

Norsk model for brugerbetaling på lægebesøg

I Danmark er brugerbetalingen af historiske årsager koncentreret på meget få ydelser. Eksempelvis har vi brugerbetaling på tandlæger men ikke på alment praktiserende læger. Andre nordiske lande spreder generelt brugerbetalingen mere. Således er der fx brugerbetaling på alment praktiserende læger både i Sverige (140 danske kr.), Norge (135 danske kr.) og Finland (103 danske kr.) (2013-tal). I Norge har man indført brugerbetaling på lægebesøg efter princippet om, at børn (under 16 år) ikke betaler, samt at der er et loft for, hvor meget borgere maksimalt kan komme til at betale pr. år. Dette notat beregner de økonomiske konsekvenser af at indføre en norsk brugerbetalingsordning i Danmark. Beregningerne foretages bl.a. på baggrund af 2010-tal fra Danmarks Statistiks sygesikrings- og befolkningsregister. I 2010 kostede et lægebesøg 127 danske kr., og der var et betalingsloft på 1.712 danske kr. Notatet viser, at hvis vi indførte en norsk brugerbetalingsordning i Danmark, så ville budgetforbedringen ved en 10 pct. forbrugsreduktion ligge på 2,3 mia. kr., hvoraf forbrugsbesparelsen udgør godt knap 0,3 mia. kr., og provenuet udgør knap 2,1 mia. kr. Endvidere ville brugerbetalingen reducere antallet af lægebesøg med 1,4 mio. kontakter. Den tilsvarende budgetforbedring ved en 27 pct. forbrugsreduktion ligger derimod på 2,5 mia. kr. Hvoraf knap 0,8 mia. kr. er forbrugsbesparelse, og godt 1,7 mia. kr. er provenu af brugerbetalingen.

Brugerbetaling i Danmark

Danmark adskiller sig generelt fra flere andre nordiske lande - som fx Sverige, Norge og Finland - ved, at brugerbetalingen af historiske årsager er koncentreret på meget få ydelser. Eksempelvis har vi i Danmark brugerbetaling på tandlæger, fysioterapi, kiropraktorer og psykologer, mens der ikke er brugerbetaling på almen læge, speciallæger og hospitalsbesøg.

Andre lande spreder generelt brugerbetalingen over langt flere typer af behandlinger. Dette skyldes bl.a., at man ønsker at anvende brugerbetalingen til at mindske incitamenterne til overudnyttelse af sundhedsydelser. Desuden har brugerbetaling - i modsætning til skattefinansiering - ingen forvridende effekt på økonomien, herunder af arbejdsudbuddet. 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.

Der er flere måder hvorpå, man kan indføre brugerbetaling i Danmark. I dette notat fokuseres konkret på, hvilken effekt brugerbetaling på almen praktiserende læge ville have, hvis vi indførte samme model, som man har i Norge.

I notatet ses således bort fra brugerbetaling på e-mail- og telefonkonsultationer samt konsultationer hos vagtlægen, speciallæger og på sygehuset.¹

¹ Ved indførelse af brugerbetaling på lægebesøg bør samspillet med de øvrige konsultationstyper nøje overvejes. Det er fx ikke nødvendigvis hensigtsmæssigt, hvis det er gratis at kontakte vagtlægen, men dyrt 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. Af samme årsag anbefalede Velfærdskommissionen i 2005 både at indføre en beskeden brugerbetaling på praktiserende læger, vagt- og speciallæger samt hospitalsbenyttelse. Kilde: Velfærdskommissionen (2005): Fremtidens velfærd - vores valg.

Den norske model

I Norge betaler borgerne et gebyr for at besøge den alment praktiserende læge. I 2010² kostede et lægebesøg 127 danske kr., børn under 16 år var fritaget fra betaling og der var et betalingsloft på 1.712 danske kr.³ Loftet er indført så borgere med stort behov for lægebesøg, fx kronikere, ikke rammes uforholdsvist hårdt.

Den norske model i dansk kontekst

Nedenfor beregnes konsekvenserne af brugerbetaling, såfremt man i Danmark indførte den norske model for brugerbetaling på alment praktiserende læge. Til beregning af konsekvenserne benyttes Danmarks Statistiks sygesikringsregister koblet med befolkningsregisteret for året 2010. Det data, der ligger til grund for denne analyse, dækker således hele den danske befolkning og er derved mere dækkende end datagrundlaget for de tidligere undersøgelser⁴, som bruger Danmarks Statistiks forbrugsundersøgelse, der er baseret på et udsnit af den danske befolkning.

