

# Arbejdsgiverbetalte sundhedsudgifter

Redegørelse om den skattemæssige behandling  
af arbejdsgiverbetalte sundhedsudgifter



**Skatteministeriet**  
**Betænkning nr. 1296/Juni 1995**

*Købes hos boghandleren eller hos*

**Statens Information, INFOservice**

Postboks 1103, 1009 København K

Telf. 33 37 92 28, Fax 33 37 92 99

**ISBN 87-601-5192-7**  
Stougaard Jensen Scantryk, Kbh.  
FI 03-47-bet.

Pris kr. 50 inkl. moms

## REDEGØRELSENS INDHOLD:

I. Indledning	
1. Arbejdsgruppens Kommissorium	1
2. Arbejdsgruppens sammensætning	2
n. Baggrund for arbejdsgruppens nedsættelse	
1. "Det angår os alle"	3
2. Personalepolitik med sociale dimensioner	4
3. Psykisk arbejdsmiljø og alkoholproblemer	5
4. Beskatning	6
IH. Den skattemæssige behandling af arbejdsgiverbetalte sundhedsudgifter	
1. Lovgrundlag	8
2. Offentlige social- og sundhedsudgifter	9
3. Sundhedsudgifter betalt af fonde godkendt af socialministeren	9
4. Arbejdsgiverbetalte sundhedsudgifter	10
4.1. Generelle kriterier for beskatning	10
4.2. Ydelsens fremtrædelsesmåde	15
4.3. Forsikrings- og abonnementsordninger o. lign.	17
4.4. Fradrag for sundhedsudgifter	21
5. Konklusion	23

IV. Mulighederne for behandling i det offentlige system	
1. Det offentlige sygehussystem	25
1.1. Det somatiske sygehusvæsen	25
1.2. Psykiatri	26
2. Det sociale system	27
2.1. Bistandslovens § 46a	27
2.2. Dagpengelovens § 28	29
3. Bedriftssundhedstjenesten (BST)	30
3.1. Omfang	30
3.2. Forskellige former for BST	31
3.3. Finansiering af BST	31
3.4. BST's opgaver	31
4. Arbejdsskadesystemet	32
4.1. Grundprincipper i det eksisterende system	32
4.2. Arbejdsskadebegrebet efter lov om forsikring mod følger af arbejds skade	32
4.3. Specielt om psykosociale risikofaktorer i relation til lov om forsikring mod følger af arbejdsskade	34
4.4. Specielt om betaling for behandlinger m.v. efter lov om forsikring mod følger af arbejdsskade	34
4.5. Selvriskoordninger	34
5. Den offentlige sygesikring	35
6. Mulighederne for alkoholbehandling	37
7. Mulighederne for psykologbehandling	38
8. Konklusion	39
V. Privat sygeforsikring og abonnementsordninger	
1. Den gensidige sygeforsikring "danmark"	40
2. De øvrige private sygeforsikringsordninger	40
3. Abonnementsordninger	41

IV. Arbejdsgruppens overvejelser om evt. ændringer.....	42
1. Generelle betragtninger.....	42
1.1. Risiko for forskelsbehandling.....	42
1.2. Fradrag for privatpersoner.....	43
1.3. Forskelsbehandling på arbejdspladsen.....	43
1.4. Hovedaktionærer.....	44
1.5. Afgrænsningsproblemer.....	44
1.6. Økonomiske betragtninger.....	45
2. Konkrete betragtninger.....	46
2.1. Vejledning om de gældende regler.....	46
2.1.1. Økonomiske betragtninger.....	47
2.2. Skattefritagelse af alkohol- og/eller psykologbehandling.....	48
2.2.1. Afgrænsning af alkoholbehandlinger.....	48
2.2.2. Afgrænsning af psykologbehandlinger.....	50
2.2.3. Økonomiske betragtninger.....	51
2.3. Generel skattefritagelse for arbejdsgiverbetalte sundheds- udgifter.....	51
2.3.1 Økonomiske betragtninger.....	53



## 1. INDLEDNING.

### 1. Arbejdsgruppens kommissorium.

Regeringen nedsatte den 16. august 1994 en arbejdsgruppe med følgende kommissorium:

"Kommissorium for arbejdsgruppe, der skal analysere området for arbejdsgiverbetalte sundhedsudgifter.

I den seneste tid har der været en fornyet diskussion omkring arbejdsgiverbetalte sundhedsudgifter. Der har været rejst kritik af, at en medarbejder bliver beskattet, hvis arbejdsgiveren betaler for medarbejderens behandling f.eks. en alkoholbehandling.

Diskussionen i medierne viser, at mange arbejdsgivere er villige til i højere grad at påtage sig et socialt ansvar. Der vil dog tilsvarende være mange arbejdsgivere, som enten ikke vil påtage sig, eller som ikke kan magte at påtage sig det større arbejde og de forøgede udgifter, som dette indebærer. I nogle virksomheder vil der desuden kunne være tale om en generel personalepolitik, mens der i andre virksomheder kun er tale om at sikre nogle af medarbejderne, f.eks. de ledende medarbejdere eller enkelte medarbejdere efter et frit skøn.

Det er endvidere spørgsmålet, om alle arbejdsgiverbetalte udgifter ud fra en generel sundhedspolitisk vurdering anses for så rimelige og hensigtsmæssige, at der er behov for særregler.

Endelig hænger problemstillingen sammen med spørgsmålet om behandlingen af forsikringsordninger.

Diskussionen omkring arbejdsgiverbetalte sundhedsudgifter er en principiel sundhedspolitisk diskussion. At problemstillingen kommer op med jævne mellemrum viser, at der er et behov for at få gennemanalyseret hele området.

På denne baggrund nedsætter regeringen en tværministeriel arbejdsgruppe, der skal undersøge området for arbejdsgiverbetalte sundhedsudgifter og overveje, hvorvidt det skulle være muligt at indsætte dem i en bredere sammenhæng til forstærkning af sundhedsindsatsen på arbejdspladserne.

Arbejdsgruppen skal undersøge de gældende regler for beskatningen af arbejdsgiverbetalte sundhedsudgifter, såvel udgifter til generelle helbredsundersøgelser som udgifter til forskellige former for behandling m.v.

Arbejdsgruppen skal desuden undersøge, hvorvidt det eksisterende social- og sundhedssystem, herunder reglerne for bedriftssundhedstjenesterne, er fleksibelt nok til at tage højde for de problemer, der kan opstå på arbejdspladserne, eller om der er behov for justeringer.

Arbejdsgruppen skal også overveje, hvorvidt det skulle være muligt at lempe de skattemæssige regler i de tilfælde, hvor arbejdsgiveren som led i en generel personalepolitik påtager sig visse sundhedsudgifter med henblik på at sikre medarbejderens arbejdsevne, uden at der herved skabes uholdbare uligheder, og uden at der åbnes op for misbrug enten generelt eller til begunstigelse af enkeltpersoner.

Arbejdsgruppens arbejde skal færdiggøres så betids, at en eventuel lovgivning kan gennemføres i det kommende folketingsår."

## **2. Arbejdsgruppens sammensætning.**

Arbejdsgruppen fik følgende sammensætning:

### Formand:

Afdelingschef Jens Drejer, Skatteministeriet

### Medlemmer:

Kontorchef Carsten Vesterø Jensen afløst af kontorchef Lise Bo Nielsen, Skatteministeriet.

fuldmægtig Steen Munch Nielsen, Told- og Skattestyrelsen,

fuldmægtig Lisbeth Grænge Hansen, stedfortræder: Fuldmægtig Flemming Randløv, Økonomiministeriet.

fuldmægtig Margrethe Vestager, Finansministeriet,

fuldmægtig Jørgen Kragh, Boligministeriet.

fuldmægtig Simon Pihl Sørensen, Arbejdsministeriet,

fuldmægtig Claus Juhl afløst af fuldmægtig Hjalte Aaberg, Sundhedsministeriet,

fuldmægtig Henriette Jul Hansen, Socialministeriet,

fuldmægtig Martin Kjeldsen-Kragh afløst af Joachim Sperling, Erhvervsministeriet

### Sekretariat:

fuldmægtig Per Gade, Skatteministeriet



## *IL BAGGRUND FOR ARBEJDSGRUPPENS NEDSÆTTELSE*

### **1. "Det angår os alle".**

Som det fremgår af kommissoriet, har arbejdsgruppens nedsættelse tæt relation til den kampagne, som socialministeren lancerede i januar 1994 under navnet "Det angår os alle" om virksomhedernes sociale engagement.

Kampagnen er et led i regeringens langsigtede overvejelser om fornyelse af den danske velfærdsmodel og om indsatsen mod det splittede samfund. Social velfærd skal gøres synlig og vedkommende, ikke blot som et offentligt anliggende, men også i arbejdslivet og lokalsamfundet.

Samtidig kan der hentes nye kræfter i et tættere samspil mellem det offentlige, erhvervslivet og arbejdsmarkedsorganisationerne. Endelig peger mange på, at de vestlige samfund risikerer en udvikling med stigende fattigdom, protektionisme og social uro, hvis ikke forståelsen af det samfundsmæssige ansvar omformuleres. Virksomhedernes sociale engagement har derfor vidtrækkende perspektiver.

Med kampagnen ønsker regeringen at påvirke udviklingen i retning af størst mulig integration på arbejdsmarkedet af personer og grupper, der i dag er erhvervshæmmede, arbejdsløse eller i fare for at blive skubbet ud af arbejdsmarkedet. Helt på linje hermed tilstræber regeringen at præge udviklingen i en retning, hvor arbejdsliv og familieliv kan kombineres, så de begivenheder i den private sfære, der kan få indflydelse på arbejdsindsatsen gennem et langt arbejdsliv, som eksempelvis uddannelse, sygdom, ulykke og dødsfald i familien, bedre kan rummes på arbejdspladserne.

De foreløbige erfaringer er gode. Både undersøgelser og en høring, som Socialministeriet var vært for i 1994, viser, at mange virksomheder interesserer sig for at inddrage den sociale dimension især i forholdet til egne medarbejdere og i at udvikle en personalepolitik eller -praksis med sociale dimensioner.

De konkrete initiativer kan udspringe af:

Øget opmærksomhed på uddannelsesbehov hos alle grupper af medarbejdere.

- \* Mulighederne for at fastholde langtidssyge/kronisk syge/ulykkesramte medarbejdere.
- \* Øget fokus på seniorkarriere.

Opmærksomhed på vilkårene for medarbejdere med småbørn.

Opmærksomhed på misbrugsproblemer blandt medarbejdere etc.

Arbejdsgruppen er ikke bekendt med, at der findes repræsentative undersøgelser, der præcist viser omfanget af virksomhedernes engagement. Men Socialministeriet har bl.a. fået Burson-Marsteller til at foretage en spørgeskemaundersøgelse af det sociale engagement i virksomheder i to amter. 1514 virksomheder (24 pct. af de adspurgte) deltog i undersøgelsen, som viste, at godt ert tredjedel af de deltagende virksomheder i dag engagerer sig i sociale aktiviteter på arbejdsmarkedet. Andre mere kvalitative undersøgelser, foretaget af formidlingscenter Århus beskriver det sociale engagement i virksomhederne, og den nedenfor nævnte undersøgelse af Dansk Institut for Personalerådgivning fokuserer på virksomhedernes støtte til behandling.

## **2. Personalepolitik med sociale dimensioner.**

Specielt interessant i relation til denne rapport er udbredelsen af en personalepolitik med sociale dimensioner. Mandag Morgen, Strategisk Forum opdeler den i rapporten "Det sociale partnerskab" i fire kategorier:

Forebyggende personalepolitik med retningslinjer for virksomhedens bistand i forbindelse med medarbejderes alkoholmisbrug, AIDS-politik, arbejdsmiljøpolitik, bistand i forbindelse med arbejdsskader samt personalepolitik i forhold til seksuel chikane m.v.

Personalepolitik i forhold til kollektive problemer, for eksempel retningslinjer for fleksibel arbejdstid, regler for deltidsarbejde og orlov, karriere-rådgivning, mulighed for seniormedarbejdere, fratrædelses- og pensionsordninger. Fritidsinteresser falder også i denne kategori.

Individuel personalepolitik med specielle ordninger for medarbejdere med specielle problemer, som også kræver speciel behandling. Disse ordninger varierer meget, men de omfatter ofte sygdom, akutte kriser og ulykker, hvor der er brug

for rådgivning, midlertidig frihed fra jobbet og forskellige former for specialbehandling.

En undersøgelse foretaget af Dansk Institut for Personale Rådgivning viste, at 19% af 274 adspurgte virksomheder gav deres medarbejdere adgang til interne psykologer, psykoterapeuter, kiropraktorer, ergoterapeuter og sygeplejersker. 15% af selskaberne svarede, at de betalte 100% for alkoholafvænningsprogrammer. Herudover fremgik det af undersøgelsen, at et mindre antal virksomheder betalte for eksempelvis fysioterapibehandling, ergoterapi og psykologisk behandling.

\* Personalepolitik med en social dimension. Denne kategori omfatter jobrotationsordninger, individuel karriereplanlægning m.v. Jobrotation øger medarbejdernes fleksibilitet, opmuntrer dem til at lære mere om forskellige processer og øger i almindelighed viljen til at tilpasse sig. Andre fordele kan være mindre nedslidning og sygdom hos de ansatte og et bedre psykologisk arbejdsmiljø med større personlig tilfredsstillelse og karrieremuligheder for den enkelte.

### 3. Psykisk arbejdsmiljø og alkoholproblemer.

I den offentlige debat har der tillige været en stigende opmærksomhed om det psykiske arbejdsmiljø og alkoholproblemer.

De psykosociale faktorer opleves i voksende omfang som et problem i arbejdslivet. Dette indebærer risiko for de ansattes sundhed samt forringelse af produktivitet og samfundsmæssige belastninger.

I den forbindelse skal nævnes, at arbejdsministeren den 16. november 1994 besluttede at nedsætte et udvalg, der skulle se nærmere på myndighedernes (Arbejdstilsynets) rolle og metodeanvendelse over for psykosociale risikofaktorer i arbejdslivet.

For så vidt angår virksomhedernes og organisationernes indsats er der en stigning i antallet af kurser m.v., hvori der indgår psykosociale aspekter. Hertil kommer, at flere organisationer og arbejdsgivere tilbyder medarbejdere, der udsættes for arbejdsbetingede psykosociale belastninger, psykologbehandling.

Psykosociale faktorer er imidlertid komplekse. De psykiske tilstande hos medarbejdere er ikke sjældent tilknyttet til andre forhold og faktorer end dem, der knytter sig til arbejdslivet.

På baggrund heraf, samt på baggrund af den stigende indsats på området, herunder virksomhedernes brug af psykolog, har arbejdsgruppen fundet det hensigtsmæssigt at gøre psykologbehandlinger til genstand for særlige overvejelser.

Ligeledes har behandling for alkoholmisbrug været specielt fremhævet. Alkoholmisbrug kan let blive en belastning for hele miljøet på en virksomhed. Hvis der ikke sættes ind over for et sådant misbrug, kan det virke demoraliserende, forringe effektiviteten og øge antallet af arbejdsulykker.

