

Brugerbetaling fordelt på forskellige befolkningstyper

Danmark adskiller sig generelt fra Sverige, Norge og Finland ved, at brugerbetalingen af historiske årsager er koncentreret på meget få ydelser (tandlæger, fysioterapeuter, psykologer og egenbetalinger på medicin). Andre lande spreder generelt brugerbetalingen over langt flere typer af behandlinger. Dette skyldes, at man ønsker at anvende brugerbetalingen til at dæmpe den store og voksende efterspørgsel efter sundhedsydelser. Og fordi man via brugerbetaling også indfører en ansvarsbevidsthed, så borgerne tænker sig om en ekstra gang, inden de bestiller tid til konsultation. Det er der også hårdt brug for i Danmark, hvor sundhedsudgifterne vokser hastigt. Dette notat fokuserer på, hvilken betydning en brugerbetaling på 150 kr. vil have for forskellige socioøkonomiske grupper. Af notatet fremgår det, at hvis man indfører en brugerbetaling på lægebesøg på 150 kr., så vil gennemsnitsdanskere i alt skulle betale 654 kr. årligt for lægebesøg. Arbejdsløse og uddannelsessøgende vil skulle betale hhv. 422 og 431 kr. årligt for en tur hos den alment praktiserende læge, vagtlægen, øre- eller øjenlægen, mens pensionisten vil skulle betale 1.036 kr. Det anbefales, at man indfører brugerbetaling på lægebesøg, men også at pengene, krone for krone, gives tilbage til danskerne i skattelettelser, da det er vigtigt, at brugerbetalingen ikke bliver en ny indtægtskilde for den offentlige sektor. Brugerbetalingen anbefales således ikke af hensyn til provenuet, men af hensyn til den adfærdændring den vil medføre. Videnskabelige studier tyder på, at en beskeden brugerbetaling vil føre til en reduktion i antallet af konsultationer på ca. 25 pct. Dermed frigøres tid og ressourcer hos lægen, hvilket betyder, at patienter med store behov kan komme hurtigere til. Det bør i denne sammenhæng nævnes, at de foreliggende undersøgelser hverken viser udsættelseeffekter (sundhedsskadelige udsættelser af nødvendige lægebesøg) eller negative virkninger på sundhedsstatus ved indførelse af brugerbetaling i begrænset omfang.

Presset på sundhedsvæsenet

Vi danskere ønsker hele tiden flere og bedre sundhedsydelser. Alene i perioden 2001-2011 steg de offentlige sundhedsudgifter med knap 30 pct. (faste priser) svarende til, at danske skatteydere i 2011 betalte 140 mia. kr. til sundhedsområdet.¹ Den store efterspørgsel efter sundhedsydelser er ikke overraskende. Der kommer flere og flere ældre, der opfindes hele tiden nye (men også dyre!) behandlingsmetoder, og vi har generelt en forventning til, at kvaliteten i de offentlige tilbud stiger.

Den store vækst i sundhedsudgifterne sætter de offentlige finanser under pres. For sundhedsudgifterne er i en længere årrække² vokset hurtigere end velstanden (BNP). I perioden 1999-2008 (indtil finanskrisen) var den årlige mervækst i sundhedsudgifterne i forhold til BNP-væksten 1,7 pct. point. Det vil sige, at skattegrundlaget ikke er fulgt med det omfattende merforbrug på sundhedsområdet. Det giver alt andet lige et sundhedsøkonomisk finansieringsproblem. Finansministeriet har vurderet, at hvis udgifterne til sundhed antages at blive ved med at overstige BNP med en mervækst på 1,7 pct.-point, vil vi stå med et ekstra finansieringsbehov på 69 mia. kr. i 2040.³

¹ Oplyst af Sundhedsministeriet.

² Dette er med undtagelse af de sidste par år. Dog må man forvente, at sundhedsudgifterne almindeligvis vil stige mere end BNP. I baggrundspapiret 'Den fremtidige udvikling i sundhedsudgifterne - behov for samfundsmæssige og etiske valg' skriver professor og formand for De Økonomiske Råd, Hans Jørgen Whitta-Jacobsen, (2013): "Også i Danmark må man forvente, at sundhedsudgifterne fremover vil stige mere end produktionen. Der kan være delperioder, hvor sundhedsudgifterne vokser mindre end BNP som følge af økonomiske problemer, som det var tilfældet i 1980'erne, eller hvor de vokser særlig hurtigt som følge af høj prioritering af sundhedsbehandling, som det var tilfældet i 2000'erne. Over det lange stræk må man imidlertid forvente, at sundhedsudgifterne vil stige mere end BNP. Spørgsmålet er, hvor meget mere og dermed, hvordan udgiftspreset vil udvikle sig."

