

## Nordisk gennemsnit for brugerbetaling til læge: ca. 120 kr.

I dette notat belyses niveauet for brugerbetaling på sundhedsydelser i en række af de lande, vi normalt sammenligner os med. Notatet viser bla., at et besøg hos lægen i Sverige koster 122 kr. pr. gang, i Norge koster det 130 kr., i Finland koster det 102 kr., og i Tyskland koster det 75 kr. Til sammenligning er det gratis at gå til lægen både i Danmark og England. Skulle man indføre brugerbetaling på lægebesøg i Danmark, ville det have to effekter: En provenueffekt og en adfærdseffekt. Provenueffekten fremkommer ved, at der kommer flere penge i statskassen som følge af, at danskerne ville skulle betale for at gå til lægen. Adfærdseffekten fremkommer som følge af den ændrede adfærd, der opstår, når man skal til at betale for at gå til lægen. Hvis det koster et beløb at gå til lægen, vil det trække i retning af, at man går mindre til lægen. For at dæmpe efterspørgslen efter lægeydelser anbefales det at indføre brugerbetalingen på lægebesøg fx svarende til det nordiske gennemsnit på knap 120 kr. Provenuet anbefales at gå til lavere indkomstskat. Hvis provenuet indgår i sundhedsvæsenets budget vil det betyde, at den offentlige sektor blot får en ny indtægtskilde på trods af, at vi allerede i dag har verdens højeste offentlige udgifter og skattetryk. CEPOS anbefaler derfor, at provenuet går til lavere indkomstskat, således at pengene tilbageføres til borgerne. Derimod kan den offentlige sektor beholde den budgeteffekt, der opstår ved færre lægebesøg. Denne budgeteffekt kan anvendes på at øge kvaliteten af sundhedsydelserne.

### Brugerbetaling i et internationalt perspektiv

Danmark adskiller sig generelt fra vores nabolande (Sverige, Norge, Finland, England og Tyskland) ved at have et meget lavt niveau for brugerbetaling. Endvidere er brugerbetalingen i Danmark af historiske årsager 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.

### Praktiserende læge: ca. 120 kr. (gennemsnit for Sverige, Norge og Finland)

Når det kommer til brugerbetaling på fx konsultationer hos egen læge, så fordeler det sig således: I Sverige koster et besøg hos lægen 122 kr. pr. gang, i Norge koster det 130 kr., i Finland koster det 102 kr. og i Tyskland koster det 75 kr., jf. tabel 1 nedenfor. Til sammenligning er det gratis at gå til lægen både i Danmark og i England.

Den gennemsnitlige betaling for at gå til praktiserende læge i norden er 120 kr.

### Speciallæge og ambulant behandling: ca. 250 kr. (gennemsnit for Sverige, Norge og Finland)

Brugerbetalingen på konsultationer hos speciallæge eller ambulant behandling på et sygehus er oftest noget dyrere. I Sverige koster det 245 kr. for en konsultation i dagtimerne, i Norge koster 294 kr., i Finland koster det 204 kr. og i Tyskland koster det 75 kr. I England og Danmark er konsultationen gratis, jf. tabel 1 nedenfor.

Den gennemsnitlige betaling for at gå til speciallæge i norden er 250 kr.

**Sygehusindlæggelse: ca. 150 kr. (gennemsnit for Sverige og Finland)**

I Sverige, Finland og Tyskland er der også brugerbetaling på sygehusindlæggelser. I Sverige koster det 65 kr. pr. dag, mens det i Finland koster 242 kr. pr. dag, og i Tyskland koster 75 kr. pr. dag. Både Sverige, Finland og Tyskland har et loft for maksimalbetaling. Herefter sænkes eller bortfalder brugerbetalingen, jf. tabel 1 nedenfor.

Den gennemsnitlige betaling for at blive indlagt i Norden er 150 kr.

<b>Tabel 1. Brugerbetaling for sundhedsydelser i udvalgte nabolande, DDK (2011)</b>			
<b>LANDE</b>	<b>Konsultation hos praktiserende læge</b>	<b>Konsultation hos speciallæge eller ambulans behandling på sygehus</b>	<b>Sygehusindlæggelse</b>
Norge	130 kr. ved konsultation i dagtimerne	294 kr. ved konsultation i dagtimerne	Gratis
Sverige	122 kr. pr. konsultation i dagtimerne.	245 kr. pr. konsultation i dagtimerne.	65 Kr pr. dag for de første ti dage - herefter 49 kr. pr. dag. Der skal ikke betales for børn og unge under 20 år.
Finland	306 kr. i årsafgift eller 102 kr. i engangsafgift pr. konsultation. Personer under 18 år skal ikke betale for lægekonsultation.	204 kr. ved konsultation i dagtimerne. Personer under 18 år skal ikke betale for lægekonsultation.	242 kr. pr. dag. Efter et loft for maksimal betaling er nået koster det 112 kr. pr. dag
Tyskland	75 kr. for første lægekonsultation i kvartalet. Herefter gratis resten af kvartalet.	Gratis for patienter henvist af anden læge, hvis konsultationerne falder i samme kvartal. Ved første lægekonsultation i kvartalet betales 75 kr.	75 kr. pr. dag, dog maks. for 28 dage i løbet af et kalenderår. Der skal ikke betales for børn og unge under 18 år.
England	Gratis	Gratis	Gratis
Danmark	Gratis	Gratis	Gratis

