

Brugerbetaling og efterspørgselsreaktioner

På det seneste har medierne og det politiske landskab været præget af en debat om brugerbetaling på sundhedsydelse. På baggrund af debatten har CEPOS foretaget en omfattende gennemgang af 81 undersøgelser på området, for at afdække hvilken betydning brugerbetaling har for borgernes efterspørgsel på sundhedsydelse. Heraf har vi identificeret 10 studier af særlig relevans. En gennemsnitsbetragtning af disse studier viser, at hvis brugerbetalingen for konsultation i almen praksis stiger med 10 pct., så falder den individuelle efterspørgsel med 0,9 pct. Af de 10 studier bør særligt RAND-studiet fremhæves, idet det er et af de mest omfattende og anerkendte studier foretaget på området. Studiet finder, at en prisændring på 10 pct. i intervallet 0-25 pct. af ydelsesprisen for ambulans behandling vil medføre et fald i efterspørgslen på 1,7 pct. I dansk kontekst er der erfaringer med brugerbetaling fra lægekonflikten i 1984. Konflikten medførte et fald i efterspørgslen med ca. 20 pct. efter indførelsen af en brugerbetaling på 40 pct. af ydelsesprisen. Dette giver en implicit priselastisitet på -0,5. Notatet indeholder også beregninger for de gennemsnitlige elasticiteter for speciallægekonsultation, hjemmebesøg, ambulans behandling og hospitalsbesøg.

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. Vi bliver 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.

Problemet er, at den store vækst i sundhedsudgifterne sætter de offentlige finanser under pres. For sundhedsudgifterne er i en længere årrække² vokset hurtigere end velstanden (BNP), hvilket vil sige, at skattegrundlaget ikke er fulgt med det omfattende merforbrug på sundhedsområdet. Det giver alt andet lige et sundhedsøkonomisk finansieringsproblem. Hvis finansieringsproblemet skal afhjælpes, så er en mulig løsning, at sundhedsvæsenet fremover må klare sig med en årlig vækst på omkring 1 pct. Dette svarer til en udgiftsvækst på under det halve af den årlige realvækst i sundhedsudgifterne fra 2001-2011, hvor væksten lå på ca. 2,5 pct. årligt.³

I dette notat undersøges, i hvilket omfang brugerbetaling kan anvendes til at dæmpe den store efterspørgsel efter sundhedsydelser.

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, så etableres en kobling mellem den samfundsmæssige

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 formanden 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 dæpperioder, 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 Egne beregninger. Se også Kjeld Møller Petersen (2012): Demografien, den økonomiske krise og sundhedsvæsenet, Tidsskriftet politik.

omkostning og den pris, forbrugeren står overfor, 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 forvriddningen i efterspørgslen efter lægebesøg, som er opstået som følge af, at forbrugeren i dag ikke er konfronteret med en pris på lægebesøg samt reducere forvriddningen i arbejdsudbuddet, som stammer fra vores skattesystem.

Patienternes prisfølsomhed

Økonomer benytter ofte begrebet 'priselasticitet' til at udtrykke den *relative* mængdeændring i forbruget af fx sundhedsydelser i forhold til (og som følge af) en *relativ* prisændring. Flere videnskabelige studier har analyseret disse priselasticiteter. Tendensen er klar: Forbrug og udgifter falder med øget brugerbetaling.⁴

Formålet med dette notat er at undersøge størrelsen af efterspørgselsreaktionen ved brugerbetaling på forskellige typer lægebesøg. CEPOS har derfor foretaget en omfattende gennemgang af 81 videnskabelige undersøgelser på området og på den baggrund identificeret 10 studier af særlig relevans, som vil blive gennemgået i detaljer i de næste afsnit. Vores søgestrategi i forbindelse med at finde relevante studier har været som følger. Vi har søgt på Econlit⁵ efter peerreviewed artikler i anerkendte tidsskrifter siden offentliggørelsen af RAND-studiet i 1987. Som søgeord har vi brugt: 'private payment* elasticity', 'out-of-pocket elasticity', 'cost sharing elasticity', 'copayment elasticity', 'co-payment elasticity', 'user fee elasticity', 'user charge elasticity' og 'user pays elasticity'. Vi har begrænset søgningen til højindkomst OECD lande, som defineret af verdensbanken⁶.

