

Patientbetaling i sundhedssektoren

1. Indledning

Med problemerne omkring fornyelsen af de praktiserende lægers overenskomst aktualiseredes spørgsmålet om indførelse af patientbetaling i forbindelse med almen lægehjælp. I denne artikel diskuteres det hensigtsmæssige i at opretholde det såkaldte gratisprincip.

Indledningsvis diskuteres sundhedsydelsernes karakteristika. Dernæst omtales visitationssystemet i sundhedssektoren, og afslutningsvis gennemføres konsekvensberegninger til belysning af de økonomiske virkninger ved indførelse af en patientbetalingsordning.

2. Karakteristika ved sundhedsydelser

2.1. Indledning

Ud fra en umiddelbar betragtning kan sundhedsydelser opfattes som ydelser, hvis nytte direkte tilfalder patienterne. Ud fra en økonomisk-teoretisk tankegang indebærer dette, at det vil være naturligt at prisfastsætte disse ydelser. Herved opnås, at patienterne, som nyder godt af ydelserne, finansierer dem samtidig med, at de må vurdere, om forbruget er omkostningerne værd. Dette ræsonnement forudsætter dog, at der tages udgangspunkt i en given indkomstfordeling, og at

patienterne faktisk har mulighed for at handle rationelt samt naturligvis, at det er rigtigt, at nytten af sundhedsydelser alene tilfalder de direkte forbrugende individer. Disse antagelser skal derfor diskuteres i det følgende.

2.2. Fordelingspolitiske hensyn

I den offentlige debat er fordelingspolitiske hensyn ofte blevet fremført som argument imod indførelse af patientbetaling. Denne argumentation underbygges af, at sundhedsbegrebet ofte kædes direkte sammen med en fordelingsmålsætning. Som eksempel herpå kan nævnes WHO's forsøg på at definere sundhed som en menneskeret, der ikke bør underkastes nogen form for diskrimination¹⁾.

Ud fra en traditionel velfærdsøkonomisk tankegang kan det virke ejendommeligt at føre fordelingspolitik ved at stille ydelser gratis til rådighed for befolkningen. I velfærdsøkonomien antages det, at fordelingspolitik normalt bør baseres på skatter og transferinger og ikke på naturalieydelser, når nytten af goderne direkte tilfalder forbrugerne, som iøvrigt handler rationelt. Det forudsætter dog, at det er muligt at identificere de persongrupper, som man ønsker at stille bedre, på anden måde end gennem deres faktiske efterspørgsel. Det er et centralt spørgsmål, om dette er tilfældet for sundhedsydelsers vedkommende.

Hvis man gennem fordelingspolitikken ønsker at imødekomme individernes behov for sundhedsydelser, er det kun mu-

*Forskningsassistent,
Amtskommunernes og Kommunernes
Forskningsinstitut*

ligt at identificere disse behov og deres omfang gennem det faktiske forbrug af sundhedsydelser. Indkomstoverførsler til syge må derfor nødvendigvis knytte sig til forbruget af sundhedsydelser og er dermed reelt en form for pristilskud. Derfor vil det i praksis for sundhedsydelsers vedkommende være naturligt at benytte f.eks. et gratisprincip som et fordelingspolitisk instrument.

2.3. Allokeringshensyn

Tilskud til forbrug af sundhedsydelser ud fra fordelingspolitiske målsætninger kan dog tænkes at føre til overforbrug af disse ydelser. Man er derfor stillet overfor en afvejning mellem fordelingspolitiske hensyn og hensynet til at undgå »jævnt overflødt forbrug«.

Et af de væsentligste hensyn, der ønskes varetaget med indførelse af patientbetaling, er da også at indskrænke antallet af »jævnt overflødige« ydelser²⁾. Om denne virkning vil indtræde afhænger naturligvis af, i hvor høj grad patienterne har mulighed for at handle som rationelle forbrugere på markedet for sundhedsydelser. For at belyse dette er det nødvendigt at beskrive sundhedssektorens karakter mere indgående.

Normalt opfattes dens funktion tredelt: *Forebyggelse, diagnosticering og behandling*³⁾. Det anses ofte for at være sundhedssektorens mål at sikre *lige mulighed for behandling* og at stille *et beredskab* til rådighed for hele befolkningen⁴⁾. Disse forskellige funktioner og mål må ses i sammenhæng med sundhedsydelsernes karakteristika.