³ Svar på Finansudvalgets spørgsmål nr. 181 (alm. del) af 20. februar 2014.

Brugerbetaling for forskellige socioøkonomiske grupper

Danskerne kontakter ofte lægen. Alene i 2012 havde danskerne 40 mio. kontakter til den praktiserende læge⁴, hvilket svarer til ca. 7 kontakter pr. person (både konsultationer samt e-mail- og telefonkontakt). I det omfang at sundhedsvæsenet er sammenlignelige, havde nordmændene gennemsnitligt 5,1 kontakter, svenskerne 1,6 kontakter og finnerne 4,5 kontakter.⁵ Både Norge, Sverige og Finland har brugerbetaling for lægebesøg.

Ser vi alene på antallet af konsultationer (dvs. hvor e-mail- og telefonkontakter ikke er medtaget), havde gennemsnitsdanskeren knap 4 konsultationer hos den praktiserende læge årligt. Og én gang hvert femte år tager gennemsnitsdanskeren forbi vagtlægen, ørelægen, øjenlægen og skadestuen. Og mens pensionisten 6,1 gange årligt lægger vejen forbi den alment praktiserende læge, så er det kun 2,6 gange årligt, at toplederen, den arbejdsløse og den uddannelsessøgende gør det samme, jf. tabel 1.

Tabel 1. Oversigt over gennemsnitlige antal årlige konsultationer pr. borger fordelt på socioøkonomisk status, 2012.

	Alm. læge	Vagtlæge	Ørelæge	Øjenlæge	Skadestue
Gennemsnitligt antal pr. borger	3,7	0,2	0,2	0,2	0,2
Selvstændige	3,2	0,1	0,1	0,2	
Medarbejdende ægtefælle	3,8	0,1	0,1	0,2	
Topledere	2,6	0,1	0,1	0,1	
Lønmodtagere højeste niveau	2,9	0,1	0,1	0,1	
Lønmodtagere mellemniveau	3,0	0,1	0,1	0,1	
Lønmodtagere grundniveau	3,2	0,1	0,1	0,1	
Andre lønmodtagere	3,2	0,1	0,1	0,1	
Arbejdsløse	2,6	0,1	0,1	0,1	
Uddannelsessøgende	2,6	0,2	0,1	0,04	
Pensionister og efterlønsmodt.	6,1	0,1	0,2	0,5	
Pers. uden tilknyt til arb.mark.	2,9	0,3	0,3	0,1	

Anm.: Det er ikke umiddelbart muligt at fordele skadestuebesøg på socioøkonomisk status.

Kilde: Sundheds- og Forebyggelsesudvalget 2013-14, SUU alm.del endeligt svar på spørgsmål 504.

På baggrund af disse gennemsnitlige årlige konsultationer pr. borger i 2012 er det muligt at beregne en årlig gennemsnitlig udgift pr. borger ved indførelse af egenbetaling på 150 kr., jf. tabel 2. Adfærdseffekter er ikke medtaget, men der henvises til notatet '[Brugerbetaling og efterspørgselsreaktioner](#)', som viser, at en reduktion i efterspørgslen på ca. 25 pct., som følge af en introduktion af brugerbetaling på besøg hos den alment praktiserende læge, ikke er urealistisk.

Af tabel 2 fremgår det, at hvis man indfører en brugerbetaling på lægebesøg på 150 kr.⁶, vil gennemsnitsdanskeren samlet skulle betale 654 kr. årligt for lægebesøg. En brugerbetaling på lægebesøg vil naturligvis påvirke befolkningsgrupper forskelligt. Arbejdsløse og

⁴ Danmarks Statistik, tabellen SYGK.

⁵ Svar på Folketingets Sundheds- og Forebyggelsesudvalgs spørgsmål nr. 644 (alm. del) af 28. marts 2014.

