

INDFØR BRUGERBETALING PÅ LÆGEBESØG PÅ 135 KR.

14-11-2017

AF VELFÆRDSPOLITISK CHEF MIA AMALIE HOLSTEIN (53557177)

RESUMÉ

Det danske sundhedsvæsen er under pres. For der bliver flere og flere ældre, der opfindes hele tiden bedre, men også dyrere, teknologi, og danskerne har en forventning om, at behandlingen i morgen er bedre end den i dag. En måde, hvorpå man kan håndtere presset på sundhedsudgifterne, er at indføre brugerbetaling på lægebesøg. For i Danmark er det gratis at gå til lægen. I Sverige koster et besøg hos lægen til sammenligning 142 kr. pr. gang, mens det i Norge koster 126 kr. pr. gang.

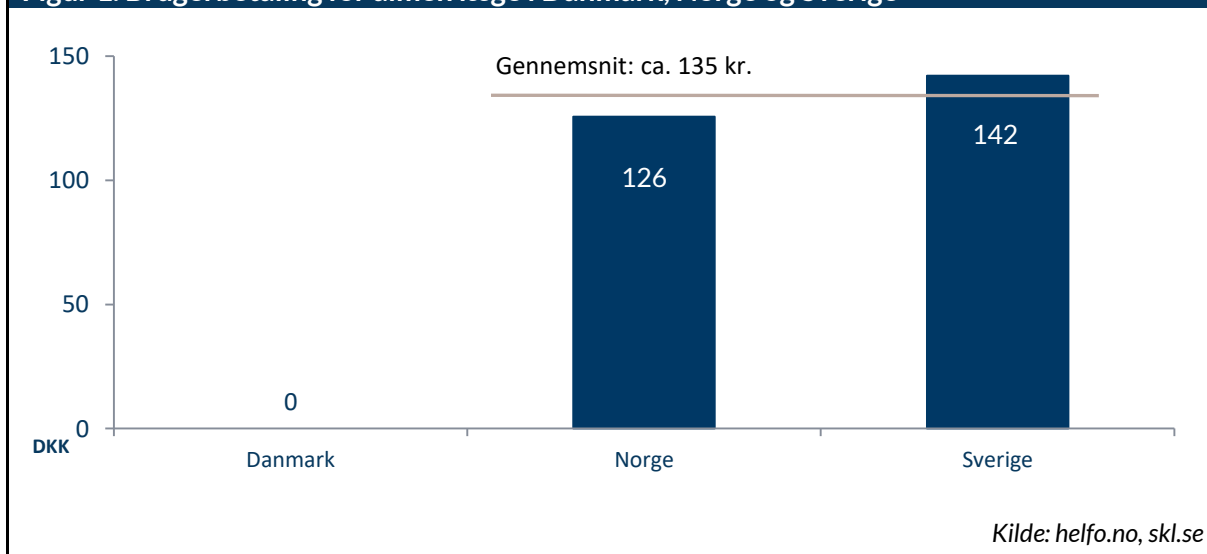
Hvis man indfører brugerbetaling på lægebesøg i Danmark, ville det have to effekter: En provenueffekt og en adfærdseffekt. Provenueffekten fremkommer ved, at der kommer flere penge i statskassen som følge af, at danskerne ville skulle betale for at gå til lægen. Adfærdseffekten fremkommer som følge af 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, så vil nogle patienter gå mindre til lægen.

For at dæmpe efterspørgslen efter lægeydelser anbefales det at indføre brugerbetalingen på lægebesøg, fx svarende til det skandinaviske gennemsnit på ca. 135 kr. Samlet vil det give en budgetforbedring (både provenue- og adfærdseffekt) på knap 2.6 mia. kr.. Samtidigt anbefales det, at der indføres en brugerbetaling på speciallægebesøg på ca. 250 kr.

