



**Brugerbetaling i fremtidens velfærdssamfund**

**FOKUS-NYT**

nr. 25, april | 2004

**FO**rum for  
**K**valitet og  
**U**dvikling i offentlig  
**S**ervice

FOKUS (FORum for Kvalitet og Udvikling i offentlig Service) er et initiativ, som skal styrke arbejdet med kvalitetsudvikling i amter og kommuner.

Parterne bag FOKUS er:

- ◆ KL
- ◆ Amtsrådsforeningen
- ◆ DSI – Institut for Sundhedsvæsen
- ◆ AKF – Amternes og Kommunernes Forskningsinstitut
- ◆ Frederiksberg Kommune
- ◆ Københavns Kommune
- ◆ KTO – Kommunale Tjenestemænd og Overenskomstansatte
- ◆ Kommunaldirektørkredsen
- ◆ Amtsdirektørkredsen

FOKUS arrangerer jævnligt gånjemmøder og andre aktiviteter om kvalitetsudvikling i amter og kommuner. Dokumentationspjece »Brugerbetaling i fremtidens velfærdssamfund« indeholder synspunkter og budskaber fra FOKUS' gånjemmøde den 25. november 2003.

FOKUS støtter udarbejdelsen af pjecerne gennem en bevilling fra Det Kommunale Momsfond. De synspunkter, der bliver fremsat i denne pjece, deles ikke nødvendigvis af alle parterne bag FOKUS

Redaktion af pjece: Helle Glæsner, FOKUS-sekretariatet.

## Forord

Brugerbetaling er ikke noget nyt fænomen i Danmark. I dag er der således brugerbetaling på dagpasning, midlertidig hjemmehjælp, tandlægebehandling, medicin og speciallægeydelser. At der er brugerbetaling på lige netop disse områder, fremstår dog mere som et resultat af historiske tilfældigheder end et samlet bagvedliggende rationale for brugerbetaling. Der kan derfor være god grund til at diskutere brugerbetaling i fremtidens velfærdssamfund.

Af centrale problemstillinger kan især fremhæves, om den øgede adgang til frit valg af de offentlige serviceydelser, såsom dagpasning, hjemmehjælp og hospitalsvalg, stiller krav om øget eller en anden form for brugerbetaling end tidligere, hvis det frie valg ikke skal få u hensigtsmæssige konsekvenser. Og kan brugerbetaling anvendes som middel til at afhjælpe den finansieringsklemme, som den fremtidige velfærdsstat står over for, uden at det kommer til at påvirke den lige adgang til ydelserne?

FOKUS satte dette tema til debat på gåhjemmødet med overskriften Brugerbetaling i fremtidens velfærdssamfund den 25. november 2003. Denne FOKUS dokumentationspjece indeholder artikler, der sammenfatter indlæggen fra de tre oplægsholdere ved mødet.

MF Marianne Jelved, Det Radikale Venstre, efterlyser kloge svar på, hvordan velfærdsydelserne finansieres i den komplekse internationaliserede verden, som vi lever i i dag, og lægger dermed op til, at en nærmere gennemgang af brugerbetalingen i Danmark er nødvendig, men samtidig uhyre kompliceret.

Direktør Jørgen Søndergaard, Socialforskningsinstituttet, gennemgår i sin artikel de forskellige fordele og ulemper ved en øget brugerbetaling og diskuterer, om brugerbetaling kan være løsningen på de problemer, som fremtiden byder på i forbindelse med ændringerne i demografi, beskæftigelse og skattetryk.

Direktør Jes Søgaard, DSI – Institut for Sundhedsvæsen, kigger i sin artikel ud over den danske grænse og ser på, hvilke erfaringer man har i andre vesteuropæiske lande. På baggrund af dette giver han sit bud på, hvilke effekter – både tilsigtede og utilsigtede – en øget brugerbetaling i sundhedsvæsenet vil medføre.

# Brugerbetaling i fremtidens velfærdssamfund – Kluge svar efterlyses

Af MF Marianne Jelved, Det Radikale Venstre

Brugerbetaling er et velkendt fænomen. Staten medfinansierer et forbrug, som borgeren kun kan trække på, hvis hun tager penge op af tasken. Brugeren er på den måde med til at finansierer nogle velfærdsydelser, og eftersom det reelt koster penge, vil brugeren tænke sig om, før pengene lægges på bordet. Det er fornuftigt, det at man tænker sig om og vurderer, om det nu er nødvendigt at trække på fællesskabet. Der er altså en påvirkning af adfærden, stor eller lille, afhængig af behovet og af den enkeltes prioritering – og af den enkeltes mulighed for at trække penge op af tasken eller af lommen. Det er måske netop den sidste forudsætning – muligheden for at betale – der gør, at brugerbetaling skal og bliver vurderet i forhold til de sociale konsekvenser af brugerbetaling. Har man ikke råd, så må man undvære. Er det acceptabelt i forhold til de behov, mennesker kan have? Det er et politisk valg.