På baggrund af de videnskabelige studier er det muligt at beregne nogle gennemsnitlige priselasticiteter. De gennemsnitlige elasticiteter præsenteres i næste afsnit.

Pris- og buepriselasticiteter

De gennemsnitlige priselasticiteter, som er beregnet på baggrund af de videnskabelige studier, fremgår af tabel 2. Af tabellen fremgår det således, at den gennemsnitlige elasticitet er -0,34 for hjemmebesøg, -0,20 for ambulat behandling, -0,09 for konsultation i almen praksis, -0,07 for speciallægekonsultation og -0,07 for hospitalsbesøg. Dvs. at hvis brugerbetalingen for konsultation i almen praksis fx stiger med 10 pct., så falder den individuelle efterspørgsel med 0,9 pct.

Tabel 2. Beregnede gennemsnitlige priselasticiteter

	Vægtet gennemsnit	Laveste effekt	Højeste effekt
Hjemmebesøg	-0,34	-0,08	-0,39
Ambulant behandling	-0,20	-0,17	-0,31
Konsultation i almen praksis	-0,09	0,03	-0,32
Speciallægekonsultation	-0,07	0,12	-0,31
Hospital	-0,07	0,00	-0,17

Anm.: Vejet gennemsnit af elasticiteter i de inkluderede studier. Elasticiteterne er vejet efter invers varians og køn. Maciejewski et al. (2012) angiver semipriselasticiteten for speciallægekonsultation, hvilket ikke er medtaget i gennemsnittet. Buepriselasticiteter er inkluderet. Det bør dog nævnes, at elasticiteten kan være større ved implementering af brugerbetaling, end ved en stigning i eksisterende brugerbetaling, hvorfor beregninger med buepriselasticiteter bør gøres med omhu. Ved ambulat behandling er estimeret for 'ambulant behandling, alle' i Manning et al. (1987) benyttet.

Kilde: Kan et al. (2010), Fabbri et al. (2009), Kan et al. (2006), Cockx et al. (2003), Van Vliet (2001), Van de Voorde et al. (2001), Cherkov et al. (1989), Wedig (1988) og Manning et al. (1987) samt egne beregninger.

⁴ Per Andersen og Terkel Christiansen (1990): Brugerbetaling i sundhedssektoren - teori, viden, holdninger og AKF(2012): Adfærdsmæssige effekter af brugerbetaling.

⁵ Econlit er en stor database over verdens økonomiske litteratur. Databasen dækker mere end 750 store økonomiske tidsskrifter såvel som afhandlinger, arbejdsrapporter, bøger mv.

⁶ http://data.worldbank.org/about/country-classifications/country-and-lending-groups#OECD_members

Nogle af studierne indeholder også beregninger af de såkaldte 'buepriselasticiteter', som er af særlig interesse i en dansk kontekst. Det skyldes, at det via buepriselasticiteten er muligt at se på, hvordan efterspørgslen vil blive påvirket ved indførelse af en brugerbetaling, som i udgangspunktet er 0. Således er buepriselasticiteten et mindre groft mål end priselasticiteten, idet efterspørgslens prisfølsomhed udtrykkes over forskellige prisintervaller. Buepriselasticiteten er derved et udtryk for den gennemsnitlige relative mængdeændring i forhold til en relativ ændring i betalingsandel indenfor et givent betalingsandelsinterval. Det kunne fx være en forøgelse af brugerbetalingen fra 0 til 25 pct.

Fire af de udvalgte studier undersøger effekten af en introduktion af brugerbetaling for konsultation i almen praksis (Manning et al. (1987), Cherkin et al. (1989), Kan et al. (2006) og Kan et al. (2010)).⁷ Et vægtet gennemsnit⁸ af buepriselasticiteterne fra disse studier giver et estimat på -0,16. Dvs. indførte man fx brugerbetaling på besøg hos praktiserende læge på 127 kr. ville det medføre et fald på 27 pct., jf. CEPOS(2013)⁹.