Sundhedsydelser kan i økonomisk-teoretisk forstand opfattes som private goder, men i et vist omfang er de dog karakteriseret ved, at de forbruges kollektivt. I forbindelse med bekæmpelse af smitsomme sygdomme er det f.eks. ikke kun dem,

som er syge, der nyder godt af sundhedssektorens virksomhed.

Ligeledes kan *muligheden for* at kunne blive behandlet opfattes som et gode i sig selv. Derfor nyder alle godt af samme produktionskapacitets eksistens, selv om alle naturligvis ikke i fysisk forstand kan bruge den samtidig.

Goder med sådanne kollektive egenskaber bør ikke prisfinansieres, fordi individerne da vil handle på en måde, som samfundsmæssigt fører til en for ringe efterspørgsel⁵⁾.

I stedet for at opfatte »muligheden for at kunne få lægehjælp« som et selvstændigt kollektivt gode, kan man også opfatte lægehjælp som et privat gode, der er karakteriseret ved, at »behovsstrukturen« er underlagt usikkerhed.

Hvis det antages, at et risikoneutralt individ har faldende marginal nytte af indkomst, kan det vises, at det vil være velfærdsoptimalt for vedkommende at være forsikret mod svingninger i indkomst. Tilsvarende kan det vises, at det for dette individ vil være optimalt at være forsikret mod fremtidige uforudsete udgifter til f.eks. lægehjælp.

Indføres patientbetaling, sandsynliggør denne argumentation, at der vil blive oprettet private forsikringsordninger, og at patienterne faktisk vil forsikre sig imod betaling for sundhedsydelser. Når det er sket, vil de under visse antagelser efterspørge ydelser, som hvis et gratisprincip var gældende⁶⁾. Forsikringsordningen får derfor til følge, at det vil være mindre sandsynligt, at patientbetaling vil påvirke efterspørgslens omfang. Ej heller vil en privat forsikringsordning kunne varetage de fordelingspolitiske hensyn.

Man har endvidere fundet et argument for en offentlig indgriben i det forhold, at den enkelte patients forbrug kan have positiv betydning for andre individers vel-

færd. Det er dog ikke muligt at påvise, om dette er tilfældet eller ej. Det kan således hævdes, at noget lignende gælder for stort set alle andre ydelser. Som et positivt argument kan dog næves den hyppige anvendelse af behovsbegrebet som indikation på en foreliggende ekstern efterspørgsel⁷⁾. I det omfang, det er tilfældet, bør forbruget af sundhedsydelser subsidieres⁸⁾.

Ved vurderinger af en patientbetaling er det vigtigt at være opmærksom på, at markedet for sundhedsydelser generelt er karakteriseret ved, at udbyderne har monopol på viden om værdien af de forskellige ydelser. I praksis vil det derfor blive producenternes råd, der vil være bestemmende for patienternes adfærd. I den danske sundhedssektor er dette institutionaliseret gennem visitationssystemet, jfr. figur 1, der viser, at den praktiserende læge er nøglepersonen. Patientens rolle er reelt indskrænket til en beslutning vedrørende førstegangshenvendelser til lægen.