Og ud fra fordelingspolitiske hensyn er det ikke acceptabelt i alle tilfælde. Derfor er der på nuværende tidspunkt en bred politisk enighed om, at der er ydelser fra det offentlige, som ikke skal omfattes af brugerbetaling. Ingen skal af mangel på midler være afskåret fra at trække på en række ydelser: store dele af uddannelsesmulighederne er frie for alle. Behandling for sygdomme og skader er frie ligesom dele af ældreplejen. Der, hvor der er brugerbetaling, kompenserer fællesskabet i forhold til visse indkomster i form af fripladser, boligsikring, loft over medicinudgifter m.m.

Der er endog gjort en meget målrettet indsats for at undgå de velkendte samspilsproblemer, hvor den reelle marginalsat kan blive høj ved stigende indkomster. Det skal nødtigt være sådan, at det ikke kan betale sig at øge sin indkomst, fordi summen af ens anstrengelser resulterer i et fald i ens rådighedsbeløb, når skat og brugerbetaling er trukket fra. Det er ofte nemmere og mindre forvridende at give universelle ydelser, som vi kender det fra folkepensionens grundbeløb, personfradraget og børnechecken, der reelt er et konverteret personfradrag i husstanden. Det er skatteministerens ressort, hvilket kommer bag på mange, der opfatter børnechecken som en social foranstaltning. Men det er netop ikke meningen med børnechecken.

Det er ikke underligt, at der er forvirring om brugerbetaling. Den er fra ydelse til ydelse et historisk fænomen. Derfor er der ikke en logisk sammenhæng mellem de former for brugerbetaling, som vi kender. Tandlægen kræver en høj brugerbetaling. Medicintilskud har sin egen historie, der tjener flere formål, dels en medfinansiering for visse patienter,

dels et pres på medicinproducenterne for at holde udgifterne nogenlunde i snor. Mens høreapparater er »gratis« for patienterne/borgerne.

Der er ingen egentlige principper for brugerbetaling, så det kunne være en opgave i sig selv at gå hele området igennem og finde en mere rimelig måde at fordele brugerbetalingen på, og så kunne det diskuteres, om vi skal indføre brugerbetaling andre steder. Ikke for at tilføje en væsentlig ny finansiering af velfærdsydelserne, men for at påvirke eftertanken i forbruget. Danmark hører til et af de meget få lande, der ikke har en »indgangsbetaling« ved besøg hos den praktiserende læge for at nævne et eksempel. Men ændringer skal selvfølgelig indgå i en samlet vurdering og afvejning af fordele og ulemper.

## Pres på velfærdsydelserne

Der er uden tvivl et stigende forventningspres på velfærdsydelser. Sundhed og service, der er gratis for borgerne, er en kilde til stigende forventninger. Da det er en væsentlig del af et velfærdssamfund, at der på basale områder er fri og lige adgang til ydelser, der kan defineres som basale, så står vi over for opgaven at definere de basale ydelser, og vi har en opgave i at kunne styre forventningspresset. Det vil klare og forståelige principper kunne bidrage til. Det vil kræve en grundlæggende og omfattende politisk diskussion, som – indrømmet – er vanskelig at gennemføre. Derfor hopper politikerne og Folketinget fra tue til tue med ad hoc-reguleringer.

Et forsøg på styring kan vi se i frit valg-metoden, der principielt bygger på en markedstankegang. Ideen er, at det såkaldte frie valg fremmer effektiviteten og kvaliteten. Men det fordrer et marked, der fungerer. Der skal være gennemsigtighed på markedet og reelle valgmuligheder. Det kræver mange informationer, hvoraf mange må være af faglig karakter, hvilket ikke alle borgere må formodes at kunne bruge. Her kræves faglig og uhildet vejledning. Desuden kræver det, at alle borgere er i stand til at bruge informationerne og valgmulighederne, hvilket ikke er nemt for de sårbare og udsatte og mindre ressourcestærke.

Endelig er det svært at se et velfungerende marked for sig, hvis ikke der er en prismekanisme forbundet med den enkeltes valg. Det er derfor, det frie valg har været diskuteret i sammenhæng med brugerbetaling, men er blevet til, at »pengene følger patienten, borgeren«. Men det er ikke en prismekanisme, som borgeren mærker med sit valg. Den fulde konsekvens af det frie valg skal, hvis det skal have egentlig mening, kunne slå ud i hurtige kapacitetstilpasninger. Det er umådeligt vanskeligt, når vi taler om sygehuse, skoler o.l., fordi der i sidste ende er behov for andre afvejninger, når institutionerne skal dække nogle fundamentale opgave overalt i landet.

## Forsikringsordninger?

Er det muligt at finde andre former for styring af forventningspresset, som kan forudses på bl.a. sundhedsområdet? Det vil jeg gerne diskutere. Vi har jo gennemført det på et meget centralt og basalt område som pensionssystemer. Danmark har det mest fremtidssikrede og holdbare pensionssystem. Verdensbanken fremhæver det som en model. Staten sikrer med den skattefinansierede folkepension et værn mod fattigdom. Herved lægges bunden i pensionerne. Oven på har vi de obligatoriske og kollektive arbejdsmarkedspensioner, der vil give pensionerne en sammenhæng med indkomsterne i den erhvervsaktive alder. Og som tredje niveau er der de frivillige, private og individuelle pensionsopsparinger. Både andet og tredje niveau bygger på opsparing, hvilket gør systemet holdbart og den danske udfordring med stigende andel af pensionister overkommelig.

