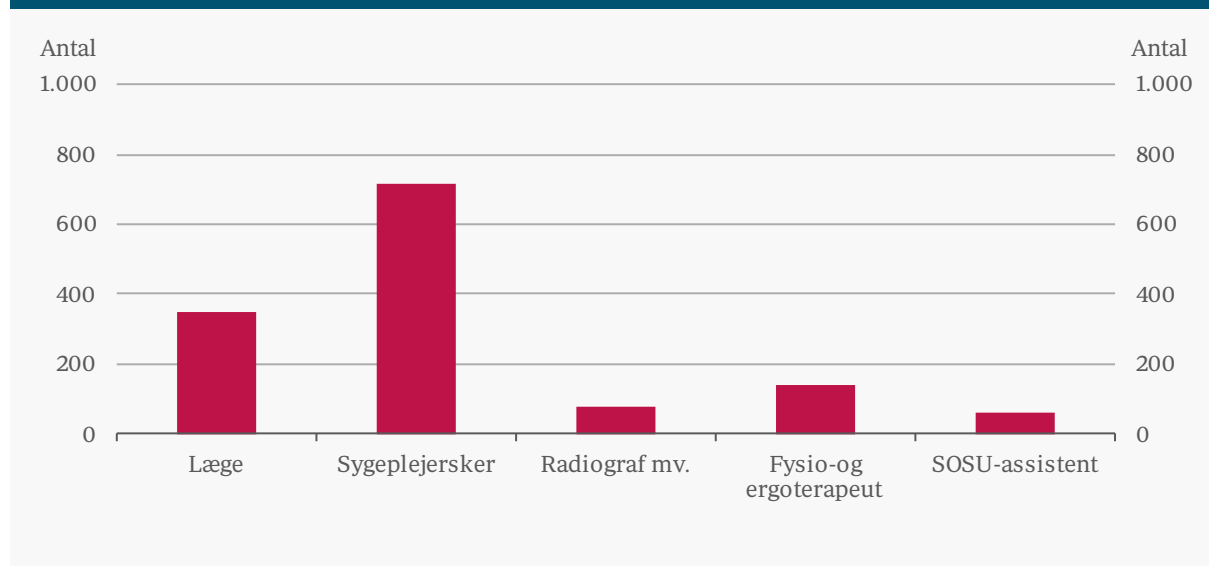
Det er væsentligt at bemærke, at discokoder kan være behæftet med fejl og mangler. Derfor skal fortolkninger på baggrund af discokoder fortages varsomt.

Sygeplejersker udgør den største gruppe af de sundhedsprofessionelle jobfunktioner på de danske privathospitaler. Omregnet til fuldtidsbeskæftigede, var der i 2022 godt 700 fuldtidsbeskæftigede sygeplejersker, jf. figur 4.1. Læger udgør den næststørste gruppe med ca. 350 fuldtidsbeskæftigede læger på de danske privathospitaler, hvilket dækker over knap 1.100 beskæftigede læger fordelt på forskellige ansættelsesvilkår.

Af andre sundhedsprofessionelle jobfunktioner, som udgør en mindre gruppe på private hospitaler, er fysioterapeuter, ergoterapeuter, radiografer mv. og social- og sundhedsassistenter. Der var ca. 140 fuldtidsbeskæftigede fysio- og ergoterapeuter, ca. 80 fuldtidsbeskæftigede radiografer mv. samt ca. 60 fuldtidsbeskæftigede social- og sundhedsassistenter på de danske privathospitaler i 2022.

Det er ikke udelukkende disse fem sundhedsprofessionelle jobfunktioner, som er fremhævet i analysen, der varetager jobfunktioner på privathospitaler i Danmark. De resterende jobfunktioner udgør en tilstrækkeligt lille gruppe, hvorfor de ikke belyses i denne analyse. Det drejer sig fx om portører, lægesekretærer og omsorgsmedarbejdere.<sup>12</sup>

**Figur 4.1.** Antal lønmodtager på privathospitaler omregnet til fuldtid efter jobfunktion, 2022



Anm.: Omfatter lønmodtagere, som kan findes i registeret vedr. beskæftigelse for lønmodtagere (BFL). Lønmodtagere på privathospitaler er defineret ud fra, at de er ansatte med branchekode "Hospitaler" og en af sektorkoderne indenfor private virksomheder. De forskellige jobfunktioner er defineret på baggrund af, om de er registeret med en relevant discokode. For en nærmere beskrivelse af opgørelsen af jobfunktioner se Boks 4. Lønmodtagere er omregnet til fuldtidsstillinger. Det vil sige, at to personer, der arbejder 0,5 fuldtidsgrad, tæller som en samlet fuldtidsstilling. Radiograf mv. omfatter radiografer og andet teknisk personale inden for medicinsk røntgen- og behandlingsudstyr.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata fra Danmark Statistik.

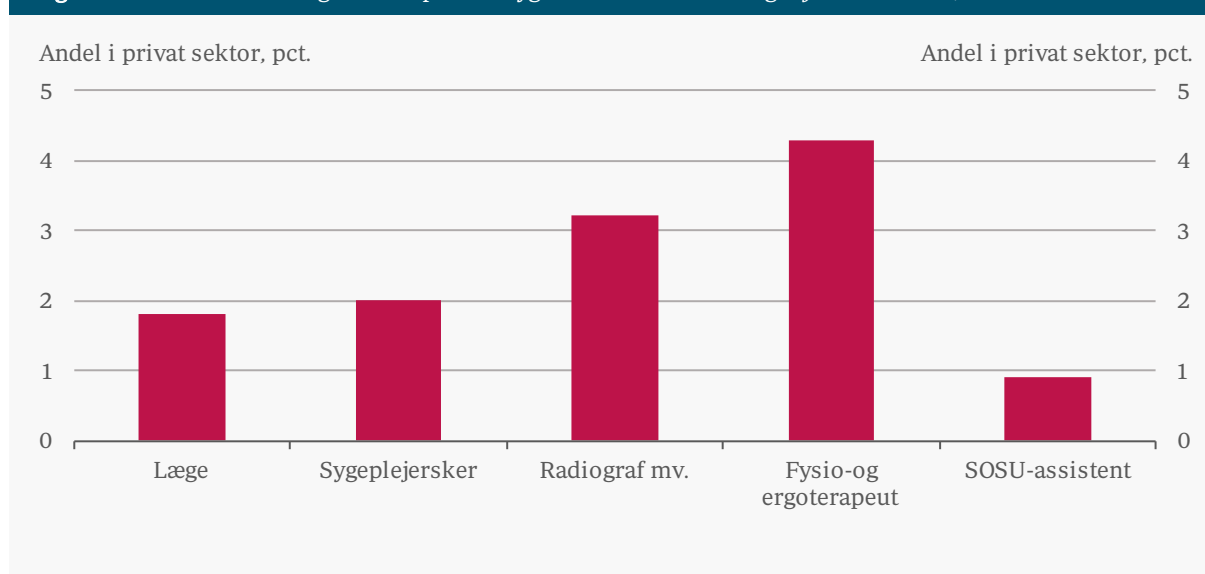
Det sundhedsfaglige personale på de private hospitaler udgør en lille andel af det sundhedsfaglige personale i det samlede sygehusvæsen i Danmark.

Sygeplejersker på privathospitaler udgjorde ca. 2 pct. af det samlede antal fuldtidsbeskæftigede sygeplejersker, som er ansat i sygehusvæsenet. Blandt læger i sygehusvæsenet udgør læger i det private sygehusvæsen ca. 1,8 pct, hvor det gjaldt 3,2 pct. af radiografer mv., jf. figur 4.2. Det er således meget få sygeplejersker, læger og radiografer mv., som beskæftiger sig i privatsektoren i forhold til, hvor mange sygeplejersker, læger og radiografer mv. der er beskæftiget på de offentlige hospitaler.

Det er fysio- og ergoterapeuter, der har den største andel ansat i privatsektoren, hvor ca. 4,3 pct. af fysio- og ergoterapeuter beskæftiger sig på privathospitaler. Derimod er social- og sundhedsassistenter den gruppe, hvor færrest er ansat i privatsektoren, her gælder det for knap 1 pct. af social- og sundhedsassistenterne, der er beskæftiget i sygehusvæsenet.

<sup>12</sup> Omsorgsmedarbejder er defineret på baggrund af discokoden "Andet omsorgsarbejde på institutioner og hospitaler" og uddybes ikke nærmere i registeret.

**Figur 4.2.** Andel lønmodtagere i det private sygehusvæsen for udvalgte jobfunktioner, 2022

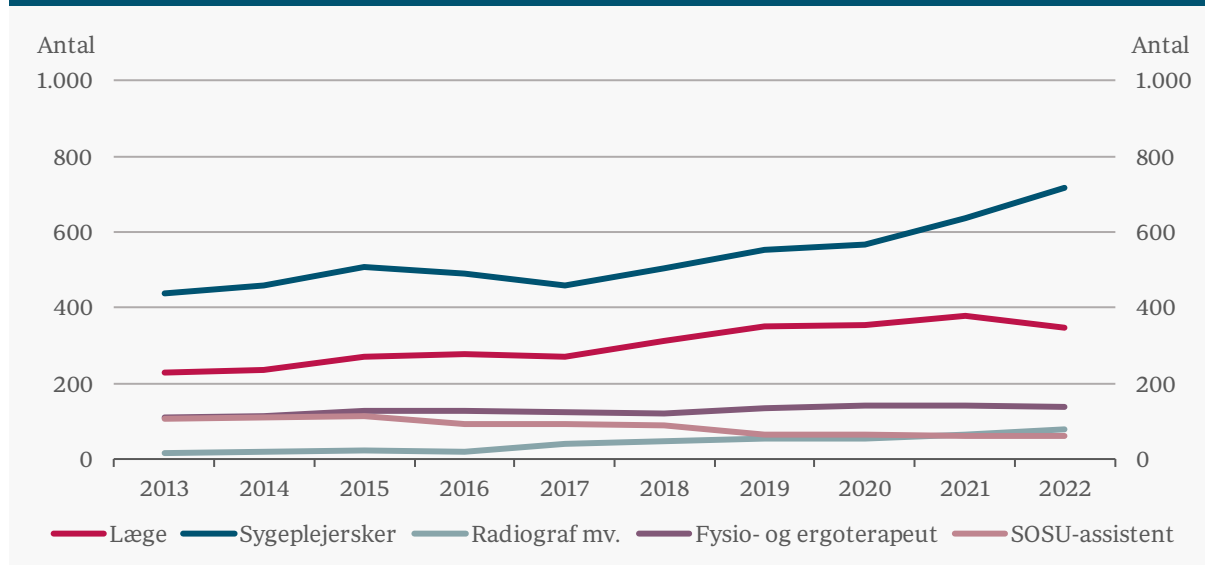


Anm.: Omfatter lønmodtagere, som kan findes i registeret vedr. beskæftigelse for lønmodtagere (BFL). Lønmodtagere på privathospitaler er defineret ud fra, at de er ansatte med branchekode "Hospitaler" og en af sektorkoderne indenfor private virksomheder. De forskellige jobfunktioner er defineret på baggrund af, om de er registeret med en relevant discokode. For en nærmere beskrivelse af opgørelsen af jobfunktioner se Boks 4.. Lønmodtagere er omregnet til fuldtidsstillinger. Det vil sige, at to personer, der arbejder 0,5 fuldtidsgrad, tæller som en samlet fuldtidsstilling. Det skal bemærkes, at den samme person kan være ansat på både offentlige og private hospitaler samtidig, og dermed tæller med i begge kategorier med den fuldtidsgrad tilhørende de forskellige stillinger i begge sektorer. Radiograf mv. omfatter radiografer og andet teknisk personale inden for medicinsk røntgen- og behandlingsudstyr.  
Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata fra Danmark Statistik.

Over de seneste 10 år har der generelt været en stigning i beskæftigelsen på de private hospitaler. Det gør sig gældende for de fleste sundhedsprofessionelle jobfunktioner med undtagelse af social- og sundhedsassistenterne. Det er den eneste af de fem jobfunktioner, som har oplevet et i fald i fuldtidsbeskæftigede i perioden 2013-2022. I 2013 var der godt 100 fuldtidsbeskæftigede social- og sundhedsassistenter i det private sygehusvæsen, hvor der i 2022 kun var godt 60 fuldtidsbeskæftigede. I modsætning er det sygeplejerskerne, der har oplevet den største absolutte stigning i fuldtidsbeskæftigede i samme periode. I 2022 var der ca. 720 fuldtidsbeskæftigede sygeplejersker, hvor det var ca. 440 fuldtidsbeskæftigede i 2013, jf. figur 4.3.

Der er indikationer på, at det er blevet mere attraktivt at have radiografer mv. på privathospitaler. På trods af, at fuldtidsbeskæftigede radiografer mv. er relativt lavt i forhold til fx sygeplejersker og læger, så er antallet af fuldtidsbeskæftigede radiografer firedoblet i løbet af de seneste 10 år. Antallet af fuldtidsbeskæftigede radiografer mv. er steget fra knap 20 fuldtidsbeskæftigede i 2013 til ca. 80 fuldtidsbeskæftigede i 2022.

**Figur 4.3.** Udviklingen i lønmodtagere på privathospitaler omregnet til fuldtid, 2013-2022



Anm.: Omfatter lønmodtagere, som kan findes i registeret vedr. beskæftigelse for lønmodtagere (BFL). Lønmodtagere på privathospitaler er defineret ud fra, at de er ansatte med branchekode "Hospitaler" og en af sektorkoderne indenfor private virksomheder. De forskellige jobfunktioner er defineret på baggrund af, om de er registeret med en relevant discokode. For en nærmere beskrivelse af opgørelsen af jobfunktioner se Boks 4. Lønmodtagere er omregnet til fuldtidsstillinger. Det vil sige, at to personer, der arbejder 0,5 fuldtidsgrad, tæller som en samlet fuldtidsstilling. Radiograf mv. omfatter radiografer og andet teknisk personale inden for medicinsk røntgen- og behandlingsudstyr.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata fra Danmark Statistik.

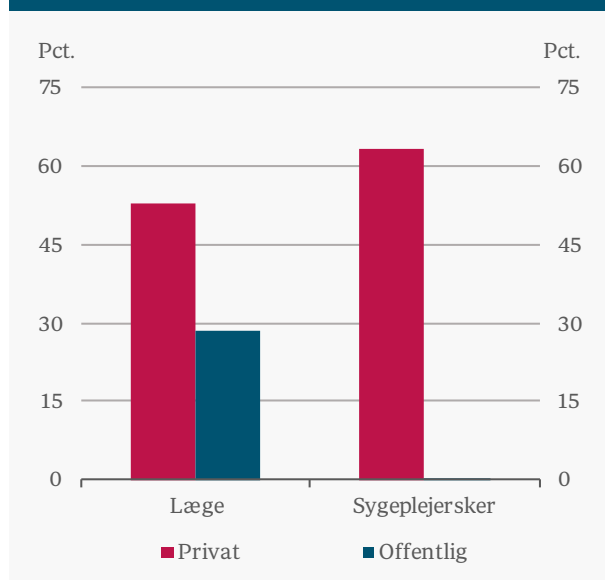
Sammenlignes udviklingen i fuldtidsbeskæftigede på private og offentlige hospitaler, har der generelt set været en markant større relativ vækst i beskæftigelse på privathospitaler for de udvalgte jobfunktioner, med undtagelse for social- og sundhedsassistenter, jf. figur 4.4. og figur 4.5.

Det er blandt sygeplejersker, at der har været den største forskel i væksten i fuldtidsbeskæftigede på hhv. private og offentlige hospitaler. Antallet af fuldtidsbeskæftigede sygeplejersker på de offentlige hospitaler har været nogenlunde konstant i perioden 2013-2022, hvor fuldtidsbeskæftigede sygeplejersker på privathospitaler er steget med 63 pct. i perioden.

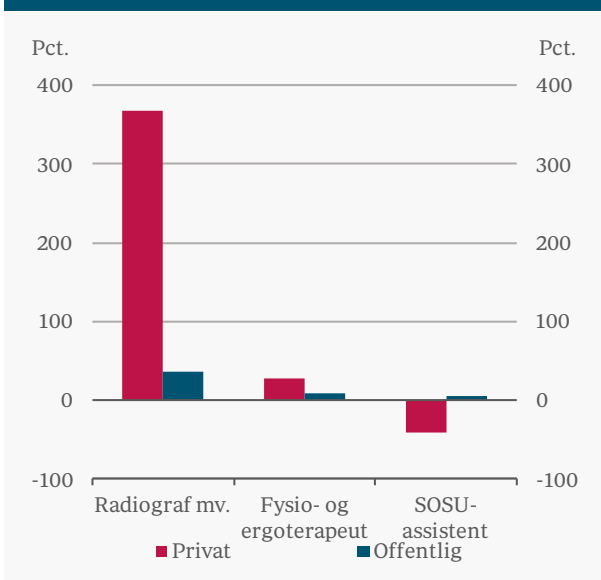
Selvom antal fuldtidsbeskæftigede radiografer mv. i absolutte tal er steget mest på de offentlige hospitaler, har privathospitaler oplevet en enorm procentvis stigning i fuldtidsbeskæftigede radiografer mv. Fuldtidsbeskæftigede radiografer mv. er steget med ca. 370 pct. fra 2013-2022, hvor det er ca. 36 pct. på de offentlige hospitaler.

