

Kapitel 15

Brugerbetaling og forebyggelse

15.1 Indledning

I Danmark har vi allerede brugerbetaling på mange offentlige ydelser. Vi betaler for børn, der går i vuggestuer, børnehaver og fritidsordninger. Vi betaler for bøger på ungdomsuddannelser. Vi betaler for at gå til tandlæge og for brug af medicin. Og vi betaler for at bo på plejehjem.

Der er også offentlige ydelser, som er gratis at bruge. Vi betaler for eksempel ikke for at gå til læge. Det er i mange tilfælde svært at se, hvorfor der er brugerbetaling på nogle ydelser og ikke på andre. Forklaringen er nok ofte, at "sådan har det altid været". Hvorfor er der for eksempel brugerbetaling på tandlægebesøg og ikke på lægebesøg? Smerter og sygdomme i tænderne kan være lige så alvorlige som sygdomme i andre dele af kroppen. En del af forklaringen er formentlig, at tandplejen ikke var særligt veletableret, da det offentlige ansvar for læge- og hospitalsbehandling blev fastlagt ved stiftelsen af sygekasserne fra slutningen af 1890'erne, jf. Pedersen (2005). Og når den grundlæggende finansieringsstruktur er lagt fast, har der historisk været en tendens til, at den kun sjældent ændres. Derudover er efterspørgslen efter sundhedsydelser blevet kontrolleret ved, at de praktiserende læger har foretaget visitation til det øvrige sundhedsvæsen, og lægen har således været patientens indgang til de øvrige, dyre ydelser.

Velfærdskommissionen mener, at langt den største del af finansieringen af de offentlige velfærdsydelser fortsat bør komme fra de generelle skatter. Der er ingen grund til at ændre ved velfærdssamfundets solidariske forankring. Når vi skal ruste os til de kommende års udfordringer, må den største del af finansieringen derfor også komme fra skatter og andre kollektive virkemidler.

Skattefinansieringen sikrer en deling af risikoen for at komme ud for hændelser, hvor man på den ene eller anden måde får brug for hjælp, for eksempel ved sygdom eller behov for pleje. Dermed giver velfærdssamfundet en grundlæggende tryghed for borgerne. Omvendt stiller det veludbyggede velfærdssamfund krav om et højt skatteniveau, hvilket har negative virkninger for tilskyndelsen til at arbejde. Det sidste taler for, at der som supplement til skattefinansieringen også anvendes andre finansieringskilder, der ikke påvirker lysten til at arbejde, for eksempel brugerbetaling.

Velfærdskommissionen foreslår som et svar på velfærdssamfundets udfordringer, at skattefinansieringen suppleres med indførelse af en beskedne brugerbetaling på lægebesøg, hospitalsbenyttelse og hjemmehjælp. Princippet om, at patienten behandles på det laveste og mest effektive

omkostningsniveau bør fastholdes, fordi det også er med til at sikre den bedst mulige udnyttelse af ressourcerne og dermed dæmpe udgifterne.

Lægebesøg, hospitalsbenyttelse og hjemmehjælp er typisk også omfattet af brugerbetaling i vore nabolande jf. Velfærdskommissionen (2005).

Udgangspunktet for forslagene om brugerbetaling er, at der forude ligger en udfordring for finansieringen af velfærdssamfundet. Derfor er der behov for at dæmpe efterspørgslen efter de offentlige ydelser og for at skabe yderligere finansiering.

Med brugerbetaling kan man nå begge disse mål. For det første øger det borgerens ansvarsbevidsthed at skulle betale for ydelsen. Når det for eksempel er gratis at gå til lægen, vil vi have en tendens til at besøge lægen lidt oftere end det måske er nødvendigt. Mange vil ønske lægens vurdering, selvom det måske kunne vente eller helt undværes. Men for det offentlige koster hvert lægebesøg penge. Derfor vil det være en god ide, at gøre os alle mere opmærksomme på, at et besøg hos lægen har en omkostning. Og en pris på eksempelvis 75 kr. for et lægebesøg kan være med til at give en sådan øget ansvarlighed.

Den samlede udfordring for den offentlige velfærdsservice er frem til 2040 beregnet til 48 mia. kr., jf. kapitel 14. Den største del af dette beløb vedrører sundhedsvæsenet og ældreplejen med henholdsvis 32 og 11 mia. kr.

Brugerbetaling for sundhedsydelser og på hjemmehjælp kan give et bidrag på omkring 4-5 mia. kr. om året. Dette er et beskedent bidrag til den samlede udfordring, men det er tilstrækkeligt, da brugerbetalingen blot bør være et supplement til den solidariske finansiering.

Udover brugerbetaling kan også en forbedret indsats for forebyggelse bidrage til at dæmpe efterspørgslen efter offentlige sundhedsydelser. Udviklingen i forbruget af alkohol og – især – tobak går nu i den rigtige retning, men i stedet stiger udbredelsen af svær overvægt, hvilket kan løfte sundhedsvæsenets udgifter i de kommende år.

Næste afsnit indeholder nogle generelle overvejelser omkring brugerbetaling. Afsnit 15.3 og 15.4 beskriver Velfærdskommissionens forslag til indførelse af brugerbetaling for henholdsvis sundhedsydelser og ældrepleje. Endelig handler afsnit 15.5 om forebyggelse.

15.2 Brugerbetaling

Brugerbetaling indebærer, at borgeren betaler et beløb for brugen af offentlige ydelser. Beløbet kan enten dække en del af eller hele omkostningen for det offentlige.

Der kan overordnet sondres mellem to typer af brugerbetaling: Generel brugerbetaling eller en tilkøbsmodel. Den generelle model er kendetegnet ved, at alle har adgang til det samme udbud af ydelser, og at prisstrukturen også gælder for alle. Omvendt går tilkøbsmodellen ud på, at den offentlige ydelse udbydes i forskellige kvalitetsniveauer til forskellige priser, og at hver enkelt borger vælger kvalitet og pris efter eget ønske.

Velfærdskommissionen anbefaler af forskellige grunde at indføre brugerbetaling efter en generel model snarere end efter en tilkøbsmodel. Den væsentligste årsag er, at tilkøbsmodellen bryder med det universelle princip, som Velfærdskommissionen anser for et meget væsentligt fundament for velfærdssamfundets kerneydelser, herunder den offentlige velfærds-service. Princippet om, at de offentlige ydelser er ens for alle, er vigtig for opbakningen til velfærdssamfundet. Derudover kan det i praksis blive vanskeligt at definere indholdet af den gratis grundpakke i forhold til, hvilke ydelser der skal betales ekstra for. I sundhedsvæsenet sker der eksempelvis en løbende justering af hvilke behandlingsformer, der tilbydes til hvilke patienter, og en tilkøbsmodel vil kræve, at der løbende tages stilling til behandlingsformernes indplacering i grundpakker etc., hvilket vil udgøre en betydelig udfordring af såvel faglig, politisk som administrativ karakter.