Kan disse principper bruges på andre områder? Vi har foreslået obligatorisk medlemskab af a-kasse for alle, der er til rådighed for arbejdsmarkedet. Staten lægger bunden med en medfinansiering, der svarer til kontanthjælp for enlige. A-kassekontingentet dækker dagpengene op til maksimum. Ovenpå kan medlemmerne selv forsikre sig individuelt til en højere dækning. Kontanthjælp forbeholdes således de ikke-arbejdsmarkedsparete og må være tidsbegrænset til en periode, hvor man behandles, kommer i revalidering eller på fleksjob/førtidspension.

En udvidelse til andre områder, f.eks. sundhedsområdet, vil kræve en afgrænsning af de basale og frie ydelser. Det har vi ikke endnu et godt svar på. Det vil også være relevant at undersøge andre landes erfaringer. Men diskussionen bør tages, for vi skal også gerne indrette vores velfærdssystemer, så de er holdbare og robuste i en internationaliseret verden, hvor mennesker i perioder bor og arbejder i forskellige lande. I en sådan verden er de rene skattefinansierede systemer meget sårbare. Kluge svar efterlyses.

## Brugerbetaling – Er det et svar på velfærdsstatens finansieringsklemme?

Af direktør cand.oecon. Jørgen Søndergaard, Socialforskningsinstituttet

Brugerbetaling kan anskues fra flere vinkler. Her tages udgangspunkt i den hovedudfordring, den danske (og i øvrigt også de andre europæiske) velfærdsmodel står overfor, nemlig at forene udviklingen i demografi, beskæftigelse og skattetryk. Det kræver ikke nogen stor fantasi at opstille et umuligt scenarium, dvs. en udvikling over de næste årtier, som ikke kan realiseres:

- ◆ Flere ældre
- ◆ Stagnerende beskæftigelse
- ◆ Kortere arbejdstid for den enkelte set over livsløbet
- ◆ Uændret kompensationsgrad ved offentlig forsørgelse
- ◆ Stigende skattefinansieret serviceniveau
- ◆ Uændret skattetryk

Spørgsmålet er, om det ville kunne hjælpe på denne finansieringsklemme, hvis det offentlige i højere grad gjorde brug af brugerbetaling. Men først et par bemærkninger om, hvad brugerbetaling er:

Brugerbetaling er hel eller delvis egenbetaling for ens forbrug af offentligt tilvejebragte ydelser. Brugerbetalingsens andel af omkostningerne ved at fremstille ydelsen kan variere mellem 0 til 100 pct., og brugerbetalingen kan være fastsat på mange forskellige måder:

- ◆ som en fast takst
- ◆ som en andel af gennemsnitsomkostningerne
- ◆ som en andel af marginalomkostningerne
- ◆ som en andel af omkostningerne for den del af ens forbrug, der ligger ud over en gratis »grundpakke«.

Det er ikke hensigten her at gå ind i en nærmere drøftelse af fordele og ulemper ved forskellige betalingsmodeller. Pointen er, at betalingen kan fastsættes på mangfoldige måder, og at der følgelig er en del fleksibilitet i de tekniske muligheder for at anvende brugerbetaling. Fordele og ulemper skal naturligvis vurderes i forhold hertil og ikke alene med udgangspunkt i en bestemt betalingsmodel.

Først lidt om ulemperne. Sammenlignes brugerbetaling med ren skattefinansiering vil det typisk være således, at brugerbetaling

- ◆ vender den tunge ende nedad både sammenlignet med proportionale eller progressive skatter. Hvis man forsøger at afhjælpe denne fordelingsvirkning gennem »fripiladsordninger« o.l., skaber det samspilsproblemer for borgere med lave indkomster, som får høje sammen satte marginalskatteprocenter.
- ◆ medfører administrative omkostninger. Dette kan især være et problem ved et lavt takstniveau, hvor administrationen kan beslaglægge en uforholdsmæssig stor del af provenuet. På længere sigt kan elektroniske betalingsmetoder sandsynligvis reducere disse omkostninger væsentligt. Tænk fx på muligheden af et kombineret sygesikrings- og dankort.
- ◆ kan skabe afgrænsningsproblemer mellem ydelser med og uden brugerbetaling. Især ved brugerbetaling, der dækker en væsentlig del af omkostningerne, bliver grænsen til eventuelle gratisydelser vigtig. Det er mere problematisk at anvende punktvis brugerbetaling for specifikke ydelser sammenlignet med generel brugerbetaling for større ydelseskategorier (fx en bestemt type kursus vs. alle typer af kurser). Tilsvarende kan det skabe store problemer at kombinere en »grundpakke« af gratisydelser med brugerfinansierede tillæggydelser, fordi grænsen mellem de to finansieringsregimer hele tiden vil være under pres.
- ◆ kan ophæve den lige adgang til ydelserne, hvis betalingen udgør en væsentlig andel af en lavindkomsthusholdnings forbrug.
- ◆ kan medføre, at nogle husholdninger bruger uhensigtsmæssigt lidt af ydelsen. Dette er især et problem, hvis forbruget af ydelsen er forbundet med positive sideeffekter for andre end brugeren selv.