Kilde: [www.hel.fi](http://www.hel.fi), [www.lj.se](http://www.lj.se), [www.bmg.bund.de](http://www.bmg.bund.de), [www.helfo.no](http://www.helfo.no), [www.nhs.uk](http://www.nhs.uk)

**Provenu- og adfærdseffekter af øget brugerbetaling**

Hvis man i Danmark indførte brugerbetaling på lægebesøg, 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 gå til 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. Det vil nemlig betyde en udvidelse af den offentlige sektor. En yderligere udvidelse af den offentlige sektor vil resultere i, at den offentlige sektor vil absorbere en større andel af den samlede arbejdsstyrke. Dermed vil det for private virksomheder blive endnu sværere at vokse det kommende årti. Bl.a. på den baggrund anbefales det, at provenuet går til lavere indkomstskat.

Adfærdseffekten fremkommer som følge af den ændring i adfærden, der opstår, når man skal betale for at gå til lægen. Hvis det koster et beløb at gå til lægen, så vil det trække i retningen af, at man går mindre til lægen. Når færre går til lægen, vil det frigive ressourcer, der kan anvendes andetsteds. Det vurderes, at den offentlige sektor kan beholde den budgeteffekt, der opnås ved færre lægebesøg, og fx bruge gevinsten til at forbedre kvaliteten på behandlingerne.

Endeligt bør det nævnes, at det er blevet foreslået, at man indfører brugerbetaling for lægebesøg for derimod at nedsætte brugerbetalingen andre steder i sundhedsvæsenet (fx tandlæger). Det kan ikke anbefales, at man øger tilskuddet til tandlægebehandling. Tilskud til tandlægebesøg vil medføre en overefterspørgsel efter tandlægeydelser. Provenuet fra

brugerbetaling bør derimod medgå til finansiering af lavere marginalsat, fx ved lavere bundskat. Lavere marginalsat øger arbejdsudbuddet.

### Fordele ved brugerbetaling

Helt overordnet er der en række fordele ved at indføre brugerbetaling. Brugerbetaling bidrager bl.a. til at lette det offentliges finansiering af sundhedsydelser, rationere efterspørgslen og reducere presset for højere skatter. Det er vigtigt i en tid, hvor presset på sundhedsvæsenet stiger, jf. tabel 2.

Tabel 2. Kontakter til lægen										
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Kontakter til praktiserende læge, mio.	32,4	33,3	33,8	34,9	35,7	36,7	38,0	38,5	39,7	40,0
Konsultationer hos speciallæger, 1.000	4.615	4.606	4.622	4.647	4.716	4.667	4.756	4.821	4.923	5.028
Ambulante besøg, 1.000			4.917	5.071	5.300	5.535	6.130	6.209	6.090	6.612
Opererede personer (stationært, ambulat, privat regi) 1.000		473	529	546	561	571	585	607	588	660

Kilde: SUM (2010): Det danske sundhedsvæsen i nationalt perspektiv

Det økonomiske råd har tidligere regnet på, hvad budgetforbedringen bliver, hvis forbruget af sundhedsydelser reduceres med 10 pct. som følge af en beskeden brugerbetaling. Her har de antaget, at en indlæggelse 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.<sup>1</sup> Beregningerne viser, at brugerbetalingen samlet giver en budgetforbedring på godt 4 mia. kr. (alt er omregnet til 2010-priser).

### Brugerbetaling og ulighed

I relation til brugerbetaling på lægebesøg 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.

Professor fra Syddansk Universitet, Kjeld Møller Pedersen udtalte den 23. september til Information:

*“Det fungerer godt i Norge og Sverige, hvor man har sådan et system. Mange argumenterer imod det ved at sige, at det vil skabe en social katastrofe. Men vis mig katastrofen i Sverige og Norge, for jeg kan ikke se den.”*

Desuden må man i dette perspektiv huske på, at regressiviteten i brugerbetalingen opvejes af progressivitet i skattefinansieringen. Den øgede ulighed, der umiddelbart fremkommer som følge af brugerbetaling på lægebesøg vil opvejes af progressiviteten i skattesystemet. Her betaler den rigeste del af befolkningen 56 pct. i marginalsat, mens den andel med lave indkomster betaler 42 pct. Endvidere er Danmark ifølge OECD det land i OECD, som har den laveste indkomstulighed målt ved ginikoefficienten.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> DØRS(2000): Dansk Økonomi (2010-priser).

<sup>2</sup> Finansministeriet (2010): Indkomstudvikling og -fordeling i Danmark.

Hvis politikerne skulle ønske det, kan de dog vælge at friholde dem med de laveste indkomster fra brugerbetaling. Dette kunne fx ske ved en fripladsordning, som man kender det på daginstitutionsområdet. Man kunne desuden også 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.