For så vidt angår offentlige arbejdspladser har Finansministeriet i 1994 udgivet en vejledning om alkoholmisbrug og psykiske kriser. Vejledningen retter sig mod medarbejdere på alle niveauer i den statslige sektor, og formålet er at sætte både kolleger og ledere i stand til at håndtere problemerne, når medarbejdere er i krise eller på vej dertil.

Behandling for alkoholmisbrug og beskatning heraf blev bl.a. diskuteret på Socialministeriets høring i juni 1994, hvor virksomhedsledere, kommunale parter og arbejdsmarkedets parter drøftede socialt engagement. Behandling for alkoholmisbrug vil derfor også blive behandlet særskilt i rapporten.

#### 4. Beskatning.

Som ovenfor nævnt er opmærksomheden blevet henledt på det forhold, at medarbejdere, som hjælpes af virksomheden til at komme ud af et alkoholmisbrug, en psykisk krise eller andet, bliver beskattet af det beløb, som virksomheden har betalt.

Som det påpeges senere i rapporten, er der ikke sket ændringer i reglerne for beskatning, men den øgede opmærksomhed om virksomhedernes social engagement har skærpet opmærksomheden om beskatningsproblematikken. Virksomheden vil gerne hjælpe medarbejderen til at fungere bedre på arbejdspladsen til fordel for både virksomheden, medarbejderen og det omgivende samfund. Fra virksomhedernes side er der imidlertid gjort opmærksom på, at beskatning af medarbejderen opfattes som en barriere.

På denne baggrund besluttede regeringen at nedsætte en tværministeriel arbejdsgruppe med de opgaver, som er beskrevet i kommissoriet.

I rapporten gennemgås den skattemæssige behandling af arbejdsgiverbetalte sundhedsudgifter. Dernæst beskrives mulighederne for behandling i det offentlige system og forskellige former for privat sygeforsikring og abonnementsordninger.

I det konkluderende afsnit gives først nogle generelle skatte- og sundhedspolitiske betragtninger. De konkrete betragtninger er herefter delt op alt efter, hvor vidtgående konsekvenser, en eventuel gennemførelse af ændringer skønnes at medføre.

Der drøftes først konsekvenserne af en præcisering af gældende regler. Derefter drøftes muligheden for skattefritagelse af henholdsvis alkoholbehandling og psykologbehandling. Endelig vurderes konsekvenserne af en generel skattefritagelse for arbejdsgiverbetalte sundhedsudgifter. Arbejdsgruppen giver ingen anbefalinger, men vurderer alene mulighederne for og konsekvenserne af en (hel eller delvis) skattefritagelse.

### **III. DEN SKATTEMÆSSIGE BEHANDLING AF ARBEJDSGIVERBETALTE SUNDHEDSUDGIFTER**

#### **1. Lovgrundlag.**

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

Statsskattelovens bestemmelser betyder for det første, at alle former for indkomst er skattepligtige, medmindre skattefriheden direkte er fastslået i lovgivningen. Der er derimod ikke skattepligt blot af den generelle adgang til et gode.

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

For så vidt angår tilskud eller goder, der modtages som led i et ansættelsesforhold el. lign., er skattepligten yderligere fastslået i ligningslovens § 16, hvorefter der ved opgørelsen af den skattepligtige indkomst skal medregnes vederlag i form af formuegoder af pengeværdi, sparet privatforbrug og værdien af helt eller delvis vederlagsfri benyttelse af andres formuegoder.

Tidligere blev personalegoder i en række situationer ikke værdiansat til den objektive værdi, men blev værdiansat ud fra den subjektive værdi for den enkelte ansatte. Landsskatteretten har dog i en kendelse fra 31. oktober 1994, TfS 1994, 851, anset en ansat for skattepligtig af den betalte behandlingsudgift. Kendelsen er nærmere refereret nedenfor.

Problemstillingen er nu afklaret for så vidt angår tilskud og goder, der modtages som led i et ansættelsesforhold. Det fremgår således af ligningslovens § 16. stk. 3, at den skattepligtige værdi af goderne skal fastsættes til den værdi, som det må antages at koste den skattepligtige at erhverve godet i almindelig fri handel.

Såfremt der er tale om et skattepligtigt gode, jf. nedenfor, vil værdien heraf være skattepligtig som personlig indkomst, jf. personskattelovens § 3.

## 2. Offentlige social- og sundhedsudgifter.

Det offentlige sundhedssystem indebærer, at alle har ret til inden for visse rammer at blive behandlet på et offentligt hospital. Der er ikke skattepligt af sådanne ydelser. I den senere omtalte redegørelse fra Kammeradvokaten fra 1990, anses skattefriheden i disse tilfælde begrundet i, at der er tale om sociale goder, der tilkommer alle på lige betingelser, som ingen skal være afskåret fra at modtage, og at ydelserne hidrører fra det offentlige. Kammeradvokaten henviser endvidere til en landsskatteretskendelse offentliggjort i LSR 1950, nr. 12.

Skattefriheden gælder også, hvor amtskommunen som ansvarlig for sygehusbehandlingen sender den pågældende person til behandling på et privat hospital.

For så vidt angår sociale ydelser, der betales af det offentlige, er udgangspunktet, at ydelserne er skattepligtige for modtageren. Dette fremgår bl.a. af, at der i lovgivningen er fastsat visse skattefrihedsbestemmelser.

I medfør af ligningslovens § 7 litra i er der skattefrihed for invaliditetsløb, invaliditetsydelser og **førtidsbeløb**, der er udbetalt i henhold til lov om invalidpension og førtidspension mv., personlige tillæg og invaliditets-, bistands- og plejetillæg, der er udbetalt i henhold til lov om invalidepension og førtidspension m.v. eller folkepensionsloven. Fælles for disse ydelser er, at de primært er tildelt til afhjælpning af ulemper, der følger af et handicap.

I medfør af ligningslovens § 7 litra j er der tale om skattefri ydelser i de tilfælde, hvor ydelserne er udredt i henhold til bistandsloven til dækning af nærmere bestemte udgifter for modtageren. Endvidere er der skattefrihed af ydelser efter bistandslovens § 37a og § 47a. Tilsvarende gælder for støtte, der af offentlige myndigheder og institutioner ydes i henhold til bestemmelser i anden lovgivning, hvorefter støtten opgøres på grundlag af beregninger efter bistandslovens § 37a. Dette er eksempelvis visse ydelser ydet efter loven om kommunal aktivering.

## 3. Sundhedsudgifter betalt af fonde godkendt af socialministeren.

I ligningslovens § 7 litra z er der en særlig hjemmel for skattefrihed for sundhedsudgifter udbetalt af visse fonde. Efter bestemmelsen er der skattefrihed for ydelser til en person fra en fond, stiftelse, forening m.v., som er godkendt af socialministeren og hvis formål er at støtte socialt eller sygdomsbekæmpende arbejde. Den skattefrie ydelse kan maksimalt udgøre 5.000 kr.

#### 4. Arbejdsgiverbetalte sundhedsudgifter.

##### 4.1. Generelle kriterier for beskatning.

Det er de ovenfor nævnte bestemmelser i statsskattelovens § 4 og ligningslovens § 16, der danner grundlaget for en eventuel beskatning, i tilfælde hvor arbejdsgiveren betaler den ansattes sundhedsudgifter.

På baggrund af bestemmelserne kan der fastsættes visse generelle kriterier for, hvornår arbejdsgiverens betaling af den ansattes sundhedsudgifter udløser beskatning af den ansatte.

For det første skal der være tale om en ydelse af økonomisk værdi. For så vidt angår arbejdsgiverbetalte sundhedsudgifter vil dette krav som altovervejende hovedregel være opfyldt.

Der har tidligere i teorien været en del diskussion om, hvorvidt det, at ydelsen er bundet til et bestemt formål, reducerer eller helt fjerner værdien for arbejdstageren.

Holdningen har fra skattemyndighedernes side været, at den økonomiske værdi ikke påvirkes af, at den ansatte også vil kunne få ydelserne fra det offentlige. Dvs. at det har været fastholdt, at der skal ske beskatning af den ansatte af en operation på et privathospital, uanset om den ansatte ville kunne få den samme operation på et offentligt sygehus, blot på et senere tidspunkt.

Dette synspunkt er nu accepteret af Landsskatteretten i en afgørelse af 31. oktober 1994, der er offentliggjort i TfS 1994, 851. Ved afgørelsen fastslog Landsskatteretten, at en arbejdsgivers betaling af udgifterne til en ansats hofteoperation på et privathospital skulle beskattes hos den **ansatte**. Landsskatteretten lagde til grund, at den ansatte, uanset at behandlingen kunne være foretaget på et offentligt hospital, havde ladet sig behandle på et privathospital, og dermed havde den ansatte accepteret at modtage en ydelse på et beløb, der svarede til **behandlingsudgiften**. Afgørelsen er indbragt for landsretten.

Endvidere skal ydelsen have karakter af en indkomst for den ansatte. Dvs. at der skal være tale om personlig ydelse, der ydes i den ansattes interesse. Der kan være tale om personlige ydelser til privat brug eller ydelser, der udgør et sparet privatforbrug.

Som nævnt i afsnit 1 er princippet i statsskatteloven, at der ikke er skattepligt af den blotte adgang til et gode. Dvs. at hvis arbejdsgiveren f.eks. etablerer



et motionslokale eller tegner et firmaabonnement til en sports- eller helseklub, vil selve etableringen af lokalet eller selve tegningen af abonnementet ikke udløse beskatning af de ansatte. Det, at der er tale om en kollektiv ordning, har derimod ikke skattemæssig betydning, jf. nedenfor under pkt. 4.3., hvor der er refereret en udtalelse fra Ligningsrådet om, at det ikke har skattemæssig betydning, såfremt der er tale om en kollektiv forsikringsordning.

Landsoverskatterådet har i en kendelse fra 1928, LOSR 1928, nr. 71, taget stilling til den skattemæssige konsekvens af, at en arbejdstager havde modtaget et beløb fra arbejdsgiveren på den betingelse, at han anvendte beløbet til et rekreati-  
onsophold. Landsoverskatterådet fastslog, at det udbetalte beløb var skattepligtigt for den ansatte. Landsoverskatterådet henså herved til, at udgifter i anledning af sygdom må betragtes som private udgifter, der ikke kan fradrages i den skattepligtige indkomst.

Ligningsrådet blev i 1990 spurgt, om der skal ske beskatning af pensionskassemedlemmer, hvis pensionskassen giver tilbud om dels behandling på en institution for alkoholafvænning dels operation på et dansk eller udenlandsk hospital.

Det var i sagen oplyst, at medlemmerne ikke erhvervede ret til behandling, men at bestyrelsen for pensionskassen i hvert enkelt tilfælde traf beslutning om afgivelse af tilbud om behandling. Herudover fremgik det, at udgifterne ikke skulle afholdes af pensionskassen selv, men af en af pensionskassen oprettet social fond.

Ligningsrådet afviste at besvare spørgsmålene under hensyntagen til, at spørgsmålet ikke fandtes at kunne besvares med den fornødne sikkerhed, idet reglerne for tildeling af de nævnte ydelser ikke var endeligt fastlagt, og idet forespørgslen ikke vedrørte et nærmere angivet medlem. Ligningsrådet fandt dog anledning til at bemærke, at den sociale fond ikke kunne sidestilles med en sygeforsikring el.lign. På det foreliggende grundlag fandt Ligningsrådet hele det beløb, som pensionskassen betaler for behandlingen, som en skattepligtig udlodning til det pågældende medlem af pensionskassen. Den omstændighed, at udgiften til behandlingen eventuelt kunne dækkes af det offentlige, kunne efter Ligningsrådets opfattelse ikke begrunde en lavere værdiansættelse.

I en sag fra 1994 blev Ligningsrådet spurgt om de skattemæssige konsekvenser i forbindelse med at en pensionskasse ønskede at indgå i et forebyggende arbejde om alkoholmisbrug.

Pensionskassen blev tilknyttet en form for abonnementsordning. Abonnementsordningen indebar for det første, at medlemmerne fik ret til en visitation, der var anonym over for pensionskassen. Visitationen bestod typisk i samtaler med rådgivere såsom psykologer, socialrådgivere og jurister. For det andet kunne medlemmet tilbydes et behandlingsforløb, der typisk bestod i psykologsamtaler. I enkelte tilfælde var en mere omkostningskrævende behandling nødvendig, f.eks. bestående i en Minnesotakur.

Ligningsrådet svarede, at ydelser i form af egentlig alkoholbehandling er skattepligtige for modtageren. Dog blev visitationen efter omstændighederne ikke anset for at være skattepligtig.

Ligningsrådet begrundet ikke sin afgørelse nærmere, men det må antages, at Ligningsrådet dels har lagt vægt på, at visitationen er anonym, dels at den har en begrænset økonomisk værdi.

Nedenfor i afsnit 4.3. om forsikringsordninger og abonnementsordninger er nævnt en administrativ praksis, hvorefter der ikke sker beskatning af visse mindre ulykkesforsikringer. Ved afgørelsen er der foretaget en sammenligning med den administrative praksis, hvorefter der ikke er skattepligt af de julekurve, som arbejdsgiveren yder. Dvs. at man i et vist omfang antager, at der en bagatelgrænse på omkring 300 kr.

Den daværende skatteminister har i et svar til Folketinget den 13. december 1989 (Spm. nr. S 277, offentliggjort i TfS 1990, 68) bl.a. redegjort for beskatningen af forsikringsordninger jf. nedenfor under pkt. 4.3. I denne forbindelse nævnes dog også, at der vil være skattepligt, hvis arbejdsgiveren direkte betaler udgifterne ved en ansats ophold og behandling på et privathospital. Der vil således efter skatteministerens opfattelse være tale om et løntillæg for den ansatte.

I forbindelse med en konkret sag om en arbejdsgivers betaling af en ansats hjertetransplantation udtalte den daværende skatteminister i 1988, at der var tale om en skattepligtig ydelse for den ansatte.

Bl. a. i forbindelse med den ovenfor nævnte Ligningsrådssag fra 1990 om beskatning af dels alkoholbehandling dels operation, var der en debat i Folketinget. Foranlediget af denne debat anmodede den daværende skatteminister Kammeradvokaten om en redegørelse for de generelle beskatningsmæssige aspekter af arbejdsgivers tilskud til ansattes medicinske udgifter.

I redegørelsen, der er offentliggjort i TfS 1990, 428, anlagde Kammeradvokaten en bred forståelse af begrebet medicinske udgifter, således at det omfatter enhver udgift til lægelig behandling herunder udgifter til alkoholbehandling og kirurgiske indgreb, såvel kirurgiske indgreb begrundet i sygdom som kirurgiske indgreb, der alene sker af kosmetiske hensyn.

I redegørelsen fastslog Kammeradvokaten, at en arbejdstager er skattepligtig efter statsskattelovens § 4 af medicinske tilskud m.v. modtaget fra en arbejdsgiver. I de tilfælde, hvor tilskuddet rent undtagelsesvis ikke skulle anses for at være af økonomisk værdi, vil tilskuddet ikke skulle beskattes. For så vidt angår vurderingen af, hvorvidt ydelsen har en økonomisk værdi, afviser Kammeradvokaten, at blot det, at ydelsen er klausuleret til en vis anvendelse, skulle berøve den økonomisk værdi. Kammeradvokaten tilslutter sig det synspunkt, hvorefter ydelsen også må anses for at have en økonomisk værdi, hvis klausuleringen beror på modtagerens anmodning eller ønske eller hvor det må antages, at modtageren ville have erhvervet ydelsen, såfremt han havde fået en tilsvarende pengegave stillet til rådighed.