Samme tendens gør sig gældende blandt læger – bare mindre udtalt. Antallet af fuldtidsbeskæftigede læger er steget med ca. 53 pct. på privathospitaler og ca. 28 pct. på offentlige hospitaler. Det er dog væsentligt at holde sig for øje, at antallet af fuldtidsbeskæftigede læger i absolutte tal er steget mest på de offentlige hospitaler.

**Figur 4.4.** Ændringen i personalet på private og offentlige hospitaler blandt udvalgte jobfunktioner, 2013-2022



**Figur 4.5.** Ændringen i personalet på private og offentlige hospitaler blandt udvalgte jobfunktioner, 2013-2022



Anm.: Omfatter lønmodtagere, som kan findes i registeret vedr. beskæftigelse for lønmodtagere (BFL). Lønmodtagere på privathospitaler er defineret ud fra, at de er ansatte med branchekode "Hospitaler" og en af sektorkoderne indenfor private virksomheder. De forskellige jobfunktioner er defineret på baggrund af, om de er registeret med en relevant discokode. For en nærmere beskrivelse af opgørelsen af jobfunktioner se Boks 4. Lønmodtagere er omregnet til fuldtidsstillinger. Det vil sige, at to personer, der arbejder 0,5 fuldtidsgrad, tæller som en samlet fuldtidsstilling. Radiograf mv. omfatter radiografer og andet teknisk personale inden for medicinsk røntgen- og behandlingsudstyr.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata fra Danmark Statistik.

Den relativt store vækst i beskæftigelsen på privathospitaler indenfor flere af de sundhedsfaglige personalegrupper over de seneste 10 år kommer også til udtryk, når der ses nærmere på andelen af det samlede sundhedsfaglige personale, der er ansat i det privat sygehusvæsen.

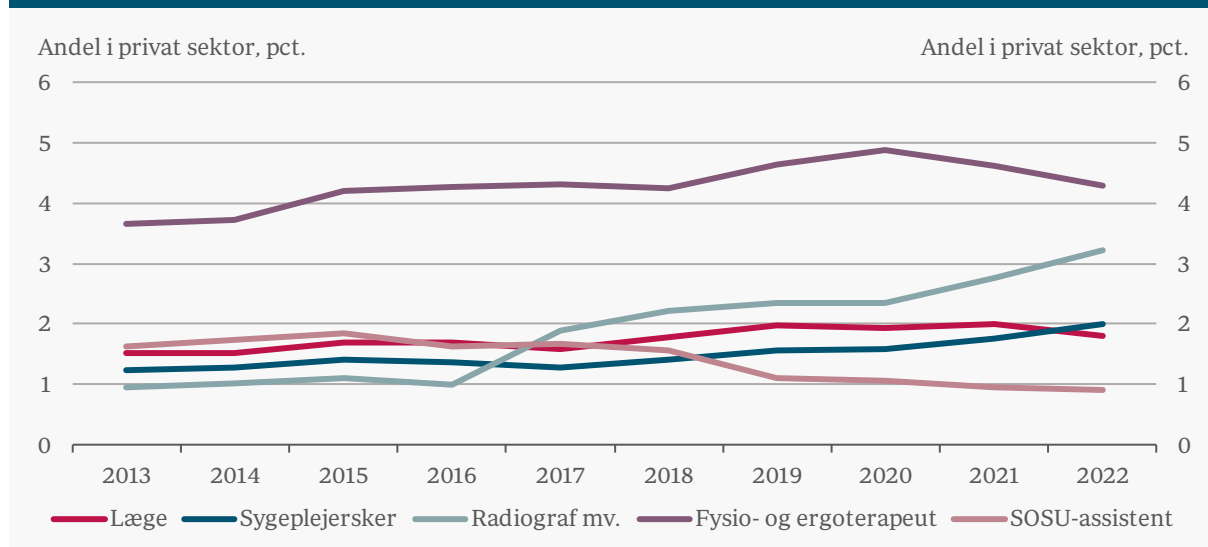
Det er særligt blandt radiografer mv., at en større andel arbejder i det private sygehusvæsen fremfor i det offentlige. I 2013 var ca. 1 pct. af alle radiografer mv. i det samlede sygehusvæsenet ansat i det private, hvor det var ca. 3,2 pct. i 2022. Sygeplejersker har ligeledes oplevet en stigning fra ca. 1,2 pct. til ca. 2 pct. i samme periode. Andelen af fysio- og ergoterapeuter samt læger beskæftiget på privathospitaler er steget mindre. Andelen af fysio- og ergoterapeuter er steget med ca. 0,6 pct.-point, hvor læger er steget med ca. 0,3 pct.-point fra 2013-2022, jf. figur 4.6. Det betyder, at beskæftigelsen blandt disse jobfunktioner er steget relativt mere i det private sygehusvæsen end i det offentlige.

Som følge af, at der i 2022 er færre social- og sundhedsassistenter, end der tidligere har været, er andelen af social- og sundhedsassistenter ansat i det private sygehusvæsen faldet over de seneste 10 år. I 2013 var 1,6 pct. af dem ansat i privat regi, hvor det i 2022 er faldet til lige under 1 pct.

Selvom der overordnet set har været en lille vækst i andelen af de forskellige jobfunktioner, som er beskæftiget i det private sygehusvæsen, er det dog væsentligt at bemærke, at niveauerne forsat er lave.



**Figur 4.6.** Udviklingen i andel lønmodtagere i private sektor for udvalgte jobfunktioner, 2013-2022



Anm.: Omfatter lønmodtagere, som kan findes i registeret vedr. beskæftigelse for lønmodtagere (BFL). Lønmodtagere på privathospitaler er defineret ud fra, at de er ansatte med branchekode "Hospitaler" og en af sektorkoderne indenfor private virksomheder. De forskellige jobfunktioner er defineret på baggrund af, om de er registeret med en relevant discokode. For en nærmere beskrivelse af opgørelsen af jobfunktioner se Boks 4.. Lønmodtagere er omregnet til fuldtidsstillinger. Det vil sige, at to personer, der arbejder 0,5 fuldtidsgrad, tæller som en samlet fuldtidsstilling. Det skal bemærkes, at den samme person kan være ansat på både offentlige og private hospitaler samtidig, og dermed tælle med i begge kategorier med den fuldtidsgrad tilhørende de forskellige stillinger i begge sektorer. Radiograf mv. omfatter radiografer og andet teknisk personale inden for medicinsk røntgen- og behandlingsudstyr.

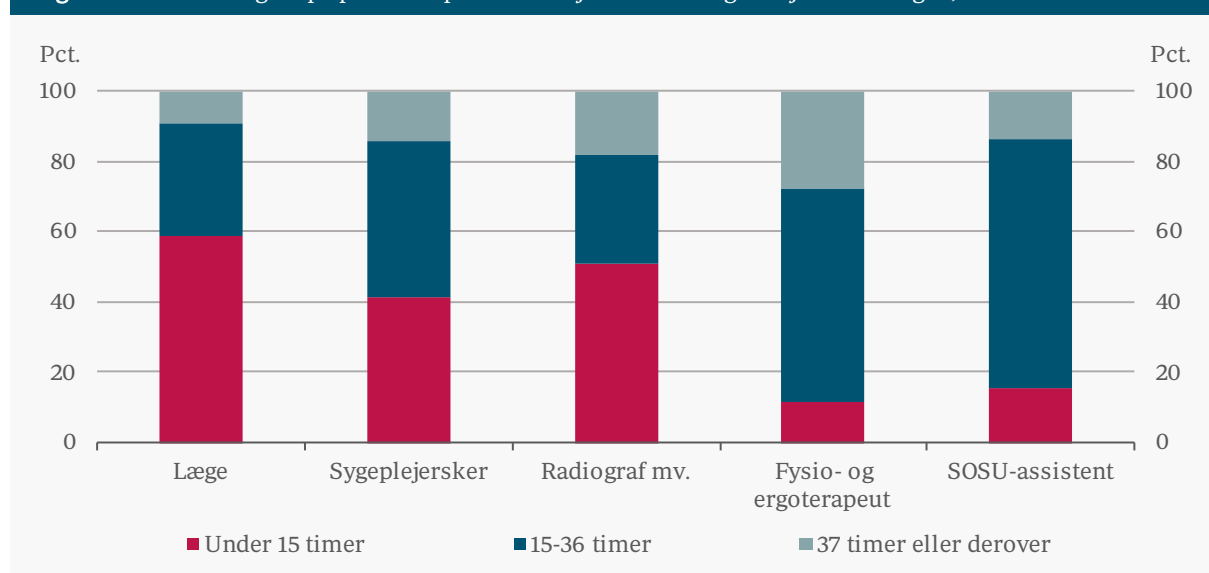
Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata fra Danmark Statistik.

## Arbejdstid for sundhedsfagligt personale på privathospitaler

Det er langt fra alle lønmodtagere på privathospitaler, som arbejder fuldtid. Det er blandt fysio- og ergoterapeuter, at der er flest, som arbejder fuldtid. Knap 30 pct. af fysio- og ergoterapeuterne ansat på privathospitalerne i 2022 arbejdede 37 timer om ugen eller mere. Derimod er det blandt læger, at der er færrest, som arbejder fuldtid. Det var knap 10 pct. af lægerne ansat på privathospitaler i 2022, som arbejdede 37 timer om ugen eller mere. Til gengæld arbejdede over halvdelen af de ansatte læger under 15 timer om ugen på et privathospital, jf. figur 4.7.

Samme tendens gør sig gældende blandt sygeplejersker og radiografer mv., bare mindre udtalt. Blandt sygeplejersker og radiografer mv. var det hhv. ca. 40 og 50 pct. af de beskæftigede på privathospitaler, der arbejdede under 15 timer om ugen, hvor det var hhv. ca. 14 pct. og 18 pct., der arbejdede 37 timer om ugen eller mere.

**Figur 4.7.** Lønmodtagere på privathospitaler efter jobfunktion og arbejdstid om ugen, 2022



Anm.: Omfatter lønmodtagere, som kan findes i registeret vedr. beskæftigelse for lønmodtagere (BFL). Lønmodtagere på privathospitaler er defineret ud fra, at de er ansatte med branchekode "Hospitaler" og en af sektorkoderne indenfor private virksomheder. De forskellige jobfunktioner er defineret på baggrund af, om de er registeret med en relevant discokode. For en nærmere beskrivelse af opgørelsen af jobfunktioner se Boks 4. Radiograf mv. omfatter radiografer og andet teknisk personale inden for medicinsk røntgen- og behandlingsudstyr.

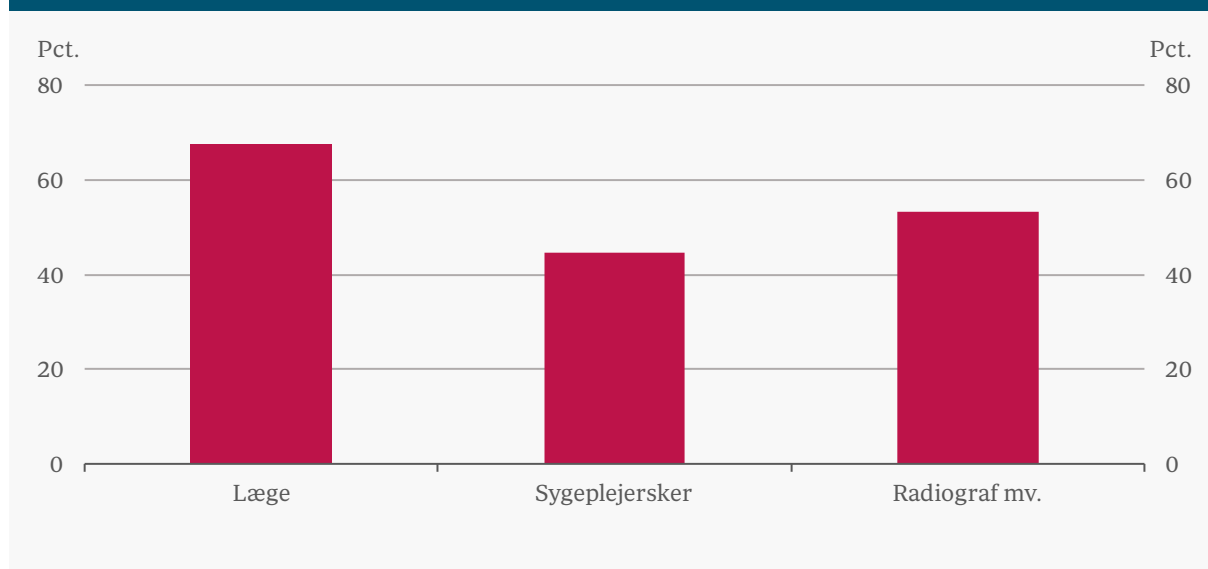
Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata fra Danmark Statistik.

## Sundhedsfagligt personale på privathospitaler med samtidig offentlig ansættelse

Ses der nærmere på andelen af lønmodtagere på privathospitaler, der samtidig har en ansættelse på et offentligt hospital bemærkes det, at særligt læger, sygeplejersker og radiografer mv. har en tendens til at være ansat i begge sektorer på samme tid. Det er læger, der har den største tendens til både at være ansat på et privat og offentligt hospital samtidig. Det drejer sig om knap 70 pct. af lægerne ansat på et privathospital i 2022. Det er over halvdelen af radiograferne mv., der er ansat på et privathospital, som samtidig er ansat på et offentligt hospital, hvor det gælder for ca. 45 pct. af sygeplejerskerne, som er ansat på et privathospital, jf. figur 4.8.

Det kan give indikationer af, at årsagen til, at det i høj grad er deltidsstillinger, som det sundhedsfaglige personale besætter i det private sygehusvæsen, er, at det sundhedsfaglige personale på privathospitaler har en tendens til at arbejde i det offentlige sygehusvæsen på samme tid. Derved kan en hospitalsansættelse i privat regi ofte ses som en bibeskæftigelse.

**Figur 4.8.** Andel lønmodtager på privathospitaler, der samtidig er ansat på et offentligt hospital for udvalgte jobfunktioner, 2022



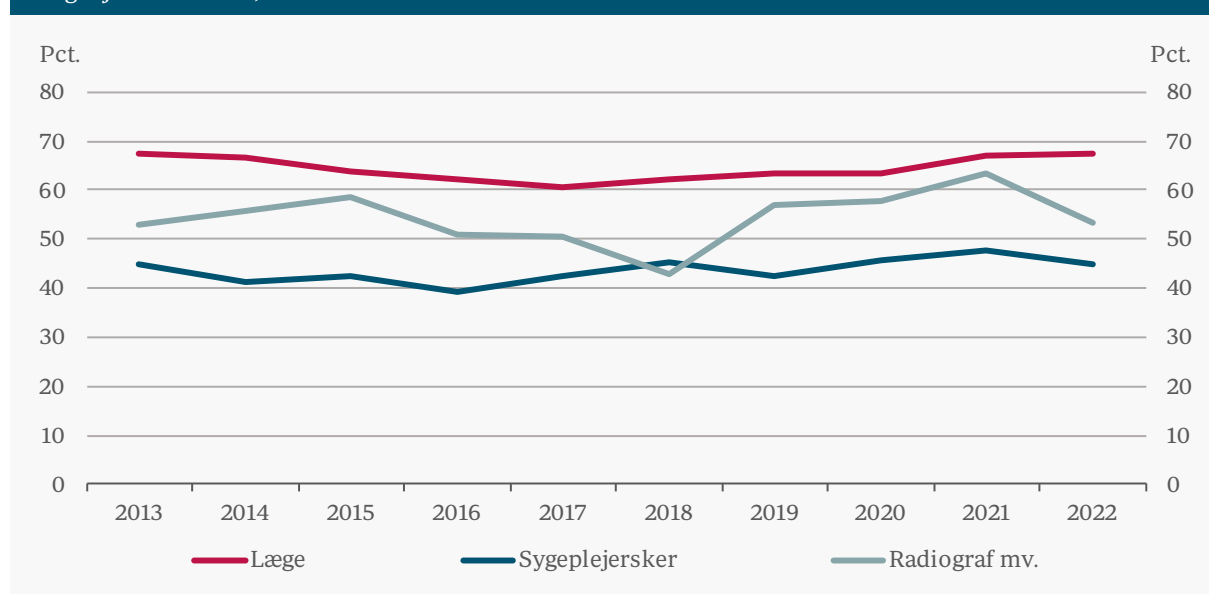
Anm.: Omfatter lønmodtagere, som kan findes i registeret vedr. beskæftigelse for lønmodtagere (BFL). Lønmodtagere på privathospitaler er defineret ud fra, at de er ansatte med branchekode "Hospitaler" og en af sektorkoderne indenfor private virksomheder. De forskellige jobfunktioner er defineret på baggrund af, om de er registeret med en relevant discokode. For en nærmere beskrivelse af opgørelsen af jobfunktioner se Boks 4. Fysio- og ergoterapeuter samt social- og sundhedsassistenter fremgår ikke af figuren, da der er væsentlig få blandt disse jobfunktioner på privathospitaler, som samtidig er ansat i det offentlige sygehusvæsen. Radiograf mv. omfatter radiografer og andet teknisk personale inden for medicinsk røntgen- og behandlingsudstyr.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata fra Danmark Statistik.

Andelen af ansatte på privathospitaler, der samtidig har en offentlig hospitalsansættelse har mere eller mindre været konstant over tid blandt læger, sygeplejersker og radiografer mv., jf. figur 4.9.