De 27 pct. virker som en plausibel effekt. DØRS (2000), Christiansen et al. (1999)¹⁰ og Rudbeck et al. (1995)¹¹ har alle beskæftiget sig med introduktion af brugerbetaling på sundhedsydelser i Danmark. De tre rapporter undersøger konsekvensen af forskellige forbrugsreaktioner, heriblandt et fald i efterspørgslen på henholdsvis 10 pct. og 25 pct.

Nedenfor gennemgås de videnskabelige studier i detaljer.

⁷ Manning et al. estimerer buepriselasticiteten for ambulans behandling, som også inkluderer konsultation i almen praksis. Kilde: DØRS (2000).

⁸ Vægtet efter den inverse varians.

⁹ CEPOS(2013): Norsk model for brugerbetaling på lægebesøg.

¹⁰ Christiansen et al. (1999): Lighed med hensyn til finansiering af sundhedsydelser og fordelings-effekt af øget brugerbetaling.

¹¹ Rudbeck et al (1995): Brugerbetaling i sundhedsvæsenet - kortlægning og analyse.

Tabel 3. Priselasticitet for efterspørgslen efter forskellige typer af sundhedsydelser

Studiet (år)	Tidsskrift (SJR score)	Land	Befolkningsgruppe	Type	Prisændring	Køn	Elasticitet	Kommentar
Maciejewski et al. (2012)	Health Economics (1.420)	USA	Stikprøve af krigsveteraner med forhøjet blodtryk.	Speciallægekonsultation	\$15 til \$50 pr. besøg.	Alle	-0,25 til -0,31 (semipris elast.)	
Kan et al. (2010)	Japan and the World Economy (0.307)	Japan	Medlemmer af 111 sundhedsforsikringsklynger.	Konsultation i almen praksis	10 pct. til 20 pct.	Alle	-0,05 (2 år) 0,03 (3 år) (buepriselast.)	Positiv elast. efter 3 år kan skyldes for lave priser, eller opbygningen af Japans sundhedssystem.
Fabbri et al. (2009)	Journal of Health Economics (2.712)	Italien	Stikprøve fra hele befolkningen.	Konsultation i almen praksis	Baseret på geografiske prisforskelle.	Alle	-0,03 (insig.)	Mindst en konsultation.
				Speciallægekonsultation, offentlig	Baseret på geografiske prisforskelle.	Alle	-0,31	
				Speciallægekonsultation, privat	Baseret på geografiske prisforskelle.	Alle	0,12 (insig.)	
Kan et al. (2006)	Applied Economics Letters (0.303)	Japan	Medlemmer af 111 sundhedsforsikringsklynger.	Konsultation i almen praksis	10 pct. til 20 pct.	Alle	[-0,06;-0,05] (2 år) 0,00 (3 år, insig.) (buepriselast.)	Studiet er opdateret i 2010, se Kan et al. (2010).
Cockx et al. (2003)	Journal of Health Economics (2.172)	Belgien	Stikprøve af medlemmer af den største nationale sygekasse i Belgien, personer med lav indkomst.	Hjemmebesøg	€4,22 til €5,68 34,7 pct.	Mænd Kvinder	-0,18 -0,08	
				Konsultation i almen praksis	€2,62 til €3,87 47,9 pct.	Mænd Kvinder	-0,06 -0,01	
				Speciallægekonsultation	€5,13 til €8,18 59,5 pct.	Mænd Kvinder	-0,14 (insig.) -0,02	
Van Vliet (2001)	Applied Economics (0.543)	Holland	Stikprøve af privatforsikret befolkning.	Konsultation i almen praksis	Baseret på forskel i selvrisiko på tværs af individer.	Alle	-0,04	Her er selvrisiko brugt til estimation af priselasticiteten. Van Vliet (2001) benytter derudover også forventet brugerbetaling til estimering af priselasticitet.
				Speciallægekonsultation	Baseret på forskel i selvrisiko på tværs af individer.	Alle	-0,04 (insig.)	
				Hospital	Baseret på forskel i selvrisiko på tværs af individer.	Alle	-0,00 (insig.)	