Generel brugerbetaling kan indføres på forskellige måder. Der kan være tale om faste takster, som det eksempelvis kendes fra de kommunale daginstitutioner. Faste takster har den fordel, at det bliver nemt for brugeren at gennemskue hvor meget, der skal betales. Dermed fås den største virkning på brugernes adfærd. Eller brugerbetalingen kan fastsættes som en andel af omkostningerne, som det eksempelvis kendes fra brugerbetalingen for medicin, hvor egenbetalingsandelen dog er mindre desto større forbrug. Brugerbetaling i forhold til omkostningerne indebærer generelt, at brugeren får større tilskyndelse til at undgå dyre ydelser, hvilket giver en gavnlig adfærdsvirkning set fra et offentligt budgetsynspunkt, men omvendt er gennemskueligheden mindre (adfærdsvirkningen er dog ikke helt så klar for medicintilskudssystemet pga. aftrapningen af egenbetalingsandelen). Endelig kan brugerbetalingen afhænge af borgerens indkomst. Dermed kan de negative fordelingsvirkninger dæmpes.

Valget mellem de forskellige generelle brugerbetalingsmodeller må komme an på en nærmere vurdering. Senere i dette kapitel vises beregninger for brugerbetaling på sundhedsydelser og hjemmehjælp, og i begge tilfælde bygger beregningerne på modeller med faste takster. Andre modeller for brugerbetaling kan dog overvejes, herunder også andre takstniveauer end de foreslåede.

Indførelse af brugerbetaling har tre fordele. For det første kan brugerbetalingen være med til at dæmpe efterspørgslen, fordi brugerne bliver opmærksomme på omkostningerne ved at stille de offentlige ydelser til rådighed. For det andet kan den skabe finansiering i en situation med svig-

tende finansieringsgrundlag. Og for det tredje har brugerbetalingen ikke – som indkomstskatter – en negativ virkning på tilskyndelsen til at arbejde.

Skattefinansieringen betyder, at borgeren opfatter brugen af de offentlige ydelser som gratis, fordi betalingen er frakoblet forbruget af ydelserne. Det kan have den virkning, at forbruget bliver højere end det samfundsmæssigt optimale. Ud fra en samfundsmæssig synsvinkel burde udbuddet af de offentlige ydelser netop være så stort, at gevinsten ved at tilbyde ydelsen til den marginale bruger netop er lig med omkostningen herved. Men når prisen er nul, vil der sandsynligvis være efterspørgsel indtil marginalgevinsten er faldet til nul. For at undgå at skulle tilfredsstille hele efterspørgslen har man i praksis indført forskellige mekanismer til at lægge låg på forbruget af de offentlige ydelser, eksempelvis visitering og ventelister. Disse mekanismer afstedkommer, at nogle borgere ikke kan få opfyldt deres ønsker. Det vil sige, at der er overefterspørgsel efter de offentlige ydelser.

Brugerbetaling er en alternativ måde til at dæmpe problemet med overefterspørgsel. Når der indføres en pris på ydelsen, bliver brugerne opmærksomme på, at der er en omkostning forbundet med ydelsen, og derfor stiger ansvarligheden. Det vil medføre, at de brugere, der har mindst behov for ydelsen (lavest marginalgevinst) vil undlade at efterspørge. Derved dæmpes efterspørgslen og således også omkostningerne.

Brugerbetaling har den fordel frem for ventelister, at den sikrer en korrekt sortering af de potentielle brugere, således at ydelsen forbruges af dem, der vurderer at have højest gevinst. Omvendt kan resultatet af ventelister være en større tilfældighed i tildelingen af rettigheder, især hvis ventelisten opbygges ud fra tidspunktet for ansøgning. Denne fordel ved brugerbetaling gælder dog kun i situationer, hvor brugeren selv kan bedømme sit behov, hvilket ikke altid er tilfældet i forhold til efterspørgslen efter sundhedsydelser, hvor patienten har brug for lægens vurdering. Derfor kan brugerbetaling i sundhedsvæsenet for eksempel ikke erstatte praktiserende lægers henvisninger til ydelser fra hospital og speciallæger. Patienter opsøger således den praktiserende læge uden at vide, om henvendelsen er sundhedsmæssigt nødvendigt, hvilket først afsløres ved lægens vurdering. Der er derfor en lille risiko for, at brugerbetalingen kan få nogle til at afholde sig fra en berettiget henvendelse til lægen. Et lavt niveau for brugerbetaling kan dog modvirke denne effekt.

Adfærdseffekten er størst ved ydelser, hvor efterspørgslen er meget prisfølsom. Udenlandske erfaringer tyder på, at efterspørgslen efter ydelser fra praktiserende læger og speciallæger er mere prisfølsom end efterspørgslen efter sygehusindlæggelser, jf. Rudbeck m.fl. (1995).

I forbindelse med modellen med faste takster må der yderligere tages stilling til antallet af forskellige takster. Hensynet til gennemskuelighed taler for så få takster som muligt. Og adfærdsvirkningen er formentlig størst,

hvis brugeren har let ved at gennemskue gebyrstrukturen. Omvendt kan andre hensyn tale for mere differentierede gebyrer. Hvis der kan dokumenteres forskelle i efterspørgslens prisafhængighed på tværs af ydelser, vil dette især tale for at lægge gebyr på ydelser med høj prisafhængighed, fordi der ved disse ydelser er størst risiko for overefterspørgsel i fravær af brugerbetaling. Der findes udenlandske undersøgelser af priselasticiteter for forskellige ydelser, jf. for eksempel Manning m.fl. (1987).

Hvis der indføres brugerbetaling på flere velfærdsydelser, vil der formentlig for nogles vedkommende – som ved brugerbetalingen på medicin og tandlægebesøg – opstå mulighed for at forsikre sig mod brugerbetalingen. Dette indebærer den fordel, at udgiften udjævnes for den enkelte forsikringstager. Samtidig reduceres dog i et vist omfang den gavnlige adfærdsvirkning, fordi man som forsikret tænker mindre over omkostningen ved forbruget. En del af adfærdseffekten vil dog bestå, hvis der er selvrisiko og/eller præmien forhøjes efter aktivering af forsikringen.

Den væsentligste ulempe ved brugerbetaling er, at det formentlig vil have en mindre hensigtsmæssig fordelingsprofil end skattefinansiering. Det hænger sammen med, at indkomstskatterne har en progressiv indretning, hvorimod betalingsbyrden ved brugerbetaling fordeler sig efter forbrug af ydelsen frem for efter indkomst. Der kan være situationer, hvor forbruget er størst for de laveste indkomster, og for at sikre sig mod uønskede fordelingsvirkninger er der i det følgende foretaget vurderinger af forslagernes fordelingsmæssige konsekvenser.

