

BRUGERBETALING PÅ LÆGEVAGTEN

Ifølge en ny undersøgelse fra Århus Universitet burde omkring 20 pct. af de patienter, som i dag tager kontakt til lægevagten, ud fra et medicinsk fagligt synspunkt i stedet have kontakttet til egen læge.¹ Fx er der borgere, som benytter vagtlægen til fornyelser af recepter eller ringer med henvendelser, som ifølge lægerne godt kan vente til dagen efter. Hvis nogle danskere er opmærksomme på, at deres henvendelse ikke haster, men alligevel benytter akut-systemet, har det samfundsmæssige konsekvenser. Dels betyder det længere ventetider for dem, som virkelig har behov for akut lægehjælp, og dels er det dyrt for samfundet. Eksempelvis honoreres læger i lægevagten med 183 kr. i dagtimerne og 227 kr. i aftentimerne. Læger honoreres til sammenligning i egen praksis med 132 kr. i dagtimerne. Hvis ca. 20 pct. af patienterne valgte at rette henvendelse til egen læge frem for at tage fat i vagtlægen, ville det umiddelbart reducere sundhedsudgifterne med knap 50. mio. kr. Ved at indføre et beskedent gebyr, kunne man få patienterne til at ændre adfærd og tænke sig om en ekstra gang, inden de taster nummeret til lægevagten. Det har man fx gjort i Sverige, hvor en receptfornyelse via telefonen koster 35 kr. Endvidere koster et besøg hos lægevagten i de nordiske nabolande (Sverige, Norge og Finland) gennemsnitligt knap 150 kr. i dagtimerne og knap 215 kr. i aftentimerne. Af historiske årsager er brugerbetalingen i Danmark koncentreret på meget få ydelser (tandlæger, fysioterapi, psykologer og egenbetalinger på medicin). Det anbefales, at man i Danmark ligesom i flere andre nordiske lande i højere grad udbreder brugerbetalingen til andre sundhedsbehandlinger, således at brugerbetalingen i højere grad anvendes adfærdsregulerende.

Brug af lægevagten

Den nuværende lægevagtordning trådte i kraft 1. januar 1992 som følge af overenskomstaf-talen mellem Praktiserende Lægers Organisation (PLO) og den daværende Amtsrådsforening. Med denne aftale kom PLO som samlet organisation til at hæfte for lægevagtforpligtigelsen uden for praktiserende lægers almindelige åbningstid.²

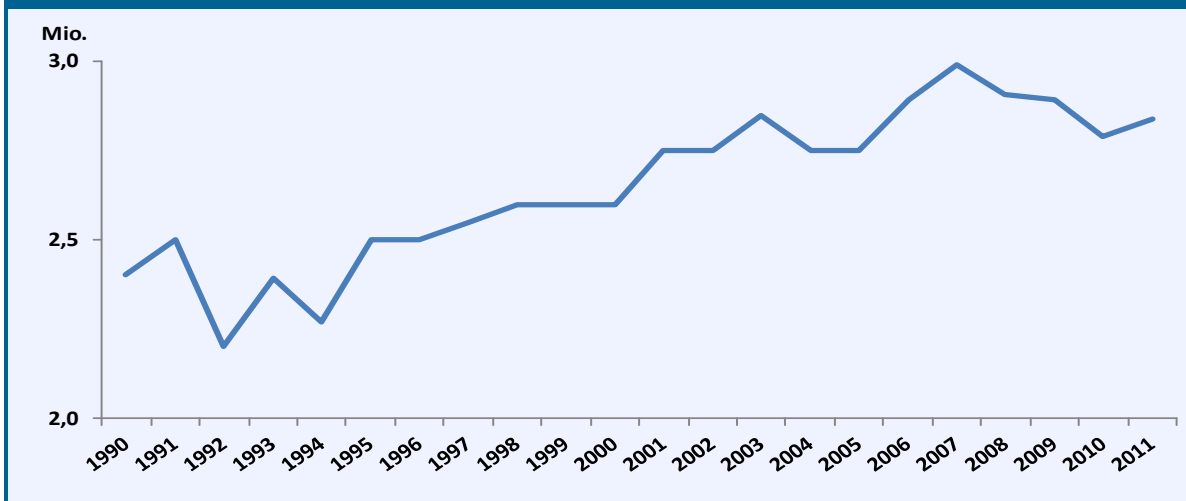
Siden 1992 har antallet af kontakter til lægevagten været stigende. En forklaring på denne vækst er, at antallet af kontakter ikke *alene* er styret af medicinsk behov, men også af borgernes serviceønsker, dvs. fx ønsket om receptfornyelser i vagttiden. I 2009 blev 58 pct. af kontakterne afsluttet med en telefonkonsultation, 31 pct. visiteret til en konsultation og 11 pct. til besøg.³

¹ Århus Universitet, Forskningsenheden for Almen Praksis (2011): Kontakt- og sygdomsmønsteret i lægevagten.