Som nævnt tidligere har Landsskatteretten i en kendelse af 31. oktober 1994, TfS 1994, 851 anset en ansat for skattepligtig af arbejdsgiverens betaling for en operation på et privathospital. Der var i sagen tale om, at den ansatte havde medført hofteledsskred, og at hun tidligere var opereret herfor. I sagen er der fremlagt en udtalelse fra en læge, der erklærer, at den foretagne operation var udtalt nødvendig, og at den ansatte derfor, hvis hun ønskede det, kunne have været opereret på et offentligt sygehus. Den ansatte blev i stedet på arbejdsgiverens bekostning opereret på et privathospital. Om baggrunden for arbejdsgiverens betaling fremgår det af kendelsen, at den ansatte indtog en central stilling i virksomheden, idet hun havde kontakt til en række kunder. Virksomheden valgte derfor at betale udgiften til at få hende opereret på et privathospital, idet man her selv kunne bestemme operationstidspunktet.

Landsskatteretten var af den opfattelse, at det af virksomheden betalte beløb var skattepligtigt for den ansatte som et løntillæg i medfør af bestemmelsen i statsskattelovens § 4. Det kan her supplerende oplyses, at kendelsen vedrører indkomståret 1991, således at ligningslovens § 16 ikke kan finde anvendelse, da den har ikrafttræden 1. januar 1994.

Landsskatteretten lagde endvidere vægt på, at helbredelsesomkostninger, der afholdes til behandling uden for det offentlige sundhedsvæsen, som alt overvejende hovedregel må anses som private udgifter. I det omfang sådanne udgifter afholdes af andre end behandlingsmodtageren, finder retten, at behandlingsmodtageren er tilført et gode, der som udgangspunkt er indkomstskattepligtigt for den pågældende. Retten finder endvidere, at der må gælde en formodning for, at behandling af en arbejdstager på et privathospital normalt ikke udelukkende vil være i arbejdsgiverens interesse, men også vil være af væsentlig betydning for den ansatte, bl.a. fordi tidspunktet for behandlingen herved **fremrykkes**. Arbejdsgiverens forklaring om baggrunden for betalingen har efter rettens opfattelse ikke afkræftet formodningen om, at den ansatte også har haft en væsentlig interesse i behandlingen på privathospitalet.

Landsskatterettens kendelse er indbragt for landsretten.

Ydelser, der ydes i den ansattes interesse står i modsætning til ydelser, der **må** anses for at være en integreret del af arbejdets udførelse. Sidstnævnte ydelser vil ikke være skattepligtige for den ansatte, jf. tilsvarende praksis vedrørende kursusudgifter, hvorefter der ikke sker beskatning, såfremt deltagelsen i kurset sker på arbejdsgiverens foranledning og med henblik på arbejdet i dennes tjeneste.

Der findes dog ikke afgørelser, der foretager en nærmere afgrænsning imellem de to former for ydelser, og der kan derfor ikke siges noget sikkert om beskatningen af ydelser, der må anses for at ligge i det grå område mellem det helt klart private og det helt klart arbejdsrelaterede.

Det må dog antages, at der er skattefrihed i de tilfælde, hvor ydelsen har klar karakter af forebyggelse eller helbredelse af arbejdsrelaterede skader. Som eksempel herpå kan der nævnes de tilfælde, hvor arbejdsgiveren er tilknyttet eller selv har etableret en bedriftssundhedstjeneste. Bedriftssundhedstjenesteme har til formål at forebygge arbejdsmiljøskader og at fremme de ansattes sikkerhed og sundhed både fysisk og psykisk. Bedriftssundhedstjenesterne er så tæt tilknyttet arbejdspladsens arbejdsmiljø, at de næppe kan anses at udgøre en personlig ydelse for de ansatte.

I tæt tilknytning hertil antager Kammeradvokaten i sin ovenfor nævnte redegørelse, at der ikke vil være skattepligt i de tilfælde, hvor en sygdom udspringer af arbejdsforholdet, og udgifter som er opstået som følge af sygdommen betales

af arbejdsgiveren. I disse tilfælde vil der efter Kammeradvokatens opfattelse oftest være tale om ydelse fra arbejdsgiveren efter erstatningsretlige regler og en sådan erstatning vil være skattefri. Det kan dog næppe antages, at skattefriheden vil være afhængig af, hvorvidt arbejdsgiveren må anses for erstatningsansvarlig eller ej.

Hvor langt man kan strække udsagnet om, at der ikke skal ske beskatning, hvis der er tale om forebyggelse eller helbredelse for arbejdsrelaterede skader, er usikkert, da der som nævnt ikke er praksis på dette område.

Som eksempler på tilfælde, hvor man formentlig kan tale om skattefrihed kan nævnes arbejdsgiverens betaling for en fysioterapeut, der sørger for, at den ansatte har den korrekte arbejdsstilling. I tilknytning hertil kan man **nævne** tilfælde, hvor arbejdsgiveren betaler for, at den ansatte går til en kiropraktor eller fysioterapeut og får udbedret f.eks. en dårlig ryg, muskelsmerter el.lign. som skyldes arbejdet. Såfremt skaderne helt klart er forårsaget af arbejdet, vil der næppe kunne ske beskatning af ydelserne.

Man kan også nævne tilfælde, hvor den ansatte tilbydes psykologhjælp som følge af en arbejdsrelateret begivenhed, f.eks. en post- eller bankfunktionær, der har været udsat for et røveri, en lokomotivfører, der har været udsat for en påkørsel eller en sagsbehandler på et socialkontor, der har været udsat for et overfald fra en klient. For så vidt angår de ordninger, hvorefter ansatte på en arbejdsplads har mulighed for at kontakte en psykolog f.eks. via et særligt telefonnummer - en "hot- line"- ordning, kan der henvises til nedenfor under abonnementsordninger.

At afgrænsningen af det arbejdsrelaterede generelt er vanskelig kan illustreres af en Landsskatteretskendelse fra 1988. I denne sag havde et revisionsfirma påtaget sig at stille beklædningsgenstande til rådighed for de ansatte. Beklædningsgenstandene var forsynet med logo og tilhørte virksomheden. De ansatte var forpligtet til at benytte beklædningsgenstandene i arbejdstiden og havde forbud mod at benytte den privat. Landsskatteretten statuerede, at der forelå et skattepligtigt lønaccessorium.

#### 4.2. Ydelsens **fremtrædelsesmåde**.

Beskatningen af arbejdsgiverbetalte sundhedsudgifter sker uanset måden, hvorpå ydelsen fremtræder.

Det er således uden betydning for skattepligten, hvorvidt arbejdsgiveren , betaler direkte til hospitalet, lægen, klinikken el.lign., hvorvidt arbejdsgiveren betaler til den ansatte med klausul om, at beløbet skal gå til betaling af en bestemt sundhedsudgift, eller om arbejdsgiveren refunderer den ansattes udgifter.

Det er ligeledes uden betydning for beskatningen, hvorvidt arbejdsgiverens betaling sker som et tillæg til den ansattes løn eller hvorvidt den ansattes løn reduceres tilsvarende.

Der vil også være skattepligt i de tilfælde, hvor arbejdsgiveren ansætter og lønner en læge, en psykolog el.lign., der herefter **har** sit kontor på arbejdspladsen. I disse tilfælde vil beskatningen dog kunne blive vanskeliggjort af, at det kan være anonymt for den ansatte at konsultere den pågældende læge el. lign. Der er dog ingen tvivl om, at skattepligten ikke påvirkes heraf.

Skatteministeren har den 28. april 1995 besvaret et spørgsmål (spm. 1418) fra Folketingets Skatteudvalg vedrørende den situation, hvor arbejdsgiveren gennem et indskud i et privathospital opnår særordninger og rabatter for sine ansatte. Skatteministeren udtalte, at hvis der kan konstateres en direkte sammenhæng mellem arbejdsgiverens indskud og den opnåede rabatorgning således, at arbejdsgiveren reelt må anses for at yde delvis betaling for den ansatte, vil der være tale om et skattepligtigt gode for den ansatte.

Hvis der derimod er tale om, at hospitalet af rent forretningsmæssige grunde er villig til at give de ansatte en rabat, vil der efter skatteministerens opfattelse ikke være tale om et skattepligtigt gode for den ansatte.

For så vidt angår de tilfælde, hvor arbejdsgiveren tegner en form for forsikring eller abonnerer på en ordning, hvorefter de ansatte anonymt vil kunne få f.eks. psykologhjælp m.m., kan der henvises til nedenfor under forsikringsordninger.

Ydelsens fremtrædelsesmåde har imidlertid betydning for den måde, hvorpå beskatningen sker.

Hvor arbejdsgiverens betaling sker i form af tillæg til den ansattes løn, som betaling af den ansattes private udgifter eller som gave, er ydelsen A-indkomst for den ansatte. Dette indebærer, at arbejdsgiveren skal indeholde A-skat og arbejdsmarkedsbidrag i ydelsen, og at arbejdsgiveren skal indberette ydelsen til skattemyndighederne.

I de tilfælde, hvor arbejdsgiveren ansætter og lønner en læge, en psykolog el.lign., der herefter har sit kontor på arbejdspladsen, vil der være tale om et personalegode, der ikke er A-indkomst for den ansatte. Arbejdsgiveren skal i disse tilfælde hverken indeholde A-skat af værdien af ydelsen eller indberette ydelsen til skattemyndighederne. Den ansatte, der gør brug af personalegodet, skal på selvangivelsen medtage et beløb svarende til ydelsens værdi.

Der er således væsentlig forskel på skattemyndighedernes mulighed for at konstatere, om arbejdsgiveren afholder sundhedsudgifter, der er skattepligtige for den ansatte.

#### **4.3. Forsikringsordninger, abonnementsordninger o.lign.**

I stedet for at arbejdsgiveren selv betaler for den ansattes behandling f.eks. på et privathospital, kan man forestille sig, at arbejdsgiveren tegner en forsikring.

Der kan være tale om, at arbejdsgiveren tegner en ulykkesforsikring, således at der ved indtruffet skade sker udbetaling af en vis sum. Der findes endvidere en type forsikring, hvorefter der udbetales en sum ved diagnosticering af visse nærmere opregnede kritiske sygdomme.

Herudover kan der være tale om, at arbejdsgiveren tegner en form for sygeforsikring gående ud på, at der ved en indtruffet skade er mulighed for at få betalt ophold og behandling på private hospitaler eller klinikker.

Den daværende skatteminister har i et svar i Folketinget den 13. december 1989 (Spm. nr. S 277) omtalt de skattemæssige konsekvenser i to situationer:

En forsikringsordning kan for det første oprettes således, at den ansatte er både forsikrede og ejer af forsikringen. I dette tilfælde vil der være tale om, at forsikringspræmien betales af en anden end den, der er ejer af forsikringen. I medfør af pensionsbeskatningslovens § 56 vil der i dette tilfælde indtræde skattepligt for den ansatte af den betalte præmie.

Forsikringen kan endvidere oprettes således, at den ansatte er den forsikrede, men således at det er arbejdsgiveren, der er ejer af forsikringen. Også i dette tilfælde, vil præmien være et skattepligtigt løntillæg for den ansatte.

Ved oprettelse af en forsikring opnås dermed, at den ansattes skattepligt reduceres til at udgøre den årlige præmieudgift. Til gengæld opnås, at den ansatte

er skattefri af sumudbetalinger herunder forsikringsordningens betaling for operationer eller andre behandlinger, jvf. nedenfor.

De ovenfor under afsnit 4.2. omtalte generelle kriterier gælder også for de tilfælde, hvor arbejdsgiveren ikke betaler for den konkrete sundhedsudgift, men derimod har afdækket risikoen via en forsikring. Det vil bl.a. sige, at der heller ikke vil være skattepligt af forsikringspræmien i de tilfælde, hvor forsikringen kun dækker arbejdsrelaterede skader. Først og fremmest kan det nævnes, at der ikke vil være skattepligt for den ansatte, af den af arbejdsgiveren betalte præmie til den lovplichtige arbejdsskadeforsikring. For så vidt angår andre forsikringer, der kun dækker skader, der opstår i arbejdstiden, er der fast praksis for, at præmien ikke vil være skattepligtig indkomst for den ansatte. Det samme gælder en rejseulykkesforsikring, der alene dækker rejser i arbejdsgiverens tjeneste.

Skatteministeriet har i 1985 truffet en administrativ afgørelse vedrørende ulykkesforsikringer, der både dækker arbejdstid og fritid. I henhold til denne afgørelse vil præmien ikke være skattepligtig for den ansatte, i de tilfælde, hvor forsikringssummen højst andrager 500.000 kr.

Ved fastlæggelsen af forsikringssummen 500.000 kr. ved død eller invaliditet har man lagt til grund, at præmien for fritidsdækning under en heltidsulykkesforsikring i fareklasse 1 udgør ca. 300 kr. Beløbet 300 kr. er den gældende bagatelgrænse for årlige gaver, f.eks. en julekurv, som en arbejdsgiver uden beskatning kan give til en medarbejder. Bagatelgrænsen pristalsreguleres ikke, hvorfor beløbsgrænsen 500.000 kr. heller ikke pristalsreguleres. I praksis er det dog godkendt, at forsikringssummen i indgåede kontrakter med en oprindelig forsikringssum på 500.000 kr. kan forhøjes som følge af en almindelig indeksregulering uden beskatning af den ansatte.

Ligningsrådet har i en bindende forhåndsbesked fra 1994 fastslået, at de enkelte spejdere ikke er skattepligtige hverken af præmien eller den eventuelle udbetalte forsikringssum i forbindelse med en ulykkesforsikring, der tegnes til dækning af ulykker ved møder eller spejderlejr. Præmien for hvert enkelt medlem udgjorde 6 eller 12 kr. alt efter om den pågældende var forsørger eller ej. Forsikringssummen var på henholdsvis 10.000 kr. og 100.000 kr.

I de tilfælde, hvor forsikringssummen overstiger 500.000 kr. skal der foretages en opdeling af præmien, således at den del af præmien, der medgår til dæk-



ning af risikoen i arbejdstiden, er indkomstskattefri, mens hele den del af præmien, der medgår til dækning af risikoen i fritiden, skal medregnes til den ansattes indkomst. Såfremt forsikringen også dækker f.eks. ægtefælle eller andre familimedlemmer, er den hertil svarende del af præmien skattepligtig indkomst for den ansatte. I de tilfælde, hvor forsikringsselskabet ikke har foretaget en opdeling af præmien som anført, gælder en formodningsregel om, at 50 pct. af præmien vedrører arbejdstiden og 50 pct. af præmien fritiden.

Ligningsrådet blev i 1988 spurgt, om de ansatte vil være skattepligtige af præmien ved en af arbejdsgiveren tegnet, ejet og betalt forsikring, som dækker afholdte udgifter for de ansatte til sygehusophold, lægehjælp m.v. Ligningsrådet blev endvidere spurgt, om den skattemæssige behandling af præmien vil være forskellig afhængig af, om arbejdsgiveren tegner en kollektiv forsikring, som dækker samtlige ansatte eller om der tegnes en forsikring, som dækker en antal navngivne nøglepersoner.