En anden ulempe består i, at befolkningens sundhedstilstand kan risikere at blive ringere, hvis brugerbetalingen får folk til at fravælge egentlig behandling. Dette problem kan være særligt stort for visse grupper med mange kontakter til sundhedsvæsenet, for eksempel patienter med kroniske sygdomme. Ifølge Pedersen (1995) påviser de foreliggende undersøgelser af dette spørgsmål ikke hverken udsættelseeffekter eller negative virkninger på sundhedsstatus af indførelse af brugerbetaling i begrænset omfang. Konkret viden om brugerbetalingens effekt på sundhedstilstanden er i dansk sammenhæng begrænset, og derfor bør indførelse af brugerbetaling følges op med analyser heraf.

15.3 Brugerbetaling for lægebesøg og hospitalsbenyttelse

Velfærdskommissionen anbefaler at indføre brugerbetaling på besøg hos praktiserende læge, special- og vagtlæge samt ambulante behandling og indlæggelse på sygehus. Beløbene skal være beskedne, men alligevel er målet at bidrage til finansieringen af sundhedsvæsenet, som står over for en betydelig udfordring i de kommende år med hensyn til finansiering. Samtidig bliver det tydeligt, at også offentlige sundhedsydelser har en pris, og at det er en relevant overvejelse, om ydelsen skal efterspørges. Velfærdskommissionen foreslår derfor:

Forslag 15.1: Der skal indføres øget, men begrænset brugerbetaling på sundhedsområdet.

Som et eksempel på, hvordan en brugerbetalingsmodel kan sammensættes, tages der her udgangspunkt i en model, der har en ret enkel gebyrstruktur og minder om brugerbetalingsordningerne i de øvrige nordiske lande. Modellen minder om en model, der blev foreslået i Rudbeck m.fl. (1995) og senere med enkelte modifikationer har været behandlet af Det Økonomiske Råd (2000).

Tabel 15.1: Forslag til brugerbetalingsmodel for sundhedsvæsenet

Ydelse	Gebyr, kr.
Praktiserende læge	
Konsultation	75
Telefon- og e-mail-konsultation	20
Besøg	150
Vagtlæge	
Konsultation	100
Tlf.konsultation m. besøg	20
Tlf.konsultation uden besøg	50
Besøg	150
Speciallægebesøg	100
Skadestuebesøg	150
Ambulant besøg	125
Sygehusindlæggelse, pr. døgn	50
Maksimal årlig betaling, andel af indkomst	1 pct.

Beløbene for brugerbetaling på telefonkonsultationer, e-mail-konsultationer og besøg af praktiserende læger og vagtlæger er fastsat således, at brugerbetalingsandelen i forhold til sygesikringens honorarer er den samme som på konsultationer. Da det er muligt at substituere mellem ydelserne, er det nødvendigt, at der er betaling på en række forskellige ydelser i såvel dag- som vagttid, og at såvel lægevagten som skadestuer er omfattede.

Derudover foreslås det at lade den maksimale årlige betaling være 1 pct. af brugerens indkomst, mens loftet i de nævnte studier er et fast kronebeløb. Hensigten med dette forslag er at få en mere ligelig fordelingsvirkning ved at gøre loftet højere for de højeste indkomster, jf. senere.

For børn op til 18 år foreslås det at lade brugerbetalingen indgå som en del af forældrenes brugerbetaling. Hvis loftet fastholdes, betyder dette, at loftet får større virkning for forældre end for andre. Alternativt kunne brugerbetalingen undlades for børn op til 15 år, hvilket dog formentlig ville reducere finansieringsbidraget.

Det er vigtigt, at administrationen af brugerbetalingen bliver så enkel og billig som muligt, så det beskedne provenu ikke modsvarer af tilsvarende administrationsomkostninger. Administrationen af brugerbetaling foreslås opbygget omkring sygesikringskortet, der allerede i dag anvendes ved patientens kontakt til sundhedssystemet. Brugen af sundhedsydelser regi-

streres centralt på CPR-nummer via en løbende indberetning fra læger og sygehuse, og for eksempel én gang om året udsendes regningen for årets brug af sundhedsvæsenet. Borgerne skal løbende kunne følge deres forbrug på internettet på samme måde som man i dag kan kontrollere sit forbrug af medicin og medicintilskud på www.sundhed.dk ved anvendelse af digital signatur. Regningen vil bidrage til at synliggøre borgerens brug af sundhedsvæsenet og den tilhørende brugerbetaling, og derved forøges sandsynligheden for at påvirke patienternes adfærd i en positiv retning. Udsendelsen kan eventuelt ske sammen med udsendelse af årsopgørelsen fra skattevæsenet, og opkrævningen kan foregå som en del af betalingen af indkomstskat.

I sammenhæng med indførelse af brugerbetaling må man forvente, at der opstår et forsikringsmarked til dækning af gebyrerne. Adgangen til et sådant marked må dog forventes at være begrænset for personer med kroniske sygdomme, jf. at Sygeforsikringen "danmark" eksempelvis ikke optager astmatikere. Derfor kan man overveje at etablere en obligatorisk forsikring, som alle skal kunne deltage i. En sådan obligatorisk ordning kan enten være privat eller offentlig.

Ved indførelse af brugerbetaling på sundhedsområdet må samspillet med helbredstillægget overvejes. Pensionister har i dag mulighed for at få helbredstillæg til dækning af egne udgifter til ydelser, der er tilskudsberettigede efter sygesikringsloven, f. eks. medicin, tandbehandling, fodpleje og fysioterapi. Tillægget ydes efter skøn og kan højst udgøre 85 pct. Indkomst ved siden af pensionen reducerer helbredstillægget.

Finansieringspotentialer

Det samlede finansieringspotentialer for den viste model skønnes at ligge på omkring 3,4 mia. kr., jf. tabel 15.2 Heri er indregnet dels det direkte provenu fra brugerbetalingen, dels afledte besparelser ved mindre efterspørgsel. Beløbet tager ikke højde for omkostninger til administration af brugerbetalingen.

Brugerbetalingen skønnes at give anledning til et provenu for de offentlige kasser på omkring 2 mia. kr. om året. Det beregnede provenu afhænger af flere forhold.

For det første spiller selve taksterne naturligvis en direkte rolle for provenuet. I denne sammenhæng må betydningen af loftet for den maksimale årlige betaling tages i betragtning. På grundlag af fordelingsberegninger skønnes virkningen af loftet at være en reduktion af provenuet for denne model med knap 40 pct. i forhold til en tilsvarende brugerbetalingsmodel uden loft. Fordelingsberegningerne illustreres i det følgende afsnit.