² Århus Universitet, Forskningsenheden for Almen Praksis (2010): Den danske lægevagt i internationalt perspektiv

³ Århus Universitet, Forskningsenheden for Almen Praksis (2010): Den danske lægevagt i internationalt perspektiv

Figur 1. Antal kontakter til lægevagten 1990-2011



Kilde: Århus Universitet, Forskningsenheden for Almen Praksis (2010): Den danske lægevagt i internationalt perspektiv, samt Danmarks Statistik.

Forkert brug af vagtlægen

De hyppigste kontaktårsager til lægevagten er alment/uspecificerede henvendelser som fx feber (22,2 pct.), symptomer i maven/fordøjelsessystemet (15,2 pct.), luftvejene (13,4 pct.) og fra bevægeapparatet (11,8 pct.).

Ifølge en ny undersøgelse fra Århus Universitet vurderer lægerne, at 21,9 pct. af patienterne, som i dag tager *telefonisk* kontakt til lægevagten (enten for telefonkonsultation eller visitation), ud fra et medicinsk fagligt synspunkt i stedet burde have taget kontakt til egen læge. Endvidere vurderer lægerne, at 22,2 pct. af patienterne, som *fysisk* møder op til en konsultation hos lægevagten, burde have taget kontakt til egen læge, samt at 17,8 pct. af *hjemmebesøgene* også kunne have ventet til et besøg hos egen læge.⁴

Der er naturligvis en informationsasymmetri mellem lægen og patienten i den forstand, at der er forskel på, hvad vagtlægen vurderer som en overflødig henvendelse og hvad patienten finder nødvendigt. Der er dog noget, der tyder på, at nogle patienter bruger akutsystemet forkert, og kontakter lægevagten med henvendelser, som godt kunne have ventet til egen læge. Fx viser undersøgelsen fra Århus Universitet, at receptfornyelser udgør 3,9 pct. af alle afsluttede telefonkonsultationer, hvoraf 22 pct. foretages med under to timer til egen læges åbningstid.⁵

Hvis akutsystemet bruges forkert, har det samfundsmæssige konsekvenser. For det første betyder det længere ventetider for dem, som virkelig har behov for at komme igennem til lægen. For det andet har det en omkostning for samfundet, idet kontakten til vagtlægen er dyrere end kontakten til egen læge. Eksempelvis honoreres læger i lægevagten med 183 kr. i dagtimerne og 227 kr. i aftentimerne. Læger honoreres til sammenligning i egen praksis med 132 kr. i dagtimerne.⁶

Vagtlægeordningen koster ca. 600 mio. kr. årligt, og i 2011 var der ca. 2,8 mio. kontakter til vagtlægen.⁷ Hvis ca. 20 pct. af patienterne valgte at rette henvendelse til egen læge frem for at tage fat i vagtlægen, ville det umiddelbart reducere sundhedsudgifterne med knap 50. mio. kr.⁸

⁴ Århus Universitet, Forskningsenheden for Almen Praksis (2011): Kontakt- og sygdomsmønsteret i lægevagten. Det skal bemærkes, at der i notatet fra Århus Universitet er en uoverensstemmelse mellem tabel 14 og teksten over tabellen.

⁵ Århus Universitet, Forskningsenheden for Almen Praksis (2011): Kontakt- og sygdomsmønsteret i lægevagten.

⁶ Kilde: Lægeforeningens hjemmeside 2013.

⁷ PLO (2012): Aktivitet og økonomi i almen praksis i dagtid og vagttid 2000-2011.

