

Bedre sundhed for de samme penge

Oplæg om bedre brugerbetaling på sundhedsydelse

INTRO

Danskerne bruger mange penge på sundhed. Hver gang der går 100 kroner til sundhed i Danmark, betaler danskerne selv de 17 kroner ud af egen lomme.

Brugerbetalingen er en naturlig del af vores velfærdssamfund. Vi kan faktisk slet ikke undvære brugerbetalingen. Den skaffer mere end mere end 20 mia. kroner i statskassen hvert år.

Den brugerbetaling, vi har i dag, er skæv og tilfældig. Falder man og slår kæben, er behandlingen gratis. Knuser man i stedet tænderne, må man selv betale - dyrt. Alvorlig sygdom i kroppen behandles gratis. Sidder den i tænderne kan regningen løbe op i et fem- og også sekscifret beløb. Det giver en fundamental utryghed, da den enkelte kan risikere så store regninger. For mange kan det udelukke behandling.

Vores brugerbetaling er heller ikke lagt an på at skabe kloge incitamenter. Rigtigt brugt kan den give den enkelte et puf til at søge hjælp det rigtige sted først. Brugerbetalingen kan på den måde bidrage til at skabe mere sundhed for pengene.

Vi er overbeviste om, at danskernes brugerbetaling kan indrettes bedre. Spørgsmålet er hvordan – når målet er et solidarisk sundhedsvæsen, hvor vi får mest mulig sundhed for pengene. Det lette svar findes ikke. Vi må sande, at den store mangel på tilgængelig viden om brugerbetaling og dens effekter – i Danmark og landene omkring os – udgør en ekstra komplikation. Men den langsigtede ambition må være at udvikle et system, der bedre sikrer tryghed om brugerbetalingen og tager hensyn til de sårbare grupper – og skaber et bedre sundhedsvæsen for de samme penge.

“Der er mange forskellige muligheder for at tilrettelægge brugerbetaling for at mindske effekterne i forhold til fordeling og social ulighed. Det er tilfældet med børnepasning og medicin, hvor betaling er afhængig af henholdsvis indkomst og behov. Noget tilsvarende kan gøres på andre områder,” professor Torben M. Andersen (Mandag Morgen, 16.5.2010).

Vores oplæg er skrevet, fordi vi mener, at det er vigtigt at tage principielt og samlet stilling til de mere end 20 milliarder kroner, danskerne hvert år betaler direkte ud af egen lomme. Det er naturligvis i orden løbende at justere hist og pist i brugerbetalingen – noget enhver regering gør. Men der er behov for en principdiskussion. Den rejser vi med dette oplæg, der har afsæt i en følgende principper:

□ **Ikke mere, men bedre brugerbetaling:** Danmark har allerede et pænt omfang af brugerbetaling - dog relativt en smule mindre end vores nabolande.¹ Vores sigte er derfor ikke at øge brugerbetalingen, men at sikre en bedre omfordeling af den brugerbetaling, der er. Når vi spreder brugerbetalingen til nye områder, er det udelukkede for at lette brugerbetalingen andre steder, nemlig dér hvor den i dag er meget høj (medicin, tandpleje, psykolog mv.).

1 Brugerbetaling på sundheds- og ældreområdet, AKF rapport, 2012, s. 17

□ **Brugerbetaling med bedre social profil:** Mange danskere oplever fortsat at have svært ved at betale for at få lavet deres tænder eller få hjælp hos en psykolog. En alvorlig tandsygdom kan være en uoverkommelig udgift for nogle. Og på samme måde er der mange, der ikke har råd til at gå til psykologen med en depression, men i stedet må vælge psykiateren og den billigere medicin. Også fordi de måske ikke kan få hjælp hos kommunen.

□ **Brugerbetaling der giver tryghed:** Brugerbetalingen kan ramme hårdt, hvis man pludselig udsættes for en ulykke eller skade – og ikke har forsikringen i orden. Samtidig er systemet med kommunale tilskud uigennemsigtigt. Det giver alt sammen en utryghed om egenbetalingen. Målet må være at nedbringe denne utryghed.