Tabel 3. Priselasticitet for efterspørgslen efter forskellige typer af sundhedsydelser (fortsat)

Studiet (år)	Tidsskrift (SJR score)	Land	Befolkningsgruppe	Type	Prisændring	Køn	Elasticitet	Kommentar
Van de Voorde et al. (2001)	Health Economics (1.420)	Belgien	Medlemmer af den største nationale sygekasse i Belgien.	Hjemmebesøg	Store ændringer i brugerbetaling 1. januar 1994.	Alle	[-0,39;-0,28]	
				Konsultation i almen praksis	Store ændringer i brugerbetaling 1. januar 1994.	Alle	[-0,16;-0,12]	
				Speciallægekonsultation	Store ændringer i brugerbetaling 1. januar 1994.	Alle	-0,10	
Cherkin et al. (1989)	Medical Care (2.252)	USA	Stikprøve blandt medlemmer af Group Health Cooperative of Puget Sound (GHC), HMO.	Konsultation i almen praksis	\$0 til \$5 pr. besøg.	Alle	-0,29 (buepriselast.)	
				Speciallægekonsultation	\$0 til \$5 pr. besøg.	Alle	-0,01 (insig., buepriselast.)	
Wedig (1988)	Journal of Health Economics (2.712)	USA	Stikprøve blandt borgere over 16 år.	Konsultation i almen praksis	Baseret på prisforskelle mellem læger.	Alle	-0,32	Konsultation/ikke konsultation.
Manning et al. (1987)	American Economic Review (7.273)	USA	Borgere under 62 år, som ikke var dækket af Medicare etc.	Akut, ambulant behandling	0-25 pct. 25-95 pct.	Alle	-0,16 (buepriselast.) -0,32 (buepriselast.)	
				Kronisk, ambulant behandling	0-25 pct. 25-95 pct.	Alle	-0,20 (buepriselast.) -0,23 (buepriselast.)	
				Rask, ambulant behandling	0-25 pct. 25-95 pct.	Alle	-0,14 (buepriselast.) -0,43 (buepriselast.)	
				Alle, ambulant behandling	0-25 pct. 25-95 pct.	Alle	-0,17 (buepriselast.) -0,31 (buepriselast.)	
				Hospital	0-25 pct. 25-95 pct.	Alle	-0,17 (buepriselast.) -0,14 (insig., buepriselast.)	

Anm.: Se appendiks for en litteraturliste. Van de Voorde et al. (2001), Cherkin et al. (1989) og Wedig (1988) dukkede ikke på ved brug af de valgte søgeord. Dette skyldes, at der ikke er resumé af de pågældende studier i EconLit, hvorfor studierne kun fremkommer ved søgning på ord i titlen og/eller forfatterne. Sammenlignes SJR score for de tidsskrifter som indgår i tabellen med tidsskrifternes EigenFactor, giver dette nogenlunde samme billede.

Rand-studiet

På sundhedsområdet har debatten om brugerbetaling i høj grad været præget af resultaterne fra det amerikanske RAND-eksperimentet, der har særstatus som et af de mest omfattende brugerbetalingseksperimenter nogensinde. Ifølge dette studie er priselasticiteten for ambulante ydelser¹², som i udgangspunktet koster \$340, relativt konstant på godt -0,15, hvilket betyder, at når brugerbetalingen for en given ydelse stiger med 1 pct., så falder den individuelle efterspørgsel med 0,15 pct.¹³

RAND-eksperimentet indeholder også beregninger af buepriselasticiteterne. Ifølge RAND-eksperimentet er buepriselasticiteten for ambulante ydelser i egenbetalingsintervallet 0-25 pct. lig -0,15 og i egenbetalingsintervallet 25-95 pct. lig -0,17. Dvs. når brugerbetalingen for en given ydelse stiger med 1 pct. i intervallet 0-25 pct., så falder den individuelle efterspørgsel med 0,15 pct.¹⁴

Øvrige studier

Udover RAND studiet har flere andre studier også beskæftiget sig med effekten af brugerbetaling på forskellige former for lægehjælp. I et nyere studie undersøger Maciejewski et al. (2012) priselasticiteten for speciallægekonsultationer blandt krigsveteraner i USA med forhøjet blodtryk. På baggrund af en stigning i brugerbetalingen på speciallægekonsultation fra \$15 til \$50 finder Maciejewski et al. en stigning i semipriselasticiteten¹⁵ -0,25 til -0,31.