Blandt læger ansat på privathospitaler, var knap 70 pct. ansat på et offentligt hospital samtidig både i 2013 og 2022. Ligeledes for radiografer mv. og sygeplejersker ansat i det private sygehusvæsen, var hhv. ca. 53 pct. og ca. 45 pct. samtidig ansat i det offentlige sygehusvæsen. Det gælder dog for alle tre sundhedsfaglige personalegrupper, at der har været udsving over de seneste 10 år, hvor andelen i perioder har været lavere eller højere.

**Figur 4.9.** Andel lønmodtager på privathospitaler, der samtidig er ansat på et offentligt hospital for udvalgte jobfunktioner, 2013-2022



Anm.: Omfatter lønmodtagere, som kan findes i registeret vedr. beskæftigelse for lønmodtagere (BFL). Lønmodtagere på privathospitaler er defineret ud fra, at de er ansatte med branchekode "Hospitaler" og en af sektorkoderne indenfor private virksomheder. De forskellige jobfunktioner er defineret på baggrund af, om de er registeret med en relevant discokode. For en nærmere beskrivelse af opgørelsen af jobfunktioner se Boks 4. Fysio- og ergoterapeuter samt social- og sundhedsassistenter fremgår ikke af figuren, da der er væsentlig få blandt disse jobfunktioner på privathospitaler, som samtidig er ansat i det offentlige sygehusvæsen. Radiograf mv. omfatter radiografer og andet teknisk personale inden for medicinsk røntgen- og behandlingsudstyr.

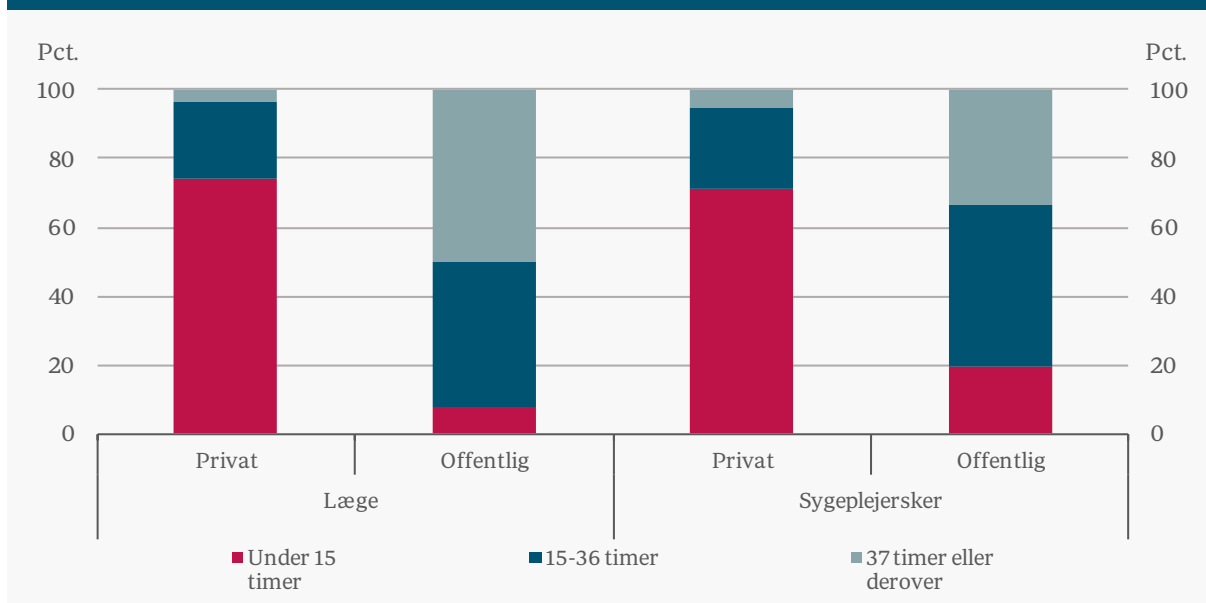
Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata fra Danmark Statistik.

Ses der nærmere på gruppen af lønmodtagere på privathospitalerne i 2022, der har en samtidig offentlig hospitalsansættelse, er den overordnede tendens, at læger og sygeplejersker arbejder flere timer på de offentlige hospitaler end på privathospitalerne, jf. figur 4.10.

Blandt lægerne med samtidig privat og offentlig hospitalsansættelse i 2022 arbejdede 3 ud af 4 læger under 15 timer om ugen på et privathospital, hvor ca. 4 pct. arbejdede 37 timer om ugen eller derover. På de offentlige hospitaler arbejdede hver anden læge 37 timer om ugen eller derover, hvor det var ca. 8 pct. der arbejdede under 15 timer om ugen.

Samme tendens gør sig gældende blandt sygeplejerskerne med samtidig privat og offentlig hospitalsansættelse. Godt 70 pct. af sygeplejerskerne arbejdede under 15 timer om ugen på de private hospitaler, hvor ca. 5 pct. arbejdede 37 timer om ugen eller derover. I modsætning på de offentlige hospitaler arbejdede ca. 20 pct. af sygeplejerskerne under 15 timer om ugen, hvorimod ca. 33 pct. arbejdede 37 timer om ugen eller derover.

**Figur 4.10. Lønmodtagere på privathospitaler med samtidig offentlig beskæftigelse efter jobfunktion, sektor og arbejdstid om ugen, 2022**



Anm.: Omfatter lønmodtagere, som er ansat på et privathospital og et offentligt hospital på samme tid, og som kan findes i registeret vedr. beskæftigelse for lønmodtagere (BFL). De forskellige jobfunktioner er defineret på baggrund af, om de er registeret med en relevant discokode. For en nærmere beskrivelse af opgørelsen af jobfunktioner se Boks 4. Radiografer mv., fysio- og ergoterapeuter samt social- og sundhedsassistenter fremgår ikke af figuren, da der er væsentlig få blandt disse jobfunktioner på privathospitaler, som er ansat i det offentlige sygehusvæsen samtidig. Arbejdstid pr. uge er beregnet med udgangspunkt i den periode, hvor lønmodtageren har været ansat på et privat og offentligt hospital samtidig. Der kan dog være mindre afvigelser, da antallet af løntimer oftest er opgjort på månedsniveau i statistikken.

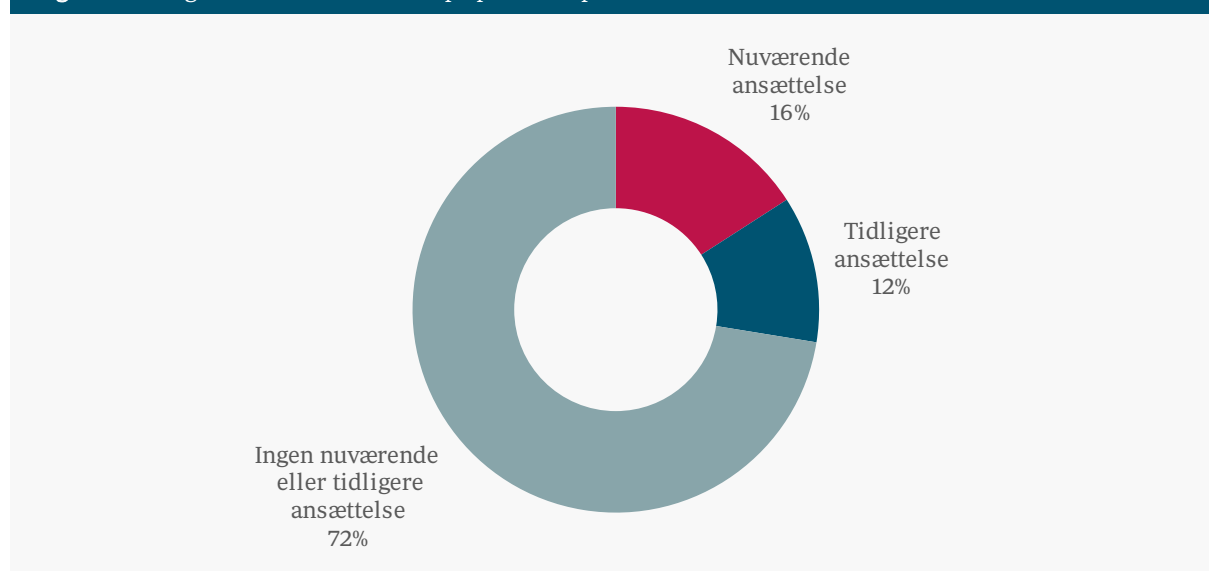
Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata fra Danmark Statistik.

## LÆGERS TILKNYTNING TIL PRIVATHOSPITALER - RESULTATER FRA EN MEDLEMSUNDER- SØGELSE

Med henblik på at supplere ovenstående registeranalyse, udførte Lægeforeningen i efteråret 2023 en medlemsundersøgelse blandt hospitalsansatte læger vedrørende erfaringer med ansættelse på privathospitaler m.m. Medlemsundersøgelsen blev udsendt til 9.780 hospitalslæger, som var medlem af Yngre Læger (YL) eller Foreningen af Speciallæger (FAS). Spørgeskemaundersøgelsen blev besvaret af 2.807 læger, svarende til en svarprocent på knap 30 pct. Den samlede undersøgelse fremgår af analyserapporten "Lægers arbejde på privathospitaler".<sup>13</sup> I de følgende afsnit fremgår de vigtigste pointer fra medlemsundersøgelsen.

Analysen viser, at en relativ stor del af respondenterne har erfaring med arbejde på privathospitaler. Omkring 16 pct. af respondenterne var ansat et privathospital, mens 12 pct. tidligere havde været ansat på et privathospital. De resterende 72 pct. havde aldrig arbejdet på et privathospital, jf. figur 4.11.

**Figur 4.11.** Læger efter om de er ansat på privathospitaler



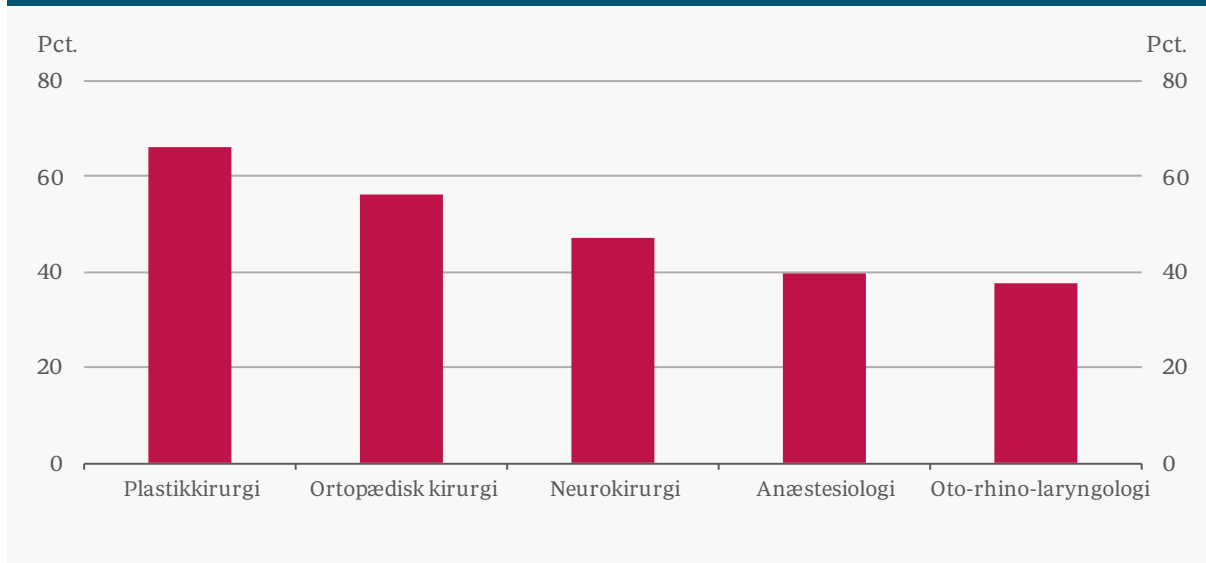
Anm.: Baseret på besvarelser fra 2.807 respondenter. Spørgsmålet, som respondenterne blev stillet i 2023, var: "Arbejder du eller har du tidligere arbejdet helt eller delvist på et privathospital?".

Kilde: Lægeforeningens medlemsundersøgelse blandt hospitalsansatte læger (2023).

På tværs af lægefaglige specialer er der store forskelle på, hvor stor en andel der har en ansættelse på et privathospital. Plastikkirurgi og ortopædisk kirurgi er de to lægefaglige specialer, hvor den højeste andel arbejder eller tidligere har arbejdet på et privathospital blandt respondenterne, jf. figur 4.12. Plastikkirurgi dækker bl.a. over rekonstruktionskirurgi og kosmetisk kirurgi, mens ortopædisk kirurgi bl.a. dækker over operationer i bevægeapparatet, herunder hofte- og knæalloplastikkirurgi. Blandt respondenterne med speciale i plastikkirurgi og ortopædisk kirurgi, har hhv. 66 pct. og 56 pct. arbejdet på et privathospital. Herefter følger neurokirurgi, anæstesiologi og oto-rhino-laryngologi med hhv. 47 pct., 40 pct. og 38 pct.

<sup>13</sup> Lægeforeningens analyser [\[Link\]](#)

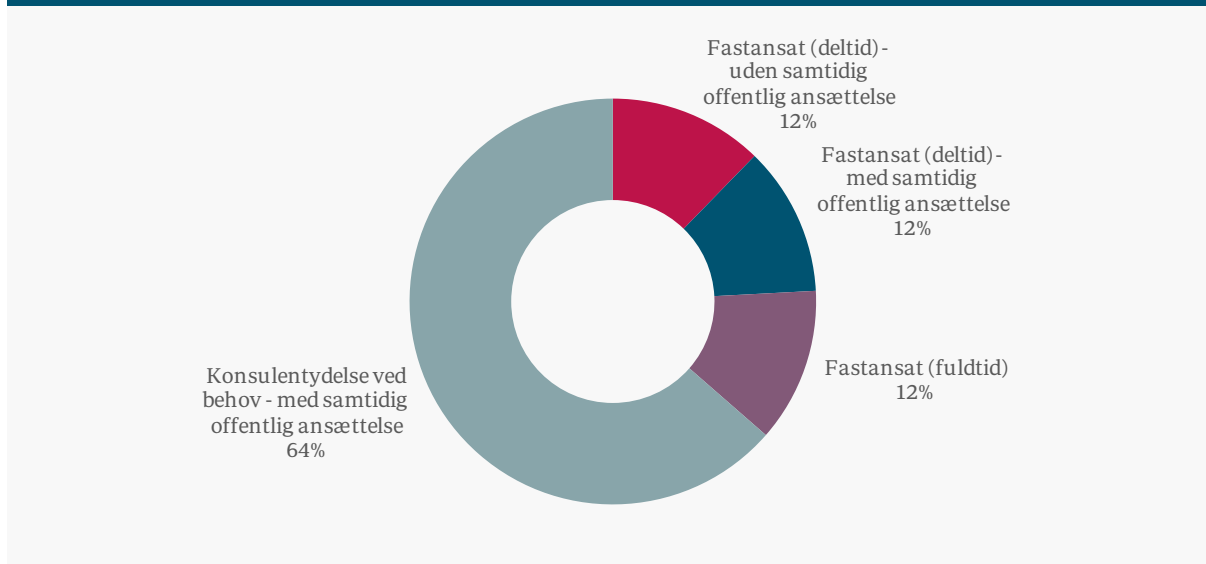
**Figur 4.12.** De fem lægefaglige specialer med højest andel læger tilknyttet privathospitaler



Anm.: Baseret på besvarelser fra 2.807 respondenter. Lægefaglige specialer med færre end 35 respondenter er ikke inkluderet. Spørgsmålet, respondenterne blev stillet, var: "Hvilket speciale er du primært knyttet til i dit arbejde?".  
Kilde: Lægeforeningens medlemsundersøgelse blandt hospitalsansatte læger (2023).

Ses der nærmere på typen af ansættelse for respondenterne med ansættelse på et privathospital, var to tredjedele ansat på konsulentbasis med en samtidig offentlig ansættelse, jf. figur 4.13. Den resterende tredjedel omfatter fastansatte på privathospitaler, med en ligelig fordeling mellem deltid med samtidig offentlig ansættelse, fuldtid samt deltid uden samtidig offentlig ansættelse.