Ligningsrådet afviste anmodningen om bindende forhåndsbesked, idet de nærmere forsikringsbetingelser for den påtænkte ordning ikke kunne oplyses. Ligningsrådet henviste dog i sin besvarelse til en besvarelse fra 1986 som den daværende skatteminister afgav i anledning af et spørgsmål fra Lenger (VS) (Spm. S 689). Ministerens svar gik på, at præmien udgjorde en økonomisk fordel for den ansatte, der måtte betragtes som en lønaccessorium for denne. Det blev endvidere pointeret, at den skattemæssige behandling er uden hensyntagen til, hvorvidt ordningen tegnes som en kollektiv forsikring, der dækker samtlige medarbejdere, eller om der tegnes individuelle ordninger for navngivne nøglepersoner.

Præmie til en gruppelivsforsikring, der betales af en pensionskasse, vil være skattepligtig for pensionskassemedlemmet. Se bl.a. Landsskatterettens kendelse af 30. november 1994, TfS 1995,225, hvor skattepligten var forudsat, men hvor det var spørgsmålet om præmien for flere år kunne beskattes samlet i ét indkomstår.

For så vidt angår udbetalinger fra ovennævnte forsikringsordninger gælder, at sumudbetalinger til f.eks. dækning af hospitalsophold eller lægeudgifter ikke er skattepligtige. Sker udbetalingen derimod i form af løbende udbetalinger f.eks. i form af dagpenge, vil der være tale om skattepligtig indkomst for den ansatte.

Nogle forsikringsordninger oprettes således, at udbetalinger fra forsikringen tilkommer arbejdsgiveren. Der kan f.eks. være tale om en såkaldt nøglepersonsforsikring, der går ud på at dække en virksomheds tab ved en betydende medarbejders tab af arbejdsevnen. I de tilfælde, hvor udbetalingen ikke tilkommer den ansatte selv, vil der ikke indtræde skattepligt hos den ansatte.

Beslægtet med forsikringsordninger er de abonnementsordninger, som arbejdsgiveren kan tegne for alle ansatte på virksomheden, og som giver de ansatte mulighed for at blive behandlet eller få rådgivning af diverse specialister f.eks. psykologer, socialrådgivere, advokater m.v. Abonnementsordningen kan også give mulighed for mere omfattende behandlinger af den ansatte, f.eks. alkoholbehandlinger.

Der findes ikke afgørelser, der direkte tager stilling til, hvorvidt abonnementet for sådanne ordninger udgør en skattepligtig indkomst for de ansatte. I afsnit 4.1. er nævnt en afgørelse fra Ligningsrådet fra 1994, hvor Ligningsrådet fastslog, at der var skattepligt af større behandlinger, men derimod ikke af en modtagen visitation. Ved afgørelsen tog man derfor udgangspunkt i spørgsmålet om beskatning af den ydelse, som den ansatte/pensionskassemedlemmet modtog via abonnementsordningen. Der var ikke spurgt om, hvorvidt den ansatte var skattepligtig af præmien, og derfor blev dette spørgsmål ikke berørt af Ligningsrådet.

Umiddelbart synes der ikke at være den store forskel på deciderede forsikringsordninger og disse abonnementsordninger, og det kan derfor være svært at se, hvorfor der skulle være forskel i den skattemæssige behandling.

For så vidt angår forsikringsordninger som ulykkesforsikringer, er der tale om, at man via forsikringen opnår en dækning, hvorefter man i visse situationer har ret til et vist beløb. I disse tilfælde kan man eventuelt tale om, at der er tale om en mere direkte dækning end i ordninger, hvorefter man er sikret ret til behandling, men næppe til behandling af et vist sikret omfang.

Der kan dog næppe siges at være forskel på de ovenfor nævnte abonnementsordninger og forsikringsydelse, hvorefter man **forsikrer** sig ret til et sygehusophold.

Det skal bemærkes, at den generelle regel om, at der ikke er skattepligt, hvis ydelsen må anses for tæt relateret til arbejdet, også gælder for disse abonnementsordninger. Dvs. at hvis abonnementsordningen anvendes til f.eks. behandling

af psykiske problemer i forbindelse med nedskæringer eller fusioner vil der ikke indtræde skattepligt. Hvis abonnementsordningen derimod anvendes til afhjælpning af private problemer, vil der være tale om en skattepligtig ydelse for den ansatte. Problemet i denne situation er dog, at det vanskeligt i forbindelse med præmiebetalingen kan udskilles, hvorvidt abonnementsordningen i sig selv må anses for arbejdsrelateret eller ej. Uanset at denne næppe må anses for at være fuldstændig arbejdsrelateret, idet man jo ikke på forhånd kan antage, at folk ikke vil kunne henvende sig med private problemer, vil det være vanskeligt at gennemføre en beskatning af præmien. Derfor vil der nok typisk blive tale om, at beskatningen først kan afgøres via den konkrete anvendelse, dvs. at beskatningen i givet fald vil blive relateret til behandlingens værdi og ikke præmien.

Sondringen omkring det arbejdsrelaterede i forbindelse med abonnementsordninger vil endvidere kunne få betydning i de tilfælde, hvor abonnementsordningen tegnes af en pensionskasse til brug for pensionskassens medlemmer. I disse tilfælde, vil der ikke kunne være tale om arbejdsrelaterede ydelser, og medlemmer vil derfor principielt være skattepligtige af en forholdsmæssig del af præmien.

#### **4.4. Fradrag for sundhedsudgifter.**

Arbejdsgiveren vil som altovervejende hovedregel have fradrag for betaling af den ansattes sundhedsudgifter, herunder for udgifter til forsikrings- og abonnementsordninger. Skattemæssigt anses alle udgifter til personalepleje at kunne karakteriseres som en driftsomkostning, der er fradragsberettiget i medfør af statskattelovens § 6a. Dette vil ligeledes være tilfældet, hvis arbejdsgiveren udover sundhedsudgiften dækker en eventuel beskatning af udgiften.

Kun i tilfælde, hvor det må antages at udgiften ikke afholdes på grund af ansættelsesforholdet, men derimod har gavekarakter, vil der kunne nægtes fradragsret. Dette vil dog kun undtagelsesvist være tilfældet.

Ligningsrådet har i en bindende forhåndsbesked fra 1987 fastslået, at arbejdsgiveren har fradrag for omkostningerne ved at lade en ansat underkaste sig en behandling for alkohol- eller stofmisbrug. Ligningsrådet udtalte, at der er tale om en fradragsberettiget personaleudgift for virksomheden, under forudsætning af, at den ansatte ikke er nærtstående til virksomhedens indehaver.

Landsskatteretten har i en kendelse af 21. november 1994 godkendt et selskabs fradrag for udgifter til alkoholafvænning for eneanpartshaverens søn, der var direktør i selskabet. Landsskatteretten fandt, at udgiften i det væsentligste var begrundet i ansættelsesforholdet.

For så vidt angår sundhedsudgifter, der afholdes af den ansatte selv, vil den ansatte derimod næppe kunne foretage fradrag. For den ansatte anses afholdelsen af sundhedsudgifter ikke for at kunne karakteriseres som en driftsomkostning, men derimod som en ikke-fradragsberettiget privat udgift.

Landsskatteretten blev i 1990 forelagt en sag, hvor en person havde afholdt udgifter til behandling for alkoholmisbrug. Landsskatteretten udtalte, at udgifter til behandling m.v. i anledning af sygdom, der finansieres ved selvbetaling, må betragtes som private udgifter, der ikke er fradragsberettigede. Behandlingens betydning for opretholdelse af den pågældendes stilling som adjunkt kunne ikke fratage udgiften karakteren af privatudgift vedrørende personens helbred. Afgørelsen er offentliggjort i T og S- nyt 1991 s. 85.

I en ikke-offentliggjort kendelse af 13. januar 1995 har Landsskatteretten nægtet en skatteyder fradrag for udgifter til behandling af en ankelskade. Der var i sagen tale om en lærer, der bl.a. underviste i idræt. Den pågældende lærer var blevet henvist til to specialister, der imidlertid ikke var ansat i det amt, hvori hun boede. Da der på daværende tidspunkt ikke var frit sygehusvalg foregik behandlingen på et privathospital. Som begrundelse for nægtelsen af fradraget henviser Landsskatteretten til, at helbredsomkostninger, der afholdes til behandling uden for det offentlige sundhedsvæsen, som alt overvejende hovedregel må anses som private udgifter. Det lægges desuden til grund, at operationen kunne være udført på et offentligt sygehus, ligesom skatteyderen kunne have fået andre fag end idræt. På denne baggrund fandt Landsskatteretten, at der ikke var tale om driftsomkostninger i forbindelse med udførelsen af et indtægtsgivende arbejde.

Det fremgår ikke af Landsskatterettens kendelse af 13. januar 1995, hvorvidt der var tale om en skade opstået på grund af skatteyderens arbejde, og der foreligger heller ikke iøvrigt praksis vedrørende fradrag for udgifter til behandling af klart arbejdsrelaterede skader eller sygdom. Det må dog antages, at udgiften i vidt omfang vil blive bedømt til hovedsagelig at være en privat udgift.

Det kan supplerende bemærkes, at for selvstændige erhvervsdrivende vil den manglende fradragsret kunne resultere i, at den pågældende har fradragsret for sundhedsudgifter, der betales for de ansatte i virksomheden. Den selvstændige erhvervsdrivende vil derimod ikke have fradrag for sundhedsudgifter, der betales for behandling af den selvstændige selv.

## **5. Konklusion.**

På grundlag af lovtækst, praksis samt litteraturen på området er det arbejdsgruppens opfattelse, at for så vidt angår den skattemæssige behandling af arbejdsgiverbetalte sundhedsudgifter vil der dels være et skattefrit område dels et skattepligtigt område.

For så vidt angår det skattefrie område er der for det første tale om offentlige sundhedsudgifter samt en række lovhjemlede skattefritagelsesbestemmelser primært i ligningsloven.

For det andet er der tale om sundhedsudgifter, der afholdes af arbejdsgiveren til forebyggelse eller behandling af arbejdsrelaterede skader eller sygdomme. Argumentationen herfor er, at der i disse tilfælde ikke vil være tale om personlige ydelser, der afholdes i den ansattes interesse, men derimod om ydelser, der må anses for at være en integreret del af arbejdets udførelse. Der vil for det første være tale om de sundhedsudgifter, der relaterer sig til den lovpligtige arbejdsulykkesforsikring samt til bedriftssundhedstjenesterne, men det må endvidere antages, at der uden for dette område også vil kunne være tale om udgifter, der må anses for at være arbejdsrelaterede. Det har dog ikke været muligt for arbejdsgruppen at foretage en nøjere afgrænsning af, hvor grænsen for det arbejdsrelaterede må anses for at gå, da der ikke foreligger praksis på dette område.

For så vidt angår de arbejdsgiverbetalte sundhedsudgifter, der ikke kan anses for omfattet af de nævnte områder for skattefrihed vil der efter arbejdsgruppens opfattelse være tale om sundhedsudgifter, der skal medregnes ved opgørelsen af den ansattes skattepligtige indkomst.

Der har igennem årene været en del diskussion af, hvorvidt de gældende skattemæssige regler indebærer, at der skal ske beskatning af den ansatte, når arbejdsgiveren afholder den ansattes sundhedsudgifter. Argumentationen imod beskatning har berørt spørgsmålet, om der foreligger hjemmel til beskatning, værdiansæt-

telsesproblematikken samt det rimelige og politisk ønskelige i at gennemføre en beskatning.

Som det fremgår af den ovenfor refererede praksis foreligger der endnu ikke domspraksis på området. Der foreligger derimod to landsskatteretskendelser, hvoraf den ene er fra 1994 og meget klar i sine præmisser. Denne kendelse er indbragt for domstolene, således at der inden for en overskuelig fremtid vil foreligge en domstolsafgørelse. Herudover foreligger der en del ligningsrådspraksis.

Arbejdsgruppen mener dog, at lovteksten kombineret med især landsskatterettens praksis indebærer, at der vil indtræde skattepligt. Der kan dels være tale om skattepligt af de af arbejdsgiveren afholdte udgifter til læge, privathospital el. lign., dels om de af arbejdsgiveren afholdte udgifter til præmie vedrørende en syge- eller ulykkesforsikring eller abonnementsafgift vedrørende de eksisterende abonnementsordninger vedrørende psykologbistand m.v.

#### **IV. MULIGHEDERNE FOR BEHANDLING I DET OFFENTLIGE SYSTEM**

##### **1. Det offentlige sygehussystem.**

Sundhedsvæsenet er opdelt i en primær og en sekundær sektor. De praktiserende læger og andre, der finansieres gennem sygesikringen hører til den primære sektor, og sygehusene hører til den sekundære sektor. Man kan også sondre mellem det behandlende og det forebyggende sundhedsvæsen. I det følgende fokuseres der primært på det behandlende sundhedsvæsen.

Det danske sundhedsvæsen er organiseret enten som offentligt drevet institutioner eller som liberale erhverv med offentlige tilskud. Det er således karakteriseret som offentligt styret og helt overvejende offentligt finansieret ved almindelig beskatning.

Det er overladt til decentrale politiske organer, at drive sundhedsvæsenet. Regeringen og de centrale sundhedsmyndigheder fastlægger de overordnede rammer, det decentrale sundhedsvæsen skal udfylde, men der er et ganske vide ramme for de lokale myndigheders sundhedspolitiske prioriteringsmuligheder.

##### **1.1. Det somatiske sygehusvæsen.**

Efter sygehusloven yder amtskommunerne og Hovedstadens Sygehusfællesskab (HS) gratis sygehusbehandling til personer, der har bopæl i henholdsvis amtskommunen eller HS-området. For personer med bopæl uden for det enkelte amt eller HS-området ydes under midlertidigt ophold akut behandling. Endvidere ydes behandling af patienter, der i henhold til sygehuslovens regler om frit sygehusvalg vælger behandling uden for eget amt henholdsvis HS-området.

Reglerne om frit sygehusvalg omfatter samtlige offentlige sygehuse. En række mindre foreningsejede behandlingssteder er ligeledes omfattet inden for en fast økonomisk ramme.

Kun hvis patienten efter en lægelig vurdering har behov for højt specialiseret behandling, har patienten krav på at blive henvist til de sygehusafdelinger, der varetager lands- og landsdelsfunktioner.

Amtskommunerne og HS er forpligtet til at indgå aftaler om benyttelse af lands- og landsdelsafdelinger med henblik på at sikre alle borgere lige adgang til nødvendig specialiseret behandling.

Det amtskommunale sygehusvæsen varetager endvidere opgaver i forbindelse med undervisning og uddannelse af plejepersonale og lægers kliniske videreuddannelse samt sundhedsvidenskabelig forskning.

Sygehusopgaverne løses altså som rent offentlige serviceydelser, der er fuldt skattefinansierede. Opgaverne er ikke nærmere defineret i sygehusloven, men der er hverken faglig eller politisk tvivl om, at sygehusene skal varetage den specialiserede undersøgelse, behandling og pleje af såvel somatiske (legemlige) som psykiske tilstande, der ikke mere hensigtsmæssigt kan varetages i primær- eller socialektoren.