Der er imidlertid også nogle mulige fordele ved brugerbetaling. Her skal bl.a. fremhæves, at brugerbetaling

- ◆ kan muliggøre valgfrihed mellem ydelser af forskellig kvalitet og forskellig pris. Øgede valgmuligheder mellem forskellige leverandører uden brugerbetaling, som det kendes fra de nye frit valg-ordninger på bl.a. det sociale område, kan mindske monopoltilstande og skabe et bedre forhold mellem pris og kvalitet, men med brugerbetaling kan der desuden etableres priskonkurrence, og borgerne får bedre mulighed for at tilpasse deres forbrug til deres individuelle behov.
- ◆ kan regulere efterspørgselspresset mod den offentlige sektor. Priser er en mere økonomisk effektiv regulator af efterspørgselen end fx ventelister eller andre former for rationering. Betydningen afhænger af prisfølsomheden for den pågældende ydelse og dermed også af brugerbetalingens højde. Ydelsen må selvsagt ikke have obligatorisk eller næsten obligatorisk karakter (som fx gebyrer på pas og kørekort) – i sådanne tilfælde er brugerbetaling blot en skat i forklædning.
- ◆ kan forbedre den offentlige sektors muligheder for styring af skatte-

trykket. Ud over det bidrag, der følger af efterspørgselsreguleringen, åbner brugerbetaling for yderligere et »håndtag« i den politiske prioritering. Ved ren skattefinansiering kan skattetrykket alene sænkes gennem reducerede udgifter. Ved brugerbetaling kan skattetrykket tillige sænkes ved at hæve niveauet for brugerbetaling.

- ♦ kan være mindre forvridende på arbejdsudbuddet end skatter, men det afhænger af ydelsens karakter og forudsætter, at der er valgfrihed med hensyn til forbrugsomfang for den enkelte bruger.

Det er formentligt rimeligt klart ud fra denne hastige opregning af fordele og ulemper, at brugerbetaling ikke er noget mirakelmiddel. Der kan opnås visse fordele ved at anvende brugerbetaling mere bredt, end vi gør i dag, hvor der er historisk betingede, men lidet rationelle opdelinger af de offentlige ydelser i rene gratisydelser og ydelser med en vis brugerbetaling. Ikke mindst bestræbelserne på at skabe mange flere valgmuligheder for den enkelte bruger af de offentlige ydelser kan på én gang understøttes og gives en meget mere hensigtsmæssig form, ved at den kombineres med en form for brugerbetaling.

Man kan godt se for sig en ny velfærdsmodel, hvor det offentlige beslutter, hvor stort det skattefinansierede tilskud skal være på de forskellige områder, men i højere grad overlader det konkrete valg af leverandør og ydelsens omfang og kvalitet til den enkelte borger, der selv betaler differencen mellem det politisk besluttede tilskudsniveau og den faktiske pris for ydelsen. Det er i virkeligheden lidt den model, der kendes fra Sygesikringens gruppe 2, hvor der netop er frit valg af læge og speciallæge, men patienten må selv betale en evt. difference mellem sygesikringens bidrag og læges konsultationspris.

Potentialet er på den anden side begrænset. Der er jo gode grunde til, at vi har valgt at lade den offentlige sektor tilvejebringe ydelserne inden for social, sundhed, uddannelse osv. Én af de væsentligste er, at vi som samfund ikke er tilfredse med det forbrug, der ville være af sådanne ydelser i en ren markedsøkonomi. Men det er selvsagt ikke ensbetydende med, at ren skattefinansiering er den optimale måde at finansiere hele den offentlige sektor på. Kombinationer af skattefinansiering og brugerbetaling kan på nogle områder være mere hensigtsmæssige. Den samlede aflastning af skattesystemet ville dog formentlig være forholdsvis begrænset, og brugerbetaling kan ikke uden betydelige fordelingsmæssige konsekvenser og konsekvenser for befolkningens forbrug af sociale og sundhedsmæssige ydelser og uddannelses tilbud hjælpe os ud af det umulige scenarium fra indledningen.

# Brugerbetaling i sundhedsvæsenet

*Af direktør professor Jes Søgaard, DSI – Institut for Sundhedsvæsen*

Brugerbetaling i sundhedsvæsenet? – Nej tak, siger nogen, det vil vi ikke have i Danmark. Jo da, siger andre, det kan skaffe en masse penge og rationere et højt forbrug.

Brugerbetaling i sundhedsvæsenet findes i alle lande også i Danmark. Så spørgsmålet er ikke, om vi skal have brugerbetaling, men om vi skal have mere eller fordelt brugerbetalingen på en anden måde. I Danmark har vi nemlig brugerbetaling på mindst samme niveau som i andre landes sundhedsvæsen, men brugerbetalingen er stærkt koncentreret på få områder, typisk medicin og tandlæger. Lægernes tjenesteydelser i praksisser og på sygehuse er af en eller anden årsag friholdt i Danmark, men ikke i Sverige, Norge, Finland eller andre lande, vi sammenligner os med.