VIVE (fhv. AKF) har tidligere konkluderet, at effekten af brugerbetaling på sundhedstilstanden vil være begrænset. Det har de gjort med henvisning til RAND-eksperimentet, som viste, at brugerbetaling generelt reducerer antallet af besøg, men ikke påvirker intensiteten (dvs. omfanget) af den behandling, der blev givet under besøgene.

Provenuet anbefales at gå til lavere indkomstskat. Hvis provenuet indgår i sundhedsvæsenets budget, vil det indebære, at staten blot får en ny indtægtskilde på trods af, at vi allerede i dag har verdens højeste offentlige udgifter og skattetryk. Det anbefales 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.

Figur 1. Brugerbetaling for almen læge i Danmark, Norge og Sverige



BRUGERBETALING I ET INTERNATIONALT PERSPEKTIV

Danmark adskiller sig fra flere andre skandinaviske lande 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.

Når det kommer til brugerbetaling på fx konsultationer hos egen læge, fordeler det sig således: I Sverige¹ koster et besøg hos lægen 142 kr. pr. gang, og i Norge² koster det 126 kr., jf. tabel 1 nedenfor. Til sammenligning er det gratis at gå til lægen i Danmark.

Den gennemsnitlige betaling for at gå til praktiserende læge i de skandinaviske lande er på knap 135 kr.

Brugerbetalingen på konsultationer hos speciallæge eller ambulans behandling på et sygehus er oftest noget dyrere. I Sverige koster det 214 kr. for en konsultation i dagtimerne, og i Norge koster det 285 kr. I Danmark er konsultationen gratis, jf. tabel 1 nedenfor.

Den gennemsnitlige betaling for at gå til speciallæge i de skandinaviske lande er på 250 kr.

Tabel 1. Brugerbetaling for sundhedsydelser i udvalgte nabolande, DKK (2017)

Lande	Konsultation hos praktiserende læge	Konsultation hos speciallæge eller ambulans behandling på sygehus
Norge	126 kr. ved konsultation i dagtimerne	285 kr. ved konsultation i dagtimerne
Sverige	142 kr. pr. konsultation i dagtimerne.	214 kr. pr. konsultation i dagtimerne.
Danmark	Gratis	Gratis

Anm.: Taksterne i Sverige er udregnet som et simpelt gennemsnit mellem landstingene
Kilde: helfo.no, skl.se

¹ I Sverige er der et loft for, hvor meget en patient og familie maksimalt skal betale i brugerbetaling årligt. Og i næsten alle kommuner er børn og unge under 20 år fritaget fra brugerbetaling. Kilde: skl.se.

² I Norge eksisterer et betalingsloft for, hvor meget man kan betale pr. kalenderår. Derudover er børn under 16 år fritaget betaling. Der er derudover en række undtagelser for brugerbetalingen. Eksempelvis er gravides kontroller, samt personer med arbejdsskade eller almenfarlige smitsomme sygdomme m.v. fritaget fra betaling. Kilde: helsenorge.no.

FORDELE VED BRUGERBETALING

Der er en række fordele ved at indføre brugerbetaling. Brugerbetaling bidrager bl.a. til at lette det offentlige finansiering af sundhedsydelser, rationere efterspørgslen og reducere presset for højere skatter.

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 yderligere udvidelse af den offentlige sektor. En yderligere udvidelse af den offentlige sektor vil resultere i, at den 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.

CEPOS har i 2013 regnet på³, hvad budgetforbedringen bliver, hvis man antager en brugerbetaling på kontakter til lægen på ca. 135 kr. (2016-priser). Beregningen viser, at brugerbetalingen samlet set giver en budgetforbedring på godt 2.6 mia. kr. (2016-priser), hvoraf 1/3 kan tilskrives adfærdseffekten og 2/3 kan tilskrives provenueffekten.