Derudover leverer sygehusvæsenet diagnostisk støtte til praksissektoren og opretholder et vagtberedskab, så sygehusene kan varetage akutte sygdoms- og ulykkestilfælde.

I tabel 1 er vist en række nøgletal for det somatiske sygehusvæsen.

**Tabel 1:** Data for de somatiske sygehuse for 1993.

Sengedage	6.825.751
Udskrivninger	1.089.563
Gennemsnitlig liggetid	6,26
Nettoudgifter, mio.kr.	29.487,1
Antal ansatte omregnet til fuldtidsbeskæftigede	84.171
Senge	26.463

Kilde: Landspatientregisteret 1993, Statistisk Tiårsoversigt 1994, Drifts- og anlægsudgifter på hovedkonti, (Amtsrådsforeningen 1994), og virksomheden ved sygehuse 1993.

De ansatte fordeler sig med ca. 10 pct. læger, 30 pct. sygeplejersker, 17 pct. andet plejepersonale og 43 pct. øvrigt personale.

## 1.2. Psykiatri.

Psykiatrisk behandling varetages primært på landets psykiatriske sygehuse eller psykiatriske afdelinger på somatiske sygehuse.



Ud over de love m.v., der i øvrigt gælder for behandling på sygehuse, er behandlingen på psykiatriske afdelinger reguleret af lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien (lov nr. 331 af 24. maj 1989).

Psykiatrisk behandling varetages desuden af speciallæger i psykiatri, der i lighed med andre speciallæger praktiserer under sygesikringen.

Med indførelsen af distriktpsychiatri i løbet af 1980'erne er tilrettelæggelsen af den psykiatriske behandling ændret. Den distriktpsychiatiske indsats er generelt tilrettelagt som lokale ambulante behandlingstilbud organisatorisk og ledelsesmæssigt tilknyttet en sygehusafdeling.

Amtskommunerne finansierer den samlede psykiatriske indsats på sygehuse og under sygesikringen.

HS varetager og finansierer indsatsen i sygehusregi, herunder den distriktpsychiatiske funktion, mens København og Frederiksberg kommuner fortsat forestår indsatsen hos privatpraktiserende speciallæger i sygesikringsregi.

## **2. Det sociale system**

### **2.1. Bistandslovens § 46 a.**

Efter bistandslovens § 46 a kan der ydes hjælp til sygebehandling, medicin, tandbehandling eller lignende, når følgende betingelser er opfyldt:

- a. udgiften kan ikke dækkes efter anden lovgivning
- b. pågældende har ikke selv midler til at afholde udgiften,
- c. udgiften må efter en vurdering fra en læge anses for velbegrundet.

Der er således et indtægtskriterium for at kunne yde hjælp efter § 46 a i bistandsloven.

For at give et indtryk af praksis på området skal der nævnes nogle eksempler på afgørelser fra Den Sociale Ankestyrelse:

#### **Alternativ behandling.**

Der blev givet afslag på økonomisk hjælp efter bistandslovens § 46 a til behandling af 2 børns hudlidelse hos naturlæge, idet behandlingen ikke kunne anses for lægeligt velbegrundet.

**Kost:**

Udgifter til kaloriefattig kost, der skulle hjælpe til at nedbringe ansøgerens overvægt, kunne ikke sidestilles med udgifter til sygebehandling, medicin eller lignende.

Der kunne ydes hjælp til dækning af merudgifter til glutenfri diætkost til en klient med en tarmlidelse, der bevirkede, at han livet igennem skulle have glutenfri kost.

Der kunne ydes hjælp til merudgifter til diætkost til en klient med insulinbehandlet sukkersyge, såfremt han ikke selv havde midler til at afholde udgiften.

**Alkoholmisbrug:**

Der kunne i særlige tilfælde gives hjælp til betaling af udgifterne ved behandling af alkoholmisbrug i institutioner uden for det offentlige behandlingssystem. Der skulle være tale om et alkoholmisbrug af betydeligt omfang gennem en længere årrække.

Behandlingsmulighederne inden for det offentlige system skulle være udtømte. Opholdet skulle i det enkelte tilfælde være lægeligt velbegrundet. Ansøgeren måtte ikke selv have midler til at afholde udgiften.

**Stofmisbrug:**

Behandlingsmulighederne i det offentlige system ansås for udtømte for en 28-årig ansøger, der havde været stofmisbruger siden sit 15. år. Ansøger var derfor berettiget til hjælp til behandling efter bistandsloven uden for det offentlige behandlingssystem (konkret: Egeborg Behandlingscenter).

Ankestyrelsen lagde vægt på, at det behandlingstilbud, kommunen havde givet, ikke indeholdt noget nyt, som sammenholdt med det hidtidige behandlingsforløb gav en rimelig forventning om, at behandlingen ville bevirke ophør af misbruket. Det hidtidige behandlingsforløb havde strakt sig over adskillige år.

**Kunstig befrugtning:**

Der kunne ikke ydes hjælp efter bistandslovens § 46 a til kunstig befrugtning til en samlevende kvinde, som fordi hun allerede havde et barn ikke kunne få foretaget kunstig befrugtning inden for det offentlige sygehusvæsen.

## Ventetid

Endelig har Socialministeriet på spørgsmål om muligheden for at yde hjælp efter bistandslovens § 46 a på **privathospital/klinik** anført, at forudsætningen herfor er, at behandlingsmulighederne inden for det offentlige er udtømte. Ventetid kan således ikke hjemle anvendelse af bistandslovens § 46 a.

### 2.2. Dagpengelovens § 28.

Der er i medfør af dagpengelovens § 28 mulighed for, at en arbejdsgiver, der beskæftiger en lønmodtager, hvis fraværsrisiko på grund af langvarig eller kronisk sygdom er væsentligt forøget, kan få refunderet udgiften til sygedagpenge for de to første uger af hvert sygefravær som følge af lidelsen.

Private og offentlige arbejdsgivere kan således indgå § 28-aftaler for alle udgifter til sygedagpenge på grund af den kroniske eller langvarige lidelse som aftalen omfatter.

Offentlige arbejdsgivere får refunderet sygedagpenge for de første to uger af sygefraværet, men skal herefter selv afholde de resterende udgifter til sygedagpenge, hvis fraværet varer mere end to uger.

Ved vurderingen af, om der foreligger en sygdomsrisiko, lægges der vægt på det lægelige skøn over den fremtidige sygdomsrisiko samt på arbejdets karakter.

Der kan indgås en sådan aftale, når lønmodtagerens sygdomsrisiko er væsentligt forøget p.g.a. en langvarig eller kronisk lidelse, således at lidelsen skønnes at medføre et fravær på mindst 10 dage om året.

Aftalen indgås for et år ad gangen. Aftalen kan herefter kun fornyes, hvis lidelsen har medført mindst 10 fraværsdage i det forløbne år. Kun hvis der er indtrådt væsentlige ændringer i lønmodtagerens erhvervs- eller helbredsmæssige forhold kan denne 10 dages regel fraviges.

Der kan også indgås en aftale for en kortere, nærmere afgrænset periode, når lønmodtageren skal indlægges eller gå til ambulans behandling, og dette var besluttet før ansættelsen.

For så vidt angår praksis, er det Socialministeriets opfattelse, at administration af denne bestemmelse ikke giver anledning til større problemer. Den Sociale Ankestyrelse har truffet én afgørelse, som angår behandling af barnløshed:

Kommunen havde ikke pligt til at godkende en § 28-aftale mellem arbejdsgiver og en lønmodtager i forbindelse med behandling for barnløshed, idet fraværet ikke skyldtes lønmodtagerens egen sygdom, men en kronisk lidelse hos ægtefællen.

Der kan ydes nedsatte dagpenge til lønmodtagere ved delvis uarbejdsdygtighed på grund af sygdom, når lægen skønner, at arbejdet kun kan bestrides delvist.

Siden den 1. juli 1994 er muligheden for at kunne modtage nedsatte dagpenge blevet forenklet, idet der ikke længere stilles krav om en forudgående fraværperiode med fuldt fravær for at kunne modtage de delvise sygedagpenge. Blot lægen skønner, at man kun kan arbejde delvis, er der ret til de nedsatte dagpenge.

Der kan endvidere ydes nedsatte dagpenge, når 2 eller flere ambulante behandlinger, der er foreskrevet af en læge eller tandlæge, medfører delvis fravær fra arbejdet.

Det er en betingelse for at få ret til nedsatte dagpenge, at fraværet er på mindst 4 timer pr. uge. I de 4 timer medregnes transport og ventetid ved de ambulante behandlinger.

### 3. Bedriftssundhedstjenesterne (BST).

BST's opgave er at levere den nødvendige faglige støtte, så virksomhederne kan leve op til arbejdsmiljølovens målsætning.

Det fremgår af § 1 i Arbejdsministeriets bekendtgørelse nr. 323 af 19. maj 1993 om bedriftssundhedstjeneste (BST-bekendtgørelsen), at formålet med BST er,

- at forebygge arbejdsmiljøskader, herunder arbejdsulykker, erhvervs sygdomme og nedslidning ved at bekæmpe påvirkninger i arbejdet, som fysisk eller psykisk virker skadelige, samt
- at fremme de ansattes sikkerhed og sundhed både fysisk og psykisk.

#### 3.1. Omfang

BST-bekendtgørelsens § 2 fastsætter, at der på virksomheder, hvor hensynet til de ansattes sikkerhed og sundhed taler for det, skal etableres BST. Pligten gælder både for offentlige og private virksomheder.

Siden 1978 er der sket en gradvis udbygning i indtil nu 6 etaper, således, at der pr. januar 1995 var ca. 80.000 virksomheder tilsluttet BST, og ca. 770.000 lønmodtagere er omfattet af ordningen. BST-udbygningsplanen frem mod år 2000 omfatter yderligere 60-70.000 virksomheder.

### **3.2 Forskellige former for BST**

Virksomhederne kan frit vælge mellem flere former for BST. Virksomhederne kan således opfylde BST-pligten ved selv at oprette en BST, deltage i enten et BST-center, branche-BST., eller indgå aftale om bistand fra en anden virksomheds-BST.

Et BST-center eller en branche-BST kan oprettes både i selskabsform og som en forening. Disse former for BST ledes af en bestyrelse, der sammensættes med ligelig repræsentation fra ledelse og ansatte i de tilknyttede virksomheder.

Personalet i BST sammensættes under hensyn til karakteren af de pågældende virksomheders arbejdsmiljøproblemer.

### **3.3. Finansiering af BST**

Udgiften til opretholdelse og drift af BST, afholdes af arbejdsgiveren. Der kan ydes et etableringstilskud fra staten.

Kommuner og amtskommuner kan tillige yde tilskud til etablering og drift af BST.

De foranstaltninger som BST iværksætter må ikke føre til udgifter for den ansatte.

### **3.4. BST's opgaver**

BST's opgaver omfatter rådgivning samt deltagelse i planlægning af foranstaltninger, som kan have indflydelse på arbejdsmiljøet. BST kan ikke anvendes til andre opgaver end, hvad der følger af arbejdsmiljøloven, dvs. forhold, der er begrundet i arbejdsmiljøproblemer, eller det nære ydre miljø.

BST's opgavevaretagelse er typisk karakteriseret ved følgende:

- Registrering, analyse og vurdering af arbejdsmiljøpåvirkninger,
- rådgivning ved planlægning af ny produktion,
- foretagelse af arbejdshygiejniske målinger,

- rådgivning ved køb af f.eks. personlige værnemidler,
- ergonomisk planlægning af arbejdet,
- foretagelse af helbredsundersøgelser,
- undervisning.

BST's opgaver ved behandling af sygdom skal ifølge BST-bekendtgørelsen begrænses til behandling ved ulykkestilfælde og livstruende eller lignende sygdomstilfælde, som måtte indtræffe mens bedriftssundhedstjenesten er på arbejdspladsen.

Endvidere kan BST rådgive den praktiserende læge, samt behandle efter aftale med denne i tilfælde, hvor sygdommen alene eller i overvejende grad skyldes arbejdsmiljø, og hvor en effektiv behandling kun kan gennemføres sideløbende med den eller de udløsende faktorer i arbejdsmiljøet.

Endelig kan BST foretage efterkontrol efter aftale med den praktiserende læge.

## **4. Arbejdsskadesystemet**

### **4.1. Grundprincipper i det eksisterende system**

Det gældende arbejdsskadesystem bygger på følgende grundprincipper:

Arbejdsgiveren er erstatningsansvarlig over for sine ansatte og deres efterladte for følger af de ansattes personskade, der skyldes arbejdet for arbejdsgiveren eller de forhold, hvorunder det foregår (arbejdsskade). Arbejdsgiverne er også erstatningsansvarlige for hændelige skader, som de ikke har mulighed for at forebygge (objektivt ansvar).

Arbejdsgiveren (forsikringstageren) har pligt til at afgive sin erstatningsrisiko til et arbejdsskadeforsikringsselskab (forsikringsgiveren), som udreder erstatning og godtgørelse efter loven.

Arbejdsgiveren har således intet økonomisk ansvar efter lov om forsikring mod følger af arbejdsskade i tilfælde af skade, når der er tegnet forsikring.

### **4.2. Arbejdsskadebegrebet efter lov om forsikring mod følger af arbejdsskade**

En arbejdsskade er (i lovens § 9) defineret som

1. ulykkestilfælde, som skyldes arbejdet eller de forhold, hvorunder dette foregår,
2. skadelige påvirkninger af højst 5 dages varighed, der skyldes arbejdet eller de forhold, hvorunder dette foregår, eller
3. erhvervssygdomme.

Ad. 1: Loven indeholder ikke nogen nærmere definition af begrebet ulykkestilfælde. Sædvanligvis forstår man i forsikringsretten et ulykkestilfælde som en udefra kommende eller virkende, af den forsikredes vilje uafhængig, pludselig indtrædende begivenhed, der har en skadelig påvirkning af pågældendes helbredstilstand til følge. Ved administrationen af loven og tidligere love på området er denne definition af begrebet ulykkestilfælde lagt til grund.

Ad. 2: Skadelige påvirkninger af højst 5 dages varighed, der skyldes arbejdet, er karakteriseret ved hverken at være egentlige ulykker eller egentlige erhvervssygdomme, selv om der er grænsetilfælde til begge typer af arbejdsskader. En kortvarig skadelig påvirkning skal efter praksis normalt være af mindst 3 - 4 timers varighed.

Ad. 3: Sygdomme, som efter medicinsk og teknisk erfaring er forårsaget af særlige påvirkninger, som bestemte persongrupper gennem deres arbejde eller de forhold, hvorunder dette foregår, er udsat for i højere grad end personer uden sådant arbejde.

Endvidere et levendefødt barns sygdomme, der er pådraget inden fødslen som følge af moderens arbejde under graviditeten.

Denne bestemmelse indeholder mulighed for at anerkende visse ikke-velbeskrevne eller ikke-veldefinerede sygdomme som arbejdsskader, hvis det efter en konkret vurdering i Erhvervssygdomsudvalget godtgøres, at sygdommen efter den nyeste medicinske erfaring opfylder kravene for at blive optaget på fortegnelsen over erhvervssygdomme, eller sygdommen må anses for udelukkende eller i overvejende grad at være forårsaget af arbejdets særlige art.