Brugerbetaling i sundhedsvæsenet forstås i det følgende som borgernes direkte betaling for en autoriseret sundhedstjeneste eller medicinalvare, hvor borgeren ikke efterfølgende får udgiften refunderet af en privat eller offentlig forsikring. Brugerbetaling kan have form af en fast afgift uafhængig af faktiske pris eller omkostning, f.eks. afgift pr. indløst recept eller delbetaling afhængig af faktiske pris, f.eks. 50 procent af lægemidlets pris. Følgende fremstilling omhandler udelukkende de vestlige lande og fortrinsvis Vesteuropa.

Først lidt om, hvad vi vil opnå med brugerbetaling, og hvilke utilsigtede effekter vi ønsker at minimere. Derefter beskriver jeg kortfattet status i de lande, vi sammenligner os med – som man siger. Derefter sammenfatter og vurderer jeg tilsigtede og ikke tilsigtede effekter af brugerbetaling i sundhedssektoren og glider dermed en smule over i nogle overvejelser, om vi skal have øget brugerbetaling i Danmark. Da det i sidste instans er en politisk afgørelse, har jeg afholdt mig fra konklusioner.

## Hvorfor brugerbetaling – og hvorfor måske ikke?

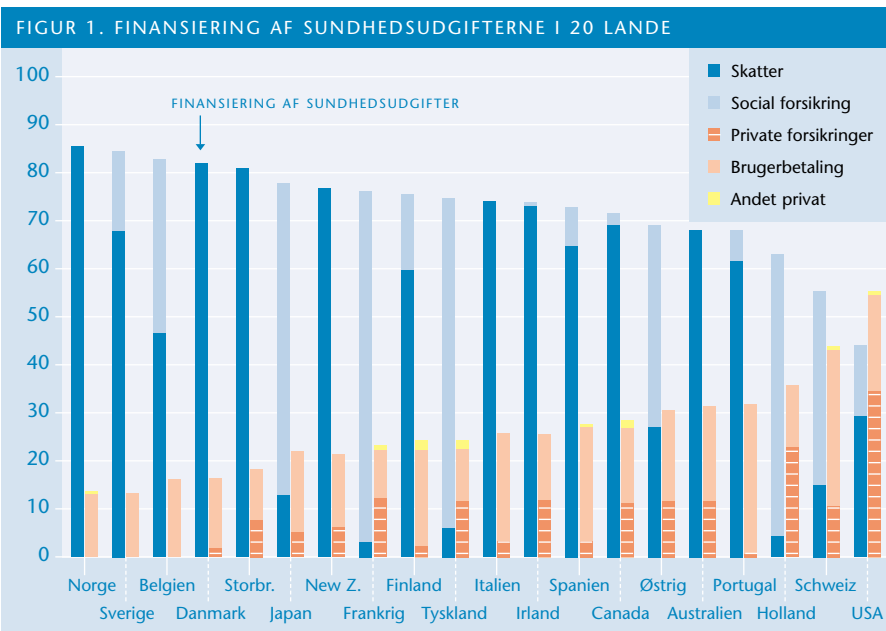
Brugerbetaling tjener – også i sundhedsvæsenet – to formål, nemlig finansiering og rationering. Om vi kan skaffe en masse penge er svært at svare på. Er knap to års udgiftsvækst, dvs. ca. 3 milliarder kroner, en masse penge? Det vil nok være provenuet af brugerbetaling på lægeydelser som i Sverige, men uden nedsættelse af de også relativt meget høje danske brugerbetalinger på medicin og tandlæger. Og rationere et højt forbrug? Jo, lidt omkostningsbevidsthed hos patienten er da ikke et onde, og i en tid, hvor den professionelle behovsrationering, f.eks.

visitationsordninger og ventelister, er under politisk pres, kan man blive nødt til at inddrage patientens omkostningsbevidsthed.

Men brugerbetaling har en pris. Brugerbetalingen vender den tunge ende nedad og skal afvejes med målsætningen om fri og lige adgang. Og brugerbetalingen reducerer måske ikke kun de overflødige konsultationer men kan også ramme de vigtige og dermed have nogle sundhedsmæssige omkostninger. Så i mange lande har man forsøgt at tilrettelægge brugerbetalingen, så man maksimerer finansierings- og rationeringsgevinsterne, men minimerer de uønskede fordelings- og sundhedskonsekvenser. I Sverige følger man løbende effekterne af brugerbetaling i deres sundhedsvæsen og korrigerer, hvis man finder behov herfor (Socialstyrelsen, 2000, 2002). Et vigtigt instrument i mange lande har været højjudgiftsbeskyttelse, altså en øvre grænse for, hvor meget en borger eller husstand kan komme til at betale i brugerbetaling på tværs af alle sundhedsydelser i løbet af f.eks. et år.