### **Andre håndtag til at afhjælpe presset på sundhedsudgifterne**

Det danske sundhedsvæsen er under pres. Det har to forklaringer: Dels vil der fremover være flere og flere ældre og dermed større udgifter til sundhed, og dels stiller danskerne større og større krav til nye og bedre sundhedsydelser. Efterspørgslen efter sundhedsydelser vil også i fremtiden vokse markant. Brugerbetaling kan således bruges som middel til at dæmpe væksten i efterspørgslen og dermed udviklingen i sundhedsudgifterne, men det kan ikke løse hele problemet.

Der er flere andre håndtag, man kan dreje på for at håndtere presset på sundhedsudgifterne. Man kan fx øge konkurrenceudsættelsen (fx via øget brug af udbud eller ved at tillade at private aktører opretter sig som private wings på offentlige hospitaler). Analyser viser, at privathospitaler er ca. 20 pct. billigere end offentlige hospitaler<sup>3</sup>, hvad angår standardiserede operationer. Herudover kan man udbrede private sundhedsforsikringer, så den private sektor tager en del af presset væk fra de offentlige hospitaler.

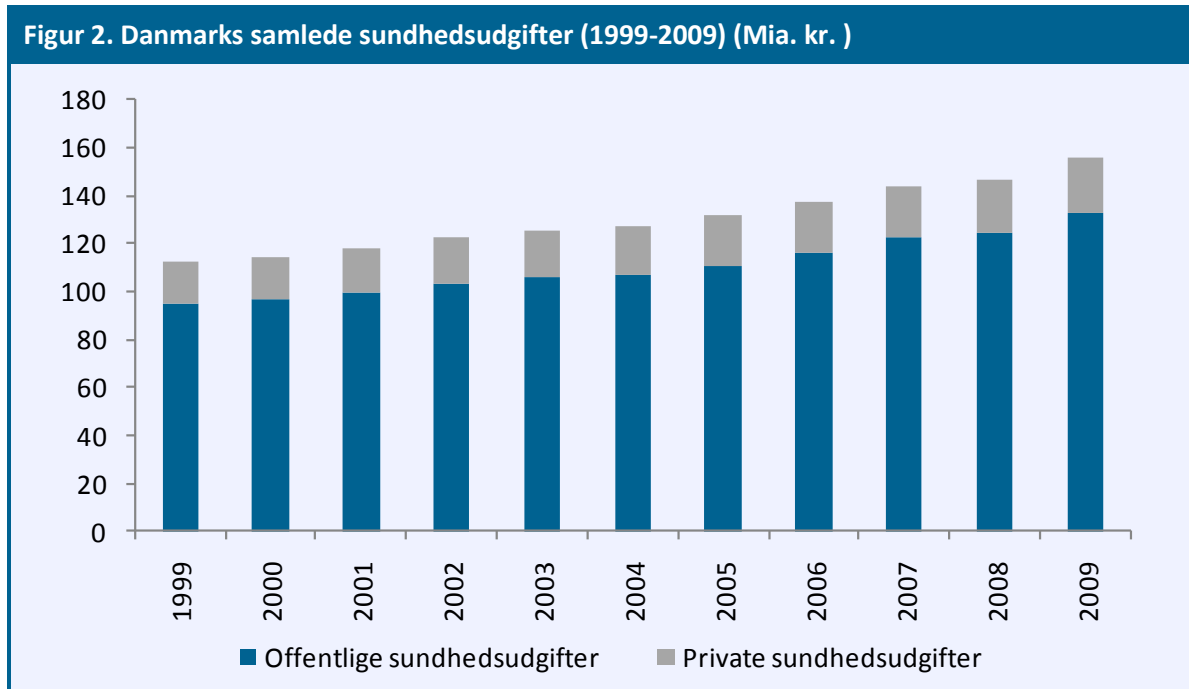
Det vurderes, at det ikke er en mulighed at øge skatterne. Vi har i Danmark verdens højeste skattetryk, med en sammensat marginalskat på 67 pct. (56 pct. fra marginalskat på arbejde og 11 pct. fra afgifter). En yderligere forhøjelse af marginalskatten vil reducere arbejdsudbuddet og velstanden.

---

<sup>3</sup> Se fx World Bank (2002): Options for Reform through Public-Private Partnerships eller Cepos (2011): Privathospitalerne er 19 pct. billigere end de meste effektive offentlige hospitaler. Endvidere viser en undersøgelse udført af Rambøll Management for Cepos, at privat opgavevaretagelse på konkurrencemarkeder generelt medfører effektivitetsgevinster på 20-30 pct. sammenlignet med offentlig produktion, jf. Cepos (2008): Stort udliciteringspotentiale på 15 mia. kr. i den kommunale sektor.

## Appendiks

I Danmark udgør de private sundhedsudgifter omkring 20 mia. kr. svarende til ca. 15 pct. af de samlede sundhedsudgifter. Den årlige realvækst i private sundhedsudgifter har i perioden 1999 til 2009 svaret til 2,5 pct. pr år. I samme periode har væksten i offentlige sundhedsudgifter været på 3,1 pct. pr. år.



Kilde: Sundhedsministeriet: Det danske sundhedsvæsen i nationalt perspektiv samt DØRS 2009.