⁶ Ved indførelse af brugerbetaling på lægebesøg bør samspillet mellem konsultationstyper naturligvis overvejes nøje. Det er fx ikke nødvendigvis hensigtsmæssigt, hvis det er billigere (eller koster det samme) at kontakte vagtlægen, som det koster at kontakte den praktiserende læge, idet patienterne vil have incitament til at vælge den dyrere vagtlægeordning. Og det er kun muligt at opnå den bedst mulige udnyttelse af ressourcerne og den mest effektive produktion i sundhedsvæsenet, hvis patienter behandles på det laveste og mest effektive omkostningsniveau. For at gøre det enkelt antages det dog her, at alle typer konsultationer koster 150 kr. Kilde: Velfærdskommissionen (2005): Fremtidens velfærd - vores valg.

uddannelsessøgende vil skulle betale hhv. 422 og 431 kr. årligt for et besøg hos den alment praktiserende læge, vagtlægen, øre- eller øjenlægen, mens pensionisten vil skulle betale 1.036 kr.

Tabel 2. Beregnet gennemsnitlig årlig udgift (kr.) pr. borger ved indførelse af egenbetaling på 150 kr. i forbindelse med konsultation fordelt på socioøkonomisk status, 2012.

	Alm. læge	Vagtlæge	Ørelæge	Øjenlæge	Skadestue	I alt
	----- Gennemsnitlig årlig udgift, kr. -----					
Gennemsnitlig udgift pr. borger	548	24	28	29	25	654
Selvstændige	483	15	20	27		546
Medarbejdende ægtefælle	573	11	20	34		639
Topledere	385	14	17	19		434
Lønmodtagere højeste niveau	439	14	18	19		491
Lønmodtagere mellemniveau	449	14	19	21		504
Lønmodtagere grundniveau	483	20	16	16		536
Andre lønmodtagere	474	19	16	17		527
Arbejdsløse	383	16	12	11		422
Uddannelsessøgende	390	23	11	7		431
Pensionister og efterlønsmodt.	915	12	34	74		1036
Pers. uden tilknyt til arb.mark.	435	46	48	16		546

Anm.: Det er lagt til grund, at lægebesøg forstås som besøg ved lægen og ikke som udgående lægebesøg. Det er ikke umiddelbart muligt at fordele skadestuebesøg på socioøkonomisk status. Den gennemsnitlige udgift er beregnet på baggrund af de gennemsnitlige antal konsultationer/skadestuebesøg pr. borger.

Kilde: Sundheds- og Forebyggelsesudvalget 2013-14, SUU alm.del endeligt svar på spørgsmål 504.

Provenu- og adfærdseffekter af øget brugerbetaling

Hvis man i Danmark indførte brugerbetaling på henvendelser til lægen, ville det således have to effekter: En provenueffekt og en adfærdseffekt (der også forbedrer budgettet).

Provenueffekten fremkommer ved, at der kommer flere penge i statskassen som følge af, at danskerne betaler for konsultationer hos lægen. Det vurderes, at dette provenu bør gives tilbage til borgerne i form af indkomstskattelettelser (fx bundskat), da det er vigtigt, at brugerbetalingen ikke bliver en ny indtægtskilde for den offentlige sektor.

Adfærdseffekten fremkommer som følge af den ændring i adfærden, der opstår, når man skal betale for konsultationer. Hvis det koster et beløb at kontakte lægen, vil det trække i retning af, at man benytter lægen mindre, hvilket vil frigive ressourcer, der kan anvendes andetsteds samt øge adgangen for dem med stort behov. Det vurderes, at den offentlige sektor kan beholde den budgeteffekt, der opnås ved færre lægebesøg og bruge gevinsten til at forbedre kvaliteten af behandlingerne.

Beregninger fra De Økonomiske Råd viser, at brugerbetaling på en række sundhedsydelser⁷ samlet giver en budgetforbedring på godt 4 mia. kr. (2010-priser). I disse beregninger antages en reduktion i efterspørgslen på 25 pct.

Velfærdsteoretiske argumenter for brugerbetaling

Fra et velfærdsteoretisk perspektiv kan brugerbetaling af flere årsager vise sig at være et attraktivt håndtag. Dels har brugerbetaling - i modsætning til skattefinansiering - ingen forvridende effekt på økonomien, herunder af arbejdsudbuddet. Og dels modvirker brugerbetalingen et potentielt ressourcestab forbundet med overforbrug af fx lægebesøg. For ved at indføre en pris på at gå til lægen, etableres en kobling mellem den samfundsmæssige omkostning, og den pris forbrugeren står over for, hvilket vil få danskerne til at tænke sig om en ekstra gang, inden de tager kontakt til lægen. Dette vil samlet set reducere forbruget af lægebesøg og frigøre ressourcer, som vil kunne bruges til at øge kvaliteten i de offentlige tilbud. Med en omlægning, hvor man introducerer brugerbetaling og bruger provenuet til at nedsætte indkomstskatten, vil man således både reducere forvridningen i efterspørgslen efter lægebesøg, som er opstået som følge af, at forbrugeren i dag ikke er konfronteret med en pris på lægebesøg samt reducere forvridningen i arbejdsudbuddet, som stammer fra vores skattesystem.