## Hvor meget brugerbetaling på hvad fra hvem?

Danskerne betalte i år 2001 16,3 milliarder i brugerbetaling for sundhedsydelser og finansierede hermed knap 18 procent af de 91,5 milliarder kroner, sundhedssektoren kostede i det år<sup>1)</sup>. De 16,3 milliarder kroner fordeltes på tandlæge-, kiropraktor-, terapeut- og speciallægekonsultationer (42%), lægemidler (30%), briller, høreapparater o.l. (17%) og sygehuse og sanatorier (11%). Hertil kommer knap 2 milliarder kroner i præmieudgifter til private sygeforsikringer.



Kilde: OECD Health Data 2003

Figur 1 viser nogen variation i finansiering af sundhedsudgifterne i de forskellige vestlige lande. Bortset fra USA er størsteparten af sundhedsudgifterne offentligt finansieret, enten gennem direkte og indirekte skatter eller gennem obligatoriske socialbidrag på arbejdsmarkedet (dvs. lønskatter). Brugerbetalingen udgør størsteparten af de private sundhedsudgifter i de fleste lande, og finansierer fra 10-12 procent i England, Tyskland, Frankrig og Holland til 33 procent i Schweiz<sup>2)</sup>. De nordiske lande ligger relativt højt, fordi private sygeforsikringer (endnu) ikke er så udbredte på vore breddegrader.

Alle lande har brugerbetaling på lægemidler, tekniske hjælpemidler (briller, høreapparater m.v.), tandlæge-, kiropraktik- og terapeutkonsultationer, samt helt specielle sygehusydelse. Men de fleste lande har efterhånden også indført brugerbetaling på de lægelige kerneydelser – både i praksissektor og på sygehuse. Dog ikke i Danmark og i et vist omfang Spanien og Storbritannien. Selv i Finland og Sverige betaler patienterne for sygehusbehandling, f.eks. ca. 100 kroner pr. sengedag i Sverige (ca. takster i år 2000, som varierer fra amt til amt), og det koster også at gå til praktiserende læge, også i Norge, som dog har friholdt sygehuse.

De fleste lande har en eller anden form for højjudgiftsbeskyttelse indbygget i brugerbetalingsordningerne, og derfor har man faktisk samlet set lavere brugerbetaling (målt i kroner pr. indbygger) i Norge, Sverige og Finland – og for så vidt mange andre lande – end i Danmark, selv om man i disse lande har brugerbetaling på et meget bredere udsnit af sundhedsydelse end herhjemme. Højjudgiftsbeskyttelsen har typisk form af et maksimalt beløb, en person eller husstand kan komme til at betale samlet for sundhedsydelse i løbet af et år. I nogle lande betaler lavindkomstfamilier slet ikke brugerafgifter, i Irland er det 37% af befolkningen, der er friholdt herfor. I andre lande eller regioner kan brugerbetalingen eller maksimumbeløb være indkomstafhængigt, f.eks. Belgien og visse amter i Sverige. I mange lande differentieres også efter behov (f.eks. kronisk sygdom) og alder.

Omfanget af brugerbetaling voksede i mange lande i 1980'erne – også i Danmark. Dels fordi brugerbetaling brugtes instrumentelt både som finansieringssupplement og som adfærdsregulator, men også fordi medicinudgifternes andel af samlede sundhedsudgifter steg, og her har brugerbetalingen traditionelt været høj i mange lande. I mange lande er tilbøjeligheden til at tegne frivillige tillægssikringer vokset, måske mest markant i Frankrig, hvor over 90 procent af befolkningen i dag har

1) Ekskl. udgifter til kommunale ældreplejeordninger som Indenrigs- og Sundhedsministeriet tilføjer de danske sundhedsudgiftsdata i OECD Health Data. Inkl. disse ældreplejeudgifter er den totale brugerbetaling oppe på 18,1 milliarder, de totale brutto-sundhedsudgifter er 115 milliarder kroner i 2001, og brugerbetalingsprocenten er 15,8.

2) Der er ikke sikre tal for Grækenland, men inkl. grove skøn for 'under bordet'-betalinger finansierer brugerbetaling knap 45% af sundhedsudgifterne i Grækenland.

en sådan tillægsforsikring – heraf over halvdelen gennem deres arbejdsplads og delfinansieret af arbejdsgiver. I flere lande er der dog restriktioner på forsikring mod brugerbetalingsudgifter (Norge, Belgien, Canada, Italien, Østrig og Storbritannien).