3. Konsekvensberegninger vedr. en evt. patientbetaling

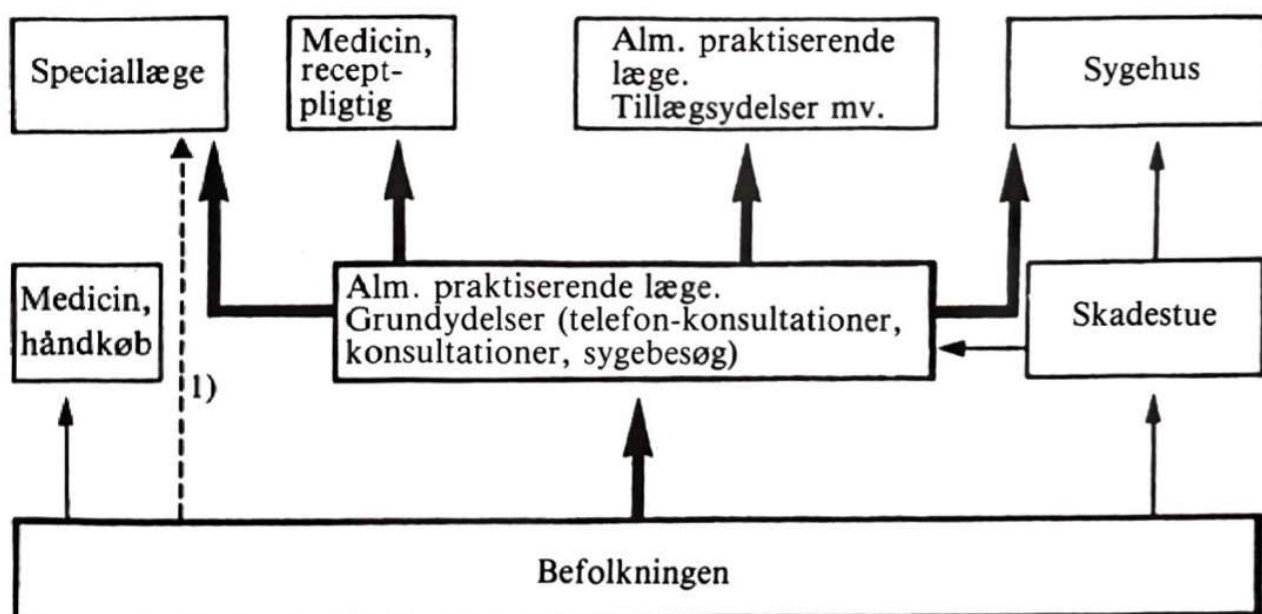
3.1. Analysemodel

Det offentlige samlede kasseeffekt ved en indførelse af patientbetaling består af summen af det *provenu*, *P*, som direkte følger af patientbetalingen, og den *besparelse*, *B*, der følger af, at ydelsestallet eventuelt mindskes. Herfra skal trækkes de udgifter, der er forbundet med *administration*, *A*, af ordningen, når det er forudsat, at det offentlige afholder administrationsudgifterne. Kasseeffekten, *K*, er således:

$$K = P + B - A$$

Udtrykket er en forenkling som følge af mulig substitution mellem ydelser, herunder dem, der er omfattet af betalingsordningen, og dem, der ikke er. Hertil kommer, at det konkrete indhold er afhængigt af tidshorisonten, fordi forskellige sund-

Figur 1. Visitationssystemet i sundhedssektoren.



1) Kun gruppe 2-sikrede generelt (6% af befolkningen).

hedsydelser kan substituere hinanden over tid.

Den offentlige sektors kasseeffekt svarer ikke til en samfundsøkonomisk gevinst. Provenuet er således alene udtryk for omfordeling mellem borgerne. Den samfundsøkonomiske gevinst er alene besparelsen minus de administrative meromkostninger.

Provenuet er afhængigt af antallet af ydelser, q_1 , efter afgiftens indførelse, og af afgiftens størrelse, p :

$$P = p \times q_1$$

Besparelsens størrelse bestemmes af ydelsens enheds omkostning, c , og indskrænkningen i ydelsestallet. Hvis antallet af ydelser før patientbetalingsordningens indførelse var q_0 bliver besparelsen:

$$B = c(q_0 - q_1)$$

Dette forudsætter, at enhedsomkostningerne er uafhængige af ændringer i ydelsestallet.

Administrationsomkostningerne ved en patientbetalingsordning antages uafhængige af faldet i ydelsestallet.

Det offentliges samlede kasseeffekt bliver derfor:

$$K = p \times q_1 - c(q_1 - q_0) - A$$

Ved bedømmelsen af den samlede kasseeffekt ved indførelse af en *given* afgift er kun faktoren q_1 ukendt, hvis A antages kendt. Man kan derfor for en given afgift foretage beregninger for forskellige mulige værdier af q_1 .

Hvis prisen sættes lig omkostningerne kan man beregne konsekvensen for de offentlige budgetter af en afskaffelse af gratisprincippet med sikkerhed, fordi kasse-

effekt er uafhængig af mængdeændringen.

3.2. Forudsætninger

Prisens størrelse er naturligvis rent politisk bestemt. De følgende beregninger er derfor foretaget for forskellige priser i intervallet fra 10 kr. til 75 kr.

Mængdeændringen som følge af betalingsordningens er svær at vurdere. De fleste undersøgelser af priselasticiteten for almen lægehjælp viser, at den er meget lille. Der er endog foretaget undersøgelser, som peger på, at der ikke er sket nogen ændring i antal ydelser ved mindre prisændringer⁹⁾.

Der findes dog undersøgelser, der viser det modsatte¹⁰⁾.

De førstnævnte undersøgelses resultater bekræftes af, at den relative udvikling i 1970'erne i almen lægehjælp og tandlægehjælp i Danmark ikke umiddelbart synes påvirket af, at der har været patientbehandling inden for tandlægeområdet¹¹⁾. Noget lignende synes at gælde for udviklingen i de amerikanske sundhedsudgifter. De følgende beregninger er gennemført for forskellige ændringer i antallet af ydelser i intervallet fra 0% til et fald på 20%.