Chefen for Arbejdsskadestyrelsen har efter forhandling med Erhvervssygdomsudvalget udarbejdet den omtalte fortegnelse over erhvervssygdomme.

### **4.3. Specielt om psykosociale risikofaktorer i relation til lov om forsikring mod følger af arbejdsskade**

Arbejdsskadestyrelsen har om anerkendelse af psykiske skader som ulykkestilfælde eller som en erhvervs sygdom refereret til Nyt om arbejdsskader nr. 10/1993 og 2/94 om anerkendelsespraksis.

Det fremgår heraf, at en psykisk lidelse kan erkendes som erhvervs sygdom efter forelæggelse for Erhvervs sygdomsudvalget, hvis den er en følge af vold eller længerevarende trusler om vold.

Udbrændthed og stress som følge af ensidigt gentaget arbejde, alenearbejde, arbejds mængde og -tempo, skiftearbejde, rollekonflikter, overvågningsarbejde, samarbejdsrelationer mv., vil ikke efter den foreliggende praksis kunne anerkendes efter lov om forsikring mod følger af arbejdsskade.

### **4.4. Specielt om betaling for behandlinger m.v. efter lov om forsikring mod følger af arbejdsskade**

Efter § 30 i lov om forsikring mod følger af arbejdsskade har skadelidte ret til at få betalt visse behandlinger og hjælpemidler m.v., der er nødvendiggjort af arbejdsskaden.

§ 30, stk. 1 pålægger for så vidt angår behandlingsudgifter m.v. kun arbejdsskadeforsikringen pligt til at betale, i det omfang "udgifterne ikke kan afholdes efter lov om offentlig sygesikring eller som led i behandlingen på offentligt sygehus".

Lov om forsikring mod følger af arbejdsskade er altså på dette punkt subsidær i forhold til den generelle sundhedslovgivning.

Omvendt for så vidt angår hjælpemidler efter §30, stk. 2. Her er lov om forsikring mod følger af arbejdsskade primær i forhold til anden relevant lovgivning.

### **4.5. Selvrisikoordninger**

Arbejdsskadestyrelsen har oplyst, at der eksisterer en række selvrisikoordninger, hvoraf to hovedformer beskrives nedenfor:



Den ene går ud på, at arbejdsgiveren betaler visse udgiftstyper direkte. Der har hidtil kun været tale om udgifter efter § 30. Den anden går ud på, at arbejdsgiveren betaler alle udgifter efter loven direkte op til et aftalt maksimum.

Efter Arbejdsskadestyrelsens opfattelse vil ingen af de 2 kendte og beskrevne selvriskoformer have betydning i forbindelse med arbejdsgiverbetalte sundhedsudgifter, idet ordningerne ikke giver de ansatte (de skadelidte) særskilte rettigheder, men alene regulerer betalingen mellem arbejdsgiveren (forsikringstageren) og forsikringsselskabet. De selvriskoordninger, der er kendt i Arbejdsskadestyrelsen, administreres af forsikringsselskaberne. Det sikrer, at arbejdsgiverne ikke selv kan tage stilling til spørgsmålet om skadelidtes ret til erstatning, godtgørelse eller betaling af behandlingsudgifter m.v., men at sagerne administreres på samme måde som andre arbejdsskadesager.

## **5. Den offentlige sygesikring**

Den offentlige sygesikring dækker behandlinger, som borgere skal have foretaget uden for hospitalerne. Sygesikringen er skattefinansieret, og alle borgere bosat i Danmark er omfattet. Der findes to sikringsgrupper, og valget imellem dem har siden 1976 været frivilligt. 97% af befolkningen befinder sig i gruppe 1, der giver gratis adgang til praktiserende læge. Ved konsultation hos tandlæger, fysioterapeuter m.fl. betaler sygesikringen kun en del af omkostningen.

I henhold til lov om offentlig sygesikring (lovbekendtgørelse nr. 77 af 31. januar 1994), ydes helt eller delvist offentligt tilskud til følgende ydelser:

- Almen lægehjælp,
- speciallægehjælp,
- medicin,
- tandlægebehandling,
- fysioterapi,
- kiropraktik,
- fodterapeuter,
- briller/rejsesygesikring,**
- begravelseshjælp og
- befordringsgodtgørelse.

Herudover er etableret en forsøgsordning med tilskud til psykologhjælp. Det er besluttet, at ordningen bliver permanent fra 1. juli 1995.

Sygesikringen er overvejende en amtskommunal opgave. Kommunerne administrerer således alene områderne begravelseshjælp og befordringsgodtgørelse og reglerne om lægevalg samt bistår amtskommunerne ved udstedelsen af sygesikringsbeviser.

Den nærmere afgrænsning af og vilkårene for de ydelser, som sygesikringsloven omfatter, fastlægges ved overenskomster mellem Sygesikringens Forhandlingsudvalg (SFU) og de respektive faglige organisationer af læger, tandlæger m.fl. Overenskomsterne skal godkendes af sundhedsministeren.

SFU har 7 medlemmer, hvoraf 1 medlem er udpeget af Københavns og Frederiksberg kommuner i fællesskab. Amtsrådsforeningen udpeger de øvrige 6 medlemmer. Endvidere deltager Sundhedsministeriet og Finansministeriet i SFU's møder med hver 1 repræsentant samt Kommunernes Landsforening med 2 repræsentanter.

De offentlige sygesikringsudgifter finansieres helt overvejende af amtskommunerne. Kommunerne finansierer således kun udgifterne i forbindelse med begravelseshjælp samt befordringsgodtgørelse. Staten yder ikke refusion på området.

For patienterne er ydelser ved de alment praktiserende læger og speciallæger som hovedregel vederlagsfri. Herudover er fysioterapeutisk behandling til personer med vidtgående fysisk handicap som følge af muskelsvind, sklerose, spastisk lammelse m.v. vederlagsfri. På de øvrige områder yder sygesikringen et tilskud til behandling, der svinger mellem ca. 20-80%.

Den alment praktiserende læge er som oftest den første kontakt til sundhedsvæsenet, og han/hun har herved en nøglefunktion i forhold til det øvrige sundhedsvæsen. Det er derfor i høj grad den alment praktiserende læge, der skal sikre, at sundheds- (og socialvæsenet) anvendes på en effektiv måde.

Tabel 2 viser data for sygesikringsområdet.

**Tabel 2:** Data for sygesikringsområdet for 1993.

	Antal ydere/praksis	Udgifter, i 1000 kr.
Almen lægehjælp	3.318 / 2.213	3.854.703,8
Spec. hjælp (fuldtid + deltid + overlæge m. 3 timer)	1.467 / 1.415	1.294.518,4
Medicin	-	3.240.732,1
Tandlæge	2.709 / 2.342	985.690,9
Fysioterapeut	1.398 / 1.393	286.466,7
Kiropraktor	245 / 204	44.728,6
Fodterapeut	630 / 594	21.594,0
Psykolog	246 / 246	15.446,4
Briller/rejsesygesikring	-	71.319,3
I alt	10.013 / 8.367	9.819.093,9

Kilde: Sygesikringens forhandlingsudvalg praksis- og yderoplysninger pr. 31. december 1994 samt regnskab 1993.

## 6. Mulighederne for alkoholbehandling

Amtskommunerne og HS er i henhold til sygehusloven forpligtet til at drive behandlingsinstitutioner for stof- og alkoholmisbrugere i det omfang behandlingen ikke finder sted på psykiatriske hospitaler eller afdelinger.

Amtskommunerne og HS skal desuden yde faglig bistand til kommunale støtteforanstaltninger efter behandling for alkoholmisbrug samt til kommunale foranstaltninger til forebyggelse af alkoholmisbrug.

Amterne tilbyder gratis og eventuelt anonym behandling på særlige alkoholambulatorier eller alkoholrådgivninger samt på alkoholbehandlingshjem (herefter kaldet den særlige alkoholbehandling).

Herudover findes behandlingsmuligheder hos praktiserende læger og speciallæger og i det somatiske og psykiatriske sygehusregi samt på § 105-institutioner (forsorgshjem m.v. efter bistanndslovens § 105).

Der foreligger ikke ud over Amtsrådsforeningens opgørelse vedrørende den særlige alkoholbehandlingskapacitet nogen aktuell beskrivelse af det samlede

offentlige behandlingstilbud og brugerne heraf. Det er imidlertid indtrykket, at der i de seneste år er sket betydelige ændringer i det særlige alkoholbehandlingstilbud med hensyn til målgrupper og behandlingsmetoder. Herunder en opprioritering af tidlig indsats og en forandret praksis vedrørende afkortede/intensiverede døgnbehandlinger eventuelt ydet i form af dagkurser.

I forbindelse med den ny Lov om foranstaltninger mod alkoholmisbrug fra februar 1994 kan det offentlige behandlingstilbud forventes udbygget, da et af formålene med loven er, at amterne skal tilbyde en bredere vifte af behandlingstilbud.

Flere amter, herunder Københavns og Frederiksbergs kommuner, har udviklet særlige initiativer med henblik på at rådgive eller hjælpe virksomheder og medarbejdere i indførelsen eller driften af en alkoholpolitik. Andre amter har ikke udviklet eller kunnet fastholde en udbygget ydelse. Amternes ydelser i form af virksomhedsrådgivning, kursusafholdelse, foredrag, oplæg og lignende er oftest delvist finansierede af virksomhederne. Eventuel afdækning af en persons problemkompleks og tilrettelæggelse af behandlingsplan sker uden beregning, og som oftest med vejledning fra amtets alkoholambulatorium eller alkoholrådgivning.

Også andre institutioner og private firmaer som eksempelvis Bedriftssundhedstjenesten i København, Danmarks Teknologiske Institut, Alconsult, Personalerådgivningen, Dansk Mentalhygiejnisk Center (DMC) m.fl. tilbyder ydelser til virksomheder. Konsulenttydelser kan omfatte såvel virksomhedsrådgivning som personalerelaterede rådgivninger i forbindelse med afdækning af problemkomplekset og tilrettelæggelsen af en behandlingsplan. Det er ikke umiddelbart indtrykket, at disse afgrænsede ydelser er vanskeliggjort af skattemæssige årsager.

## **7. Mulighederne for psykologbehandling**

Psykologbehandling tilbydes vederlagsfrit af det offentlige til patienter, der er indlagt eller går til ambulant behandling på et psykiatrisk hospital eller på en psykiatrisk afdeling på et somatisk sygehus.

En potentiel klient opnår enten behandlingen gennem henvisning fra den praktiserende læge eller ved selv at henvende sig på et psykiatrisk hospitals skadestue. I begge tilfælde er det op til en konkret lægelig vurdering, om tilfældet er så alvorligt, at der kræves behandling.

Herudover har der har siden den 1. juli 1992 eksisteret en forsøgsordning, hvor sygesikringen giver tilskud til psykologbehandling som akut krisehjælp. Ordningen giver mulighed for, at voldsofre og andre udsatte grupper som f.eks. trafik- og ulykkesofre og pårørende ved dødsfald kan modtage et tilskud på 70 pct. til psykologbehandling hos psykologer, der har tiltrådt den gældende overenskomst mellem Sygesikringen og Dansk Psykolog Forening. Tilskuddet ydes for indtil 12 konsultationer pr. behandlingsforløb efter henvisning fra læge. Henvisning kan normalt ikke finde sted senere end seks måneder efter den begivenhed, der er årsag til henvisningen. Ordningen gøres permanent fra den 1. juli 1995.

I forbindelse med, at ordningen gøres permanent ventes retningslinierne ændret, således at ordningen vil omfatte flere tilfælde af akut krisehjælp.

## **8. Konklusion**

Det offentlige sundhedssystem tilbyder behandling af stort set alle sygdomsforløb. I den primære sektor er behandling hos den praktiserende læge og af speciallæger gratis, og sygesikringen dækker en del af patientens udgifter til tandlæge og andre behandlere. I den sekundære sektor kan man opnå behandling på de somatiske og psykiatriske sygehuse gratis, enten gennem henvisning fra den praktiserende læge eller via skadestuen.

Der er visse behandlinger og behandlingsformer som det offentlige ikke tilbyder og som derfor koster penge for patienten. Har man ikke midler til at betale en sådan ydelse, kan man efter konkret sagsbehandling muligvis få støtte hertil i det sociale system.

På arbejdsmarkedet findes specielle foranstaltninger, der giver yderligere tilbud til sikring af helbredstilstanden. Bedriftssundhedstjenesterne (der kun i nogle tilfælde er delvist offentligt finansieret) udfører væsentligst forebyggende opgaver, og i arbejdsskadesystemet dækkes man mod ulykker under udførelse af arbejdet.

## **V. PRIVAT SYGEFORSIKRING OG ABONNEMENTSORDNINGER**

### **1. Den gensidige sygeforsikring "danmark"**

Alle raske personer under 60 år kan blive medlem, og forsikringen dækker hovedsageligt tilskud til udgifter, privatpersoner selv skal betale, i det offentlige sundhedssystem. Det er kun enkeltpersoner, der kan blive medlem af "danmark."

Ved udgangen af 1994 var der 1.353.559 medlemmer af "danmark," der fik udbetalt ca. 1.106 mio. kr, hvilket svarer til en dækningsprocent på 93,2. Der blev udbetalt flest erstatninger til receptpligtig medicin og tandpleje.

Sygeforsikringen "danmark" blev dannet i 1973, da den offentlige sygesikring blev etableret. Der findes fire former for forsikringer eller forsikringsgrupper. Gruppe 1 og 2 svarer til den offentlige sygesikrings gruppe 1 og 2, og "danmark" yder erstatning for privat afholdte udgifter efter fastsatte takster. Herudover findes en gruppe 5, der først og fremmest erstatter udgifter til regelmæssig tandpleje, briller, kontaktlinser, medicin m.m. Endelig findes en basis-sygeforsikring, der tilbydes folk uden aktuelt behov for erstatning, men som vil være medlem, mens alder og helbred tillader det.

Medlemmer af "danmarks" gruppe 1 og 2 kan endvidere tegne en operationsdækning, der giver mulighed for at få erstattet udgifter til en række operationer på private hospitaler og klinikker, der er godkendt af "danmark". En forudsætning for erstatning er, at opholdet skriftligt er godkendt af "danmark"s hovedkontor fem døgn forud for indlæggelsen. Dette gælder dog ikke ved akut indlæggelse. Operationen erstattes med max. 85 pct. af de faktiske udgifter eller 5.000 kr. pr. dag.

### **2. Øvrige private sygeforsikringsordninger**

På sundhedsområdet tilbyder forsikringselskaber en række produkter, der fortrinsvis henvender sig til firmaer og virksomheder.

Der udbydes en forsikringstype, der dækker medarbejderens udgifter i forbindelse med lægeordineret behandling af sygdom og ulykkestilfælde. Behandlingen kan foregå på en række betalingshospitaler, klinikker og på offentlige hospitaler, når der er udgifter forbundet med det.

Forsikringen er både gruppe- og **individbaseret**, men henvender sig fortrinsvis til firmakunder. Individbaseret forsikring tilbydes endvidere formidlet gennem virksomheden. Forsikringen bliver markedsført som et supplement til den offentlige sygesikring og "danmark", og der ydes specielle rabatter for kunder, der er medlem af "danmark".