Brugerbetaling på lægevagten

En måde, hvorpå man kan få folk til at tænke sig om en ekstra gang, inden de taster nummeret til lægevagten, er ved at pålægge et beskedent gebyr på lægevagten. Det har man fx gjort i Sverige, Norge og Finland. I Sverige varierer brugerbetalingen fra landsting til landsting, og kontakt til lægevagten koster mellem 87 og 303 kr. Gennemsnitligt ligger brugerbetalingen på 204 kr. i dagstimerne og 210 kr. i aftentimerne. I Norge koster det hhv. 137 kr. i dagtimerne og 231 kr. i aftentimerne. Og i Finland ligger taksten på 103 kr. i dagstimerne og 205 kr. i aftentimerne. Af tabellen fremgår også priser for hjemmebesøg.

Tabel 1. Brugerbetaling for vagtlægen

	Konsultation		Hjemmebesøg	
	Dagtimerne	Aftentimerne	Dagtimerne	Aftentimerne
Sverige*	204 DKK	210 DKK	260 DKK	266 DKK
Norge	137 DKK	231 DKK	182 DKK	298 DKK
Finland**	103 DKK	205 DKK	103 DKK	103 DKK
Samlet	148 DKK	216 DKK	182 DKK	222 DKK

Kilde: www.helfo.no, www.skl.se, www.stm.fi

Anm.: *I Sverige varierer taksten for konsultationer på tværs af landsting (fra 87 DKK til 303 DKK). Halland er det eneste af 21 landsting, som har differentieret pris for hhv. dag og aften. I 2 ud af 21 landsting (Skåne og Västra Götaland) afhænger prisen for en konsultation af, om patienten vælger eget sundhedscenter (vårdcentral) eller et andet sundhedscenter. I ovenstående tabel er et gennemsnit af priserne i de to landsting benyttet. I Sverige er taksterne for hjemmebesøg sammensagt af konsultationstaksten og et tillæg, der igen varierer på tværs af landsting. ** I Finland kan der maksimalt opkræves gebyr for lægevagten 3 gange pr. år pr. borger i tidsintervallet 16-20. For hjemmebesøg kan der i Finland maksimalt opkræves gebyr 2 gange dagligt. I både Sverige, Norge og Finland er der loft over brugerbetalingen og helt unge er fritaget for brugerbetaling. I Sverige varierer aldersgrænsen for fritagelse fra landsting til landsting.

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 som adfærdsregulering inden for sundhedsbehandlinger. Dette kunne vi med fordel også gøre i Danmark. Ved at indføre en brugerbetaling, som er højere hos lægevagten end hos egen læge, vil man i højere grad efterkomme LEON-princippet (dvs. lade opgaver udføre til laveste effektive omkostningsniveau) samt fremme en ansvarsbevidsthed i befolkningen, så man ikke unødigt optager vagtlægens tid med den konsekvens, at dem med behov ikke kan komme igennem.

Det anbefales, at man i Danmark ligesom i flere andre nordiske lande i højere grad udbreder brugerbetalingen til andre sundhedsbehandlinger, således at brugerbetalingen i højere grad anvendes adfærdsregulerende. Den gennemsnitlige betaling for at gå til lægevagten i Norden er knap 150 kr. i dagtimerne og knap 215 kr. i aftentimerne. Dette niveau kunne med fordel indføres i Danmark.

Patienternes prisfølsomhed

Økonomer benytter ofte de såkaldte 'priselasticiteter' til at udtrykke den *relative* mængdeændring i forbruget af fx sundhedsydelser i forhold til (og som følge af) en *relativ* prisændring. Der findes flere studier, der giver et bud på priselasticiteten. Generelt er tendensen meget klar. Forbrug og udgifter falder med øget brugerbetaling.⁹

⁸ I dette regnestykke benyttes de i teksten anførte procentsatser for, hvor mange af kontakterne til vagtlægen, som i stedet burde rettes til egen praktiserende læge. Honoreringen af vagtlægen i A- og B-vagt er vægtet ud fra fordelingen af kontakter til lægevagten. Honorarerne følger satserne fra 1. oktober 2012 fundet på PLOs hjemmeside. Vedr. honorering for hjemmebesøg anvendes der i regnestykket den laveste takst (for den kortest mulige afstand). Besparelsen er derfor et konservativt estimat.

⁹ Per Andersen og Terkel Christiansen (1990): Brugerbetaling i sundhedssektoren - teori, viden, holdninger og AKF(2012): Adfærdsmæssige effekter af brugerbetaling.

