

Stor variation i brugerbetaling på sundhedsydelse

Danskerne efterspørger hele tiden flere og bedre sundhedsydelser. Det sætter de offentlige finanser under pres. Væksten i forbruget overstiger ganske enkelt væksten i velstanden. En mulig løsning, som delvist vil kunne afhjælpe problemet, er en mere strategisk anvendelse af brugerbetaling til at dæmpe efterspørgslen på sundhedsydelser. 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. Dette notat indeholder nye 2012-tal for brugerbetalingsandelen fordelt på forskellige sundhedsydelser. Det er første gang, at en så omfattende kortlægning af fordelingen af brugerbetaling er foretaget, og det fremgår tydeligt, hvor stor variationen i den danske brugerbetaling i virkeligheden er. Størst er brugerbetalingsandelen på kiropraktisk behandling (83 pct.) og hos tandlægen (61 pct.), mens det fx er gratis at gå til lægen. Alene hos tandlægen lægger danskerne ca. 2,4 mia. kr. af egen lomme. Andre lande spreder generelt brugerbetalingen over langt flere behandlingstyper. Dette skyldes, at man ønsker at anvende brugerbetalingen som et strategisk værktøj til at mindske incitamenterne til overudnyttelse af sundhedsydelser. En overudnyttelse som opstår, når sundhedsydelser virker gratis. I Sverige, Norge og Finland skal man således betale penge for at gå til lægen. Her koster lægebesøg i 2013 gennemsnitligt ca. 130 kr., et speciallægebesøg ca. 250 kr. og sygehusbesøg ca. 160 kr. Dette kunne vi med fordel indføre i Danmark.

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. Der kommer flere og flere ældre, der opfindes hele tiden nye (men også dyre!) behandlingsmetoder, og vi har generelt en forventning om, at kvaliteten i de offentlige tilbud stiger.

Problemet er, at den store vækst i sundhedsudgifterne sætter de offentlige finanser under stort pres. For sundhedsudgifterne er i en længere årrække² vokset hurtigere end velstanden (BNP), hvilket vil sige, at skattegrundlaget ikke følger med det omfattende merforbrug. 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. og dermed med en udgiftsvækst på under det halve af den årlige realvækst i sundhedsudgifterne fra 2001-2011, hvor væksten lå på 2,5 pct. årligt.³

I dette notat undersøges det, i hvilket omfang brugerbetalingen i Danmark kan indrettes smartere og derved bruges til at dæmpe efterspørgslen efter sundhedsydelser.

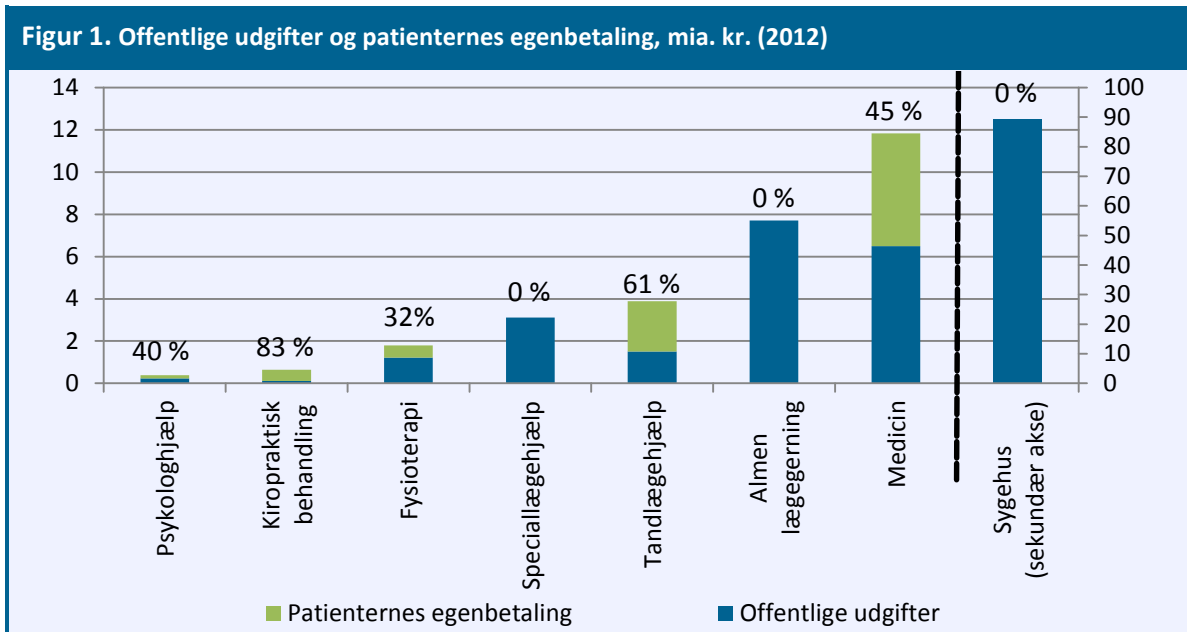
¹ Oplyst af Sundhedsministeriet.

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 delperioder, 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.

Brugerbetaling i vores nabolande

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, kiropraktorer, psykologer og egenbetalinger på medicin), jf. figur 1. Endvidere er denne brugerbetaling meget ulige fordelt. På den ene side udgør brugerbetalingsandelen på kiropraktisk behandling 83 pct. svarende til, at det offentlige i 2012 betalte ca. 110 mio. kr., mens ca. 540 mio. kr. kom fra private lommer. På tandlægehjælp betalte det offentlige i 2012 1,5 mia. kr., mens 2,4 mia. var privatfinansieret. Til medicin betalte det offentlige i 2012 6,5 mia. kr., mens godt 5,3 mia. kr. var privatfinansieret. På den anden side er der for sikringsgruppe 1 patienter ingen egenbetaling for besøg hos lægen, speciallægen og hospitalet.