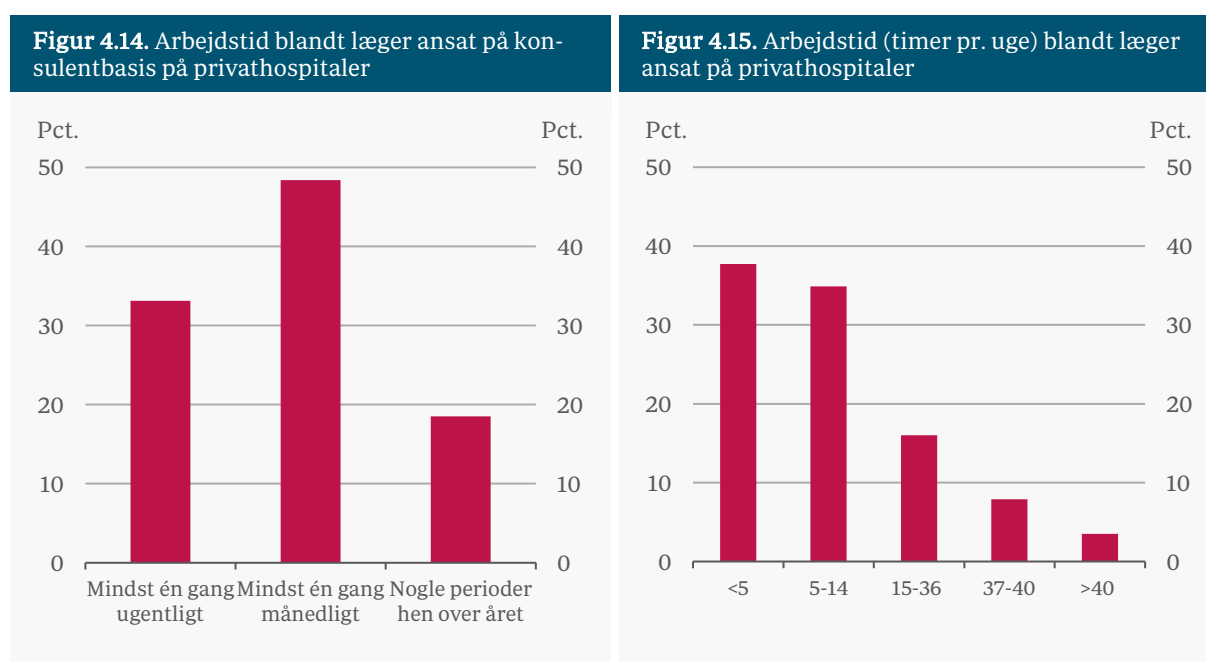
**Figur 4.13.** Læger på privathospitaler efter typen af ansættelse



Anm.: Baseret på 774 besvarelser fra respondenter med nuværende eller tidligere ansættelse på et privathospital. Spørgsmålet, respondenterne blev stillet, var: "Hvilken form for ansættelse har du eller havde du på privathospitalet?".  
Kilde: Lægeforeningens medlemsundersøgelse blandt hospitalsansatte læger (2023).

Undersøges arbejdstiden blandt læger ansat på konsulentbasis på privathospitaler, er ca. 33 pct. af lægerne typisk tilknyttet privathospitalet mindst én gang om ugen. Omkring 48 pct. er typisk tilknyttet mindst én gang månedligt, mens de resterende 19 pct. typisk er tilknyttet nogle perioder i løbet af året, jf. figur 4.14.

Den store andel med ansættelse på konsulentbasis afspejler sig i den gennemsnitlige ugentlige arbejdstid på privathospitaler. Omkring 73 pct. af respondenterne med ansættelse på et privathospital arbejder mindre end 15 timer ugentligt i privat regi, mens kun 11 pct. arbejder 37 timer eller mere ugentligt, jf. figur 4.15.



Anm.: Figur 4.14 er baseret på besvarelser fra 492 respondenter med nuværende eller tidligere ansættelse på privathospital på konsulentbasis. Spørgsmålet, som respondenterne blev stillet i 2023, var: "Hvordan har din konsulenttilknytning hovedsageligt været?". Figur 4.15 er baseret på 774 besvarelser fra respondenter med nuværende eller tidligere ansættelse på et privathospital (uanset ansættelsestype). Spørgsmålet, som respondenterne blev stillet i 2023, var: "Hvor mange timer arbejder/arbejdede du normalt om ugen på et privathospital?".

Kilde: Lægeforeningens medlemsundersøgelse blandt hospitalsansatte læger (2023).

## Arbejdsopgaver og arbejdsvilkår på private og offentlige hospitaler

For at belyse eventuelle forskelle i arbejdsopgaver og arbejdsvilkår på private og offentlige hospitaler, spurgte vi læger, der arbejder på et privathospital med en samtidig ansættelse på et offentligt hospital, ind til dette. I dette delafsnit ses der således kun på svarende fra respondenterne, der har haft privat og offentlig hospitalsansættelse samtidig.

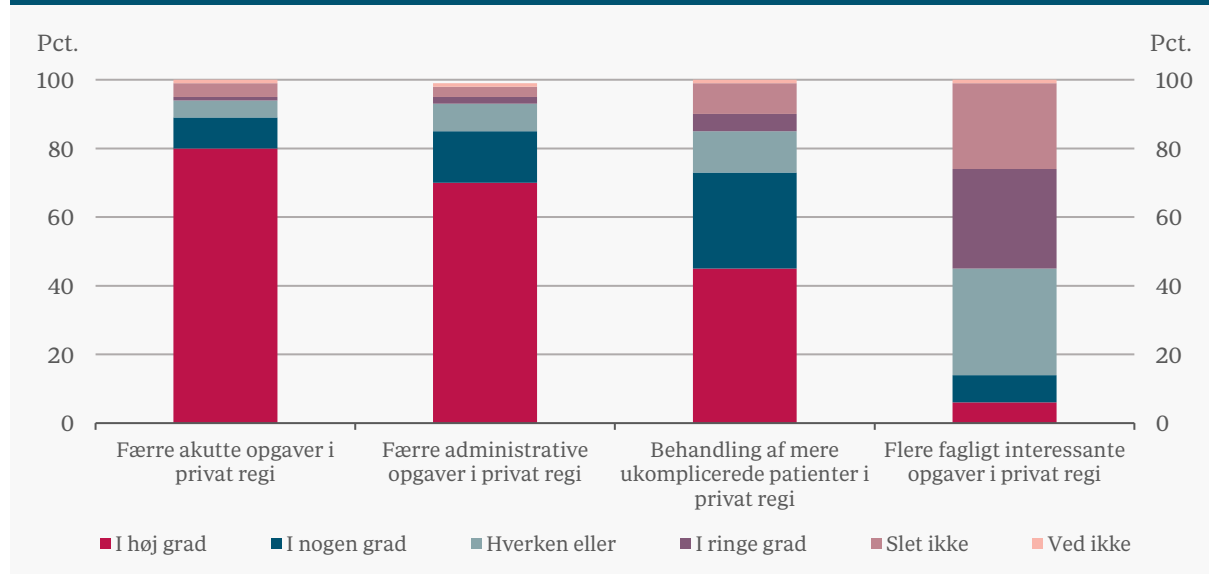
Generelt oplever respondenterne, at der er færre akutte og administrative opgaver på privathospitaler sammenlignet med på offentlige hospitaler. Blandt respondenterne vurderer ca. 90 pct., at de "i nogen grad" eller "høj grad" oplever, at der er færre akutte opgaver på privathospitaler, ligesom 85 pct. "i nogen grad" eller "høj grad" oplever, at der er færre administrative opgaver på privathospitaler sammenlignet med offentlige hospitaler, jf. figur 4.16. Desuden oplever størstedelen af



respondenterne, at de behandler mere ukomplicerede patienter på privathospitaler, der typisk ikke har behov for specialiseret og akut behandling.

I henhold til det faglige indhold i arbejdsopgaver, vurderer kun 14 pct. af respondenterne, at de "i nogen grad" eller "høj grad" har flere fagligt interessante opgaver på privathospitaler sammenlignet med offentlige hospitaler. Omvendt angiver ca. 54 pct. af respondenterne, at de "i ringe grad" eller "slet ikke" har flere fagligt interessante opgaver på privathospitaler, mens ca. 31 pct. angiver "hverken/eller".

**Figur 4.16.** Lægers oplevelse af arbejdsopgaver på privathospitaler sammenlignet med offentlige hospitaler



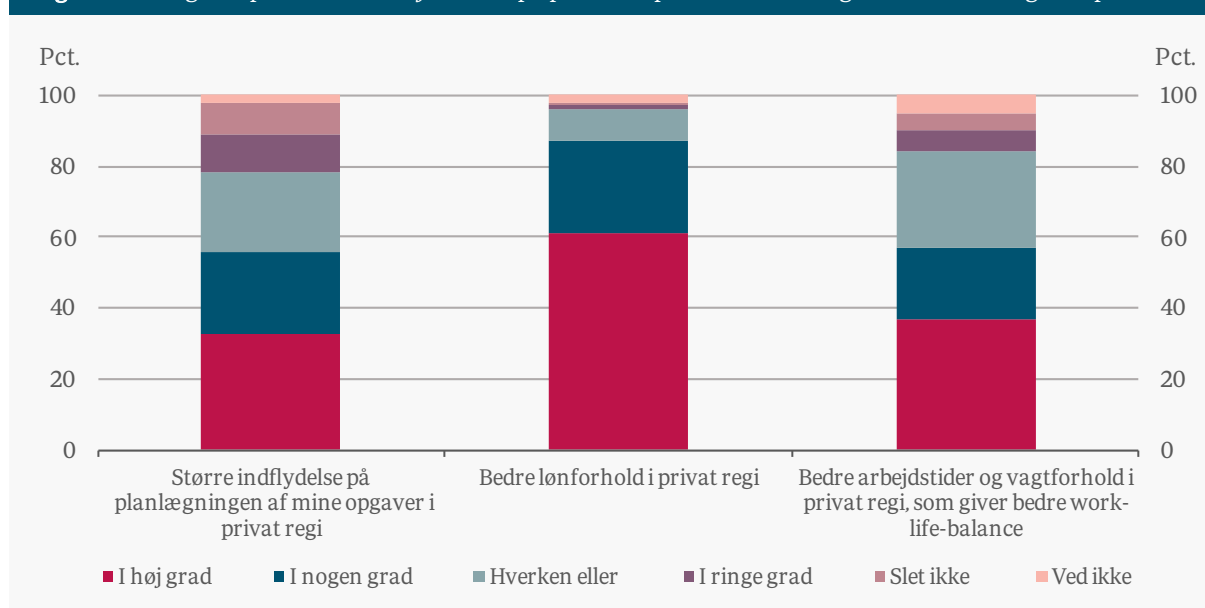
Anm.: Baseret på besvarelser fra 584 respondenter med nuværende eller tidligere ansættelse på privathospitaler med en samtidig ansættelse på et offentligt hospital. Spørgsmålet, som respondenterne blev stillet, var: "I hvilken grad er dine arbejdsopgaver på privathospital anderledes i forhold til det offentlige hospital på følgende områder".

Kilde: Lægeforeningens medlemsundersøgelse blandt hospitalsansatte læger (2023).

Generelt oplever respondenterne, at de har større indflydelse på planlægningen af arbejdsopgaver på privathospitaler, og at lønforholdene er bedre på privathospitaler sammenlignet med offentlige hospitaler. Mere end halvdelen af respondenterne oplever "i nogen grad" eller "høj grad", at de har større indflydelse på planlægningen af arbejdsopgaver på privathospitaler, jf. figur 4.17. I henhold til lønforhold på privathospitaler, angiver ca. 87 pct. af respondenterne, at de "i nogen grad" eller "høj grad" har bedre lønforhold i privat regi sammenlignet med på offentlige hospitaler.

Størstedelen af respondenterne mener ligeledes, at de har bedre arbejdstider og vagtforhold på privathospitaler sammenlignet med på offentlige hospitaler, hvilket er medvirkende til bedre work-life-balance. Kun ca. 11 pct. af respondenterne angiver, at de "i ringe grad" eller "slet ikke" har bedre arbejdstider eller vagtforhold på privathospitaler.

**Figur 4.17. Lægers oplevelse af arbejdsvilkår på privathospitaler sammenlignet med offentlige hospitaler**



Anm.: Baseret på besvarelser fra 584 respondenter med nuværende eller tidligere ansættelse på privathospitaler med en samtidig ansættelse på et offentligt hospital. Spørgsmålet, som respondenterne blev stillet var: "I hvilken grad er dine arbejdsvilkår på privathospitalet anderledes ift. det offentlige hospital på følgende områder?".

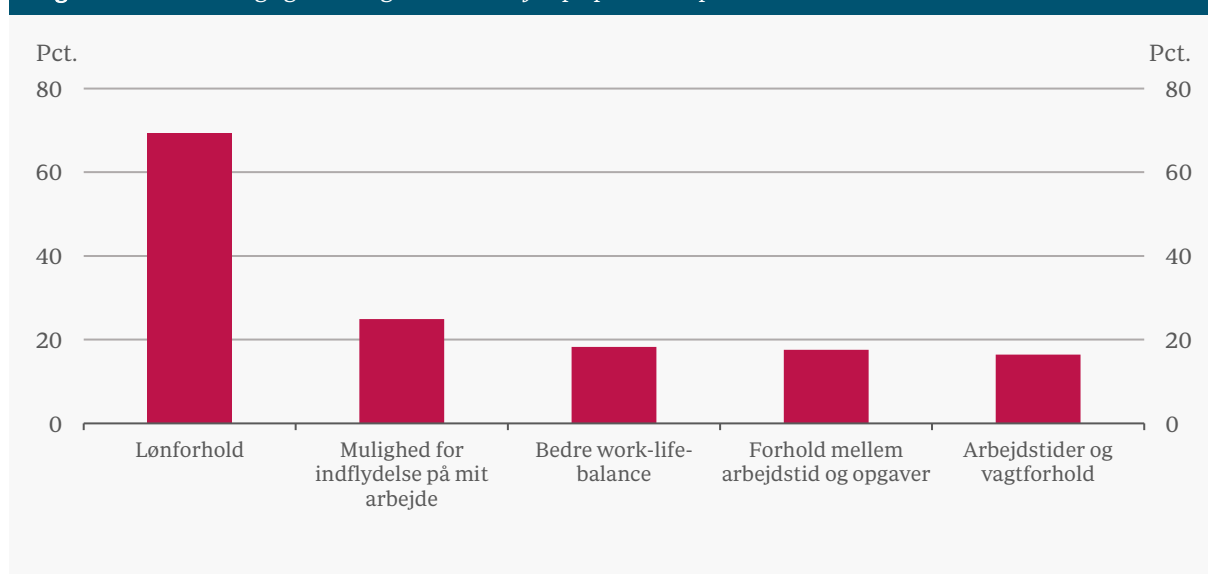
Kilde: Lægeforeningens medlemsundersøgelse blandt hospitalsansatte læger (2023).

### Lægers motivation for at arbejde på private og offentlige hospitaler

I henhold til lægernes vurdering af hvilke årsager, der ligger bag valget om at arbejde privat i stedet for offentligt, så angiver ca. 70 pct. af respondenterne med nuværende eller tidligere ansættelse på privathospital med samtidig ansættelse på offentligt hospital, at lønforhold er blandt de vigtigste årsager til, at de arbejder på et privathospital, jf. figur 4.18. En fjerdedel af respondenterne mener, at muligheden for at få indflydelse på sit arbejde er blandt de vigtigste årsager til at arbejde på et privathospital. Imidlertid peger ca. 18 pct. af lægerne på forholdet mellem arbejdstid og opgaver og ca. 16 pct. på bedre arbejdstider og vagtforhold.

I forlængelse heraf vurderer 18 pct., at muligheden for at skabe en bedre balance mellem arbejde og privatliv, er en af de vigtigste årsager til at arbejde på et privathospital. Nogle eksempler, som lægerne peger på som bagvedliggende grunde til, at det er vanskeligt at skabe balance mellem arbejde og privatliv som ansat på et offentligt hospital – særligt blandt småbørnsfamilier – er manglende fleksibilitet og arbejdspress.

**Figur 4.18.** De fem vigtigste årsager til at arbejde på privathospitaler



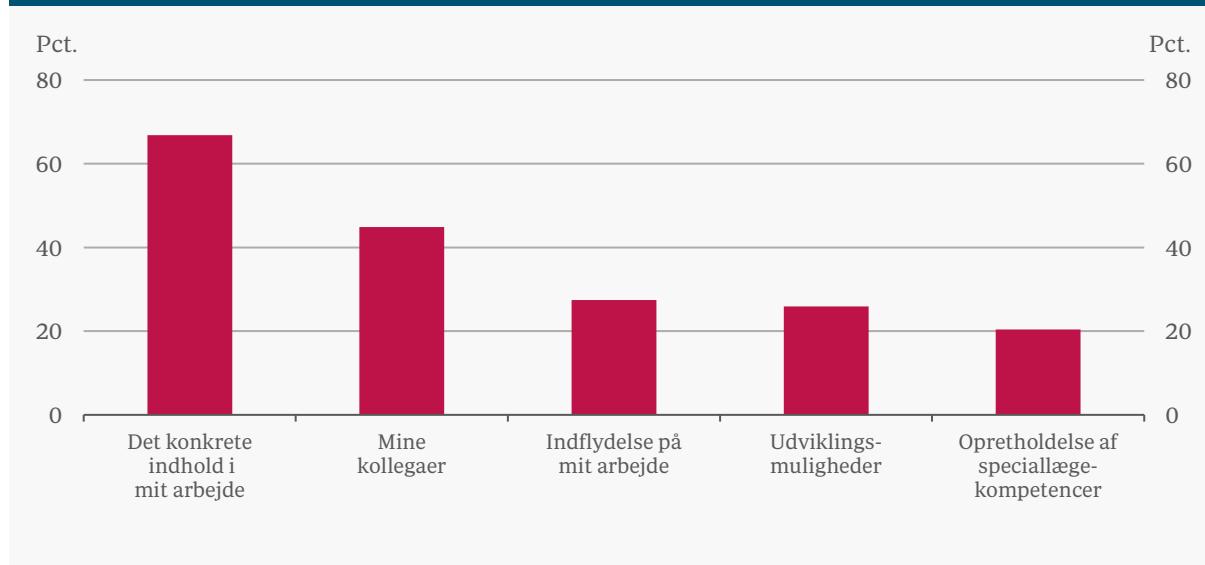
Anm.: Baseret på 774 besvarelser fra respondenter med nuværende eller tidligere ansættelse på et privathospital (uanset type af ansættelse). Respondenterne har haft mulighed for at sætte flere kryds. Spørgsmålet, som respondenterne blev stillet, var: "Hvad er de tre vigtigste årsager til, at du arbejder/arbejdede på et privathospital frem for et offentligt hospital?".