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. RAND-studiet indeholder ikke priselasticiteter for lægevagten, men ifølge dette studie er priselasticiteten for ambulante ydelser, som i udgangspunktet koster \$ 340, relativt konstant på godt -0,15, hvilket betyder, at når brugerbetalingen for en given ydelse stiger med 1 pct. point, så falder den individuelle efterspørgsel med 0,15 pct.¹⁰

RAND-studiet indeholder også såkaldte 'bue-elasticiteter', som er af særlig interesse i en dansk kontekst. Det skyldes, at det via buelasticiteten er muligt at se på, hvordan efterspørgslen vil blive påvirket ved indførelse af en brugerbetaling, som i udgangspunktet er 0. Derudover er buelasticiteten et *mindre* groft mål end priselasticiteten, idet efterspørgslens prisfølsomhed kan udtrykkes over forskellige prisintervaller. Bueelasticiteten er således et udtryk for den gennemsnitlige relative mængdeændring i forhold til en relativ ændring i betalingsandel indenfor et givet betalingsandelsinterval. Det kunne fx være en forøgelse af brugerbetalingen fra 0 til 25 pct. Ifølge RAND-studiet er buepriselasticiteten for ambulante ydelser, som i udgangspunktet koster \$ 340 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. point i intervallet 0-25 pct., så falder den individuelle efterspørgsel med 0,15 pct.¹¹

Selvom ovenstående prisfølsomhed naturligvis er behæftet med en betydelig usikkerhed, når den overføres til en dansk kontekst¹², så virker en elasticitet i dette leje ikke fuldstændig usandsynlig. 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.¹³ Endvidere antager de fleste danske videnskabelige studier almindeligvis, at brugerbetaling vil have en efterspørgselseffekt i denne størrelsesorden. Fx har Det Økonomiske Råd tidligere antaget, at forbruget af praksisydelser ved en beskeden brugerbetaling på diverse sundhedsydelser¹⁴ vil reducere forbruget med 0, 10 eller 25 pct.

Provenu- og adfærdseffekter af øget brugerbetaling

Hvis man i Danmark indførte brugerbetaling på henvendelser til lægevagten, ville det 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 vil skulle betale for at kontakte lægevagten. 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 at kontakte lægevagten. Hvis det koster et beløb at kontakte lægevagten, vil det trække i retningen af, at man benytter lægevagten mindre, hvilket vil frigive ressourcer, der kan anvendes andetsteds samt øge adgangen for dem med stort behov. Det vurderes, at den

¹⁰ Per Andersen og Terkel Christiansen (1990): Brugerbetaling i sundhedssektoren - teori, viden, holdninger

¹¹ Per Andersen og Terkel Christiansen (1990): Brugerbetaling i sundhedssektoren - teori, viden, holdninger

¹² 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. Desuden indeholder Rand-eksperimentet - som det glæder så mange andre studier - ikke særlige elasticiteter for lægevagten. Dog findes der elasticiteter for ambulante behandlinger og indlæggelser.

¹³ 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.

¹⁴ 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. Beregningerne viser, at brugerbetalingen samlet giver en budgetforbedring på godt 4 mia. kr. (alt er omregnet til 2010-priser), DØRS(2000): Dansk Økonomi.

offentlige sektor kan beholde den budgeteffekt, der opnås ved færre besøg hos lægevagten, og fx bruge gevinsten til at forbedre kvaliteten på behandlingerne.

Brugerbetaling og ulighed

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 rammes 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. I forlængelse heraf, kan øget brugerbetaling også resultere i, at de svageste grupper, der har et reelt behov, ikke kommer til lægen. Der mangler dokumentation for, at dette reelt er et problem i Norge, Sverige og Finland.

Desuden viste RAND-eksperimentet, at brugerbetaling reducerede antallet af besøg, men ikke påvirkede intensiteten (niveauet) af den behandling, der blev givet under besøgene. Det tyder på, at effekten af brugerbetaling på sundhedstilstanden er begrænset. For den gennemsnitlige deltager i eksperimentet påvirkede brugerbetalingen ikke helbredet målt ved en lang række indikatorer. Dog havde brugerbetalingen en negativ helbredsmæssig effekt for personer med forhøjet blodtryk og lav indkomst (særligt børn) samt personer med dårligt syn.¹⁵

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. Man kunne desuden indføre et loft for, hvor meget der kan blive opkrævet, så fx kronikere ikke på årsbasis får en kæmpe udgift i forbindelse med deres sygdom.

Dog skal man være opmærksom på, at 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. En fripladsordning vil således reducere incitamentet til at tage et arbejde.

¹⁵ AKF (2012): Adfærdsmæssige effekter af brugerbetaling.