Anm.: Patienternes udgifter i ovenstående figur er minimumsudgifter. Det er kun den andel af egenbetalingen, som er fastlagt i de respektive overenskomster og som betales af patienter i sikringsgruppe 1. For patienter i sikringsgruppe 2 kan behandleren opkræve et tillæg, som patienten selv betaler. Derudover går patienterne uden lægehenvi sning til for eksempel fysioterapi eller psykolog, eller modtager behandling hos tandlæge eller speciallæge, som ikke er tilskudsberettiget fra det offentlige. I disse tilfælde er patientbetalingen et anliggende direkte mellem behandleren og patienten. De offentlige udgifter i figuren summer ikke til de 140 mia. kr. nævnt i notatets første afsnit. Det skyldes, at de 140 mia. dækker bredere, dvs. bl.a. også indeholder sundhedsrelateret forbrug på plejehjem.

Kilde: Data tilsendt fra Danske Regioner, Statens Serum Institut: Lægemiddelstatistik Danmark 2008-2012, juli 2013, Danmarks Statistik: REGR31 og SYGU.

Andre lande spreder generelt brugerbetalingen over langt flere typer af behandlinger. Dette skyldes, at man ønsker at anvende brugerbetalingen til at mindske incitamenterne til overudnyttelse af sundhedsydelser. Dette kunne vi med fordel også gøre i Danmark. Overudnyttelse opstår, når skattefinansiering på sundhedsområdet får sundhedsydelser til at fremstå billigere (eller gratis) for brugeren end de reelle samfundsomkostninger. Det anbefales derfor, at vi ligesom i flere andre nordiske lande i højere grad udbreder brugerbetalingen til andre typer sundhedsbehandlinger, således at brugerbetalingen i højere grad anvendes til at dæmpe den store efterspørgsel.

En måde at dæmpe den store og voksende efterspørgsel efter sundhedsydelser er ved at introducere et beskedent gebyr på læge, speciallæge og sygehusbehandling. Herved tænker folk sig om en ekstra gang, inden de tager kontakt til lægen, speciallægen eller sygehuset. Det har man fx gjort i Sverige, Norge og Finland. Her koster lægebesøg i gennemsnit ca. 130 kr., et speciallægebesøg ca. 250 kr. og sygehusbesøg ca. 160 kr., jf. tabel 1.

Tabel 1. Brugerbetaling for sundhedsydelse i udvalgte nabolande, DKK (2013)

Land	Praktiserende læge	Speciallæge eller ambulant 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 1965 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 henvendelse til lægen, vil 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 lægen. En mulighed er at give dette provenu tilbage til borgerne i form af indkomstskattelettelser, så brugerbetalingen ikke bliver en ny indtægtskilde for den offentlige sektor.

Adfærdseffekten fremkommer som følge af den ændring i adfærd, 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 eller øge adgangen for dem med størst behov. En mulighed er, at den offentlige sektor beholder den budgeteffekt, der opnås ved færre besøg hos lægen og fx bruger gevinsten til at forbedre kvaliteten på behandlingerne.

Beregninger fra De Økonomiske Råd viser, at brugerbetaling på en række sundhedsydelse⁴ samlet giver en budgetforbedring på godt 4 mia. kr. (2010-priser). I disse beregninger antages en reduktion i efterspørgslen på 25 pct.

Brugerbetaling og ulighed

I relation til brugerbetaling på kontakter til lægen anføres det ofte, at det vil få 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 mere 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 resultere i, at de svageste grupper, der ofte har størst behov, ikke kommer til lægen. Det bør dog nævnes, at denne ulighed modsvarer af progressiviteten i skattesystemet, hvor folk med høje indkomster betaler relativt mest, samt at vi er et blandt de lande i OECD, der har lavest ulighed.

To ting bør endvidere fremhæves. For det første indikerer det amerikanske RAND-eksperiment⁵, som har særstatus som et af de mest omfattende brugerbetalingseksperimenter nogensinde, at brugerbetaling ikke påvirker helbredet for den gennemsnitlige deltager målt ved en lang række

⁴ 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.

⁵ 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.

indikatorer. Dog havde brugerbetalingen en negativ helbredsmæssig effekt for personer med forhøjet blodtryk og lav indkomst (særligt børn) samt personer med dårligt syn.⁶ Herudover viste RAND-eksperimentet, at brugerbetaling reducerede antallet af besøg, men ikke påvirkede intensiteten (dvs. omfanget) af den behandling, der blev givet under besøgene, hvilket får flere, herunder AKF⁷, til at konkludere, at den negative effekt af brugerbetaling på sundhedstilstanden er begrænset.

For det andet kan politikerne, hvis de skulle ønske det, 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 over, hvor meget der kan blive opkrævet, så fx kronikere ikke på årsbasis får en kæmpe udgift i forbindelse med deres sygdom. I Norge, Sverige og Finland er der indført sådanne ordninger, og der er ikke noget, der indikerer, at brugerbetaling udgør et reelt problem for sundhedstilstanden. 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.

⁶ AKF (2012): Adfærdsmæssige effekter af brugerbetaling.

⁷ AKF (2012): Adfærdsmæssige effekter af brugerbetaling