Kilde: Lægeforeningens medlemsundersøgelse blandt hospitalsansatte læger (2023).

For at belyse motivationen til at arbejde på de offentlige hospitaler, spurgte vi læger med ansættelse på et offentligt hospital og ingen tidligere ansættelse på et privathospital, ind til netop dette. I nedenstående ses der således kun på svarende fra respondenterne med ansættelse på et offentligt hospital og ingen tidligere ansættelse på et privathospital.

Blandt respondenterne, der ikke er ansat på et privathospital, angiver ca. 67 pct., at det konkrete indhold i arbejdet er blandt de vigtigste årsager til, at de arbejder i deres nuværende stilling, jf. figur 4.19. Omkring 45 pct. angiver, at deres kollegaer er blandt de vigtigste årsager. Herefter følger mulighed for indflydelse på mit arbejde, udviklingsmuligheder og muligheden for at opretholde speciallægekompeter, som hhv. 27 pct., 26 pct. og 20 pct. angiver blandt de vigtigste årsager til, at de arbejder i deres nuværende stilling.

**Figur 4.19.** De fem vigtigste årsager til at arbejde i din nuværende stilling (blandt læger med offentlig ansættelse)



Anm.: Baseret på 2.033 besvarelser fra respondenter uden nuværende eller tidligere ansættelse på et privathospital. Respondenterne havde mulighed for at sætte kryds ved flere svarmuligheder. Spørgsmålet, som respondenterne blev stillet, var: "Hvad er de tre vigtigste årsager til, at du arbejder i din nuværende stilling?".

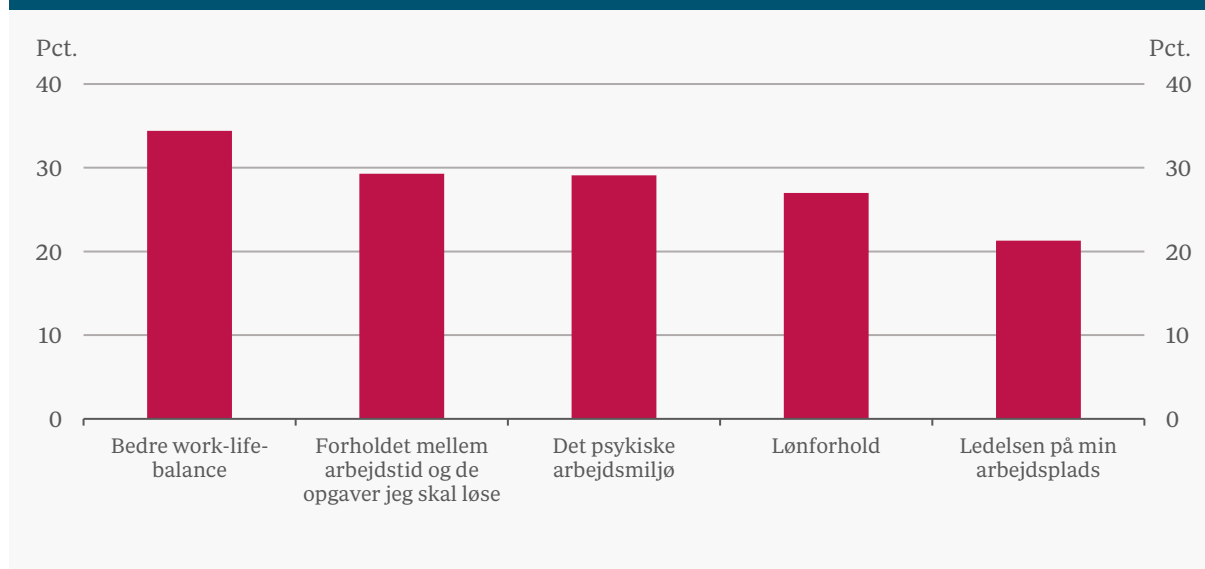
Kilde: Lægeforeningens medlemsundersøgelse blandt hospitalsansatte læger (2023).

Der er flere årsager til, hvorfor læger, som kun er ansat på offentlige hospitaler, overvejer at søge væk fra en nuværende stilling. En tredjedel angiver muligheden for at skabe en bedre work-life-balance blandt de vigtigste årsager til at overveje at søge væk fra deres nuværende stilling, jf. figur 4.20. Lægerne peger særligt på manglende fleksibilitet og arbejdspress som årsager til, at det er vanskeligt at skabe balance mellem arbejde og privatliv, som ansat på et offentligt hospital.

Omkring 30 pct. angiver det psykiske arbejdsmiljø og forholdet mellem arbejdstid og de opgaver, der skal løses, blandt de vigtigste årsager til at overveje at søge væk fra deres nuværende stilling. Nogle eksempler, som lægerne peger på som årsager til, at der er for lidt arbejdstid til at løse opgaver, er ansættelsesstop, manglende hænder og for lidt kapacitet.

En femtedel af lægerne, som kun er ansat på offentlige hospitaler, vurderede, at ledelsen på arbejdspladsen er blandt de vigtigste årsager til, at de overvejer at søge væk fra deres nuværende stilling. Eksempler på årsager til utilfredshed med ledelsen på arbejdspladsen er manglende ledelsesmæssig anerkendelse og lydhørhed, manglende forståelse for behovet for større fleksibilitet i arbejdstiden og dårlig konflikthåndtering.

**Figur 4.20.** De fem vigtigste årsager til at læger overvejer at søge væk fra deres nuværende stilling (kun offentligt-ansatte)



Anm.: Baseret på 2.033 besvarelser fra respondenter uden nuværende eller tidligere ansættelse på et privathospital. Respondenterne havde mulighed for at sætte kryds ved flere svarmuligheder. Spørgsmålet, som respondenterne blev stillet, var: "Hvilke tre årsager kunne få dig til at overveje at søge væk fra din nuværende stilling?"

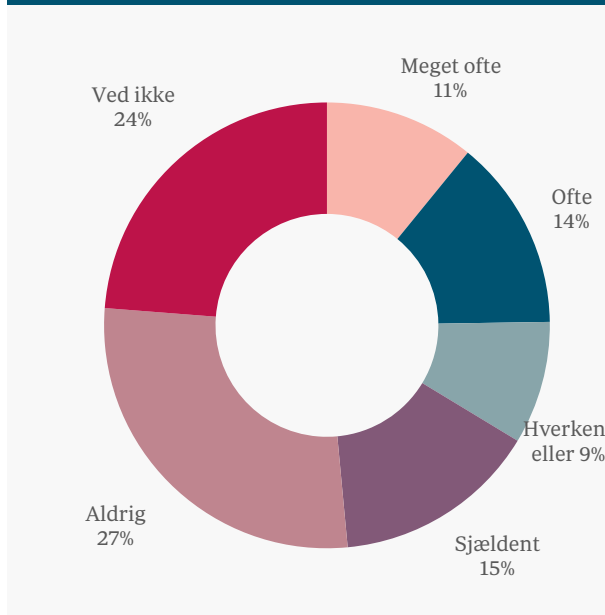
Kilde: Lægeforeningens medlemsundersøgelse blandt hospitalsansatte læger (2023).

Læger ansat på et offentligt hospital, blev i undersøgelsen bedt om at give deres vurdering af, hvor hyppigt de oplever, at de henviser en patient til udredning på privathospital på grund af kapacitetsmangel på deres egen arbejdsplads. Figur 4.21 viser, at blandt læger ansat på offentlige hospitaler vurderede ca. 42 pct. at de aldrig eller sjældent henviser en patient til udredning på et privathospital af den årsag. En fjerdedel vurderede, at meget ofte eller ofte henviser en patient til et privathospital, fordi deres arbejdsplads ikke har den nødvendige kapacitet til at kunne udrede patienten. De resterende læger svarede "ved ikke" eller "hverken/eller".

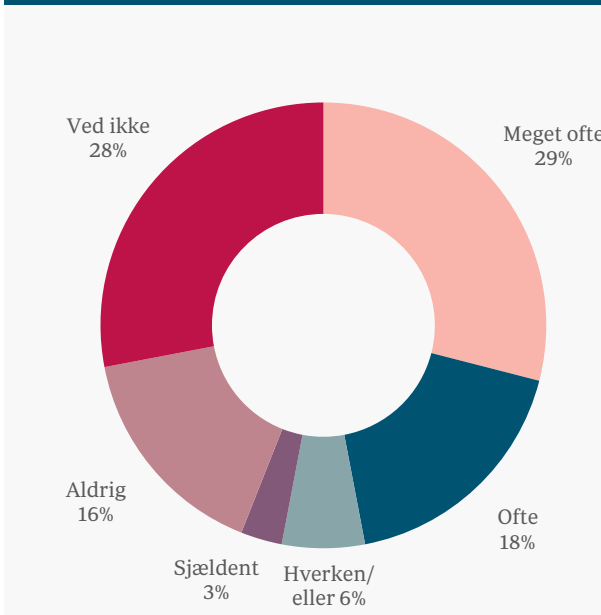
Den samme gruppe læger skulle vurdere, hvorvidt de ofte oplever, at det er de 'lette' patienter<sup>14</sup>, der sendes til privathospitaler. Næsten halvdelen af respondenterne oplever ofte eller meget ofte, at det er de 'lette' patienter, som henvises til et privathospital, jf. figur 4.22. Kun hver femte af respondenterne oplever aldrig eller sjældent, at det er de 'lette' patienter, der sendes til privathospitalerne. De resterende læger svarede "ved ikke" eller "hverken/eller".

<sup>14</sup> Med 'lette' patienter henvises til patienter, der ikke har behov for akut eller kompleks behandling.

**Figur 4.21.** Andel læger, der oplever at sende patienter videre til udredning på privathospital på grund af manglende kapacitet



**Figur 4.22.** Andel læger, der ofte oplever, at de 'lette' patienter sendes videre til privathospitalerne, mens de 'sværere' patienter kræver behandling på offentlige hospitaler



Anm.: Figur 4.21 er baseret på 2.033 besvarelser fra respondenter med ansættelse på et offentligt hospital og ingen tidligere ansættelse på et privathospital. Spørgsmålet, som respondenterne blev stillet, var: "Jeg oplever ofte, at vi sender patienter videre til udredning på privathospital, på grund af for lille kapacitet til udredning på vores hospital". Figur 4.22 er baseret på 2.033 besvarelser fra respondenter med ansættelse på et offentligt hospital og ingen tidligere ansættelse på et privathospital. Spørgsmålet, som respondenterne blev stillet, var: "Jeg oplever ofte, at det er de 'lette' patienter, der sendes til privathospitaler, mens de 'sværere' patienter kræver behandling på et offentligt hospital".

Kilde: Lægeforeningens medlemsundersøgelse blandt hospitalsansatte læger (2023).

## 5. Sundhedsforsikringer

I løbet af 00'erne tog det fart med danskere der fik adgang til private sundhedsydelser igennem sundhedsforsikringer og -ordninger. Årsagen var bl.a. skatteteknisk,<sup>15</sup> men bundede i, at mange ønskede at sikre sig hurtig adgang til udredning og behandling uden om lange ventetider til speciallæge og offentlig hospitalsbehandling. Siden da er antallet af personer med private sundhedsforsikringer vokset eksplosivt. I 2022 havde knap 2,7 millioner danskere en sundhedsforsikring.

Når flere danskere får en sundhedsforsikring, har flere adgang til hurtigere behandling igennem private sundhedstilbud, hvilket i sig selv kan ses som positivt for de berørte patienter. Men øget aktivitet hos private aktører skaber en risiko for, at specialiseret personale trækkes væk fra det offentlige sundhedsvæsen. Dette kan medføre, at der opstår flaskehalse i udredningen og behandlingen i det offentlige sundhedsvæsen. Hurtig adgang til sundhed kan således komme til at afhænge af, hvorvidt man har en sundhedsforsikring, fremfor sygdommens eller symptomets alvorlighed. Det kan skabe ulighed i adgang til udredning og behandling.

I dette kapitel ses der nærmere på udbredelsen af private sundhedsforsikringer i Danmark, og hvad sundhedsforsikringerne oftest bliver brugt til. Desuden belyses alment praktiserende lægers oplevelser med sundhedsforsikringer, idet mange forsikringselskaber kræver en henvisning fra egen læge før, at den forsikrede kan få adgang til privat behandling.

### Hovedkonklusionerne i dette kapitel er:

- I 2022 havde knap 2,7 millioner danskere en sundhedsforsikring. Det svarer til, at næsten hver anden dansker har adgang til én eller flere sundhedstilbud i privat regi igennem en sundhedsforsikring. I 2003 var det blot ca. 228.700 personer, der havde en sundhedsforsikring. Antallet af personer med en sundhedsforsikring er dermed mere end fordoblet på 20 år.
- Langt størstedelen af private sundhedsforsikringer er arbejdsgiverbetalte. I 2022 udgjorde arbejdsgiverbetalte sundhedsforsikringer 94 pct. af det samlede antal sundhedsforsikringer. Derved er personer med tilknytning til arbejdsmarkedet i højere grad forsikret. Det kan give en risiko for, at ikke alle borgere har samme og lige adgang til udredning og behandling.
- Flere danskere tegner personligt også individuelle sundhedsforsikringer, så de kan få hurtigere adgang til udredning og behandling. I perioden 2016-2022 steg antallet af individuelt tegnede sundhedsforsikringer fra ca. 66.000 til 202.000, svarende til mere end en tredobling.
- Antallet af personer, der bruger deres sundhedsforsikring, har været stigende i perioden 2019-2022. Dette gælder både indenfor behandling hos fysioterapeut eller kiropraktor (70 pct.), psykolog og psykiater (62 pct.) samt operationer eller anden aktivitet på privathospitalet (50 pct.). I 2022 anvendte ca. 332.000 personer deres sundhedsforsikring til behandling

<sup>15</sup> Retsinformation: Man skulle fra 2002 ikke betale indkomstskat af præmien pga. ændringer i Ligningsloven [\[Link\]](#)

hos fysioterapeut eller kiropraktor, ca. 111.000 personer til operationer eller anden aktivitet på privathospitaler, og ca. 65.000 personer til psykolog- eller psykiaterhjælp.

- Selvom sundhedsforsikringer hyppigst anvendes til behandling hos en fysioterapeut eller kiropraktor, så udgør erstatningsudgifterne, som forsikringsselskabet afholder ved behandlingen eller udredningen, til operationer og anden aktivitet på privathospitaler den største udgift for forsikringsselskaberne. I 2022 udgjorde operationer og anden aktivitet på privathospitaler 40 pct. af de samlede erstatningsudgifter på 2,4 mia. kr. Denne andel er blevet mindre over de seneste 20 år, da operationer og anden aktivitet på privathospitaler udgjorde hele 68 pct. af erstatningsudgifterne i 2003. Til gengæld er forsikringsselskabernes erstatningsudgifter til psykolog- og psykiaterhjælp samt fysioterapi og kiropraktor blevet væsentlig større i samme periode.
- Alment praktiserende læger oplever at bruge mere tid på patienter med private sundhedsforsikringer sammenlignet med tidligere. Det viser en medlemsundersøgelse, som Lægeforeningen har gennemført blandt medlemmer af Praktiserende Lægers Organisation (PLO). Mere end halvdelen af respondenterne oplever at have mere end 5 konsultationer om måneden, som omhandler ønsket om en henvisning til privatsektoren på baggrund af en sundhedsforsikring. Til sammenligning viste en lignende undersøgelse fra 2011<sup>16</sup>, at ca. 37 pct. af lægerne havde mere end 5 konsultationer om måneden, som primært omhandlede sundhedsforsikringer.
- I 2023 oplevede knap 40 pct. af respondenterne, at de føler sig presset til at henvise patienter med en sundhedsforsikring, selvom de vurderer, at henvisningen ikke er nødvendigt. Imidlertid er andelen af læger, der føler sig presset til at henvise patienter med sundhedsforsikringer, faldet siden 2011, hvor det gjaldt 46 pct.
- Lægerne udpeger selv patienternes ønske om at undgå ventetid, som den mest hyppige årsag til, at patienter ønske at bruge deres sundhedsforsikring. Af andre årsager fremhæves ønsket om at få dækket egenbetaling til fx psykolog eller fysioterapeut.

---

<sup>16</sup> Andersen et al. (2017) General practitioners' attitudes towards and experiences with referrals due to supplemental health insurance [\[Link\]](#)



## OM SUNDHEDSFORSIKRINGER

Alle med bopæl i Danmark er dækket af den offentlige sygesikring, som giver ret til gratis behandling hos alment praktiserende læger, praktiserende speciallæger og offentlige hospitaler samt i nogle tilfælde behandling i udlandet via de gældende patientrettigheder.<sup>17</sup> Derudover giver den offentlige sygesikring tilskud til medicin og en række behandlinger, såsom tandlægehjælp, fysioterapi, psykologhjælp.

Som supplement til de offentlige sundhedstilbud, kan borgere tegne en privat sygeforsikring, sundhedsordning eller sundhedsforsikring. En privat sygeforsikring giver tilskud til bl.a. medicin og visse former for behandlinger, samt eventuelle rabataftaler med privathospitaler. Private sygeforsikringer udbydes af Sygeforsikring Danmark.