Brugerbetaling på lægebesøg vil have to effekter, der begge forbedrer budgettet: En provenueffekt og en adfærdseffekt. Provenueffekten fremkommer ved, at der kommer flere penge i statskassen som følge af, at danskerne vil skulle betale for at kontakte lægen. Adfærdseffekten (forbrugsbesparelsen) fremkommer som følge af den ændring i adfærden, der opstår, når man skal betale for at kontakte lægen. 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.

Af tabel 1 fremgår konsekvenserne af at indføre en norsk brugerbetalingsordning i Danmark. Beregningerne indeholder to forskellige forbrugsreduktioner. Et fald i forbruget på 10 og 27 pct. Dette svarer omtrent til de antagelser, som DØRS (2000)⁵ lagde til grund for deres beregninger. Den eneste forskel er, at den højeste forbrugsreduktion hos DØRS var 25 pct., mens den i dette notat på baggrund af en litteraturgennemgang er fastlagt til 27 pct. (jf. appendiks 1).

Endvidere indeholder beregningerne to typer gennemslag for adfærden. Fuldt gennemslag og delvist gennemslag. Ved fuldt gennemslag antages det, at alle borgere, som bruger lægen, reducerer deres forbrug som følge af brugerbetalingen. Ved delvist gennemslag antages det, at det kun er dem med et forbrug lavere end loftet, som reducerer deres forbrug som følge af brugerbetaling. Det rette niveau ligger formentlig et sted midt imellem, idet gennemslaget afhænger af, om borgeren allerede i starten af året er vidende om, hvorvidt hans lægeforbrug vil overstige betalingsloftet. Formentlig vil der være en bias mod delvis adfærd, idet det må antages, at flertallet af dem, der går over loftet, på forhånd ved, at de overstiger loftet. Det kan eksempelvis være kronikere, som allerede i starten af året ved, at de har behov for et højt ydelsesniveau.

Endeligt bør det bemærkes, at hvis der indføres brugerbetaling på lægebesøg, så må man forvente, at der vil opstå en mulighed for at forsikre sig mod brugerbetalingen, idet den enkelte forsikringstager vil ønske at udjævne udgiften ved brugerbetaling. Dette vil i et vist omfang reducere den gavnlige adfærdsvirkning, idet omkostningen ved behandling atter afkobles forbruget. En del af adfærdseffekten vil dog bestå, hvis der er selvrisiko og/eller, hvis præmien forhøjes efter aktivering af forsikringen.

De sparede samfundsmæssige omkostninger er i nedenstående tabel opgjort som i Rudbeck et al. (1995)⁶. Af tabellen fremgår det, at hvis der indføres brugerbetaling på 127 kr. pr. konsultation hos almen læge, hvis børn under 16 år friholdes for brugerbetaling, og hvis man indfører et loft

² I dette notat anvendes norske data fra 2010, da de nyeste danske data over antal lægebesøg (anvendt i nedenstående beregninger) stammer fra 2010. I 2013 lå den norske brugerbetaling på 135 kr. og loftet lå på 1.965 danske kr., jf. helfo.no samt valutakurs fra hentet fra Nationalbanken, tabel DNVALM, månedsgennemsnit for juni 2013.

³ nav.no

⁴ Se fx Christiansen et al. (1999): Lighed med hensyn til finansiering af sundhedsydelse og fordelings-effekt af øget brugerbetaling.

⁵ DØRS (2000): Dansk Økonomi forår 2000.

⁶ Rudbeck et al. (1995): Brugerbetaling i sundhedsvæsenet - kortlægning og analyse.

for brugerbetalingen på 1.712 kr., så vil budgetforbedringen under det mest konservative scenarie med delvis adfærd og 10 pct. forbrugsreduktion ligge på 2,3 mia. kr. Dette fordeler sig på en forbrugsbesparelse på knap 0,3 mia. kr., svarende til 1,4 mio. færre kontakter årligt, og et provenu på knap 2,1 mia. kr.

Den tilsvarende budgetforbedring ved delvis adfærd og 27 pct. forbrugsreduktion ligger derimod på 2,5 mia. kr. Hvoraf knap 0,8 mia. kr. er forbrugsbesparelse, og godt 1,7 mia. kr. er provenu af brugerbetalingen. Det bemærkes, at forbrugsnedgangen på 27 pct. er udledt på baggrund af en gennemgang af den relevante litteratur på området (jf. appendiks 1).