Tabel 15.2: Skøn over årlig provenu, besparelse og samlet finansiering ved brugerbetalingsmodel, mia. kr., 2005

Område	Provenu	Besparelse	Finansiering
		Mia. kr.	
Praktiserende læge	0,8	0,6	1,4
Vagtlæge	0,1	0,1	0,3
Speciallæge	0,4	0,5	1,0
Skadestue	0,1	0,1	0,2
Ambulant behandling	0,4	0,0	0,4
Sygehusindlæggelse	0,2	0,0	0,2
I alt	2,0	1,3	3,4

Anm.: Beløbene summerer pga. afrunding ikke til de viste totaler. Indførelsen af brugerbetaling antages at give anledning til en reduktion i efterspørgslen på 25 pct. Løftet for den maksimale årlige betaling antages på grundlag af fordelingsberegninger at reducere provenuet med 37,5 pct. Besparelsen er beregnet på basis af gennemsnitlige omkostninger, dels honorarer fra sygesikringen ifølge overenskomst pr. 1. april 2005 (sygebesøg i dagtid antages som gennemsnit at være i kørselszone II og vagtlægehonorar er fastsat forholdsmæssigt ud fra A- og B-vagttakst), dels gennemsnitlige udgifter til speciallægehjælp ifølge Amtsrådsforeningens statistikdatabase, og dels pristalsreguleret antagelse om gennemsnitlig omkostning ved skadestuebesøg ifølge Rudbeck m.fl. (1995). Kilde: Sundhedssektoren i tal, september 2005, Indenrigs- og Sundhedsministeriet, Amtsrådsforeningens statistikdatabase, Praktiserende Lægers Organisation og egne beregninger.

For det andet har det betydning for provenuet, i hvor høj grad brugerne antages at reducere efterspørgslen efter sundhedsydelser, når der indføres brugerbetaling. Der er i denne sammenhæng regnet med en reduktion i efterspørgslen på 25 pct. på alle ydelser undtagen ambulante behandling og indlæggelse, der begge antages at være uelastiske. Efterspørgselsreduktionen på 25 pct. er inspireret af Pedersen (1990), der nævner, at videnskabelige undersøgelser dokumenterer en reduktion på 20-30 pct. selv ved indførelse af brugerbetaling i beskedent omfang, hvis udgangspunktet er en pris for ydelser på nul. Skønnet er dog meget usikkert, ikke mindst på speciallægeydelser, hvortil der i dag for de fleste patienter er krav om henvisning fra egen læge.

Udover det direkte provenu skønnes brugerbetalingen at kunne give det offentlige en besparelse på omkring 1,3 mia. kr. om året. Dette beløb er igen et resultat af brugerbetalingens virkning på efterspørgslen. Derudover afhænger den beregnede besparelse af den forudsatte gennemsnitlige omkostning ved ydelserne. For ydelser fra praktiserende læger og vagtlæger anvendes sygesikringens honorarer pr. 1. april 2005. For speciallæger anvendes gennemsnitlige udgifter i 2004 ifølge Amtsrådsforeningens statistikdatabase. Og for sygehusenes ydelser anvendes antagelsen (pristalsreguleret) fra Rudbeck m.fl. (1995), at den gennemsnitlige omkostning pr. skadestuebesøg udgør 300 kr.

Det største finansieringsbidrag kommer i denne model fra den primære sundhedssektor, det vil sige fra praktiserende læger og speciallæger. Således er der et potentiale til finansiering fra lægeydelser på i alt godt 2½ mia. kr. om året. Dette fordeler sig ligeligt på provenu og besparelser. Forklaringen på det beskedne finansieringspotentiale fra sygehusvæsenet er dels taksternes niveau, dels antagelsen om, at der kun er et besparelses-

potentiale for skadestuerne, fordi efterspørgslen efter sygehusenes øvrige ydelser ikke er afhængige af brugerbetalingen.

Den foreslåede brugerbetaling kan måske være med til at rette op på det forhold, at trækket på sundhedsvæsenet er ulige fordelt. Således står en lille gruppe på 10 pct. af befolkningen for hver tredje kontakt til de praktiserende læger, jf. Vedsted og Olesen (2005). Og disse hyppige brugere modtager desuden den mest omfattende diagnostik, behandling og omsorg, jf. Vedsted og Christensen (2005).

Fordelingsvirkninger

Brugerbetalingen vil kunne variere en del fra år til år afhængigt af årets sundhedsforbrug. I dette afsnit illustreres konsekvenserne for forskellige indkomstgrupper, og for at undgå år-til-år udsving fokuseres der på gennemsnitlige årlige betalinger over et typisk livsforløb. Livsforløbene er dannet ved at sammenhæfte forskellige individobservationer med lignende karakteristika fra perioden 1996-2002 således, at de tilsammen danner fiktive livsforløb, der repræsenterer de 18-90-åriges karakteristika indenfor perioden. Til denne analyse er livsforløbene ud over alder, indkomst mm. matchet ved hjælp af forbruget af offentlig service. Det betyder, at livsforløbene sammensættes således, at personer med højt forbrug af offentlige serviceydelser, herunder sundhedsforbrug, sættes sammen med andre observationer med tilsvarende højt forbrug. Se også bilag 4.2, kapitel 4, for en nærmere beskrivelse af dannelsen af livsforløb. De beregnede gennemsnit indeholder således både betalinger fra dyre og billige år. Bemærk dog, at den maksimale årlige betaling lægger et loft over brugerbetalingen i et givet år.

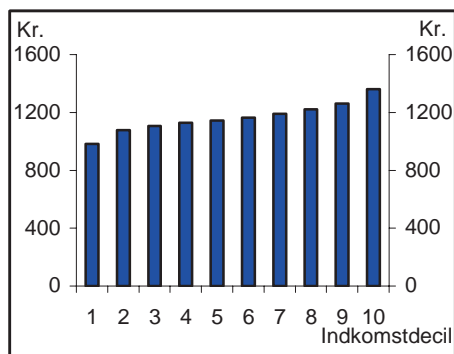
Brugerbetalingen kommer med den nævnte model til at koste knap 1.000 kr. om året hen over livet for de 10 pct. af befolkningen, der har de laveste livsindkomster, jf. figur 15.1. Beløbet er et gennemsnit for indkomstgruppen hen over livet. Det tilsvarende gennemsnit for den højeste indkomstgruppe er knap 1.400 kr. årligt. Det er vigtigt at bemærke, at denne beregning ikke tager hensyn til, at forbruget af sundhedsydelser må formodes at blive mindre i lyset af brugerbetalingen, dvs. beregningen er uden adfærdseffekter.

Det indtægtsafhængige loft over betalingen udgør en væsentlig del af forklaringen på, at brugerbetalingen er højere for personer med høj indkomst end personer med lav indkomst. Således ville den gennemsnitlige brugerbetaling på tværs af indkomstdeciler være betydeligt mere ensartet, hvis loftet i stedet var udtrykt som et fast beløb.