Efter en anden forsikringstype ydes erstatning, hvis der stilles en diagnose inden for en række særligt kritiske sygdomme. Der er eksempler på følgende sygdomsområder: Kræft, blodprop i hjertet, by-pass m.m., apoplexi, dissemineret sklerose og nyresvigt. Udbetalingen sker i form af en engangsbetaling tre måneder efter diagnosen er stillet, forudsat forsikrede er i live.

Til **firmapensionskunder**, tilbyder forsikringsbranchen rådgivning i forbindelse med arbejdspladsers alkoholpolitik, kurser for ledelse og behandling efter Minnesota-modellen og forebyggende helbredsundersøgelser udført på privathospital.

Det fremgår af forsikringsbranchens markedsføring af disse produkter, at de tilbydes som en hjælp til at undgå ventetider i det offentlige sygehussystem. Der peges på, at det er i virksomhedernes interesse at dække sig for tab af nøglemedarbejdere.

### 3. Abonnementsordninger

Som et supplement til forsikringsområdet kan virksomheder tegne abonnement på visse ydelser, som medarbejdere kan benytte i kraft af deres ansættelse. Opstår situationer, hvor medarbejdere får brug for advokatbistand eller bistand fra en socialrådgiver, kan virksomheden dække medarbejderne ved at tegne abonnement på sådanne ydelser. Der kan endvidere være tale om abonnement på fritidsaktiviteter.

På sundhedsområdet er der eksempler på virksomheder, der tegner abonnement hos en psykolog eller et psykolog-firma, hvor medarbejdere tilbydes telefonisk hjælp. Der er ikke tale om egentlig behandling, men nærmere om en vurdering af, hvor alvorligt problemet er. Der findes offentlige virksomheder, der har tegnet sådanne abonnementer heriblandt Told- og Skattestyrelsen og Socialministeriet.

Endvidere har visse pensionskasser vist interesse i at tilbyde medlemmer sundhedsbehandlinger.

## **VI. ARBEJDSGRUPPENS OVERVEJELSER OMEVT. ÆNDRINGER**

Som det fremgår af afsnit IH om gældende skatteret, skal den ansatte betale skat af den behandling på et privatsygehus/klinik, som arbejdsgiveren betaler. Ydelsen bliver betragtet som en del af den ansattes løn.

Betaler arbejdsgiveren derimod for en behandling, der er tæt knyttet til arbejdets udførelse, er ydelsen skattefri. Det samme gælder for ydelser, som den ansatte modtager fra bedriftssundhedstjenesterne.

Hvis arbejdsgiveren i stedet for at betale for den konkrete behandling tegner en forsikringsordning til dækning af behandlingsudgifterne, diagnostisering af visse alvorlige sygdomme el. lign., vil den ansatte blive skattepligtig af præmieudgiften. Til gengæld vil selve behandlingsudgiften eller den udbetalte forsikringssum være skattefri.

Arbejdsgiveren har fradragsret for udgifter betalt til ansattes sundhedsbehandling, da alle udgifter til personalepleje kan karakteriseres som en driftsomkostning. Dette vil ligeledes være tilfældet, hvis arbejdsgiveren udover sundhedsudgiften også dækker den ansattes beskatning af udgiften.

Hvis der generelt skal være skattefrihed for arbejdsgiverbetalte sundhedsudgifter, kræver det lovændring.

. Overvejelserne er delt i to afsnit. I det første fremlægges generelle betragtninger om at ændre lovgivningen på dette område. I det andet behandles i tre trin mulige løsninger på problemstillingen. Arbejdsgruppen har ikke taget stilling til, hvorvidt den ene løsning er at foretrække for den anden.

### **1. Generelle betragtninger om ændring af lovgivningen.**

En ændring af den gældende lovgivning vil efter arbejdsgruppens opfattelse medføre en række problemer.

#### **1.1. Risiko for forskelsbehandling**

En bestemmelse om skattefrihed for alle eller specielle sundhedsydelse kan skabe forskelsbehandling i forhold til personer, der har en arbejdsgiver, der enten ikke kan eller ikke vil betale, samt til personer, der ikke har en arbejdsgiver, dvs. selvstændige eller personer uden for arbejdsmarkedet.



Som det er fremgået af afsnit IV, er det et princip i det offentlige sundhedsvæsen, at alle har lige muligheder for at opnå behandling. Det må overvejes, om man ændrer ved dette princip ved at indføre vidtrækkende skattefritagelsesbestemmelser på sundhedsområdet.

Det er arbejdsgruppens opfattelse, at det **kan** skabe problemer ud fra en lighedsbetragtning at skattefritage nogle af de ydelser, en arbejdsgiver vælger at betale til en ansat i forhold til den øvrige skattepligtige løn.

## **1.2. Fradrag for privatpersoner**

Indføres der skattefrihed for arbejdsgiverbetalte ydelser, må det overvejes, om der skal indføres fradrag for privatpersoner for de ydelser, de køber på et privathospital eller en privat klinik. Det vil mindske forskelsbehandlingen i forhold til folk uden for arbejdsmarkedet som omtalt i VI 1.1., men kun delvis, da det i sidste ende stadig er privatpersonen, der skal betale, hvad ansatte får gratis i kraft af deres ansættelse.

Da der i det offentlige sundhedssystem i dag tilbydes behandling for stort set alle sygdomme, hvor der findes en virksom behandling, må gevinsten for befolkningens sundhed generelt dog anses at være begrænset.

Fradragsadgang for privatpersoner vil kunne betyde, at det offentlige indirekte kommer til at støtte behandlingsformer, der ellers ikke ville blive godkendt af det offentlige. Risikoen for dette er tilmed større end ved skattefritagelsen, da privatpersonen ikke behøver at overbevise sin arbejdsgiver om en given behandling eller behandlingsforms relevans eller lødighed.

En adgang til fradrag for privatpersoners udgifter på private sygehuse og klinikker kan desuden have betragtelige provenumæssige konsekvenser for det offentlige.

Arbejdsgruppen finder på denne baggrund, at der er store ulemper forbundet med at indføre generelt fradrag for privatpersoners udgifter til sundhedsbehandlinger.

## **1.3. Forskelsbehandling på arbejdspladsen.**

Det er sandsynligt, at arbejdsgiveren vil overveje, hvilke medarbejdere han/hun vil betale hospitalsophold eller andre behandlinger for. Ud fra en rationel økonomisk

betragtning vil arbejdsgiveren temmelig sikkert være mere villig til at betale for medarbejdere i uundværlige positioner, så de ved at undgå ventetid i det offentlige kan være hurtigere tilbage på arbejdet end for medarbejdere, der let kan erstattes i en periode.

Dermed er der risiko for, at der forskelsbehandles inden for arbejdspladsen. Det kunne imødegås ved at gøre skattefriheden betinget af, at tilbuddet om betalte ophold eller behandlinger på private sygehuse skal være en del af en generel personalepolitik, hvor alle på arbejdspladsen får mulighed for at benytte tilbuddet.

Det er arbejdsgruppens opfattelse, at man ud fra en lighedsbetragtning må sikre sig, at arbejdsgiveren skal tilbyde at betale sundhedsudgifter udfra en generel personalepolitik, der ikke gør forskel på medarbejderne eller medarbejdergrupperne.

#### 1.4. Hovedaktionærer

Det må overvejes, hvilke konsekvenser en ændring af reglerne vil have for hovedaktionærer. Hovedaktionærer ejer alle eller en betydelig del af aktier, anparter eller andelsbeviser i et selskab. I tilfælde, hvor hovedaktionæren også er direktør, vil selskabet kunne fradrage en sundhedsudgift som en driftsudgift samtidig med, at ydelsen for vedkommende vil være skattefri. Dette er uheldigt, fordi der her er et sammenfald af to til dels modstridende interesser i samme person. I normale tilfælde vil en ansat skulle overbevise en arbejdsgiver om en udgifts relevans, og arbejdsgiveren vil temmelig sikkert kun betale, hvis det gavner virksomheden på den ene eller den anden måde. I tilfældet med hovedaktionærene er disse overvejelser ikke til stede.

Det er arbejdsgruppens opfattelse, at der må gælde særlige regler for hovedaktionærer, hvis det besluttes at indføre skattefrihed.

#### 1.5. Afgrænsningsproblemer

Skal der indføres skattefrihed for visse sundhedsydelse, vil der opstå afgrænsningsproblemer. Det kan blive et problem at definere behandlingstyper direkte i lovteksten. Det kan skabe en uklar situation, hvor der kan opstå et pres fra beslægtede eller nye behandlinger, som ønskes omfattet af skattefriheden. Det kan igen skabe

fare for, at man indirekte via skattelovgivningen kommer til at subsidiere behandlingsformer, der ellers ikke ville blive anerkendt.

Afgrænsningsproblemet understreger, at skattefritagelse af visse sundhedsydelse ikke vil skabe større overskuelighed i skattelovgivningen. Tværtimod vil problemet med at afgrænse specifikke ydelser muligvis skabe forvirring over, hvad der er skattepligtigt og ikke. Arbejdsgruppen finder, at man derved risikerer at skabe en ny situation lig den, der var årsag til arbejdsgruppens nedsættelse.

### **1.6. Økonomiske betragtninger.**

I vurderingen af de økonomiske konsekvenser for det offentlige, indgår der både en indtægts- og en udgiftsside.

Hvis arbejdsgivere betaler sundhedsudgifter, der ikke udbydes af det offentlige, sparer det offentlige i nogle tilfælde udgifter til sygedagpenge, forudsat behandlingen virker. Hvis arbejdsgivere betaler sundhedsudgifter, der også udbydes af det offentlige, sparer det offentlige udgifter til behandling og evt. også til sygedagpenge.

I begge tilfælde reduceres det offentliges skatteprovenu som følge af arbejdsgivers fradrag for udgiften og modtagerens skattefrihed.

Det er ikke muligt at finde statistiske oplysninger, der kan belyse de enkelte komponenter i regnestykket. Der findes ikke detaljerede statistikker over sygedagpenges anvendelse. Det er således umuligt at undersøge, hvor meget en given lidelse koster i sygedagpenge. Det er uvist, hvor meget arbejdsgiverne i dag trækker fra til medarbejdernes sundhedsudgifter, da det blot er opført som driftsudgift i virksomheders regnskaber. Det er ligeledes uvist, hvor mange ansatte der selvangiver deres arbejdsgiverbetalte sundhedsbehandlinger.

Det må imidlertid formodes at være få mennesker, der selvangiver deres arbejdsgiverbetalte sundhedsudgifter, så det reelle provenutab i forhold til i dag vil temmelig sikkert være beskedent.

Det er imidlertid vigtigt, at der tages højde for en ændret adfærd, hvis der gives skattefrihed. Det fremtidige provenutab kan derfor ventes at blive større, da skattepligten af arbejdsgiverens betaling af sundhedsudgifter hidtil har været anset for en barriere for virksomheders engagement.

Hvis det lykkes at holde visse medarbejdere på arbejdsmarkedet gennem en forøget indsats af arbejdsgiverne, kan det muligvis føre til sparede sociale udgifter på længere sigt. Det kan være i form af færre udgifter til arbejdsløshedsdagpenge, kontanthjælp og øvrige hjælpeforanstaltninger efter den sociale lovgivning. Det er dog ikke muligt at forudsige omfanget af sådanne besparelser.

## 2. Konkrete betragtninger.

Arbejdsgruppen har gennemgået tre mulige løsninger. Den nuværende situation kan fastholdes, hvor arbejdsgiverbetalte sundhedsudgifter som hovedregel er skattepligtige (2.1.) eller alle arbejdsgiverbetalte sundhedsudgifter kan skattefritages (2.3.). En mellemløsning kunne være, at nogle sundhedsudgifter skattefritages og andre ikke. Som det tidligere er nævnt vil alkohol- og psykolog behandlinger blive behandlet her (2.2.).

### 2.1. Vejledning om de gældende regler.

Den offentlige debat viser, at der er en del usikkerhed med hensyn til, hvad der er skattepligtigt, og hvad der er skattefrit. En præcisering af reglerne vil i sig selv kunne løse en del af problemet.

For det første er det fremgået af afsnit HI om gældende skatteret, at sundhedsudgifter, der afholdes af arbejdsgiveren til forebyggelse eller behandling af arbejdsrelaterede skader eller sygdomme, er skattefrie for modtageren.

Der vil være tale om de sundhedsudgifter, der relaterer sig til den lovpligtige arbejdsskadeforsikring samt til bedriftssundhedstjenesterne, men det må endvidere antages, at der uden for dette område også vil kunne være tale om udgifter, der må anses at være arbejdsrelaterede.

Det har dog ikke været muligt for arbejdsgruppen at foretage en nøjere afgrænsning af, hvor grænsen for det arbejdsrelaterede må anses at gå, da der ikke foreligger praksis på dette område. Det kan tænkes, at arbejdsgiverne vil give behandlingstilbud for skader, der ikke er godkendt i arbejdsskadesystemet. Ryglidelser og ortopædiske indgreb kan være eksempler, der kommer ind i denne kategori.

Da det ikke er muligt at afgrænse, hvad der kan siges at være arbejdsrelateret, vil der sandsynligvis opstå et pres på skattemyndighedernes afgørelser for at

få godkendt en given behandling som arbejdsrelateret. Herigennem vil praksis blive nærmere fastlagt.

For det andet kan arbejdsgiveren inden for de gældende regler betale skatten for den ansatte. Arbejdsgiveren kan således betale et så stort beløb, at nettobeløbet efter skat svarer til den konkrete udgift. Da arbejdsgiveren har fradrag herfor, vil den ekstra udgift have mindre betydning.

Et tredje forhold er arbejdsgiverens muligheder for at tegne forsikringsordninger for den ansatte. Som det fremgår af afsnit m om gældende skatteret, vil der i disse tilfælde indtræde skattepligt af præmiebetalingen. Til gengæld vil sumudbetalinger fra forsikringen være skattefrie for den ansatte. Det gælder f. eks. udbetalinger til dækning af operation eller anden behandling på privathospital eller en privat klinik. Det gælder endvidere sumudbetaling f. eks. ved diagnostisering af bestemte sygdomme. I disse tilfælde vil skattepligten overgå fra et større beløb til den langt mindre løbende årlige præmie. Også i disse tilfælde vil arbejdsgiveren kunne dække den ansattes beskatning.

Arbejdsgruppen finder, at der inden for de gældende regler er mulighed for at lette beskatningen af den ansatte. Det gælder specielt for de sidstnævnte to forhold.

Det er arbejdsgruppens opfattelse, at en præcisering af reglerne f. eks. i form af en pjece vil mindske usikkerheden om den skattemæssige behandling af arbejdsgiverbetalte sundhedsudgifter.

### **2.1.1. Økonomiske betragtninger.**

De økonomiske og provenumæssige konsekvenser vil som tidligere nævnt afhænge mest af, hvilken adfærd en præcisering af reglerne medfører.

Da skattefriheden for arbejdsrelaterede sundhedsydelser ikke er alment kendt, må det forventes, at der i fremtiden vil ske en forøgelse af arbejdsgiverbetalte sundhedsbehandlinger.