□ **Bedre fordelt brugerbetaling:** Brugerbetalingen er i Danmark koncentreret om navnlig medicin og tandlæge. Denne koncentration af brugerbetalingen om få ydelser er et produkt af historiske tilfældigheder. Den, der har brug for meget medicin eller tandbehandling, rammes derfor uforholdsmæssigt hårdt i Danmark.

□ **Brugerbetaling der giver ansvar:** Rigtigt brugt kan brugerbetaling styrke den enkeltes omkostningsbevidsthed. At den offentlige ydelse faktisk koster noget. Brugerbetaling kan derfor, hvis den er lagt rigtigt til rette, tilskynde den enkelte til at søge mest omkostningseffektive tilbud først. Kunsten er at indrette brugerbetalingen, så netop denne gevinst opnås – og negative effekter undgås. Denne ambition forudsætter dog, at vi kan skaffe mere viden om brugerbetalingen og dens effekter.

Derfor en omlægning af brugerbetalingen...

Når vi ønsker at omlægge og sprede brugerbetalingen, er det for at opnå en bedre og mere retfærdig sundhed, hvor også grupper med få midler har bedre adgang til ydelser, der i dag har høj brugerbetaling. Der gælder i dag en voldsom social ulighed i danskernes tandsundhed. Der er fx otte gange så mange tandløse blandt ældre med kort skoleuddannelse som med lang uddannelse. Den sociale slagside hænger givetvis sammen med, at andelen af folks egenbetaling til tandpleje i løbet af de sidste 30 år steget markant - fra ca. 56 procent til i dag godt 80 procent.

Samtidig er der sygdomsgrupper, fx psykisk syge, der får ødelagt deres tænder af medicinen og derfor har meget store udgifter til tandlæge. Nogle sygdomsgrupper, fx kræftpatienter, er allerede hjulpet, andre ikke.

Også ydelser som psykologhjælp, fysioterapi og fodterapi kan være dyre for den enkelte. Selv med offentlige tilskud kan det let koste den enkelte op mod 5000 kroner at komme til psykolog. Hos en fysioterapeut løber regningen også hurtigt op i et par tusinde kroner - selv med en læges henvisning.

I dag kan man få betalt 60 procent af i alt 12 konsultationer hos en psykolog, hvis man fx har været udsat for en trafikulykke, har en pårørende med alvorlig sygdom eller har forsøgt selvmord. Egenbetalingen løber op i ca. 5000 kroner. For nogen vil selv denne reducerede egenbetaling være for stor.

Medicin er et område med høj brugerbetaling – også selv om betalingen aftrappes efter forbrug. Mange afstår fra at købe den medicin, de har fået udskrevet af lægen. Apotekerne oplever, at problemet er stigende. ² Ifølge CASA er det hver tredje på nedsat kontanthjælp, der har oplevet ikke at købe den medicin, de har fået udskrevet af lægen. Fordi de ikke havde råd.

² Fattige dropper livsvigtig medicin, Politiken 14.1.2012

På medicinområdet betaler man de første 900 kroner selv. Køber man fx tilskudsberettiget medicin for 3.500 kroner, skal man betale næsten 1700 kroner selv. Hvis man er kroniker, kan man få 100 procent tilskud efter at have betalt de første 3700 kroner selv.

Vi ønsker derfor helt grundlæggende at styrke den sociale profil i brugerbetalingen. Det kan ske ved at indføre:

- En brugerbetaling, der i højere grad afspejler folks indkomst eller formue. Man kan gøre *brugerbetalingen afhængig af indkomsten – fx med et loft fastsat efter indkomst*. Velfærdscommissionen foreslog i sin tid et loft på 1 procent af indkomsten. Eller man kan *fjerne eller lempe brugerbetalingen for visse samfundsgrupper*. Vi ønsker fx så vidt muligt at friholde børn.