Selvom brugerbetalingen forventes at stige med indkomsten, udgør brugerbetalingen en højere andel af indkomsten for personer med lave indkomster end for personer med høje indkomster. Således forventes personer i den laveste indkomstdecil at komme til at betale knap 9 promille af

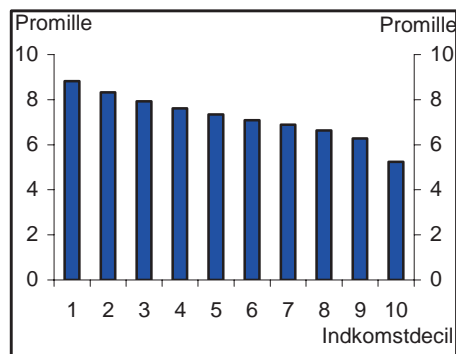
indkomsten, mens den højeste indkomstgruppe forventes at skulle betale godt 5 promille af indkomsten, jf. figur 15.2.

Figur 15.1: Gennemsnitlig årlig brugerbetaling over livsforløbet



Kilde: Egne beregninger med Finansministeriets livsindkomstmodel.

Figur 15.2: Brugerbetalingens andel af indkomst, promille



Kilde: Egne beregninger med Finansministeriets livsindkomstmodel.

Det vil være muligt at sikre en mere ligelig fordelingsvirkning ved at sænke loftet på den årlige brugerbetaling. Det skyldes, at loftet reducerer betalingen for en stor del af personerne i de laveste indkomstgrupper, mens højindkomstgrupperne i mindre omfang har gavn af loftet. Modstykket til den højere grad af lighed er imidlertid, at finansieringsbidraget bliver mindre.

På grund af datamangel indgår telefonkonsultationer ikke i beregningerne. Derudover har det ikke været muligt at inddrage personer under 18 år i analysen, da beregningsmodellen ikke er konstrueret til alderstrin under 18 år. På trods af disse tekniske forhold vurderes analysen dog at give et nogenlunde retvisende billede af forslagets fordelingsvirkninger over livsforløb.

15.4 Brugerbetaling for hjemmehjælp til praktiske opgaver

Velfærdskommissionen anbefaler, at der indføres brugerbetaling på hjemmehjælp til praktiske opgaver, men ikke på personlig pleje. Kommissionen foreslår, at alle, der modtager praktisk hjemmehjælp, kommer til at betale for den første times forbrug pr. måned. Derudover foreslås det, at personer med højere indkomst end et vist minimum kan komme til at betale for flere timers praktisk hjemmehjælp, dog højst 5 timer pr. måned, jf. senere.

Velfærdskommissionen foreslår derfor:

Forslag 15.2: Der skal indføres beskeden brugerbetaling på hjemmehjælp til praktiske opgaver. Hjælp til personlig pleje skal ikke være underlagt brugerbetaling.

Forslaget om brugerbetaling gælder den varigt tildelte hjemmehjælp, idet der allerede i dag opkræves betaling for midlertidig hjemmehjælp.

Boks 15.1: Kort om hjemmehjælp

Kommunerne har i dag pligt til at tilbyde personlig hjælp og pleje samt hjælp til nødvendige praktiske opgaver i hjemmet til personer med behov. Behovet kan skyldes fysiske, psykiske eller sociale problemer.

Hjælpen ydes efter en konkret, individuel vurdering af ansøgerens behov. Hjemmehjælpen kan tildeles enten midlertidigt eller varigt.

Kommunerne fastlægger selv serviceniveauet, det vil sige hvilke tilbud, der stilles til rådighed i den pågældende kommune, og efter hvilke kriterier hjælpen tildeles.

Hjemmehjælpen er gratis for personer med varigt behov, mens der er brugerbetaling på midlertidig hjælp.

Betalingen for den midlertidige hjælp er både pålagt personlig pleje og praktisk hjælp. Betalingen udgør maksimalt 102 kr. pr. time. Brugerbetalingen er indtægtsafhængig, idet den er gratis for personer med en årlig indkomst under 115.100 kr. (enlige), og derefter betales en stigende andel af maksimumbetalingen for indkomster op til 387.800, og for indkomster højere end dette beløb betales 102 kr. pr. time.

Baggrunden for forslaget er – ligesom forslaget om brugerbetaling for sundhedsydelser – et ønske om dels at skabe finansiering til de kommende års udfordringer, dels at dæmpe væksten i efterspørgslen. Ældreområdet er ligesom sundhedsvæsenet et område, hvor der fremover forventes et betydeligt udgiftspres som følge af demografiske ændringer og velstandsstigning, jf. kapitel 12.

Velfærdskommissionen lægger med sit forslag op til, at den personlige pleje friholdes fra brugerbetaling. Personlig pleje og bistand til ældre, der har behov, er et fundamentalt behov, der bør være omfattet af den solidariske finansiering via de generelle skatter. Omvendt hører udførelsen af den praktiske hjemmehjælp ikke til blandt kerneopgaverne, og ved at opkræve betaling for ydelsen er det sandsynligt, at efterspørgslen kan påvirkes.

Forslaget vil få betydning for næsten alle hjemmehjælpsmodtagere, da det i 2004 er under 10 pct. af modtagerne, der udelukkende får udført personlig pleje, jf. tabel 15.3

Tabel 15.3: Antal modtagere af varig hjemmehjælp, marts 2004.

	Antal	Pct.
I alt	200047	100
Kun personlig pleje	18611	9
Kun praktisk hjælp	83497	42
Både pleje og praktisk hjælp	97939	49

Kilde: Den sociale ressourceopgørelse for voksne og ældre marts 2004, Danmarks Statistik.

Godt halvdelen af modtagerne af varig hjemmehjælp er over 80 år, jf. tabel 15.4.

Tabel 15.4: Aldersfordeling af modtagere af varig hjemmehjælp, marts 2004.

	Antal	Pct.
I alt	200047	100
Under 67 år	30947	15
67-79 år	62491	31
80+ år	106609	53

Kilde: Den sociale ressourceopgørelse for voksne og ældre marts 2004, Danmarks Statistik.

Den foreslåede brugerbetalingsmodel forudsætter en velfungerende visitation, der sonderer effektivt mellem hjemmehjælpstimer til personlig pleje og timer til praktisk hjælp. Det indebærer blandt andet, at der ikke foretages omplacering af hjemmehjælpstimer fra praktisk hjælp til personlig pleje.