Kan et al. (2006) benytter en stigning i forsikringsatsen i Japan i 1997 som udgangspunkt for et naturligt eksperiment, hvor de beregner buepriselasticiteten for konsultation i almen praksis¹⁶ for japanere med sundhedsforsikringer. Kan et al. finder frem til en buepriselasticitet i intervallet -0,06 til -0,05. De finder dog, at denne effekt aftager, og at der på længere sigt ikke er nogen signifikant effekt. I Kan et al. (2010) opdateres studiet. Her finder Kan et al. en buepriselasticitet for konsultation i almen praksis på -0,05, men de finder en positiv buepriselasticitet på 0,03, når effekten på længere sigt evalueres. Kan et al. argumenterer for, at den positive effekt på længere sigt eksempelvis kan skyldes, at prisstigningerne ikke har været store nok.

I et italiensk studie af Fabbri et al. (2009) evalueres priselasticiteten blandt italienere baseret på geografiske prisforskelle. Fabbri et al. finder, at der ikke er nogen substitutionseffekter mellem konsultation med henholdsvis offentlige og private speciallæger, hvorfor brugerbetaling kan fungere som en præventiv foranstaltning for overforbrug. Fabbri et al. finder priselasticiteter for konsultation i almen praksis på -0,03 (insignifikant), for offentlige speciallægekonsultation på -0,31 og for privat speciallægekonsultation på 0,12 (insignifikant).

På baggrund af betydelige ændringer i niveauet af brugerbetaling for lægebesøg i Belgien 1. januar 1994 har to belgiske studier, Cockx et al. (2003) samt Van de Voorde et al. (2001), undersøgt priselasticiteter for brugerbetaling af sundhedsydelser. Begge studier finder, at der er en negativ sammenhæng mellem brugerbetaling og lægehjælp, dvs. hvis prisen stiger, så falder efterspørgslen. Desuden finder begge studier, at efterspørgslen efter hjemmebesøg falder mere end efterspørgslen efter konsultationer i almen praksis og speciallægekonsultation ved brugerbetaling. Van de Voorde et al. estimerer priselasticiteter for den samlede befolkning. Studiet finder, at priselasticiteten for hjemmebesøg og konsultation i almen praksis henholdsvis ligger i intervallet -0,28 til -0,39 og -0,12 til -0,16. For speciallægekonsultation ligger

¹² Bemærk at 'ambulant behandling' ifølge Rand-studiet også inkluderer konsultation i almen praksis. Kilde: DØRS (2000).

¹³ Per Andersen og Terkel Christiansen (1990): Brugerbetaling i sundhedssektoren - teori, viden, holdninger.

¹⁴ Per Andersen og Terkel Christiansen (1990): Brugerbetaling i sundhedssektoren - teori, viden, holdninger.

¹⁵ Semipriselasticiteter måles den ved procentvise påvirkning af efterspørgslen efter speciallægekonsultation som følge af en stigning i brugerbetalingen på 1 absolut.

¹⁶ I Kan et al. (2006) og i Kan et al. (2010) bruger de både begrebet "outpatient care" og "physician care" eller "physician visits". Det tolkes her som om, at de estimerede elasticiteter i begge studier dækker over konsultation i almen praksis.

priselasticiteten på -0,10, jf. tabel 3. Cockx et al. tager i undersøgelsen højde for, at ændringen i brugerbetalingen på de tre typer af lægebesøg ikke var proportional, hvilket kan have påvirket patienternes valg af lægekontakt. Cockx et al. finder priselasticiteter for mænd og kvinder separat. For hjemmebesøg er priselasticiteterne henholdsvis -0,18 og -0,08, for konsultation i almen praksis henholdsvis -0,06 og -0,01 og for speciallægekonsultation henholdsvis -0,14 (insignifikant) og -0,02.

Et hollandsk studie, Van Vliet (2001), benytter forskelle i selvrisiko blandt den privatforsikrede befolkning i Holland til at beregne priselasticiteten for henholdsvis konsultation i almen praksis, speciallægekonsultation og hospitalsbesøg for hollændere, som er indskrevet i en privat sundhedsforsikring. Van Vliet estimerer priselasticiteten for konsultation i almen praksis og for speciallægekonsultation til -0,04 (dog insignifikant for speciallægekonsultation) og for hospitalsbesøg til -0,00 (insignifikant).