Og:

- En brugerbetaling, der aftrappes efter forbrug – *som det gælder for medicin i dag*. Denne model har også i vidt omfang en god social profil, da de mennesker, der har højt forbrug af sundhedsydelser, ofte også i vidt omfang tilhører de mindre velstillede dele af befolkningen. Og netop i denne del af befolkningen finder man mange kronikere med et højt forbrug af sundhedsydelser.

I dag kan den enkelte pludseligt blive ramt af store regninger, fx til tandlæge eller psykolog. I modsætning til Sverige og Norge, der har indført et loft over, hvor meget man højst kan komme til at betale. Ved at indføre lofter over brugerbetalingen – enten afhængig af indkomst eller forbrug – sikres der en ny tryghed om betalingen.

En reform kræver viden...

Det er en stor og kompleks opgave at reformere brugerbetalingen på sundhedsydelse. Ikke mindst fordi den skal ses i samspil med de kommunale tilskud og sundhedsforsikringer, ikke mindst Sygesikringen Danmark. Det er et område, der berører mennesker meget direkte – på noget så fundamentalt som sygdom og sundhed. Det skal holdes op imod, at der i bemærkelsesværdig grad synes at mangle viden om effekten af brugerbetaling – fx på medicin og lægeydelser. Vi konstaterer i hvert fald, at ikke danske eksperter har været i stand til at pege på sådan viden bl.a. om, hvordan brugerbetaling påvirker borgernes brug af fx læge. Dette til trods for at alle lande i Europa, undtagen UK, har brugerbetaling på fx læge. De eksperter, vi har talt med, har heller ikke kunnet identificere nordiske studier, der viser den sundhedsmæssige effekt af brugerbetaling på fx lægekonsultationer i Sverige, Norge og Finland. I stedet må de fortsat nøjes med at henvise til en stor amerikansk undersøgelse fra 1970'erne som bedste bud.

Kompleksiteten og den manglende viden taler for, at en reform forberedes grundigt. Også så der kan gennemføres solide beregninger af effekt og provenu. Der bør derfor nedsættes en ekspertkommission til at mobilisere og fordøje tilgængelig viden om brugerbetaling i Danmark og landene omkring os og dens effekt – socialt, sundhedsmæssigt og økonomisk. Ekspertkommissionen skal på den baggrund udarbejde et bud på en samlet reform, der også tager højde for kommunernes tilskud til sundhedsydelser samt forsikringsordninger. En reform, der styrker den sociale profil, bør også ses i samspil med hhv. beskæftigelses- og skattepolitikken. Opgaven er at sikre både en god social profil i brugerbetalingen og tilskyndelse til at arbejde.

På den baggrund foreslår vi to ting:

At der nedsættes en national ekspertkommission, der udarbejder en model for en nybrugerbetalingsstruktur, der sikrer tryghed, ansvar og en bedre social profil.

At der sættes penge af til forskning. Både nu og her med henblik på at afdække, hvilke effekter brugerbetaling i Danmark og de nordiske lande har på navnlig helbred og forbrug af sundhedsydelser – og på at følge effekten af et evt. nyt brugerbetalingssystem.

En lille eller stor reform

Programudvalget har i lyset af disse udfordringer valgt udelukkende at fremlægge en skitse til en mindre basisreform. Det overordnede sigte er: *Ikke mere, men en bedre brugerbetaling* med stærkere social profil og mere tryghed om betalingen.

En mere gennemgribende reform, der spreder brugerbetalingen ud på også lægeydelser, kræver viden, vi ikke har kunnet fremskaffe.

En sådan "stor" reform rummer potentielt større gevinster, der kan skabe mere sundhed for pengene. Perspektivet er et mere hensigtsmæssigt forbrug af sundhedsydelser, fordi borgerne tilskyndes til at bruge de billigste, mest effektive tilbud først. Men den "store" reform vil også skulle indrettes, så den ikke rammer skævt. Det kræver en viden, vi ikke har kunnet mobilisere.