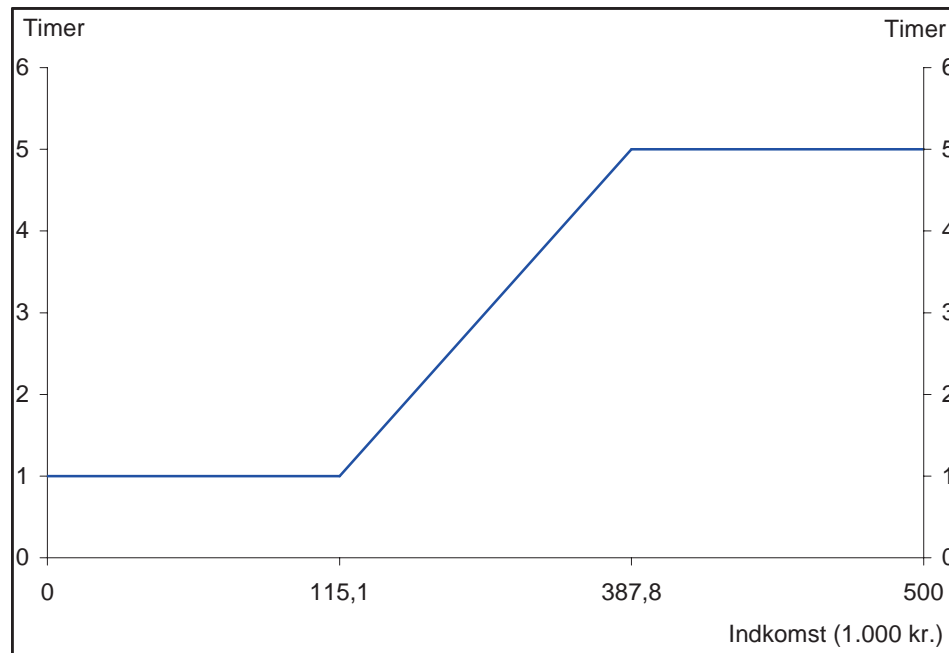
Velfærdskommissionen anbefaler et loft på den månedlige betaling, så ingen kommer til at betale for mere end 5 timers hjemmehjælp pr. måned. Brugerbetalingen pr. time foreslås fastsat således, at den er identisk med den kostpris, som kommunen allerede i dag løbende beregner som betaling til private leverandører af praktisk hjemmehjælp i forbindelse med fritvalgsordningen. Denne kostpris afspejler de gennemsnitlige, langsigtede omkostninger ved kommunens leverance af en times praktisk hjemmehjælp, idet alle direkte og indirekte omkostninger medregnes. Fordelen ved at vælge denne kostpris er dels, at beregningen af den ikke påfører kommunerne ekstra administration, fordi den alligevel skal beregnes til andet formål, dels at der som et biprodukt skabes øget synlighed om de gennemsnitlige omkostninger ved driften af den kommunale hjemmehjælp, hvilket forbedrer brugernes beslutningsgrundlag i forbindelse med fastsættelsen af deres efterspørgsel. Omvendt er kostprisen formentlig højere end den pris, som private leverandører af praktisk hjemmehjælp vil kunne tilbyde ydelsen for til brugeren, fordi sidstnævnte vil ligge tættere på marginal- end gennemsnitsomkostningen. Dermed kan den skitserede brugerbetalingsmodel komme til at favorisere private udbydere på bekostning af den offentlige hjemmehjælp, hvilket kan være et problem i forhold til eksempelvis forsyningssikkerhed. Dette kan adresseres ved at fastsætte brugerbetalingsgebyret lavere end den gennemsnitlige kostpris, idet gebyret dog ikke bør fastsættes lavere end den marginale omkostning pr. hjemmehjælpstime.

Kostprisen for en times praktisk hjemmehjælp varierer ganske meget fra kommune til kommune. Gennemsnittet udgør i øjeblikket omkring 250 kr. ifølge udtræk fra www.fritvalgsdatabasen.dk. Det vil sige, at den gennemsnitlige maksimumbetaling med et loft på 5 timer pr. måned udgør 1.250 kr. pr. måned eller 15.000 kr. om året.

Velfærdskommissionen foreslår, at alle uanset indkomst pålægges brugerbetaling for den første times praktisk hjemmehjælp i hver måned, men at personer med høj indkomst kan komme til at betale for flere end den

ene hjemmehjælpstimer op til et loft på 5 timer pr. måned. Det foreslås, at der anvendes samme indtægtsgrænser som ved den betaling for midlertidig hjemmehjælp, der allerede findes i dag. Det vil sige, at der betales for den første månedlige times hjemmehjælp ved indkomster op til 115.100 kr. Derefter optrappes gradvist det maksimale antal timer, der skal betales for, indtil loftet på 5 timer nås ved 387.800 kr., jf. figur 15.3. For eksempel skal en person, der tjener 200.000 kr. om året betale for sit forbrug af praktisk hjemmehjælp, men højst 2 ¼ timer pr. måned.

Figur 15.3: Antal hjemmehjælpstimer, der højst skal betales for



Anm.: Figuren er baseret på 2005-satser.
Kilde: Egne beregninger.

Den samlede finansiering fra forslaget skønnes at udgøre omkring 1,3 mia. kr., hvilket skønnes at stige til ca. 1,8 mia. kr. i 2040. Finansieringen skyldes såvel et bidrag fra besparelsen ved færre brugere som provenuet fra brugerbetalingen. Besparelsen udgør godt halvdelen af den samlede finansiering. Dette hviler på en forudsætning om, at efterspørgslen reduceres med 25 pct., når hjemmehjælpen pålægges brugerbetaling. Hvis efterspørgselsreaktionen er mindre, vil det potentielle provenu være større, fordi et større forbrug i det tilfælde vil være omfattet af brugerbetalingen.

Den forudsatte adfærdsvirkning ved forslaget skyldes, at personer, der efter forslaget skal betale for en del af hjemmehjælpsforbruget, vil få en tilskyndelse til at overveje andre løsninger på behovet end den offentlige hjemmehjælp. Omvendt kan der også opstå et pres for at få flere timers hjemmehjælp, når man nu alligevel skal betale for den første del af forbruget. Dette vil dog kun føre til et øget udgiftspres, hvis visitationen tillader en forøgelse af forbruget.

Tabel 15.5: Skønnet finansiering fra brugerbetaling på hjemmehjælp, mia. kr.

	Umiddelbar virkning	Virkning i 2040
Provenu	0,6	0,8
Besparelse	0,7	1,0
Finansiering i alt	1,3	1,8

Anm.: I beregningen af provenuet er det på grund af manglende data for fordelingen af timer forudsat, at alle som minimum modtager 1 time pr. måned, og at alle modtager et gennemsnitligt antal timer betinget på alder og hvorvidt der udelukkende modtages praktisk hjælp eller både praktisk hjælp og personlig pleje. Der er antaget en reduktion i forbruget på 25 pct. som følge af indførelsen af brugerbetaling.

Kilde: Egne beregninger.