Det er svært at vurdere effekten på behandlingsomfanget af, at det præciseres, at arbejdsrelaterede ydelser er skattefrie for modtageren. Hvis den er lille, vil det ingen provenumæssige konsekvenser have. Hvis den er stor, og f.eks. arbejdsgiverbetalte rygbehandlinger bliver udbredte, ser provenuvirkningerne anderledes ud. Det offentlige mister skat fra virksomheder, da de får større fradrag. På

indtægtssiden vil sparede sygedagpenge udgøre den største del, forudsat behandlingerne virker. Af behandlingsudgifterne vil en besparelse muligvis kunne ses på sygesikringsudgifterne til kiropraktor og fysioterapeuter. Derimod anses omfanget ikke at være stort nok til at medføre egentlige besparelser på sygehusenes driftsbudgetter.

## **2.2. Skattefritagelse af alkohol- og/eller psykologbehandlinger.**

Som det fremgår af kommissoriet er den skattemæssige behandling af arbejdsgiverbetalt alkoholbehandling en af årsagerne til, at arbejdsgruppen blev nedsat. Desuden har psykologhjælp været meget diskuteret i den offentlige debat. Derfor er disse områder behandlet særskilt i redegørelsen. Endvidere er det muligt at adskille disse behandlinger fra det øvrige sundhedsvæsen på en række punkter:

For det første er det især på disse områder, at både private og offentlige arbejdsgivere har udtrykt ønske om, at sådanne tilbud skal være en del af en aktiv personalepolitik. De offentlige arbejdsgivere har i Finansministeriets pjece, "Kriseramte medarbejdere - et fælles ansvar", netop peget på alkohol- og psykologbehandling. På det private område holdt Socialministeriet en høring den 15. juni 1994, og i rapporten fra høringen, fremgår det, at alkohol- og psykologbehandling var de mest omtalte.

For det andet finder arbejdsgruppen, at det specielt på disse områder er til stor nytte, at der findes en bred vifte af mulige behandlingsformer. Derfor kan et supplement af private behandlingstilbud til det offentliges udbud bidrage positivt til befolkningens generelle helbredstilstand.

For det tredje er det af både lønmodtagere og arbejdsgivere accepteret, at arbejdspladsen i større grad end tidligere har en rolle i behandlingen af alkoholproblemer og i et vist omfang også psykiske problemer. Arbejdspladsen kan skabe en social ramme om behandlingen, ligesom risikoen for at miste jobbet kan virke motiverende.

### **2.2.1. Afgrænsning af alkoholbehandlinger**

Som tidligere nævnt må det være en forudsætning for skattefritagelse, at behandlingsformen kan afgrænses og samtidig er af en vis kvalitet.

Gennem de sidste fem år har flere og flere virksomheder indført en alkohol- eller rusmiddelpolitik som en del af personalepolitikken. Ifølge en undersøgelse udført af DA fra slutningen af 1992 havde 65-85 % af de adspurgte virksomheder (mindre og større) en alkoholpolitik. Undersøgelsen skelner ikke mellem virksomheder, der blot har formulerede forbrugsrestriktioner og virksomheder, der har indført en omfattende alkoholpolitik.

Med en omfattende alkoholpolitik forstås en formuleret personalepolitik, hvor virksomhed og medarbejdere ud over forbrugsrestriktioner har opstillet generelle hjælpeforanstaltninger (herunder eventuelle sanktioner) med henblik på at motivere eller lette rehabiliteringen af disse enkeltpersoner.

Der foreligger ikke undersøgelser, som afdækker betydningen af, at virksomhederne har indført en alkoholpolitik. Det må alligevel antages, at en aktiv alkoholpolitik er med til at reducere antallet og omfanget af alkoholrelaterede skader i relation til arbejdslivet og i befolkningen som helhed. Det offentlige har således en interesse i at støtte implementeringen af alkohol- eller rusmiddelpolitikker på arbejdspladserne. Herunder at sørge for, at der er tilstrækkelig adgang til relevante behandlingstilbud.

På baggrund af hovedsagelig udenlandske studier vedrørende behandlingseffekter kan det ikke konkluderes, at én form for behandling har væsentlig bedre resultater end en anden. Snarere er der tale om, at det samlede behandlingstilbud må være rummeligt for at kunne imødekomme forskellige klientbehov, forskellige klientmålsætninger, forskellige klientsituationer osv.

Det er ikke umiddelbart muligt at udforme generelle kvalitetssikrende afgrænsningskriterier, efter hvilke et privat behandlingstilbud skal drives. På den anden side er det yderst vigtigt, at de benyttede alkoholbehandlingstiltag har behandlingsrelevans.

I dag vurderer de praktiserende læger og amternes alkoholambulatorier eller alkoholrådgivning de forskellige steders behandlingsrelevans i rådgivningen og henvisningen af klienter. Det er indtrykket, at de ud fra en sundhedsfaglig vurdering og kendskab til klienten henviser til både offentlige og private behandlingstilbud.

Skal der indføres skattefrihed for alkoholbehandlinger, foreslås det, at klienten skal være henvist til behandlingsinstitutionen fra den praktiserende læge

eller amternes alkoholambulatorier/-rådgivning, og arbejdsgiveren skal tilbyde behandlingen ud fra en generel personalepolitik.

Hermed anvendes samme praksis som for anvendelse af døgnbehandling som angivet i Lov om foranstaltninger mod alkoholmisbrug. Afgrænsningsprincippet vil betyde, at konsulentvirksomheder uden medvirken fra de praktiserende læger eller samarbejde med ambulatorier ikke vil kunne tilbyde skattefri behandling.

Det er arbejdsgruppens opfattelse, at andre rusmidler end alkohol også skal omfattes af skattefritagelsen, hvis det besluttes at gennemføre den. Flere virksomheder har således en rusmiddelpolitik fremfor en alkoholpolitik. Det må være rimeligt, at misbrug af narkotika, piller m.v. får samme betingelser for behandling som alkoholmisbrug. Det må være på baggrund af lægens anbefaling, om det er behandling for alkohol, pille- eller narkomisbrug eller en blanding, der skattefritages.

### 2.2.2. Afgrænsning af psykologbehandlinger

For psykologbehandlinger gælder det som for alkoholbehandlinger, at de skal kunne afgrænses og have en vis kvalitet for at være egnet til skattefritagelse.

Flere organisationer og arbejdsgivere tilbyder medarbejdere, der udsættes for arbejdsbetingede psykiske belastninger samtaler med psykologer. Blandt andet har Dansk Lærerforening etableret en rådgivningsordning til medlemmer med psykiske arbejdsmiljøproblemer. Århus Amt har etableret en lignende ordning.

•

Fra 1. januar 1995 er lov om psykologer m.v. trådt i kraft, hvilket indebærer, at der nu eksisterer en officiel autorisationsordning for psykologer.

Ret til at få autorisation som psykolog har enhver, der her i landet har bestået kandidateksamen i psykologi, psykologisk-pædagogisk kandidateksamen eller dermed ligestillet eksamen, og som har gennemgået en supplerende praktisk uddannelse.

Der gives autorisation af et psykolognævn, nedsat af socialministeren, og efter psykologloven har Psykolognævnet fastsat retningslinjer for den supplerende praktiske uddannelse, som skal være af mindst 2 års varighed. Desuden skal den have en vis bredde, og der skal være supervision.

:



Det er p.t. til forhandling, om der skal kræves autorisation af de psykologer, der praktiserer efter den tidligere nævnte ordning om tilskud til psykologbehandling som akut krisehjælp.

Skal der indføres skattefrihed, foreslås det, at den behandlende psykolog må have en autorisation, og at arbejdsgiveren skal tilbyde behandlingen ud fra en generel personalepolitik.

Det er arbejdsgruppens opfattelse, at psykiske problemer er vanskeligere at diagnosticere end alkoholproblemer, og der vil derfor være en fare for, at der vil finde overbehandling sted. Det må derfor overvejes, om der skal stilles krav om, at en læge skal henvise til behandlingen.

### **2.2.3. Økonomiske betragtninger**

Hvad angår de økonomiske og provenumæssige konsekvenser har det betydning, at der i dag finder en vis behandling sted uden for det offentlige. Hvis skattepligten er en barriere, kan der ventes en øget aktivitet på dette marked.

På psykologområdet er det ikke sandsynligt, at det offentlige vil se en nedgang i udgifterne til sygesikring, da de er snævert knyttet til akut krisehjælp. På alkoholområdet vil de umiddelbare besparelser på behandlingsudgifterne være minimale, da der formentlig kun i begrænset omfang er sammenfald mellem det offentlige tilbud og de private. Desuden skal alkoholambulatorierne opretholdes til alle uden for arbejdsmarkedet. Besparelsen på sygedagpenge er i begge tilfælde svær at skønne over, men det må formodes, at den ikke er så stor som på f.eks. rygområdet. Provenutabet fremkommer stort set alene ved, at arbejdsgivernes fradrag vokser.

### **2.3. Generel skattefrihed for arbejdsgiverbetalte sundhedsudgifter.**

En generel skattefrihed for arbejdsgiverbetalte sundhedsudgifter vil betyde, at den ansatte overhovedet ikke skal betale skat af sundhedsbehandlinger betalt af arbejdsgiveren uanset sundhedsbehandlingens art.

Der er to væsentlige konsekvenser forbundet med skattefrihed for arbejdsgiverbetalte sundhedsydelser.

For det første vil skattefrihed føre til større forskelle med hensyn til adgangen til sundhedsydelser.

For det andet vil skattefrihed muligvis føre til en større privat andel i sundhedssektoren.

Kun privat ansatte lønmodtagere vil blive begunstiget af skattefrihed, mens offentlig ansatte, selvstændige og grupperne uden for arbejdsmarkedet ikke vil have mulighed for at få denne fordel.

I sit responsum fra 1990 betragter Kammeradvokaten det som udelukket, at offentlig ansatte har mulighed for at drage fordel af en eventuel skattefrihed, da de ikke vil have mulighed for at opnå ydelser ud over den almindelige løn.

Det er imidlertid nødvendigt at modificere denne opfattelse. I de situationer, hvor kommunerne ved tilskud til sygdomsbehandling kan afkorte et sygedagpengebeløb, har kommunerne nemlig et større økonomisk incitament til at bevile sundhedsydelser til egne ansatte end til privat ansatte eller offentlig ansatte uden for kommunen. Det skyldes, at kommunen for egne ansatte skal betale fuld løn ved sygdom. For privat ansatte refunderer staten sygedagpengene med 100 pct. i de første 13 uger, hvorefter kommunen og staten betaler 50 pct. hver. Endelig har kommunen ingen udgifter til sygedagpenge, hvis borgeren er offentlig ansat andetsteds. Der er således eksempler på, at kommuner har betalt for operationer til egne ansatte. Sundhedsministeriet har i en vurdering af dette spørgsmål udtalt, at en kommune hverken efter sygehusloven eller sygesikringsloven lovligt kan tilbyde sygdomsbehandling. Det kan også anføres, at Sundhedsministeriet har gennemført en undersøgelse, der viser, at udbetalingen af sygedagpenge til patienter på venteliste generelt er beskeden.

Til trods for disse modifikationer, må det antages, at Kammeradvokatens konklusion om, at offentlig ansatte ikke vil kunne drage fordel af skattefrihed for sundhedsydelser, stadigvæk er holdbar.

Øget arbejdsgiverfinansiering af sundhedsydelser vil betyde, at det offentlige sundhedsvæsen ikke længere vil være alene om at prioritere, hvem der skal behandles for hvad og i hvilken rækkefølge. Arbejdsgiverens vilje og økonomiske formåen vil også spille ind.

Ifølge den gældende lovgivning på sundhedsområdet kan private, det være sig arbejdsgivere eller andre, ikke betale sig til hurtigere behandling på offentlige sygehuse, men vil være henvist til det private marked. Skattefrihed vil derfor også

medføre et større privat marked for sundhedsydelse. Da arbejdsgiverne samtidig har fradragsret for udgifter til de ansattes sygdomsbehandling, vil der reelt være tale om, at mulighederne for at finansiere det offentlige opgaver - bl.a. sundhedsvæsenet - forringes til fordel for det private sundhedsvæsen.

Hvis skattefriheden fører til en mere omfattende udbygning af den private del af sundhedssektoren, vil det erfaringsmæssigt medføre større sundhedsudgifter.

- Nogle af de væsentligste årsager hertil er højere serviceniveau, højere lønninger til de ansatte, større risiko for dublinger af funktioner og teknologi og endelig store administrative omkostninger til markedsføring, betalingsadministration, forsikring osv.

Herudover kan det være et problem, at private sygehuse har en økonomisk interesse i at tilbyde en så omfattende (dvs. dyr) behandling som muligt, mens patienten og arbejdsgiveren vanskeligt kan vurdere behandlingens nødvendighed eller nytte.

At det overhovedet er relevant for arbejdsgivere eller andre private at betale for sygdomsbehandling, der tilbydes gratis i det offentlige sygehusvæsen, skyldes først og fremmest ventetiderne til nogle behandlinger. På enkelte områder kan private behandlere dog også tilbyde behandling på andre indikationer end i det offentlige system. Derudover kan der selvfølgelig være nogle, der gerne vil betale for en meget høj service, en speciel læge eller luksuriøse omgivelser.

Som nævnt i de generelle betragtninger skal det overvejes om der samtidig skal indføres fradrag for privatpersoners udgifter. Indføres der generel skattefrihed får ønsket om fradrag for privatpersoner mere vægt. Et fradrag for sundhedsudgifter vil medføre en markant anderledes situation, hvor grænserne for, hvad der er sundhedsbehandling, vil komme under pres. Det vil rimelig sikkert medføre et provenutab for det offentlige af en betragtelig størrelse.

### **2.3.1. Økonomiske betragtninger**

Det har som nævnt ikke været muligt at beregne de samfundsøkonomiske konsekvenser af en generel lempelse af beskatningsreglerne. Der kan imidlertid anføres både for og imod en generel skattefritagelse.

Imod en lempelse taler:

Risiko for overbehandling, idet de private udbydere har økonomisk interesse i en så omfattende undersøgelse og behandling som muligt.

Udgiftsniveauet til sundhedssektoren vil stige, hvis et privat sundhedsvæsen og forsikringsmarked får et større omfang.

Erfaringer viser, at konkurrerende sygehussystemer ikke nødvendigvis fører til en hensigtsmæssig udnyttelse af ressourcerne.

Skattefrihed vil føre til større forskelle med hensyn til adgangen til sundhedsydelser.

For en lempelse taler:

Konkurrence fra private udbydere af sundhedsydelser vil tilskynde amterne til at effektivisere sygehusdriften.

Enhederne i et privat system er underlagt automatiske markedsmæssige effektivitetskrav.

Et delvist privat finansieret forbrug af sundhedsydelser vil aflaste de offentlige sygehusbudgetter.

Patienter med tilknytning til arbejdsmarkedet vil blive behandlet hurtigere end andre, hvilket ud fra et økonomisk synspunkt er rationelt.

På grundlag af internationale erfaringer er det arbejdsgruppens opfattelse, at en lempelse af beskatningsreglerne vil føre til stigende udgifter til sundhedssektoren. I hvilket omfang vil selvfølgelig for en stor dels vedkommende afhænge af, hvorvidt det offentlige sundhedsvæsen vil kunne imødekomme efterspørgslen efter sundhedsydelser.