## Hvordan virker brugerbetaling i sundhedssektoren – tilsigtet og utilsigtet?

Meget tyder på, at brugerbetaling kan virke som rationeringsinstrument. Det store amerikanske forsikringseksperiment sammenlignede forsikringsordninger med forskellige grader af brugerbetaling, og tendensen var helt klart mere forbrug ved lavere brugerbetaling (Søgaard, 1990). De tilnærmede priselastisiteter var ca. -0,10 for sygehusbehandling, ca. -0,25 for lægekonsultationer, lidt højere for lægemidler, men med stor variation for forskellige typer, ca.-0,50 eller mere for tandlægebesøg, øjenundersøgelser, og psykiatriske ydelser. Denne sammenhæng på individniveau er også fundet i mange ikke-kontrollerede undersøgelser i andre lande, f.eks. i Danmark i forbindelse med lægekonflikter eller ændringer i medicintilskuddene. I Sverige øgedes for nogle år siden brugerbetaling til speciallægeydelser uden tilsvarende forøgelse af betaling for ydelser fra alment praktiserende læge, og forbruget flyttedes faktisk noget fra special- til almenlægerne. Der er ikke noget, der tyder på, at sammenhængen slår igennem på makroniveau. Schweiz og USA har høj brugerbetaling og samtidig de højeste sundhedsudgifter i verden. Storbritannien har lav brugerbetaling og lave sundhedsudgifter. Undersøgelser i USA tyder på, at brugerbetaling fortrinsvis påvirker den såkaldte førstegangsfrekvens, dvs. starten på en behandlingsepisode, men ikke behandlingsintensiteten, som tværtom kan øges regionalt ved stigende førstegangsfrekvens. Jeg vil dog ikke antyde en positiv makrosammenhæng mellem brugerbetaling og sundhedsudgifter, selvom nedenstående ræsonnement om at skaffe flere sundhedskroner gennem brugerbetaling måske kunne pege i den retning.

Jørgen Winther, læge og politiker, beskrev for 25 år siden fænomenet JOK'erne i dansk lægepraksis – den jævnt overflødige konsultation, Winther, 1979. Det er jo dem, man gerne vil være fri for, og kontanter op af lommen kan måske hindre Hr. Jensen eller Fru Sørensen i at gå til lægen, hvis det er jævnt hen overflødigt. Føromtalte amerikanske undersøgelse viste imidlertid, at det i lige så høj grad er de meget vigtige som JOK'erne, der falder delvist væk ved stigende brugerbetaling. Undersøgelsen var ikke specielt tilrettelagt til at kunne måle afledte sundhedseffekter, men viste ikke desto mindre svagt øgende dødelighed hos fattige med forudgående sundhedsproblemer, typisk forhøjet blodtryk, i forsikringsordning med brugerbetaling i forhold til dem uden brugerbetaling.

Brugerbetaling bidrager selvsagt til finansieringen af de stigende sundhedsudgifter. Dokumentation heraf kræver ikke den store forskning. Og dog er beregning af provenuet ikke helt simpelt, idet man må indregne effekterne af højjudgiftsbeskyttelse, adfærdseffekterne med videre. DSI (Rudbeck et al., 1995) og senest de økonomiske vismænd (Det Økonomiske Råd, 2000) har forsøgt. De beregnede, at følgende afgifter: 50 kr. pr. sygehusindlæggelsesdøgn, 125 kr. pr. ambulante sygehusbesøg, 150 kr. pr. skadestuebesøg, 75 kr. pr. lægebesøg, 100 kr. pr. vagtlægebesøg, 100 kr. pr. speciallægebesøg og 40 kr. pr. telefonkonsultation, vil give et provenu på op til 3,3 milliarder kroner årligt. Det svarer til knap to års realvækst i sundhedsudgifterne. På den ene side viser regnestykket, at det næppe er brugerbetaling, der vil redde det offentlige sundhedsvæsen ud af den finansieringskrise, det befinder sig i, og på den anden side vil de ekstra kroner hurtig finde fornuftig anvendelse ude i amterne. Ovenstående antyder sundhedsomkostninger ved brugerbetaling, men 3,3 milliarder ekstra vil naturligvis give sundhedsbenefits.

Vismændene analyserer også fordelingseffekterne af ovennævnte tænkte afgifter og finder dem stærkt regressive, se også Christiansen og Lauridsen, 1999. Øget brugerbetaling vil øge finansieringssystemets regressivitet, da de fattige betaler lige så meget som de rige gennem brugerbetaling, hvis ikke mere. Det er imidlertid ikke noget, der slår så stærkt igennem, når forskellige landes fordelingseffekter af sundhedsudgiftsfinansiering sammenlignes (Wagstaff og van Doorslaer, 2000). USA og Schweiz har stærkt regressive systemer, men herefter følger Holland og Tyskland faktisk. Ikke på grund af høje brugerbetalinger, for det har de to lande som nævnt ovenfor faktisk ikke. Derimod har de rige borgere i disse to lande mulighed for at melde sig ud af den solidariske forsikring og tegne private forsikringer. Det giver moderat regressivitet i de to lande. Sverige og Danmark ligger midt imellem med stort set neutrale (proportional) fordelingseffekter, idet brugerbetalingens regressivitet opvejes af den statslige skats progressivitet, hvorimod hovedfinansieringen fra proportionale amtsskatter er neutral. Storbritannien har med overvejende statsskattefinansiering af de offentlige sundhedsudgifter den mest progressive finansiering af sundhedsudgifterne i de 11 lande i Wagstaff og Doorslaers undersøgelse.