Tabel 1. Effekt af brugerbetaling, Almen læge (2010)

	GEBYR (kr.)	EGEN- BETALING (pct.)	KON- TAKTER (1.000)	STATENS UDGIFTER (mio. kr.)	FORBRUGS- BESPARELSE (mio. kr.)	PROVENU MED LOFT (mio. kr.)	BUDGET- FORBEDRING (mio. kr.)
I dag	0	0	22.304	4.405	-	-	-
Ingen adfærd	127	64	22.304	2.161	0	2.244	2.244
Fuld adfærd, 27 pct.	127	64	17.078	1.650	1.046	1.708	2.754
Fuld adfærd, 10 pct.	127	64	20.379	1.963	386	2.056	2.441
Delvis adfærd, 27 pct.	127	64	18.377	1.877	781	1.747	2.528
Delvis adfærd, 10 pct.	127	64	20.857	2.056	288	2.061	2.348

Anm.: I beregningerne er der taget udgangspunkt i den norske model, hvor der er antaget en brugerbetaling på 127 kr. og et loft for brugerbetaling på 1.712 kr. Derudover er børn under 16 år fritaget for betaling. Kontakter hos almen læge er ekskl. telefon- og e-mailkonsultationer. Egenbetalingsandelen er opgjort som egenbetalingen som andel af ydeshonoraret. Dvs. at basishonoraret ikke er medtaget i egenbetalingsandelen. Det indgår heller ikke i statens udgifter, men udgør dog 1,9 mia. kr. i 2010 (PLO (2013)). Resultaterne stemmer godt overens med resultaterne fra DØRS (2000) givet deres beregningsmetode.

Kilde: www.helfo.no, befolknings- og sygesikringsregistret fra Danmarks Statistik, PLO (2013): Aktivitet og økonomi i almen praksis i dagtid og vagttid 2000 til 2012 samt egne beregninger.

Det anbefales, at provenugevinsten gives tilbage til borgerne i form af en lettelse i bundskatten, så brugerbetalingen ikke bliver en ny indtægtskilde for den offentlige sektor. Bundskatten vil ca. kunne reduceres med 0,2 pct. point. Det vil medvirke til at øge arbejdsudbuddet, da marginals-katten på arbejde reduceres. Adfærdseffekten kan man derimod lade den offentlige sektor beholde og fx bruge gevinsten til at forbedre kvaliteten på behandlingerne.

Det er naturligvis vigtigt, at administrationen af brugerbetalingen bliver så enkel og billig som muligt, så provenuet ikke modsvares af tilsvarende administrationsomkostninger. Man må dog generelt forvente, at administrationsomkostningerne forbundet med brugerbetaling er begrænsede.⁷

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 selvom alle ville skulle betale det samme beløb for at gå til lægen, så vil 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.

⁷ Copenhagen Consensus (2011) vurderer, at administrationsomkostningerne ville beløbe sig til omkring 150 mio. kr. årligt, hvis regeringen indfører brugerbetaling på konsultation hos den praktiserende læge, vagt- og speciallæge samt hospitalsbesøg. Dette ville svare til ca. 8 pct. af det samlede provenu fra brugerbetalingen. Sygeforsikring Danmark (2013) angiver ligeledes, at de administrationsomkostninger, der i dag vedrører refusion på alle tilskudsberettigede ydelser som fx briller og tandlægebesøg, udgør 8 pct. af de samlede præmieindtægter. Hertil kommer dog en beskedent meromkostning for den enkelte sundhedsudbyder relateret til indberetning til Sygeforsikring Danmark. Og endeligt oplyser Melin Medical, som står for at administrere brugerbetalingen for 70 pct. af de norske praktiserende læger, at de samlede administrationsomkostninger udgør ca. 5 kr. pr. konsultation, svarende til godt 4 pct. af det totale provenu fra brugerbetaling. Kilder: Copenhagen Consensus (2011): En analyse af det danske sundhedsvæsen og 10 løsningsforslag, Oplysninger tilsendt fra Sygeforsikring Danmark samt Melin Medical.

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 - som i Norge - 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.

Det er dog vigtigt, at politikerne er opmærksomme 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. Det samme gør sig gældende, hvis politikerne af hensyn til fordelingsprofilen indkomstgraderer loftet for, hvor meget man kan risikere at blive opkrævet i brugerbetaling. Dette vil virke som en marginals-kattestigning, hvilket vil have en negativ effekt på arbejdsudbuddet og dermed ødelægge den potentielle efficiensgevinst.