Velfærdsteoretiske argumenter imod brugerbetaling

I relation til brugerbetaling på kontakter til lægen anføres det ofte, at det vil give anledning til negative fordelingsmæssige konsekvenser. Det skyldes, at alle vil skulle betale det samme beløb for at gå til lægen, men dem med lavest indkomst vil blive ramt hårdest, da de er mest syge. Herudover vil brugerbetalingen fylde mere af den samlede indkomst hos personer med lav indkomst end hos personer med høj indkomst.

Hvis politikerne skulle ønske det, kan de dog vælge at friholde børn samt dem med de laveste indkomster fra brugerbetaling. Dette kunne fx ske ved en fripladsordning, som man kender det på daginstitutionsområdet. De kunne desuden indføre et loft for, hvor meget der kan blive opkrævet, så fx kronikere ikke på årsbasis får en uforholdsvist stor udgift i forbindelse med deres sygdom. Politikerne bør dog være opmærksomme på, at initiativer som fx en fripladsordning vil øge samspilsproblemerne. Det skyldes, at en fripladsordning vil reducere incitamentet til at arbejde, idet man mister den gratis behandling, hvis man får et job.

I forlængelse heraf anføres det ofte, at øget brugerbetaling vil resultere i, at de svageste grupper, der har et reelt behov, ikke kommer til lægen. Men som anført af Pedersen (1995), så "påviser de foreliggende undersøgelser af dette spørgsmål hverken udsættelseeffekter eller negative virkninger på sundhedsstatus af indførelse af brugerbetaling i begrænset omfang".⁸

Fx viste RAND-eksperimentet, at brugerbetaling generelt reducerer antallet af besøg, men ikke påvirker intensiteten (dvs. omfanget) af den behandling, der blev givet under besøgene. Dette får AKF til at konkludere, at effekten af brugerbetaling på sundhedstilstanden er begrænset.⁹

En lignende undersøgelse fra Oregon¹⁰ tyder også på, at brugerbetaling ikke har en signifikant indvirkning på sundhedstilstanden. Derimod finder undersøgelsen, at gratis lægehjælp alene øger forbruget af lægeydelser. I det perspektiv er det også relevant at nævne, at Bjerregaard (1994)¹¹ finder, at befolkningens sundhedstilstand i langt højere grad afgøres af sociale, økonomiske og miljømæssige forhold fremfor brugen af sundhedsydelser.

⁷ Her antog de, at en indlæggelse i 2010-priser koster 67 kr. pr. døgn, ambulante besøg koster 167 kr., skadestuebesøg koster 200 kr., almen læge koster 100 kr., vagtlæge koster 134 kr., speciallæge koster 134 kr. og telefonkonsultation koster 53 kr., DØRS(2000): Dansk Økonomi.

⁸ Gengivet hos Velfærdskommissionen (2005): Fremtidens velfærd - vores valg.

⁹ AKF (2012): Adfærdsmæssige effekter af brugerbetaling.

¹⁰ Baicker et al (2013): The Oregon Experiment – Effects of Medicaid on Clinical Outcomes.

¹¹ Bjerregaard (1994): Samfundsmæssige og sociale forhold - middellevetid og dødelighed.

På samme måde foreligger der heller ikke dokumentation fra Norge, Sverige og Finland om, at brugerbetaling er et reelt problem for sundhedstilstanden. Faktisk er levetiden i disse lande længere end i Danmark, og den har generelt været stigende de sidste 50 år.¹²

Endelig bør det nævnes, at en beskeden brugerbetaling ikke er den eneste omkostning ved at gå til lægen. Af de såkaldte offeromkostninger kan også nævnes den tid, der bruges hos lægen. Det kan både være ventetiden op til, før og under selve behandlingen. Men det kan også være omkostningen forbundet med, at den praktiserende læge, for mange borgere, kun har åbent i arbejdstiden.

Indføres brugerbetaling vil adfærdsændringen frigive ressourcer, som kan anvendes til at reducere sådanne barrierer ved fx at lette adgangen til lægen via øget åbningstid eller ved at indføre et fast track. Dette vil kunne medvirke til at øge sundhedstilstanden for dem, som går for lidt til lægen grundet sociale, økonomiske og miljømæssige forhold.

¹² OECD(2013): Health Status - Life expectancy.