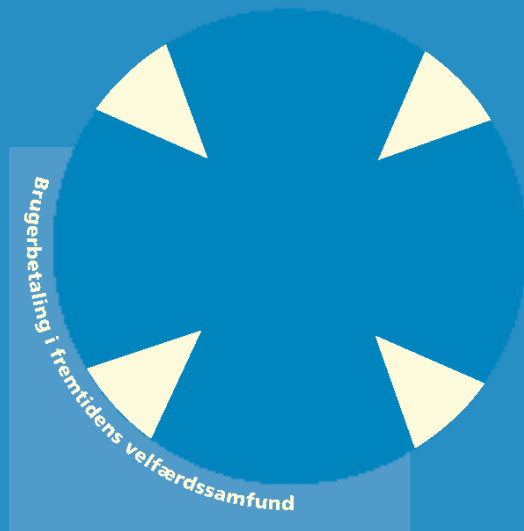
Brugerbetaling vil altid vende den tunge ende nedad i forhold til proportional eller endog progressiv skattefinansiering. Afgifter af ovennævnte størrelsesorden vil dog næppe markant øge indkomstuligheden i det danske samfund. På den anden side er der også grund til at være opmærksom på, at danskerne i forvejen har det lidt anstrengt med sundhedstilstand og ikke mindst levetid. Danskerne lever 1 til 5 år kortere end i andre vestlige lande og fortrinsvis på grund af forhøjet dødsrisiko frem til 75-årsalderen. Dertil kommer, at vi i Danmark også

har en relativ høj ulighed i sundhedstilstand og dødsrisiko – i EU kun overgået af Portugal og Storbritannien. Forskellige sundhedspolitiske hensyn skal afbalanceres.

Som nævnt indledningsvist er brugerbetalingen i Danmark koncentreret på tandlæger og medicin o.l. mens der stort set ikke er brugerbetaling på lægeydelser. Det er ikke helt let at begrunde en sådan fordeling af brugerbetalingen. Det betyder, at nogle sygdomme er dyre for borgeren og andre billige. Måske er der behov for en omlægning i det mindste. Kald mig Mads, om man ved en sådan vil nedsætte brugerbetaling for medicin og tandlæger, så det bliver nok en forøgelse i sidste instans. Hvordan skal man så gøre det? Jeg tror ikke på, at det vil være muligt at pege på nogle bestemte ydelser og indikationer, som skal have ekstra stor brugerbetaling. Ikke i et omfang der vil give et mærkbart provenu. Det vil være en politisk noget nær umulig opgave at forklare befolkningen, hvorfor lige den og den ydelse ikke skal betales over det offentlige, og de relevante speciallæger skal nok give politikerne kamp til stregen. Enten skal man arbejde med almen brugerbetaling omfattende også lægekonsultationer og sygehusydelser, som man allerede gør i mange andre lande i Europa og Norden. Og/eller man skal koble brugerbetaling til den valgfrihed, som i de sidste 10 år har fået øget udbredelse i Danmark, og som der formentlig vil komme endnu mere af i årene fremover.

## Referencer

- ◆ Christiansen T., Lauridsen J., Lighed med hensyn til finansiering af sundhedsydelser og fordelings effekt af øget brugerbetaling. *Samfundsøkonomen* 1999; 3: 11-15.
- ◆ Det Økonomiske Råd, Formandsskabet, Dansk Økonomi Forår 2000. København, 2000.
- ◆ Rudbeck B., Knudsen M.S., Gyldmark M., Alban A., Brugerbetaling i Sundhedsvæsenet. Kortlægning og analyse. Dansk Sygehus Institut, 1995, DSI Rapport 95.04.
- ◆ Socialstyrelsen, Vad kostar det att vara sjuk eller funktionshindrad? Avgifter 2001 för åtta typfall. Stockholm 2002.
- ◆ Socialstyrelsen, Patientavgifter och vårdefterfrågan – en kunskapsöversikt. SoS Rapport 2000:8. Stockholm, 2000.
- ◆ Søgaard J., Sygeforsikringseksperimentet i USA: Efterspørgselsreaktioner og sundhedskonsekvenser. I: Andersen P og Christiansen T (red): Brugerbetaling i sundhedssektoren. Teori, Viden, Holdninger. Odense Universitetsforlag, 1990, pp 92-121.
- ◆ Søgaard J., Brugerbetaling i sundhedsvæsenet. DSI Infoark, nr 7, 2001.
- ◆ Wagstaff A., van Doorslaer E., Equity in health care finance and delivery. Chapter 34, pp 1803-1862, i Culyer AJ og Newhouse JP (eds): *Handbook of Health Economics*, vol 1, 2000, Elsevier Science B.B.
- ◆ Winther J., JOK-konsultationer og gratisprincip. *Ugeskrift for Læger*, vol. 141, nr. 23, p 14-16, 1979.



Pjecen er udgivet af:

FOKUS  
c/o Amtrådsforeningen  
Dampfærgevej 22  
2100 København Ø.

Pjecen kan læses og printes fra  
FOKUS' hjemmeside: [www.fokus-net.dk](http://www.fokus-net.dk).

©FOKUS og forfatterne  
April 2004  
ISSN: 1602-2661