Cherkin et al. (1989) undersøger priselasticiteten blandt medlemmer af en Health Maintenance Organisation som følge af en prisstigning fra \$0 til \$5 pr. besøg for konsultation i henholdsvis almen praksis og hos speciallæge. Cherkin et al. finder priselasticiteter på -0,29 og -0,01 (insignifikant). Studiet viser, at brugerbetaling har en signifikant større effekt på patienter, som, året inden brugerbetalingen blev introduceret, havde et højt forbrug af lægeydelser (mere end 10 konsultationer i almen praksis). Cherkin et al. finder derudover, at effekten af brugerbetaling skete med det samme, og at effekten ikke forsvandt i undersøgelsesperioden (12 måneder).

I et studie baseret på en stikprøve blandt amerikanske borgere over 16 år, undersøger Wedig (1988) priselasticiteter baseret på prisforskelle mellem læger. Wedig undersøger både priselasticiteter med hensyn til, hvorvidt en borger benytter sig af konsultation eller ej, samt priselasticiteten betinget på, at borgeren har været til mindst en konsultation. Wedig finder, at priselasticiteten er højere for førstegangsbesøg end for borgere, hvor mindst en konsultation har fundet sted. De estimerede priselasticiteter er henholdsvis -0,32 og -0,16. Derudover finder Wedig, at borgere med dårligere helbred er mindre prisfølsomme mht. førstegangsbesøg end borgere med godt helbred.

Erfaringerne fra lægekonflikten i 1984

Selvom ovenstående prisfølsomheder naturligvis kun med grundige forbehold kan overføres til en dansk kontekst¹⁷, så virker priselasticiteter i dette leje ikke fuldstændig usandsynlige. I Danmark findes også erfaringer med forbrugsreaktioner ved brugerbetaling. Under den 3 måneder lange lægekonflikt i 1984 opkrævede de praktiserende læger betaling for besøg svarende til 40 pct. af omkostningen pr. besøg. Ifølge De Økonomiske Råd førte dette til en reduktion i antallet af lægebesøg på ca. 20 pct.¹⁸

Brugerbetaling i et internationalt perspektiv

Danmark adskiller sig generelt fra flere andre nordiske lande (Sverige, Norge og Finland) ved, at brugerbetalingen af historiske årsager er koncentreret på meget få ydelser (tandlæger, fysioterapi, 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.

¹⁷ Det er fx vigtigt at holde for øje, at RAND-eksperimentet er udført i en kontekst, som på mange punkter adskiller sig fra det universelle sundhedsvæsen, man finder i Danmark, samt at det blev udført for mere end tre årtier siden.

¹⁸ DØRS (2000): Dansk Økonomi Forår 2000. DØRS skriver dog, at dette må opfattes som et overkantsskøn, idet nogle henvendelser kan være blevet udskudt til konfliktens ophør. Endvidere kan det være, at nogle patienter var fornuftige og fik fornyet deres recepter inden konflikten indtrådte. Ifølge en artikel i Ugeskrift for Læger er der dog taget højde for hamstring i reduktionen på 20 pct. Ugeskrift for Læger (1988): Den overenskomstløse periode 1.10.1984-6.1.1985 i en almen praksis.

Af nedenstående tabel fremgår den gennemsnitlige brugerbetaling på lægebesøg i hhv. Sverige, Norge og Finland. Her koster lægebesøg i gennemsnit ca. 130 kr., et speciallægebesøg ca. 250 kr. og sygehusbesøg ca. 160 kr.