Omfordelingen i den "store" reform vil i sagens natur være større. Fordi den spreder brugerbetalingen ud på flere ydelser, herunder lægehjælp. På den måde ville man kunne lette brugerbetalingen langt mere dér, hvor den i dag er høj. Patienten ville fx kunne slippe med at betale mindre for sin medicin mod at betale et beskedent beløb til egen læge. En reform af denne art ville under alle omstændigheder skulle friholde børn og evt. også andre sårbare grupper.

Hvorfor overhovedet overveje brugerbetaling på også lægeydelser? Fordi brugerbetaling på også lægeydelser potentielt kan skabe et bedre "forbrug" af sundhedsydelser og dermed sikre, at vi får mere sundhed for pengene. Fordi borgerne får et puf til at bruge læge og vagtlæge mere omkostningsbevidst.

Eksempel: Det kunne tilskynde til god adfærd, hvis det fx var gratis at ringe til en national akutlinje (fx betjent af sygeplejersker), men kostede et mindre beløb at få vagtlægen til at komme. I den situation ville de fleste begynde med akutlinjen, der netop koster mindre at drive end lægevagten. Det ville give mere sundhed for pengene – til gavn for alle danskere. Men som sagt: En sådan reform kræver, at en national ekspertkommission undersøger potentielle effekter også socialt sammenholdt med gevinster.

Danskerne ringer for meget til lægevagten. Hvert femte opkald burde være klaret af egen læge, viser ny undersøgelse af lægevagten i Danmark. Professor Peter Vedsted: *"Noget tyder på, at brugen ikke er optimal, og der vil naturligvis kunne spares penge, da det er dyrere, at folk går til vagtlægen frem for egen læge"*.³

³ Professor: Lægevagten bruges ikke optimalt, Berlingske Tidende 23.1.2013

En basisreform

Vi fremlægger her en skitse til en mindre basisreform, hvis *formål* er:

- At styrke den sociale profil i en række af de ydelser, hvor der allerede er brugerbetaling, fx tandlæge, psykolog og fysioterapeut.

Vores basisreform er en lille reform, der ligger i forlængelse af regeringens politik. Den "reparerer" så at sige på nogle af de alvorligste skavanker i det nuværende system. Den rummer derimod ikke umiddelbart incitamentet til et mere hensigtsmæssigt forbrug af sundhedsydelser. Kun den "store" reform har det perspektiv.

Regeringens aftale om hjælp til tandbehandling:

Regeringen har netop omlagt og styrket den sociale profil i brugerbetalingen på tandpleje og –behandling. Tandrensning skæres ned fra to gange til én gang om året. I stedet ydes ekstra tilskud til tandpleje for kontanthjælpsmodtagere og andre med lav indkomst. For unge er der en egenbetaling på de første 600 kroner og derefter mulighed for fuld kompensation. Derudover ydes tilskud til epilepsipatienters tandbehandling.

Regeringens lov om høreapparater:

Regeringen har vedtaget at begrænse tilskuddet til høreapparater. Hidtil har man kunnet få et tilskud på 5.607 kroner per høreapparat, hvis man valgte en privat leverandør. Fremover får man kun 4.000 kroner i tilskud til ét høreapparat – og højst 6.000 kroner i alt til to høreapparater. På den måde er der skabt en bedre balance mellem briller, der generelt ikke er tilskudsberettiget, og høreapparater, der har haft højt tilskud.

Det foreslås gjort ved:

At sprede brugerbetalingen til ydelser, der *ikke* er direkte behandling. Det kunne fx være ydelser som den siddende patienttransport, og udeblivelser. Hertil kommer sterilisation/refertilisering, som ikke er behandling mod en sygdom. Pengene fra den nye brugerbetaling skal bruges til at lette brugerbetalingen på eksisterende ydelser med negativ social profil, fx medicin, tandlæge og psykolog. Den "nye" brugerbetaling indrettes enten med en forbrugs- eller indkomstafhængig profil. Så de patienter, der forbruger mest eller har lavest indkomst, støttes mest. Betalingen sker automatisk via en IT-løsning - på samme måde som medicintilskuddet i dag beregnes og tildeles direkte allerede ved købet. På den måde skal patienten ikke have penge op af lommen, men blot aflevere sit sygesikringskort – som i dag hos lægen.