Der skelnes mellem en sundhedsforsikring og -ordning. En sundhedsforsikring og -ordning dækker begge udgifterne forbundet med behandling hos private aktører. De kan bl.a. omfatte fysioterapi, psykologhjælp, behandling hos en psykiater, hjemmehjælp og give adgang til online lægehjælp. Den overordnede forskel mellem en sundhedsforsikring og -ordning er, at en sundhedsforsikring også dækker udgifterne forbundet med en operation i privat regi, hvor en sundhedsordning ikke gør.

Der er stor variation i, hvad de forskellige sundhedsforsikringer eller -ordninger dækker. De kan dække en lang række af sundhedsydelser hos private aktører, såsom behandling hos fysioterapeut, kiropraktor, psykolog og psykiater samt diverse behandlinger på privathospitaler. I andre tilfælde dækker de kun enkelte sundhedsydelser, fx online læge- og psykologhjælp. Der er således stor forskel på, hvilke private ydelser en forsikret har adgang til. I denne analyse dækker begrebet sundhedsforsikring også sundhedsordning.

En sundhedsforsikring kan enten være arbejdsgiverbetalt eller individuelt tegnet, og kan tegnes hos samtlige forsikringsselskaber eller igennem ens pensionselskab. Individuelle tegnede forsikringer er selvbetalte, hvor arbejdsgiverbetalte forsikringer tegnes og betales af ens arbejdsgiver. Hvis den arbejdsgiverbetalte forsikring både dækker arbejdsmæssige skader og skader opstået i privat regi, er medarbejderen skattepligtig af forsikringspræmien.

Flere arbejdsgiverbetalte sundhedsforsikringer giver mulighed for, at den forsikredes børn og partner også bliver dækket – enten som en del af forsikringen eller ved at tilkøbe en forsikring til en fordelagtig pris. Det er i alle tilfælde forsikringsselskabet, der godkender retten til behandling eller undersøgelse.

Formålet med dette kapitel er at undersøge udbredelsen af private sundhedsforsikringer og ikke private sygeforsikringer. Årsagen er, at der ønskes fokus på adgang til udredning og behandling på privathospitaler fremfor de tilskud til private ydelser, medicinkøb m.m., der har været udbredt i en længere årrække. For en nærmere beskrivelse af Sygeforsikring Danmark, se boks 5.1.

---

<sup>17</sup> Indenrigs- og sundhedsministeriet: Patientrettigheder [[Link](#)]

### Boks 5.1. Sygeforsikring Danmark

Sygeforsikring Danmark er en privat sygeforsikring stiftet i 1973. For at blive medlem er det et krav at afgive en helbredserklæring og ønsket om indmeldelse skal være modtaget af Sygeforsikring Danmark inden, at vedkommende er fyldt 60 år. Som privatbetalende medlem får man tilskud til sundhedsydelse, der ikke er vederlagsfri via den offentlige sygesikring. Hvilken dækning det enkelte medlem har, afhænger af den tilmeldtes dækningsgruppe. Der er følgende dækninger:

- Basis-Sygeforsikring: et hvilende medlemskab, som ikke giver tilskud, men giver medlemmet mulighed for at få tilskud i fremtiden uden at skulle afgive en fornyet helbredserklæring.
- Gruppe 5: et grundlæggende medlemskab, der giver tilskud til medicin, tandlæge, vaccination, briller og kontaktlinser. Derudover gives der tilskud til behandlinger som fysioterapeut, kiropraktor, akupunktør, zoneterapeut og psykolog mv.
- Gruppe 1: et udvidet medlemskab, der giver samme tilskudsmuligheder som gruppe 5, samt tilskud til fodbehandling, udvidet tandbehandling og et højere tilskud til medicin. Efter 12 måneder gives der også tilskud til egenbetaling ved en række operationer.
- Gruppe 2: et omfattende medlemskab, der giver samme tilskudsmuligheder som gruppe 1, samt tilskud til læge/speciallæge og laboratorieundersøgelser. Derudover gives der fuld dækning af udgifter til tilskudsberettiget medicin.
- Gruppe S: Et tilbud som gør sig gældende under særlige omstændigheder. Tilbuddet er relevant for de borgere, som ikke opfylder "Sygeforsikring Danmarks" almindelige betingelser for at blive medlem. Gruppe S har samme fordele som gruppe 5, men gruppe S giver ikke tilskud til medicinudgifter.

Sygeforsikring Danmark har over de sidste mange år oplevet en stigning i deres medlemstal. Det betyder, at flere danskere ønsker at forsikre sig mod at skulle afholde hele udgiften til medicin og sundhedstilbud, når behovet opstår. I 2022 havde Sygeforsikring Danmark godt 2,7 millioner medlemmer, hvor de havde knap 2,3 millioner medlemmer i 2013. Det svarer til en stigning på knap 20 pct. over de seneste 10 år.<sup>18</sup> Til sammenligning er den danske befolkning steget med knap 5 pct. i den samme periode.<sup>19</sup>

Analysen er baseret på data fra brancheorganisationen Forsikring og Pension (F&P), som er indsamlet fra danske forsikrings- og pensionsselskaber, der udbyder sundhedsforsikringer i Danmark. Der har været perioder, hvor dækningsgraden har været under 100 pct. Det har betydning for sammenligneligheden på tværs af tid, hvorfor fortolkninger skal foretages varsomt. For en uddybende beskrivelse af data se boks 5.2.

### Boks 5.2. Data vedr. sundhedsforsikringer

Oplysninger om sundhedsforsikringer er indsamlet fra forsikrings- og pensionsselskaber, der udbyder sundhedsforsikringer i Danmark. Følgende selskaber indgår i statistikken: Tryg, Danica Pension, Skandia Liv (fra 2020 AP Pension), PensionDanmark, If, Topdanmark, PFA, Codan, Gjensidige, Pensam og Dansk Sundhedssikring.

Der har været perioder, hvor dækningsgraden har været under 100 pct. Fordelingen af antallet af personer, som har anvendt deres sundhedsforsikring er i 2019 baseret på 73 pct. af antal forsikrede og i 2020 på 91 pct. Fordelingen af antal ordninger er baseret på ca. 88 pct. af antal forsikrede frem til 2019, hvorefter alle selskaber indgår i statistikken. Dækningsgraden har betydning for sammenligneligheden på tværs af tid, derfor skal fortolkninger foretages varsomt.

Statistikken har ligeledes haft et databrud i 2015 og 2016, hvor antallet af forsikrede i perioden 2003-2015 er ikke direkte sammenlignelige med antallet af forsikrede fra og med 2016. Det skyldes, at et enkelt selskab har nedjusteret antallet af medforsikrede børn for årene 2016 og 2017.

Kilde: Forsikring & Pension: Sundhedsforsikringer for 2003-2022 [\[Link\]](#)

<sup>18</sup> Sygeforsikring Danmarks årsrapporter 2003-2022

<sup>19</sup> Statistikbanken: tabel BEFOLK1 [\[Link\]](#)

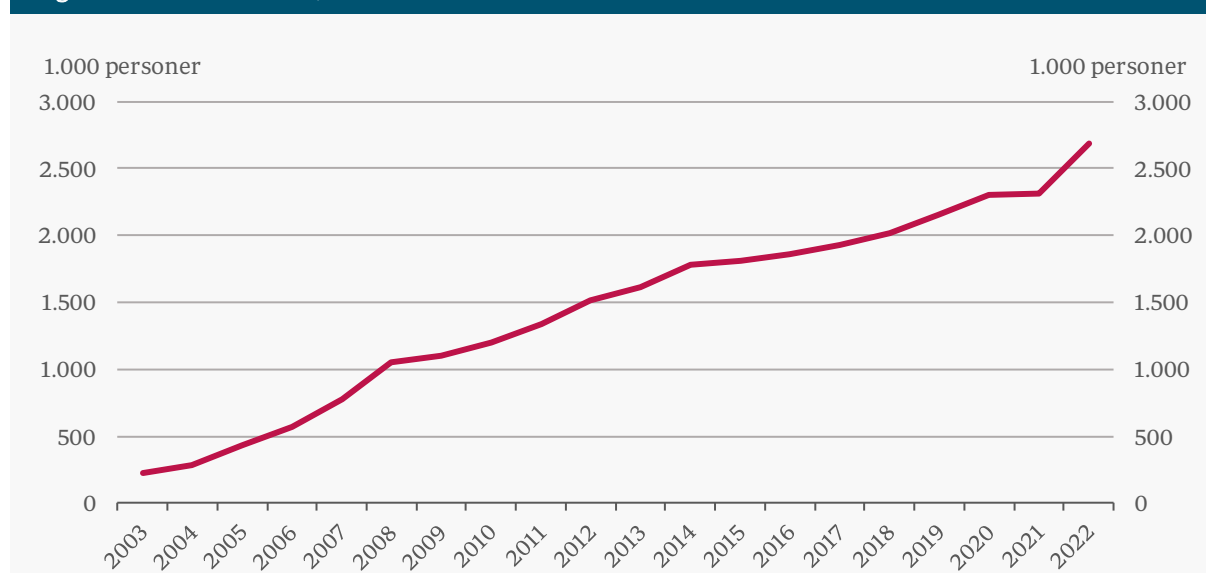


## UDVIKLINGEN I ANTAL FORSIKREDE

Antallet af personer med sundhedsforsikringer er steget over de seneste 20 år. I 2022 havde knap 2,7 millioner personer en sundhedsforsikring, hvor det var ca. 228.700 personer i 2003, jf. figur 5.1. Det svarer til, at antallet af personer med en sundhedsforsikring er mere end tidoblet på 20 år.

Antallet af forsikrede steg markant fra 2021 til 2022, hvor antallet af forsikrede blev forøget med ca. 380.000 personer, svarende til en stigning på 16 pct. Til sammenligning steg antallet af forsikrede blot med 8.000 året før. Dette skal ses i sammenhæng med, at PenSam valgte at tilbyde en sundhedsforsikring til et stort antal af deres indbetalende medlemmer i 2022, hvorimod der ikke blev indgået en aftale med nye store faggrupper i 2021.<sup>20</sup>

**Figur 5.1.** Antal forsikrede, 2003-2022



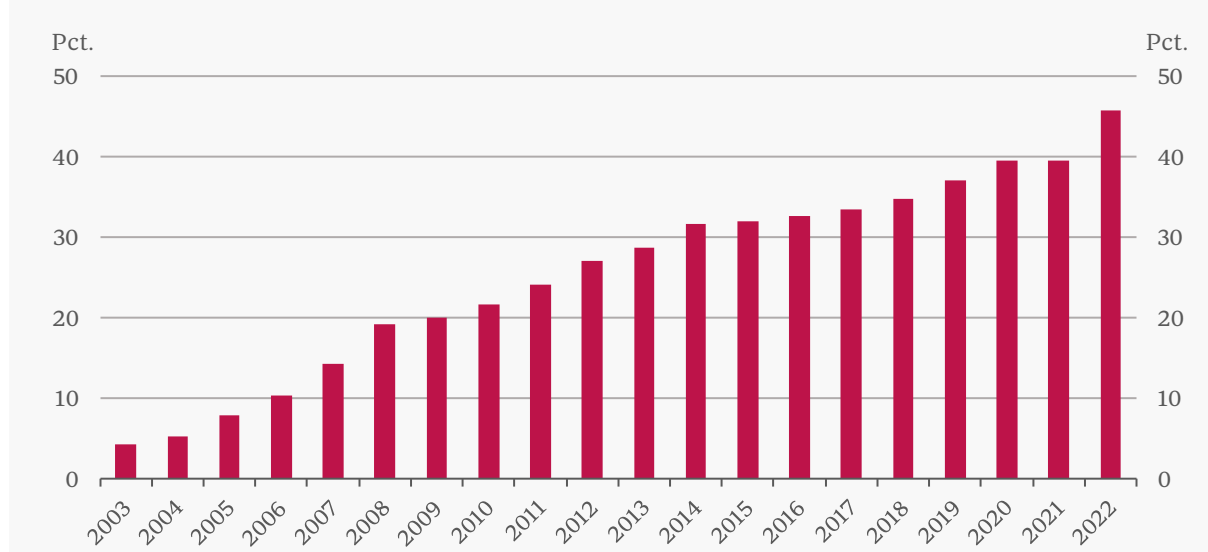
Anm.: Antal forsikrede er opgjort ultimo året. I statistikken indgår data for Tryg, Danica, AP Pension/Skandia, Pensiondanmark, Topdanmark, PFA, Codan, If, Gjensidig, Pensam og Dansk Sundhedssikring. Medforsikrede ægtefæller/samlevende og børn opgøres først som selvstændig kategori fra 2009.

Kilde: Brancheorganisationen Forsikring & Pension.

Væksten i antallet af forsikrede har været væsentlig højere end befolkningstilvæksten. Det indebærer, at en betydelig højere andel af den danske befolkning har en sundhedsforsikring i dag end tidligere. I 2022 havde 46 pct. af befolkningen adgang til sundhedsydelser igennem en forsikring, jf. figur 5.2. Således har knap hver anden dansker adgang til enkelte eller flere sundhedsydelser i privat regi igennem en sundhedsforsikring. Til sammenligning var det blot 4 pct. af befolkningen i 2003.

<sup>20</sup> FOA: Ny sundhedsordning [[Link](#)]

**Figur 5.2.** Andel af befolkningen med en sundhedsforsikring, pct.



Anm.: Se anmærkningerne til figur 5.1.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af data fra brancheorganisationen Forsikring & Pension og Danmarks Statistik (BEFOLK1).

Personer kan have mere end én sundhedsforsikring. Det kan bl.a. skyldes, at en arbejdsgiverbetalt sundhedsforsikring ikke dækker personens behov, og der derfor tilkøbes en individuel forsikring som supplement. Det kan fx være et ønske om at få potentielle operationer dækket, hvorfor der tegnes en forsikring med operationsdækning. I dette tilfælde vil den forsikrede have to policer.

Langt størstedelen af tegnede sundhedsforsikringer er arbejdsgiverbetalte. I 2022 var ca. 94 pct. af alle sundhedsforsikringer arbejdsgiverbetalte, og ca. 6 pct. var individuelt tegnede sundhedsforsikringer, jf. tabel 5.1.

**Tabel 5.1.** Fordeling af sundhedsforsikringer efter type, pct.

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
	----- pct. -----								
Arbejdsgiverbetalte ordninger	98	98	97	98	97	97	95	94	94
- Primært forsikrede	79	76	81	80	80	79	76	77	78
- Medforsikrede partner og børn	18	22	17	18	17	18	19	17	17
Individuelt tegnede ordninger	2	2	3	2	3	3	5	6	6

Anm.: Se anmærkningerne til figur 5.1.

Kilde: Brancheorganisationen Forsikring & Pension.

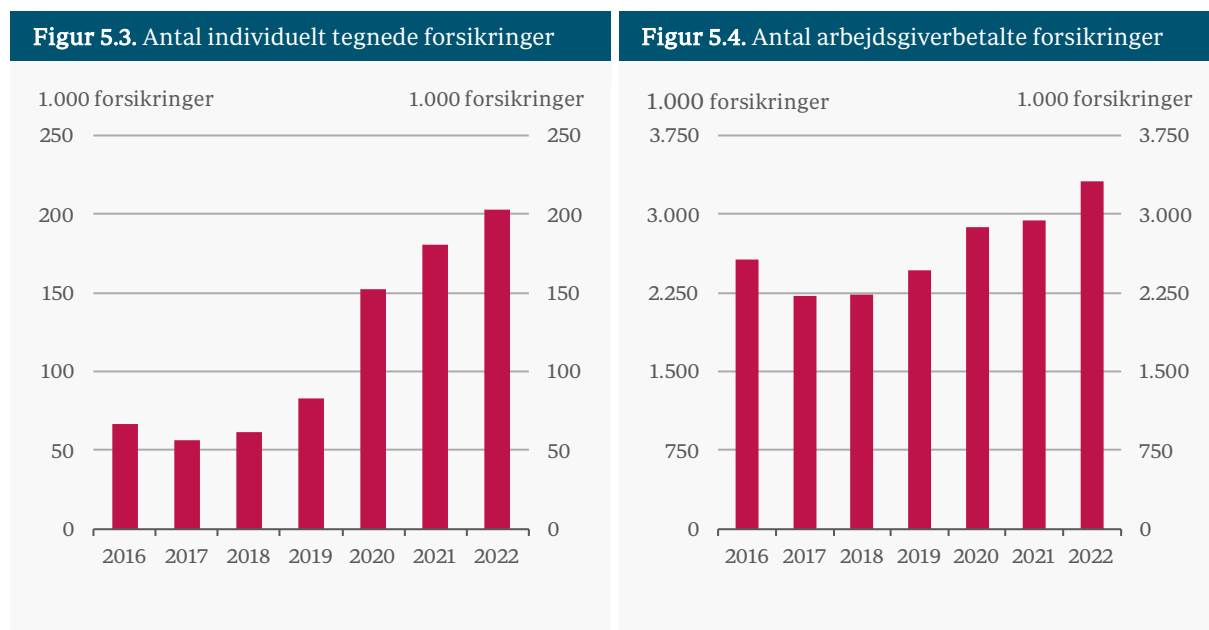
Målgruppen for arbejdsgiverbetalte sundhedsforsikringer er personer med tilknytning til arbejdsmarkedet. Personer uden tilknytning til arbejdsmarkedet vil derfor som udgangspunkt ikke have en arbejdsgiver, der tilbyder dem en forsikring. Det gælder bl.a. arbejdsløse, borgere på offentlig forsørgelse, selvstændigt erhvervsdrivende og sygemeldte uden tilknytning til arbejdsmarkedet. En

undtagelse er, hvis personer uden tilknytning til arbejdsmarkedet er medforsikret igennem deres partners eller forældres arbejdsgiverbetalte forsikring.