Lande	Praktiserende læge	Speciallæge eller ambulante sygehusbehandling	Sygehusindlæggelse
Norge	135 kr. pr. konsultation (dag) *)	303 kr. pr. konsultation	Gratis
Sverige	140 kr. pr. konsultation (dag)	252 kr. pr. konsultation	74 kr. pr. dag**)
Finland	103 kr. pr. konsultation (***)	205 kr. pr. konsultation	243 kr. pr. dag****)
Gennemsnit	126 kr.	253 kr.	159 kr.*****)
Danmark	Gratis	Gratis	Gratis

Anm.: *) I Norge eksisterer et betalingsloft, således at man højst kan betale 1.965 kr. i brugerbetaling og børn under 16 er fritaget for brugerbetaling **) Taksterne i Sverige er udregnet som et simpelt gennemsnit mellem landstingene. Unge under 18 år er fritaget for betaling. I enkelte landsting er aldersgrænsen 20 år. Desuden reduceres taksten efter længere tids indlæggelse, der er dog forskel på, hvornår reduktionen sker. Endvidere er der i nogle landsting lavere takster for ældre og folk med lave indkomster. ***) Alternativt kan man betale en årsafgift på 205 kr. ****) Efter loft for betaling på 4.743 kr. reduceres betalingen til 113 kr. pr. dag. *****) Norge er udeladt i denne beregning.

Kilde: www.skl.se, www.helfo.no, www.helfi.fi, samt Danmarks Statistik.

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, 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 retningen 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 på behandlingerne.

Beregninger fra De Økonomiske Råd viser, at brugerbetaling på en række sundhedsydelser¹⁹ samlet giver en budgetforbedring på godt 4 mia. kr. (2010-priser). I disse beregninger antages en reduktion i efterspørgslen på 25 pct.

Brugerbetaling, ulighed og sundhed

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

¹⁹ 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.

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 af 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”.²⁰

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.²¹

En lignende undersøgelse fra Oregon²² 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)²³ finder, at befolkningens sundhedstilstand i langt højere grad afgøres af sociale, økonomiske og miljømæssige forhold fremfor brugen af sundhedsydelser.

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.²⁴

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. Alternativt kan disse ressourcer anvendes til målrettede oplysningskampagner til den del af befolkningen, som ikke besøger lægen nok. Dette vil kunne medvirke til at øge sundhedstilstanden for dem, som går for lidt til lægen grundet sociale, økonomiske og miljømæssige forhold.

²⁰ Gengivet hos Velfærdskommissionen (2005): Fremtidens velfærd - vores valg.

²¹ AKF (2012): Adfærdsmæssige effekter af brugerbetaling.

²² Baicker et al (2013): The Oregon Experiment – Effects of Medicaid on Clinical Outcomes.

²³ Bjerregaard (1994): Samfundsmæssige og sociale forhold - middellevetid og dødelighed.

²⁴ OECD(2013): Health Status - Life expectancy.

Appendiks

Nedenfor følger en oversigt over de videnskabelige studier der indgår i tabel 3.

Cherkin, Daniel C. et al (1989): *"The effect of office visit copayments on utilization in a health maintenance organization"*, Medical Care, 27, 669-679

Cockx, Bart et al (2003): *"The demand for physician services: Evidence from a natural experiment"*, Journal of Health Economics, 22, 881-913

Fabbri, Daniele et al (2009): *"Rationing the public provision of healthcare in the presence of private supplements: Evidence from the Italian NHS"*, Journal of Health Economics, 28, 290-304

Kan, Mari et al (2006): *"The demand for medical care in Japan: initial findings from a Japanese natural experiment"*, Applied Economics Letters, 13, 273-277

Kan, Mari et al (2010): *"Effects of cost sharing on the demand for physician services in Japan: Evidence from a natural experiment"*, Japan and the World Economy, 22, 1-12

Maciejewski, Matthew et al (2012): *"How price responsive is demand for specialty care?"*, Health Economics, 21, 902-912

Manning, Willard G. et al (1987): *"Health Insurance and the Demand for Medical Care: Evidence from a Randomized Experiment"*, The American Economic Review, 77, 251-277

Van de Voorde, Carine et al (2001): *"Effects of cost sharing on physician utilization under favourable conditions for supplier-induced demand"*, Health Economics, 10, 457-471

Van Vliet, René C. J. A. (2001): *"Effects of price and deductibles on medical care demand, estimated from survey data"*, Applied Economics, 33, 1515-1524

Werdig, Gerard J. (1988): *"Health status and the demand for health: Results on price elasticities"*, Journal of Health Economics, 7, 151-163