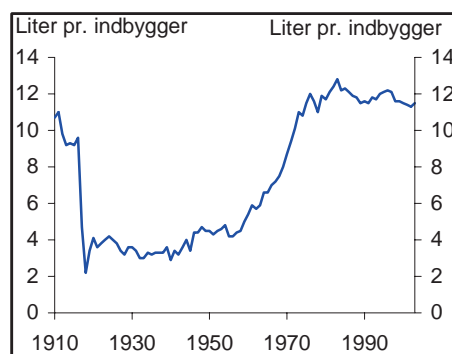
Finansieringsbidraget fra forslaget om brugerbetaling skønnes at udgøre omkring 10 pct. af den samlede udgift til hjemmehjælp. Den samlede offentlige udgift til hjemmehjælp (både personlig pleje og praktisk hjælp) anslås således i 2004 at udgøre godt 13 mia. kr. Dette bygger på et ugentligt antal hjemmehjælpstimer på godt 1 mio. ifølge Danmarks Statistik (2005) samt en forudsætning om en gennemsnitlig kostpris på 250 kr. pr. time.

15.5 Forebyggelse

Vellykket forebyggelse af sygdomme og lidelser kan højne befolkningens livskvalitet og spare velfærdssamfundet for omkostninger. I dette afsnit beskrives udviklingen i en række livsstilsfaktorer, der har betydning for befolkningens helbredetilstand.

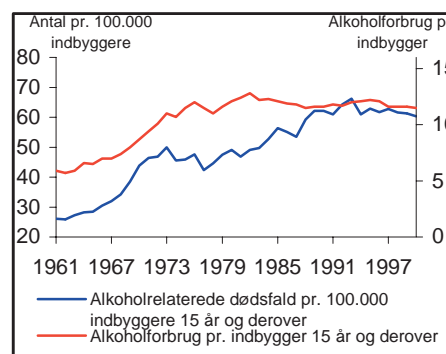
Det registrerede forbrug af alkohol pr. indbygger over 15 år har ligget forholdsvis stabilt siden midten af 1970'erne, jf. figur 15.4. Forbruget ligger på knap 12 liter alkohol pr. indbygger i 2003. Forbruget af alkohol steg betydeligt fra 1950'erne til midten af 1970'erne.

Figur 15.4: Årligt, registreret alkoholforbrug pr. indbygger over 15 år, liter ren alkohol, 1910-2003



Kilde: Statistik 2003: Alkohol, narkotika og tobak, Sundhedsstyrelsen 2004.

Figur 15.5: Alkoholforbrug og alkoholrelaterede dødsfald, 1961-2000



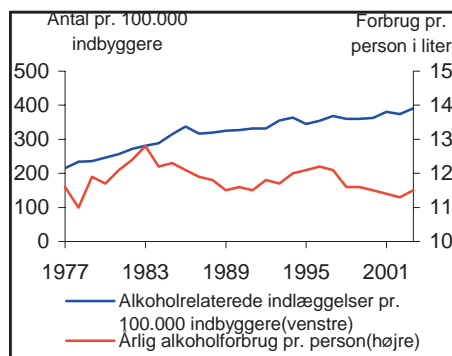
Anm.: Alkoholforbrug pr. indbygger over 15 år og antal alkoholrelaterede dødsfald pr. 100.000 indbyggere over 15 år.

Kilde: Statistik 2003: Alkohol, narkotika og tobak, Sundhedsstyrelsen 2004.

Alkoholforbruget har betydning for befolkningens helbredstilstand. Således har opbremsningen i det gennemsnitlige alkoholforbrug siden midten af 1970'erne med en vis forsinkelse også ført til en opbremsning i antallet af alkoholrelaterede dødsfald, om end sidstnævnte først er indtruffet siden begyndelsen af 1990'erne, jf. figur 15.5.

Opbremsningen i alkoholforbruget kan endnu ikke aflæses i sundhedsvæsenets økonomi, idet stagnationen i alkoholforbruget tilsyneladende ikke har ført til en tilsvarende stagnation i antallet af alkoholrelaterede indlæggelser pr. person. Således er antallet af alkoholrelaterede indlæggelser steget støt siden 1977, hvorimod det gennemsnitlige alkoholforbrug er faldet i denne periode, jf. figur 15.6.

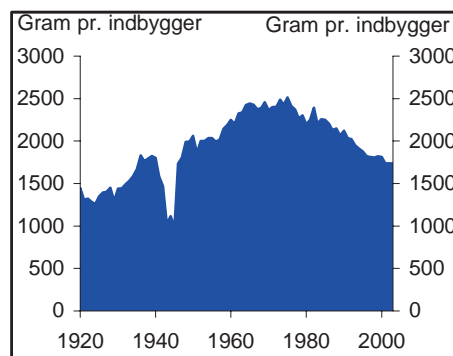
Figur 15.6: Alkoholforbrug og alkoholrelaterede sygehusindlæggelser, 1977-2003



Anm.: Alkoholforbrug pr. indbygger over 15 år og antal alkoholrelaterede indlæggelser på somatiske sygehusafdelinger pr. indbygger over 15 år.

Kilde: Statistik 2003: Alkohol, narkotika og tobak, Sundhedsstyrelsen 2004 og DREAM.

Figur 15.7: Tobaksforbrug pr. indbygger, 1920-2003



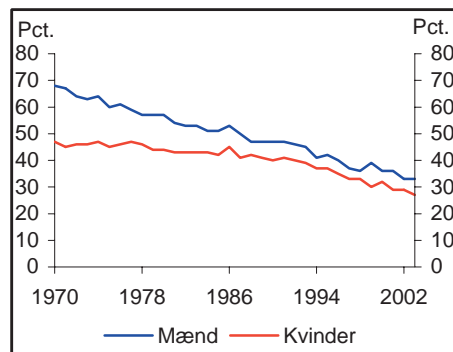
Kilde: Statistik 2003: Alkohol, narkotika og tobak, Sundhedsstyrelsen 2004.

Det gennemsnitlige tobaksforbrug er faldet betydeligt siden begyndelsen af 1970'erne. Således var tobaksforbruget pr. indbygger godt 40 pct. højere i starten af 1970'erne end i 2003, jf. figur 15.7.

Faldet i tobaksforbruget kan først og fremmest tilskrives en betydelig reduktion i andelen af mandlige rygere. Andelen af mandlige rygere er således faldet fra knap 70 pct. i 1970 til godt 30 pct. i 2003, svarende til et fald på 35 pct.point, jf. figur 15.8. I samme periode er andelen af kvindelige rygere reduceret fra 47 til 27 pct.

For mændenes vedkommende er antallet af tobaksrelaterede dødsfald faldet en anelse fra midten af 1980'erne til i dag, mens tobakken er skyld i et stigende antal dødsfald blandt kvinderne, jf. figur 15.9.