Nye penge, der kan lette brugerbetalingen, hvor den gør mest ondt

Værd at vide...

Gebyr på udeblivelse: To regioner – Region Syddjylland og Region Midtjylland – begynder til sommer et forsøg på udvalgte hospitaler, hvor patienter afkræves 500 kroner i gebyr, hvis de bliver væk fra en aftale. Forsøgene skal efterfølgende evalueres – og her bør det sociale aspekt inddrages. Vi forestiller os, at de efterfølgende kan bredes ud nationalt – naturligvis forudsat at

evalueringen er positiv.

At indføre en stærkere social profil i brugerbetalingen på de eksisterende ydelser.

Der er tre overordnede måder at styrke den sociale profil i brugerbetalingen: Ved at øge de kommunale tilskud, gøre sygesikringstilskuddene indkomstafhængige eller forbrugsafhængige. Hvilken måde der er bedst, vil være en opgave for en ekspertkommission. Vi ønsker den model, der så enkelt og effektivt som muligt bidrager til en stærkere social profil i brugerbetalingen.

1) *Højere kommunalt tilskud:* Den ene mulighed er at *lempe brugerbetalingen yderligere for samfundsgrupper med lille indkomst*, fx kontanthjælpsmodtagere og førtidspensionister. Det kan ske ved at øge de kommunale tilskud til disse grupper – noget som ligger umiddelbart i forlængelse af regeringens kurs. Ved at bruge den kommunale tilskudsordning, der fungerer per ansøgning, sikres en mere stram individuel vurdering af den enkeltes økonomiske råderum. Det vil omvendt også afholde nogen fra indledningsvis at søge behandling – fordi de måske ikke kender tilskuddet og dets størrelse eller kan overskue at ansøge.

2) *Indkomstafhængige sygesikringstilskud:* En anden og helt ny mulighed er at knytte brugerbetalingen mere direkte op på indkomst. Så de, der har høj indkomst, betaler lidt mere for ydelsen end de, der har lille indkomst. På den måde bliver brugerbetalingen progressiv og vil begynde at ligne skatten lidt mere. Det vil givetvis sikre, at flere kommer i behandling – men risikerer derfor også at betyde flere udgifter. Indkomstregulerede sygesikringstilskud bør tænkes sammen med en skattereform.

3) *Forbrugsafhængig profil:* Medicinen er i dag indrettet med en forbrugsafhængig profil. Så den, der har et højt forbrug, støttes mest. Det rummer også en stærk social profil. Da de, der bruger mest, ofte også tilhører lavindkomst-grupper. Den forbrugsafhængige profil på medicinområdet fastholdes, men forstærkes. Det vil være oplagt i forbindelse med en reform af brugerbetalingen på medicin at undersøge samspillet med de offentlige medicintilskud og forsikringer – også en opgave for en ekspertkommission.

Den forbrugsafhængige profil vurderes ikke at være hensigtsmæssig på ydelser som tandbehandling og psykologhjælp. Udgifterne ville være svære at styre, hvis det blev gratis at gå til tandlæge eller psykolog, når man først var nået et vist forbrug.

Tilskud til tandlæge:

Tilskud til medicin, tandlæge mv. ydes efter lov om aktiv socialpolitik. Der ydes støtte til ca. 18.000

danskere på kontanthjælp og lignende – til en samlet offentlig udgift på ca. 100 millioner kroner om året. Man kan få tilskud op til 85 procent af udgifter – med mulighed for også at få dækket resten af udgifterne. Det har ikke været muligt at finde ud af, hvor mange der får hvad i tilskud, men formentlig er der en vis forskel mellem kommunerne.

Vedtaget af Radikale Venstres hovedbestyrelse maj 2013