Siden 2017 er individuelle sundhedsforsikringer begyndt at udgøre en større andel af det samlede antal sundhedsforsikringer. I 2017 udgjorde de individuelle sundhedsforsikringer kun 2 pct., hvor de udgjorde 6 pct. i 2022. Det betyder, at antallet af individuelt tegnede sundhedsforsikringer er steget relativt mere end arbejdsgiverbetalte forsikringer over de seneste år.

Der var mere end 200.000 individuelt tegnede forsikringer i 2022. Antallet af individuelt tegnede forsikringer er steget med ca. 135.000 fra 2016-2022, svarende til mere end en tredobling, jf. figur 5.3. Det indikerer, at flere personer ønsker at forsikre sig, så de kan få adgang til sundhedsydelser i privat regi, hvis behovet skulle opstå.

Antallet af arbejdsgiverbetalte forsikringer er ligeledes steget i perioden fra 2016-2022, men med en mindre vækst end de individuelle tegnede forsikringer. Antallet af arbejdsgiverbetalte forsikringer er steget med knap 30 pct. i perioden, hvor der i 2022 var ca. 3,3 millioner forsikringer, jf. figur 5.4. Dette indikerer, at arbejdsgivere i højere grad ønsker at tilbyde forsikring til deres ansatte, som led i både at være en attraktiv arbejdsplads og for at kunne sikre sig, at ansatte kan komme hurtigt tilbage på arbejde ved evt. sygemeldinger.



Anm.: En person kan have flere forsikringer. Det er derfor ikke muligt at sammenligne antallet af forsikrede med antallet af hhv. individuelle tegnede forsikringer og arbejdsgiverbetalte forsikringer. Se i øvrigt anmærkningerne til figur 5.1.  
Kilde: Brancheorganisationen Forsikring & Pension.

## PRÆMIEINDTÆGTER OG ERSTATNINGSUDGIFTER

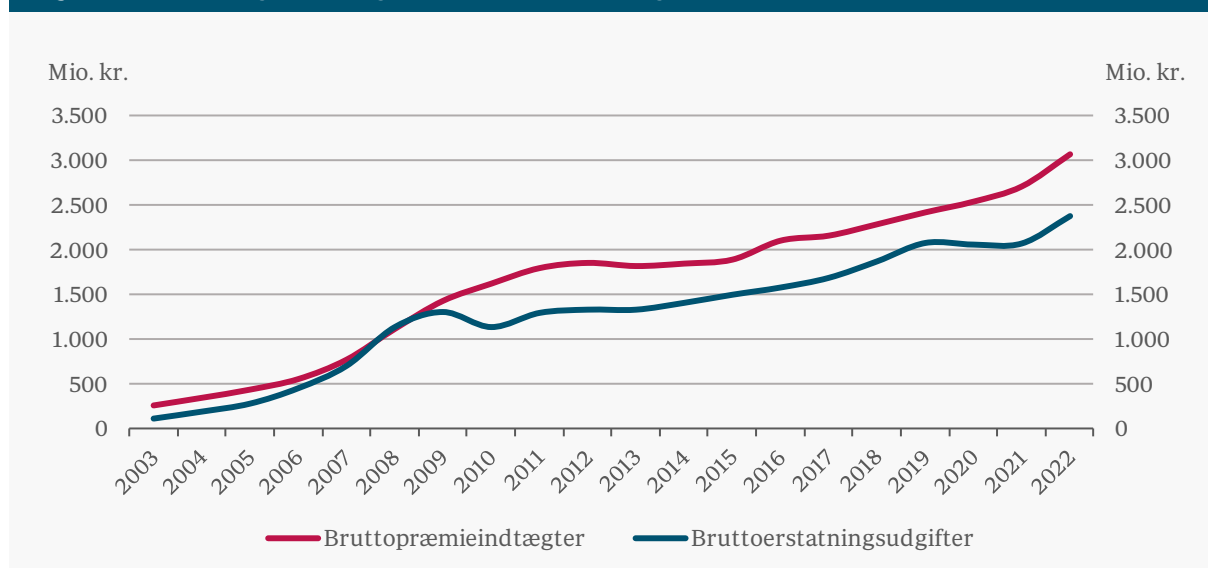
Når en arbejdsgiver eller privat person tegner en sundhedsforsikring, modtager forsikringsselskaber præmieindtægter. Præmier skal forstås som det beløb, forsikringsselskabet betales for at dække eventuelle udgifter forbundet ved udredning eller behandling i privat regi, hvis den forsikrede opfylder betingelserne for at kunne benytte sin sundhedsforsikring. Udgifterne, som forsikringsselskabet afholder ved behandlingen eller udredningen, kaldes erstatningsudgifter.

Forsikringsselskabers præmieindtægter har været stigende siden 2003, jf. figur 5.5. Dette kan forklares af, at væsentligt flere danskere har fået en sundhedsforsikring over de seneste år. Ligeledes har forsikringsselskabernes erstatningsudgifter også været stigende over perioden. Det giver indikationer af, at flere danskere anvender deres sundhedsforsikring til at modtage behandling uden for det offentlige sundhedsvæsen.

I 2022 var bruttopræmieindtægterne på 3,1 mia. kr., og bruttoerstatningsudgifterne var på knap 2,4 mia. kr. i 2022. Forskellen mellem præmieindtægter og erstatningsudgifter udvikler sig stabilt, hvor bruttopræmieindtægterne fortsat er højere end bruttoerstatningsudgifterne.

Fortolkninger om udviklingen i præmier og erstatninger skal foretages varsomt. Det skyldes, at der har været flere databrud bl.a. fra 2015 til 2016 og fra 2018 og 2019.

**Figur 5.5.** Præmier og erstatninger for sundhedsforsikringer, 2003-2022



Anm.: Tallene fra 2015 til 2016 blevet justeret og tallene i 2015 og 2016 er derfor ikke helt sammenlignelige. Fra 2019 indgår data for Pensam også i statistikken. Se i øvrigt anmærkningerne til figur 5.1.

Kilde: Brancheorganisationen Forsikring & Pension.

## SUNDHEDSFORSIKRINGER OG BEHANDLINGSFORMER

En sundhedsforsikring giver adgang til en række behandlingsformer i privat regi. I følgende ses der nærmere på, hvilke behandlingsformer forsikringstagere typisk bruger deres sundhedsforsikring til.

Behandlingsformer er i dette afsnit kategoriseret i fire områder: 1) operationer; 2) fysioterapi, kiropraktor mv.; 3) psykolog, psykiater mv. og 4) andre typer behandling eller pleje, herunder hjemme-hjælp. Kategorien "operationer" omfatter også skanninger og anden udrednings- og behandlingsaktivitet på privathospitaler.

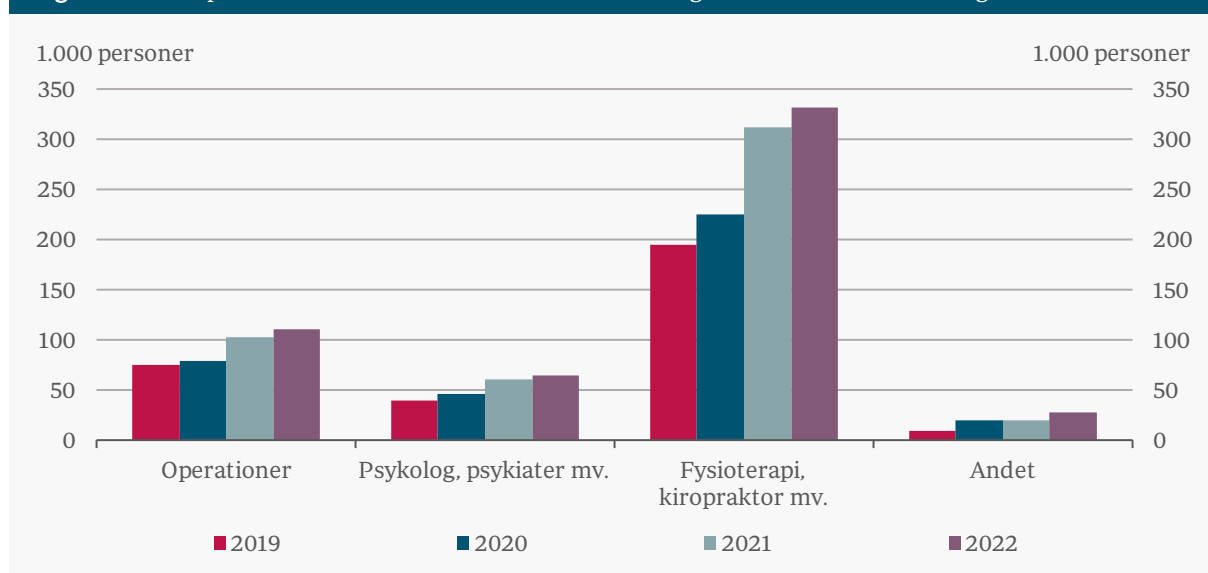
Sundhedsforsikringer anvendes i de fleste tilfælde til behandling hos en fysioterapeut, kiropraktor eller lignende. I 2022 anvendte ca. 332.000 personer deres sundhedsforsikring til behandling hos en fysioterapeut eller kiropraktor. Det er ca. 137.000 personer mere end i 2019, jf. figur 5.6.

Den stigende brug af sundhedsforsikringer ses ikke kun inden for områder som fysioterapi og kiropraktik. Det er en generel tendens, der ses inden for flere former for behandling i privat regi.

Næsten 50 pct. flere personer anvendte deres sundhedsforsikring til behandling eller undersøgelse på privathospitaler i 2022 sammenlignet med i 2019. Antallet af personer, der har anvendt deres sundhedsforsikring til behandling eller undersøgelse på private hospitaler (operationer mv.), var ca. 111.000 i 2022. Til sammenligning var der ca. 75.000 personer i 2019.

Personer, der anvendte deres sundhedsforsikring til behandling hos en psykolog eller psykiater, er også steget fra ca. 40.000 personer i 2019 til knap 65.000 personer i 2022. Det svarer til en stigning på ca. 62 pct.

**Figur 5.6.** Antal personer der har anvendt sundhedsforsikringer fordelt efter behandlingsform



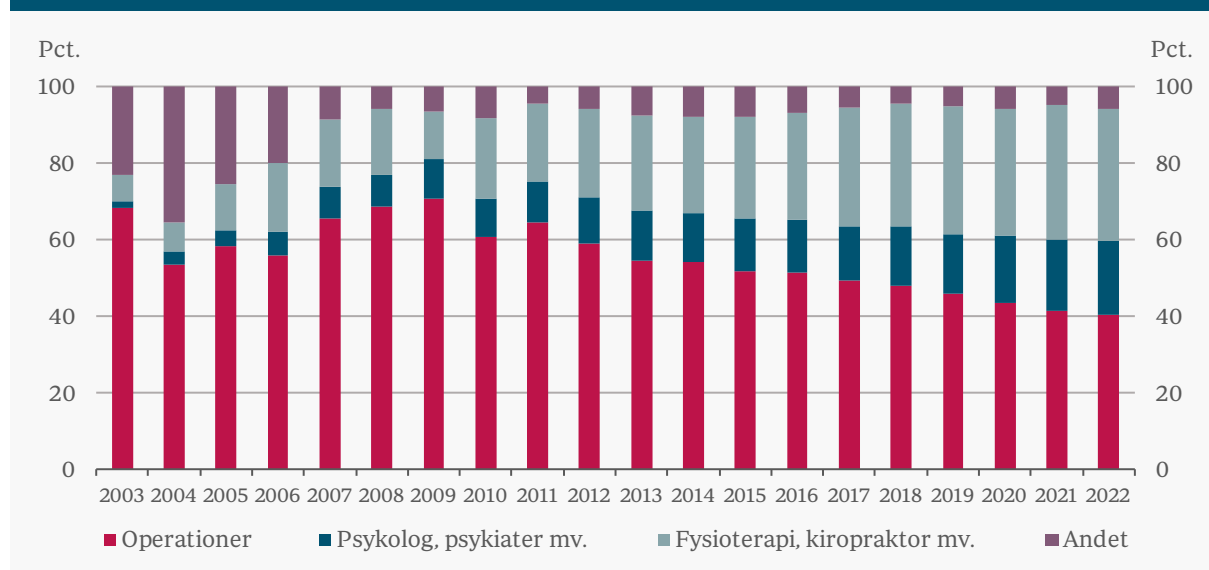
Anm.: Se anmærkningerne til figur 5.1.

Kilde: Brancheorganisationen Forsikring & Pension.

På trods af at sundhedsforsikringer oftest anvendes til behandling hos en fysioterapeut eller kiropraktor, så udgør erstatninger til operationer mv. den største udgift for forsikringsselskaberne.

Af de samlede erstatningsudgifter på knap 2,4 mia. kr. i 2022 blev ca. 40 pct. udbetalt til operationer, ca. 34 pct. udbetalt til fysioterapi, kiropraktor mv., ca. 19 pct. udbetalt til psykolog, psykiater mv. og ca. 6 pct. udbetalt til andre typer behandling eller pleje, herunder hjemmehjælp, jf. figur 5.7.

**Figur 5.7.** Fordelingen af erstatninger på behandlingstype



Anm.: Den procentvise fordeling af bruttoerstatningsudgifter er på områder baseret på oplysninger fra ca. halvdelen af selskaberne til og med 2008. Fra 2009 er stort set alle selskaber inkluderet i opdeling på områder. Operationer omfatter også skanninger og anden udrednings- og behandlingsaktivitet på privathospitaler. Se i øvrigt anmærkningerne til figur 5.1.

Kilde: Brancheorganisationen Forsikring & Pension.

Over de seneste 20 år er andelen af forsikringsselskabernes udgifter, der går til erstatning i forbindelse med operationer mv., blevet mindre. I 2003 udgjorde erstatninger til operationer mv. 68 pct. af forsikringsselskabernes samlede udgifter til erstatning, hvor de i 2022 udgjorde 40 pct. Omvendt er andelen af udgifterne, der går til erstatning til psykolog- og psykiaterhjælp samt fysioterapi og kiropraktor, blevet væsentlig større. Andelen af de samlede udgifter, der går til erstatning til psykolog- og psykiaterhjælp samt fysioterapi og kiropraktor, er hhv. ti- og firedoblet over de seneste 20 år.

Det kan give indikationer af, at i takt med at flere danskere tegner en sundhedsforsikring og får hurtigere adgang til sundhedsydelser, er det i højere grad ydelser som fysioterapi og kiropraktor samt psykolog- og psykiaterhjælp, som bliver benyttet. Det øgede forbrug af forsikringer i forbindelse med adgang til psykolog eller psykiater kan ses i sammenhæng med de ventetider, der i øjeblikket opleves i det offentlige system. Tal fra Sundhedsdatastyrelsen viser fx, at børn og unge i gennemsnit ventede 88 dage på at blive udredt i det offentlige system, i børne- og ungdomspsykiatrien, i løbet af 2. kvartal af 2023.<sup>21</sup>

<sup>21</sup> Sundhedsdatastyrelsen eSundhed: Monitorering af udredningsretten i psykiatrien [\[Link\]](#)



Det er væsentligt at holde sig for øje, at der er stor forskel på, hvilke ydelser, en sundhedsforsikring indeholder. For eksempel indeholder nogle sundhedsforsikringer operationsdækning, hvor andre ikke gør.

I 2022 var ca. 79 pct. af alle sundhedsforsikringer med operationsdækning, hvor 21 pct. af forsikringerne var uden operationsdækning. Andelen af forsikringer med operationsdækning, har været svagt faldende over de seneste år. I 2014 var det 83 pct. af det samlede antal sundhedsforsikringer, som dækkede operationer, jf. figur 5.8. Det betyder, at relativt flere personer ikke har adgang til operation mv. igennem deres sundhedsforsikring.

**Figur 5.8.** Fordelingen af antal forsikringer efter dækningstype, pct.



Anm.: Ordninger uden operationsdækning omfatter også ordninger kun med helbredsundersøgelser. Se i øvrigt anmærkninger til figur 5.1.  
Kilde: Brancheorganisationen Forsikring & Pension

## ALMEN PRAKSIS OG PRIVATE SUNDHEDSFORSIKRINGER – RESULTATER FRA MEDLEMSUNDERSØGELSE

Forsikringsselskaber stiller ofte krav om en lægelig vurdering af den forsikredes behov for udredning eller behandling, før de vurderer, om den forsikredes sundhedsforsikring dækker udredningen eller behandlingen. Den lægelige vurdering kan udføres af en alment praktiserende læge, en speciallæge eller af forsikringsselskabets egen lægekonsulent. Det er på baggrund af den lægelige vurdering, at forsikringsselskabet træffer afgørelse om, den forsikrede opfylder betingelserne for at kunne benytte sin sundhedsforsikring.<sup>22</sup>

Antallet af personer med en sundhedsforsikring er mere end tidoblet på 20 år. Det er derfor relevant at undersøge, hvordan et stigende omfang af personer med sundhedsforsikring påvirker alment praktiserende lægers arbejde. Dette er gjort via to medlemsundersøgelser, som er sendt ud til alment praktiserende læger.