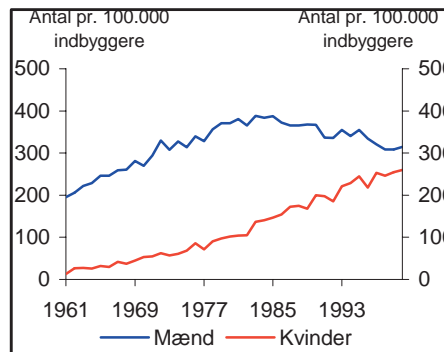
Figur 15.8: Andelen af rygere blandt mænd og kvinder, 1970-2003



Anm.: Bemærk, at opgørelsesmetoden blev ændret fra 1994.

Kilde: Statistik 2003: Alkohol, narkotika og tobak, Sundhedsstyrelsen 2004.

Figur 15.9: Tobaksrelaterede dødsfald pr. 100.000 indbyggere, mænd og kvinder, 1961-2000



Anm.: Bemærk, at opgørelsesmetoden blev ændret fra 1994.

Kilde: Statistik 2003: Alkohol, narkotika og tobak, Sundhedsstyrelsen 2004.

Rygningen medfører også betydelige omkostninger for samfundet. De direkte samfundsudgifter til blandt andet lægekonsultationer, medicin og hospitalsbehandling over en rygers livsforløb skønnes at være omtrent dobbelt så høje som de tilsvarende udgifter for en ikke-ryger, jf. Rasmussen (2004). Hertil kommer de afledte omkostninger til blandt andet sygefravær, førtidspension og rehabilitering, hvor rygerne ligeledes koster samfundet omkring dobbelt så meget som ikke-rygerne.

Som i mange andre lande bliver en større og større del af befolkningen i disse år overvægtige eller svært overvægtige. I 1987 var 5,5 pct. af den voksne befolkning således svært overvægtige, og i 2000 var dette tal steget til 9,5 pct. (OECD Health Data). Samtidig regnes 32,3 pct. af befolkningen for at være overvægtige.

Svær overvægt kan for eksempel føre til hjerte-kar-sygdomme, type 2-diabetes, visse kræftformer og nedslidningsskader. Dermed indebærer den stigende udbredelse af overvægt en risiko for stigende udgifter til sundhedsvæsenet. Udenlandske undersøgelser tyder således på, at udgifterne til behandling af og medicin til svært overvægtige er omkring henholdsvis 40 og 80 pct. højere end for personer med normal vægt, jf. Sturm (2002).

Udbredelsen af overvægt kan forebygges med sunde kostvaner og fysisk aktivitet. Derfor er det foruroligende, at omkring en fjerdedel af befolkningen er fysisk inaktive, selvom denne andel er faldet i løbet af de seneste 20 år. Øget bevidsthed omkring sund kost har ført til en reduktion i den gennemsnitlige fedtprocent i maden og en stigning i forbruget af frugt og grønt, men omvendt er sukkerforbruget steget – især blandt børn.

Det er vigtigt, at børn tidligt lærer gode kost- og motionsvaner. I forbindelse med Kommissionens forslag om at gøre skolefritidsordningerne gratis for 0.-3. klasse vil der være mulighed for en tidlig indsats på dette felt.

Arbejdsmiljøet er ligeledes en vigtig faktor for sundhedsvæsenets udgifter. En betydelig del af lægernes og sygehusenes aktiviteter kan henføres til arbejdsrelaterede skader og sygdomme. Således skyldes ca. 10 pct. af sygehusindlæggelserne arbejdsmiljøforhold, og det årlige antal arbejdsulykker og øvrige, anmeldte arbejdsbetingede lidelser udgør omkring 65.000 tilfælde, jf. Regeringen (2002). Der ser ud til at være en tendens i retning af færre fysiske skader, for eksempel som følge af tunge løft eller ensidigt gentaget arbejde, men til gengæld en større andel af psykisk betingede arbejdsskader. Kommissionen har ikke haft mulighed for at analysere dette område yderligere, men der er ingen tvivl om, at et godt arbejdsmiljø vil kunne forebygge både sygefravær og fysiske og psykiske skader. I fremtidens velfærdssamfund bør arbejdsmiljøet således fortsat forbedres med anvendelse af den nyeste viden og teknologi i samarbejde mellem arbejdsgivere og lønmodtagere.

Befolkningens sundhedstilstand har stor betydning for de offentlige finanser. En betydelig del af sundhedsvæsenets ressourcer anvendes til behandling af lidelser og sygdomme, der i vid udstrækning kan forebygges, for eksempel vedrørende rygning, alkohol, kost, motion, arbejdsmiljø etc. En øget forebyggende indsats i forhold til disse faktorer har således potentiale til at spare det offentlige for store beløb. En sådan indsats kunne omfatte for eksempel oplysning og kampagner, og man kunne overveje økonomiske virkemidler, for eksempel ændringer af afgifter. Hvorvidt omkostningerne ved en øget forebyggelse kan berettiges af de efterfølgende besparelser, bør dog i givet fald belyses nærmere. Velfærdskommissionen har ikke haft tid og ressourcer til en nærmere analyse af dette spørgsmål.

Litteratur

Danmarks Statistik (2005): *Den sociale ressourceopgørelse for ældre og voksne marts 2004*.

Det Økonomiske Råd (2000): Sundhed – en opgave for velfærdsstaten, kapitel 4 i forårsrapport.

Manning, W. m.fl. (1987): Health insurance and the demand for medical care: Evidence from a randomized experiment, *American Economic Review*, vol. 77, pp. 251-77.

Pedersen, K.M. (1990): Sundhedsøkonomiske grundproblemstillinger i forbindelse med brugerbetaling, i P. Andersen og T. Christiansen (red.), *Brugerbetaling i sundhedssektoren – Teori, viden, holdninger*, Odense Universitetsforlag

Pedersen, K. M. (2005): *Sundhedspolitik – beslutningsgrundlag, beslutningstagen og beslutninger i sundhedsvæsenet*, Syddansk Universitetsforlag.

Regeringen (2002): *Sund hele livet – de nationale mål og strategier for folkesundheden 2002-10*.

Rasmussen, S.R. (2004): *Livstidssundhedsomkostninger for rygere og aldrig-rygere – Årlige omkostninger ved passiv rygning*, DSI Institut for Sundhedsvæsen, København.

Rudbeck, B., M.S. Knudsen, M. Gyldmark og A. Alban (1995): *Brugerbetaling i sundhedsvæsenet – kortlægning og analyse*, DSI Rapport 95.04.

Sturm, R. (2002): The effects of obesity, smoking and drinking on medical problems and costs, *Health Affairs* 21 (2), pp. 245-52.

Vedsted, P. og M.B. Christensen (2005): Frequent attenders in general practice care, *Public Health* 119, pp. 118-37.

Vedsted, P. og F. Olesen (2005): Brug af dansk almen praksis i dagtid, *Ugeskrift for læger* 167 (35), pp. 3280-82.

Velfærdskommissionen (2005): *Fremtidens velfærd – sådan gør andre lande*.