Brugerbetaling og sundhed

Desuden fremføres det ofte som modargument mod brugerbetaling, at brugerbetaling kan få negative konsekvenser for danskernes sundhedstilstand. Argumentet er, at den asymmetriske information mellem læge og patient bevirker, at patienten mangler viden om egen sundhedstilstand og risikerer at fravælge nødvendige konsultationer, hvorved alvorlige sygdomme ikke opdages i tide.

Som det dog anføres af Pedersen (1995) ”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-eksperimentet⁹, at brugerbetaling generelt reducerede antallet af besøg, men ikke påvirkede intensiteten (dvs. omfanget) af den behandling, der blev givet under besøgene. Dette får også AKF til at konkludere, at brugerbetalingen i RAND-eksperimentet ikke for den gennemsnitlige deltager påvirkede helbredet målt ved en lang række indikatorer og at effekten af brugerbetaling på sundhedstilstanden derfor er begrænset.¹⁰

En lignende undersøgelse fra Oregon¹¹ 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)¹² 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.¹³

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

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

⁹ Manning et al. (1987): The RAND Health Insurance Experiment.

¹⁰ AKF (2012): Adfærdsmæssige effekter af brugerbetaling. Dog havde brugerbetalingen en negativ helbredsmæssig effekt for personer med forhøjet blodtryk og lav indkomst (særligt børn) samt personer med dårligt syn.

¹¹ Baicker et al (2013): The Oregon Experiment – Effects of Medicaid on Clinical Outcomes.

¹² Bjerregaard (1994): Samfundsmæssige og sociale forhold - middellevetid og dødelighed.

¹³ OECD(2013): Health Status - Life expectancy.

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.

Appendiks

Efterspørgselseffekter

I notatet 'Brugerbetaling og efterspørgselsreaktioner' (2013) har CEPOS foretaget en litteraturgennemgang over de sidste 25 års videnskabelige studier, som har beregnet forbrugsreaktionen (priselasticiteten) på lægebesøg som følge af brugerbetaling. De fleste studier behandler den intensive margin, dvs. tilfældet hvor en allerede eksisterende brugerbetaling øges. Nogle af disse studier fokuserer dog på den ekstensive margin, hvor en ny brugerbetaling indføres. Dette er særligt relevant i en dansk kontekst i betragtningen af, at vi ikke har brugerbetaling på lægebesøg.

Af de gennemgåede studier undersøger 4 effekten af introduktion af en brugerbetaling for konsultation i almen praksis Manning et al. (1987)¹⁴, Cherkin et al. (1989)¹⁵, Kan et al. (2006)¹⁶ og Kan et al. (2010)¹⁷.¹⁸ Et vægtet gennemsnit¹⁹ af buepriselasticiteterne fra disse studier giver et estimat på -0,16. Ved indførelse af en brugerbetaling på 127 kr. for konsultation i almen praksis, ville det medføre et fald i efterspørgslen på 27 pct.²⁰

De 27 pct. virker som en plausibel effekt. DØRS (2000)²¹, Christiansen et al. (1999)²² og Rudbeck et al. (1995)²³ 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 henholdsvis 10 pct. og 25 pct.

¹⁴ Manning et al. (1987): "Health Insurance and the Demand for Medical Care: Evidence from a Randomized Experiment", *The American Economic Review*, 77, 251-277.

¹⁵ Cherkin et al. (1989): "The effect of office visit copayments on utilization in a health maintenance organization", *Medical Care*, 27, 669-679.

¹⁶ Kan et al. (2006): "The demand for medical care in Japan: initial findings from a Japanese natural experiment", *Applied Economics Letters*, 13, 273-277.

¹⁷ Kan 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.

¹⁸ Manning et al. estimerer buepriselasticiteten for ambulant behandling, som også inkluderer konsultation i almen praksis. Kilde: DØRS (2000): *Dansk Økonomi forår 2000*.

¹⁹ Vægtet efter den inverse varians.

²⁰ Denne forbrugsreduktion opstår til trods for at brugerbetaling vil øge incitamentet til udbudsinduceret efterspørgsel. Fx har læger (der mister 27 pct. af omsætningen) øget incitament til at opfordre deres patienter til hyppige lægebesøg.

²¹ DØRS (2000): *Dansk Økonomi forår 2000*.

²² Christiansen et al. (1999): Lighed med hensyn til finansiering af sundhedsydelser og fordelings effekt af øget brugerbetaling.

²³ Rudbeck et al. (1995): *Brugerbetaling i sundhedsvæsenet - kortlægning og analyse*.