<sup>22</sup> Forsikring & Pension: Vejledning om indhentning af helbredsoplysninger – pr. 1. november 2020 [[Link](#)]

I efteråret 2023 udførte Lægeforeningen en medlemsundersøgelse blandt 2.000 læger, som var medlem af Praktiserende Lægers Organisation (PLO). Der var 835 læger, der svarede på spørgeskemaet – svarende til en svarprocent på 42 pct. I medlemsundersøgelsen blev der bl.a. spurgt ind til lægernes erfaring med patienter med private sundhedsforsikringer. Se yderligere om undersøgelsen i Lægeforeningens analyserapport ”Patienters brug af sundhedsforsikringer”.<sup>23</sup>

I 2011 udsendte Audit Projekt Odense (APO) i samarbejde med PLO’s attestudvalg en spørgeskemaundersøgelse til 3.321 alment praktiserende læger. Der var 2.126 læger, der svarede på undersøgelsen – svarende til en svarpct. På 64 pct. Undersøgelsen spurgte lægerne ind til deres holdninger og oplevelser med private sundhedsforsikringer. I medlemsundersøgelsen fra 2023 blev bl.a. flere af spørgsmålene fra 2011 undersøgelsen repliceret. Datagrundlaget for undersøgelsen fra 2011 er nærmere beskrevet af Andersen et al (2017).<sup>24</sup> Lægeforeningen har ikke haft adgang til det detaljerede datagrund for undersøgelsen i 2011. Lægeforeningen kender derfor ikke til, hvor stort et overlap der er i respondenterne i 2011 og 2023. Det betyder, at eventuelle sammenligninger på tværs af de to undersøgelser ikke nødvendigvis viser den præcise udvikling, men til dels kan være drevet af systematiske forskelle i de to populationer.

Når flere danskere gør brug af private sundhedsforsikringer, må det forventes, at flere alment praktiserende læger oplever, at patienter henvender sig for at gøre brug af deres sundhedsforsikring. Syv ud af ti respondenter angiver i 2023 at have mere end 5 konsultationer om måneden, som primært bundes i patientens ønske om at få en henvisning til privatsektoren, fordi de har en sundhedsforsikring. Omkring 35 pct. af respondenterne svarede, at de har 6-10 konsultationer om måneden, og ca. 23 pct. at de har 11-20 konsultationer om måneden. En mindre andel på 11 pct. oplever at have flere end 20 konsultationer om måneden, som bundes i patientens ønske om at anvende sin sundhedsforsikring, jf. figur 5.9. Det skal dog ses i sammenhæng med, at alment praktiserende læger typisk har mere end 20 daglige konsultationer med fysisk fremmøde.<sup>25</sup>

Sammenlignes svarene fra 2023 med undersøgelsen fra 2011 er der indikationer af, at alment praktiserende læger i dag oplever at bruge mere tid på private sundhedsforsikringer, end de tidligere har gjort. I 2023 svarede ca. 70 pct. af respondenterne, at de havde over 5 konsultationer på en gennemsnitlig måned, som vedrørte, at patienten ønskede en henvisning til privatsektoren, fordi patienten har en sundhedsforsikring. Til sammenligning var det færre end 40 pct. i 2011, jf. figur 5.10.

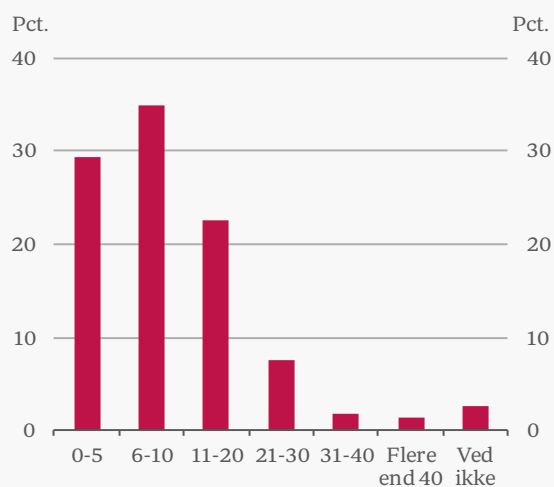
---

<sup>23</sup> Lægeforeningens analyser [\[Link\]](#)

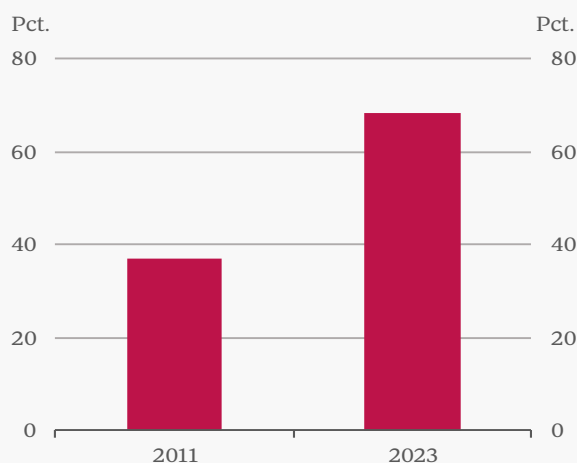
<sup>24</sup> Andersen et al. (2017) General practitioners' attitudes towards and experiences with referrals due to supplemental health insurance [\[Link\]](#)

<sup>25</sup> Praktiserende Lægers Organisation: PLO faktaark 2022 [\[Link\]](#)

**Figur 5.9.** Antal månedlige konsultationer som primært bundet i, at patienten ønsker at anvende sin sundhedsforsikring



**Figur 5.10.** Andel med mere end 5 månedlige konsultationer, hvor konsultationen bundet i, at patienten ønsker at anvende sin sundhedsforsikring, 2011 og 2023



Anm.: Baseret på besvarelser fra 2.126 respondenter i 2011 og 835 respondenter i 2023. Spørgsmålet, som respondenterne blev stillet, var: "Tænk på en gennemsnitsmåned: hvor mange konsultationer har du, som primært bundet i ønske om en henvisning til privatsektoren, fordi patienten har en sundhedsforsikring?".

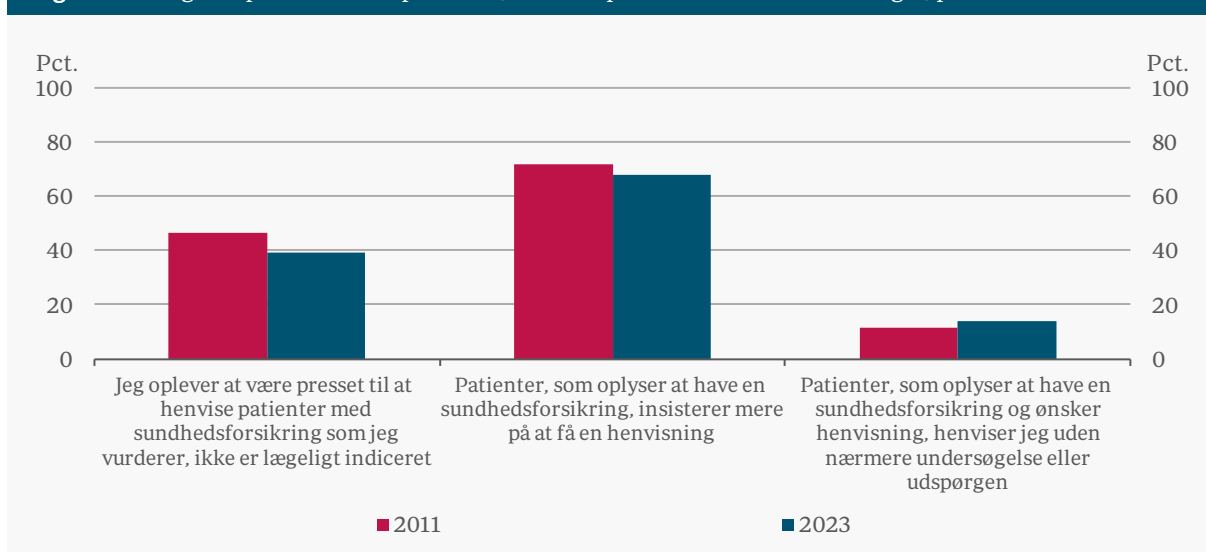
Kilde: Undersøgelse fra Audit Projekt Odense (2011) og Lægeforeningens medlemsundersøgelse blandt alment praktiserende læger (2023).

Det kan være problematisk, hvis lægens vurdering af patienters behov for udredning eller behandling risikerer at påvirkes af hvorvidt den enkelte patient har en privat sundhedsforsikring. Næsten 40 pct. af respondenterne angiver i 2023, at de ofte føler sig presset til at henvise patienter med sundhedsforsikringer, selvom de vurderer, at henvisningen ikke er nødvendig, jf. figur 5.11. Imidlertid er andelen af læger, der ofte føler sig presset til at henvise patienter med sundhedsforsikringer, faldet siden 2011, hvor det gjaldt ca. 46 pct. af respondenterne.

En lignende tendens ses blandt læger, der oplever, at patienter med en sundhedsforsikring insisterer mere på at få en henvisning sammenlignet med øvrige patienter. I 2023 angav ca. 68 pct. af respondenterne, at patienter med en sundhedsforsikring insisterer mere på at få en henvisning, hvor det i 2011 var ca. 72 pct., jf. figur 5.11. Det vil sige, at der er en faldende tendens til, at almen praktiserende læger oplever, at patienter med sundhedsforsikringer insisterer mere på at få en henvisning sammenlignet med patienter uden en sundhedsforsikring.

Til gengæld ses en lille stigning i andelen, der oplyser, at de henviser patienter med en sundhedsforsikring uden nærmere undersøgelse eller udspørgen fra 11 pct. i 2011 til 14 pct. i 2023, jf. figur 5.11. Det skal dog bemærkes, at langt de fleste læger ikke henviser patienter med en privat sundhedsforsikring uden nærmere undersøgelse.

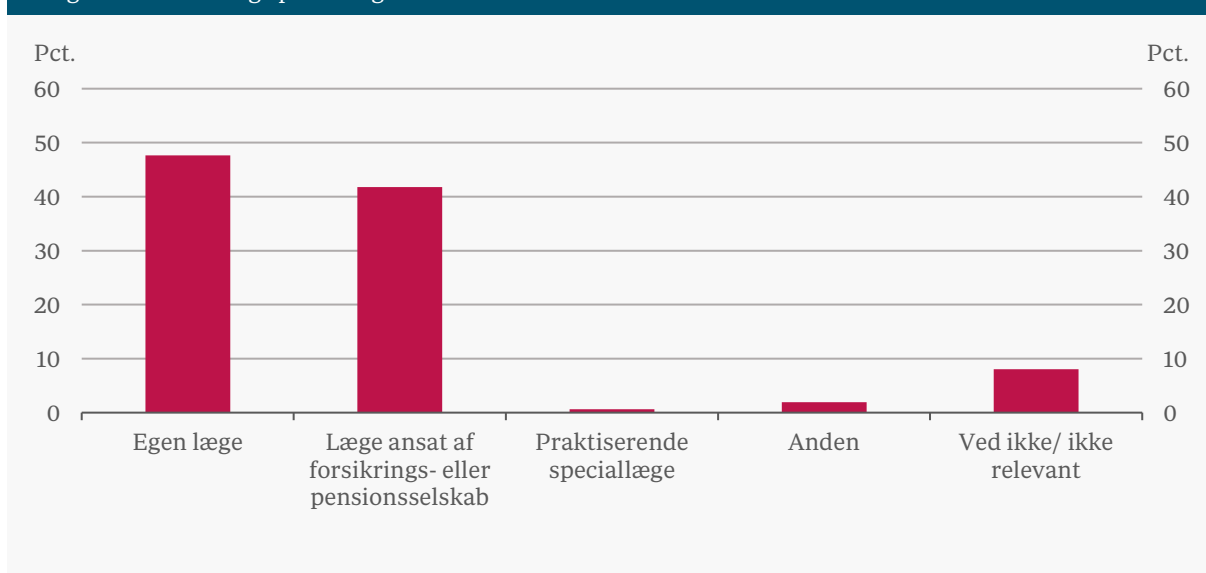
**Figur 5.11.** Lægers oplevelser med patienter, som har private sundhedsforsikringer, pct.



Anm.: Baseret på besvarelser fra 2.126 respondenter i 2011 og 835 respondenter i 2023. Opgørelsen omfatter respondenter, der angiver, at de "altid" eller "ofte" til det pågældende spørgsmål.  
Kilde: Undersøgelse fra Audit Projekt Odense (2011) og Lægeforeningens medlemsundersøgelse blandt alment praktiserende læger (2023).

Selvom flere læger oplever at bruge mere tid på sundhedsforsikringer og i nogle tilfælde at føle sig presset til at henvise patienter med sundhedsforsikringer, foretrækker knap hver anden læge fortsat at have ansvaret for henvisningen, jf. figur 5.12. Derimod foretrækker 42 pct. af respondenterne, at patienterne bliver henvist af en læge ansat af forsikrings- eller pensionsselskabet.

**Figur 5.12.** Lægers foretrukne måde, at patienter med sundhedsforsikringer bliver henvist til udredning eller behandling i privat regi?

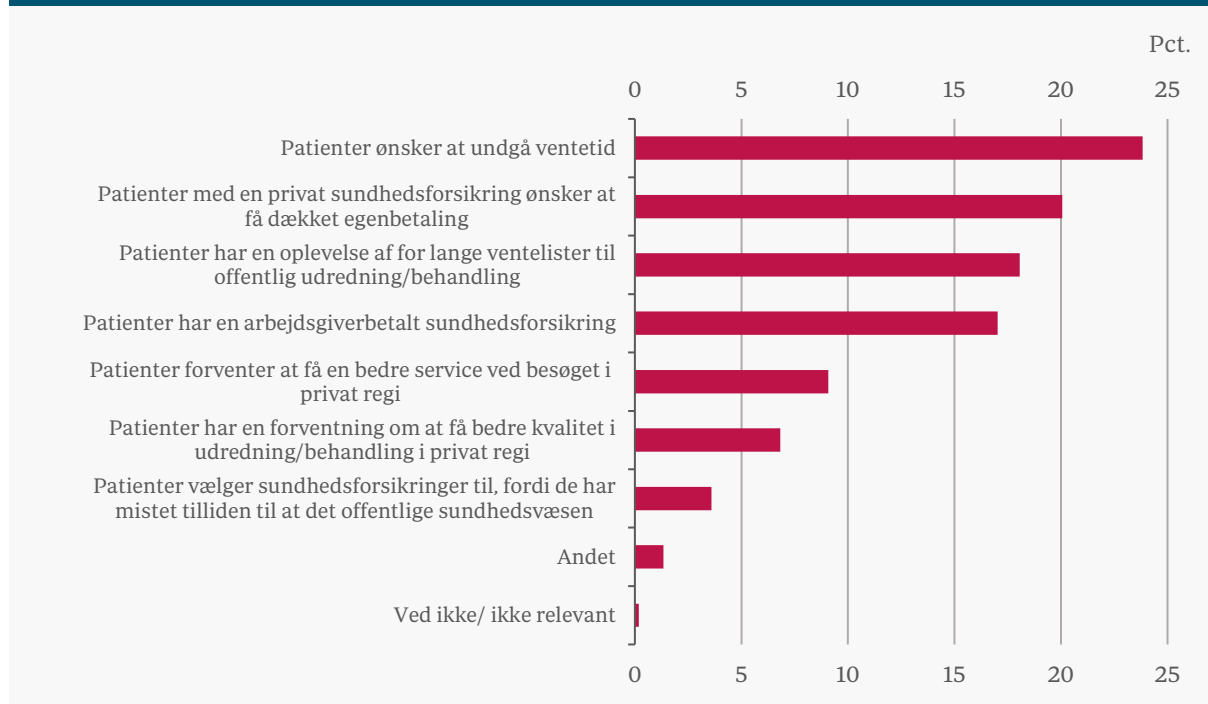


Anm.: Baseret på besvarelser fra 835 respondenter. Spørgsmålet, som respondenterne blev stillet, var: "Hvordan vil du foretrække, at patienter med sundhedsforsikringer bliver henvist til udredning eller behandling i privat regi?".  
Kilde: Lægeforeningens medlemsundersøgelse blandt alment praktiserende læger (2023).

De praktiserende læger blev i undersøgelsen fra 2023 bedt om at give deres vurdering af årsagerne til, at patienter ønsker at gøre brug af deres sundhedsforsikring. De praktiserende læger vurderer, at

den hyppigste årsag er patienters ønske om at undgå ventetid. Som andre hyppige årsager fremhæver lægerne, at patienter ønsker at få dækket egenbetaling ved f.eks. psykolog eller fysioterapeut, samt at patienter ønsker at bruge deres arbejdsgiverbetalte sundhedsforsikring. Som den mindst hyppigste årsag fremhæver de alment praktiserende læger, at patienter har mistet tilliden til, at det offentlige sundhedsvæsen kan levere den nødvendige behandling, jf. figur 5.13.

**Figur 5.13.** Alment praktiserende lægers fornemmelse af, hvorfor deres patienter oftest ønsker at bruge deres sundhedsforsikring



Anm.: Baseret på besvarelser fra 835 respondenter. Respondenterne har haft mulighed for at sætte flere kryds. Spørgsmålet, som respondenterne blev stillet, var: "Vælg hvilke af følgende valgmuligheder, der passer bedst på din fornemmelse af, hvorfor dine patienter oftest ønsker at bruge deres sundhedsforsikring."

Kilde: Lægeforeningens medlemsundersøgelse blandt alment praktiserende læger (2023).