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 lavindkomstgrupper end hos højindkomstgrupper. I forlængelse heraf, kunne man frygte, at øget brugerbetaling ville resultere i, at de svageste grupper, der har et reelt behov, ikke kommer til lægen. Men som Pedersen (1995) har anført, så "påviser de foreliggende undersøgelser af dette spørgsmål hverken udsættelsesef-

³ CEPOS (2013): Norsk model for brugerbetaling på lægebesøg. I beregningen forudsættes et loft for brugerbetalingen på 1.796 kr. Derudover er børn under 16 år fritaget for betaling. Kontakter til almen læge indbefatter ikke telefon- og e-mailkonsultationer. Beregningerne stemmer godt overens med resultaterne fra DØRS (2000): Dansk Økonomi givet deres beregningsmetode).

fekter eller negative virkninger på sundhedsstatus af indførelse af brugerbetaling i begrænset omfang”.⁴

Derudover 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.⁵

En lignende undersøgelse fra Oregon⁶ 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)⁷ 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 og Sverige om, at brugerbetaling reelt er et problem for sundhedstilstanden. Faktisk er levetiden i disse lande længere end i Danmark, og den har generelt været stigende de sidste 50 år.⁸

Indføres brugerbetaling, vil adfærdsændringen frigive ressourcer, som kan anvendes til fx at lette adgangen til lægen via øget åbningstid eller ved at indføre et fast track. Alternativt kan ressourcerne anvendes til målrettede oplysningskampagner til den del af befolkningen, som ikke besøger lægen ofte nok. Dette vil kunne medvirke til at øge sundhedstilstanden for dem, som går for lidt til lægen grundet sociale, økonomiske og miljømæssige forhold.

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 højst lønnede del af befolkningen knap 56 pct. i marginalskat, mens den lavest lønnede del af befolkningen betaler knap 40 pct. Endvidere er Danmark ifølge OECD det land i OECD, som har den 3. laveste indkomstilighed målt ved ginikoefficienten.⁹

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. Ulempen ved en sådan ordning er, at det virker som en ekstra marginalskat på

⁴ Gengivet hos Velfærdskommissionen (2005): Fremtidens velfærd - vores valg.

⁵ AKF (2012): Adfærdsmæssige effekter af brugerbetaling.

⁶ Baicker et al (2013): The Oregon Experiment – Effects of Medicaid on Clinical Outcomes.

⁷ Bjerregaard (1994): Samfundsmæssige og sociale forhold - middellevetid og dødelighed.

⁸ OECD(2013): Health Status - Life expectancy.

⁹ Finansministeriet (2010): Indkomstudvikling og -fordeling i Danmark.

øget indkomst.¹⁰ 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.

ANDRE HÅNDTAG TIL AT AFHJÆLPE PRESSET PÅ SUNDHEDSUDGIFTERNE

Det danske sundhedsvæsen er under pres. Det har flere forklaringer: Dels vil der fremover være flere og flere ældre og dermed større udgifter til sundhed, dels opfindes der hele tiden nye, men også dyrere behandlinger, og dels har danskerne en forventning til, at behandlingen i morgen er bedre end den i dag. 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 udgiftspreset. 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). Herudover kan man udbrede private sundhedsforsikringer, så den private sektor tager en del af presset væk fra de offentlige hospitaler.

Hvis væksten i efterspørgslen efter sundhedsydelser skal dæmpes, er det nødvendigt at gennemføre målrettede tiltag, som fx at indføre brugerbetaling på sundhedsydelser. Ved at give provenuet fra brugerbetalingen på sundhedsydelser tilbage til borgerne i form af lavere skatter, vil incitamentsstrukturen mht. lægebesøg ændres, således at sundhedsvæsenet vil opleve en frigørelse af ressourcer, hvorved det i højere grad har mulighed for at bruge skattekroneerne der, hvor der er størst behov. På denne baggrund anbefales det, at der indføres brugerbetaling i sundhedsvæsenet.

¹⁰ Dvs. gevinsten ved at skifte status fra arbejdsløs til beskæftiget reduceres lidt, da man i job selv skal betale for lægebesøg, hvilket man ikke skulle som arbejdsløs.