Omkostningerne ved at yde almen lægehjælp kan, fordi honorarerne er fastlagt gennem forhandlinger, i høj grad diskuteres. I de følgende beregninger er lægernes ydelseshonorarer under landsoverenskomsten benyttet som et udtryk for omkostningerne. Dette er naturligvis meget problematisk. Man kan således pege på muligheden for, at honorarerne vil blive ændret som følge af indførelse af en patientbetalingsordning.

Tabel 1 viser ydelseshonorarerne for grundtydelser under landsoverenskomsten¹²⁾.

Tabel 1. Ydelseshonorarer under landsoverenskomsten for grundtydelser¹⁾

Telefonkonsultation	18,72 kr.
Almindelig konsultation	26,89 kr.
Besøg, minimumsafstand indtil 4 km	39,76 kr.
Telefonkonsultation incl. recept eller henvisning	26,89 kr.
Recept	15,20 kr.
Vagtlægebesøg, minimumsafstand indtil 4 km ²⁾	39,76 kr.

Kilde: Landsoverenskomsten, samt oplysninger fra Praktiserende Lægers Organisation.

- ¹⁾ Honorarerne for perioden 1.10.1983 til 1.4.1984. Dvs. grundhonorarerne i overenskomsten er ganget med faktoren 3,479.
- ²⁾ Varierer med tidspunkt, svinger fra kr. 34,29 til kr. 45,75. Honorarerne for sygehuslæger som fungerer som vagtlæger er 15% lavere end de her angivne honorarer, som er udtryk for de honorarer praktiserende læger får.

Antallet af ydelser før en betalingsordnings indførelse er i det følgende antaget at svare til det faktiske antal ydelser ifølge den seneste statistik (1981). Imidlertid foreligger der kun oplysninger for landsoverenskomstområdet. Der er derfor i tabel 2 foretaget et skøn over antal ydelser i hele landet.

De administrative omkostningers størrelse afhænger naturligvis af, hvilke administrative procedurer, der eksisterer i forvejen, og af hvordan en betalingsordning tænkes gennemført. Under den københavnske overenskomst foretages der eksempelvis ikke løbende ydelsesregistrering af grundtydelserne¹³⁾. Det er derfor sandsynligt, at en patientbetaling inden for dette overenskomstområde vil medføre betydeligt større meromkostninger til administration end under landsoverenskomstområdet, hvor ydelserne opgøres.

I det følgende antages en administrationsudgift på 4 kr. pr. ydelse, hvilket med de ca. 25 mio. grundtydelser, betyder reeløkonomiske administrationsudgifter på ca. 100 mio. kr. pr. år.

3.3. Resultater

Det offentlige kasseeffekt er beregnet i tabel 3, idet *taksten er antaget at være den samme for alle ydelser, og ingen patientgrupper er friholdt fra betaling.*

Umiddelbart ses, at det offentlige kassegevinst for størstepartens vedkommende vedrører provenueffekten. Beparelsen

Tabel 2. Beregnet antal grundtydelser, hele landet 1981

	Landsoverenskomsten		Hele landet		Hele landet
	gr. 1	gr. 2	gr. 1	gr. 2	Ialt
	Tusind ydelser				
Telefonkonsultationer	2207	77	2565	94	2659
Alm. konsultationer	9987	470	11605	572	12177
Besøg	1384	49	1608	60	1668
Telefonkonsult. incl. recept eller henvisning	4351	74	5056	90	5146
Recepter	3276	164	3807	200	4007
Praktiserende læger ialt	21205	834	24641	1016	25657
Vagtlæger, ialt	648	35	753	43	796
Grundtydelser, ialt	21853	869	25394	1059	26453

Kilde: Sygesikringens Forhandlings Udvalg.

Anm.: Antallet af grundtydelser i hele landet i 1981 er beregnet ud fra antal grundtydelser pr. sikret, fordelt på sikringsgruppe, under landsoverenskomstområdet. Det er antaget, at forbruget i hele landet pr. sikret i hver sikringsgruppe er som under landsoverenskomstområdet. Vagtlægeydelser er skønsmæssigt udskilt fra de øvrige ydelser.

**Tabel 3. De økonomiske virkninger for det offentlige ved indførelse af en afgift på hen-
vendelse til praktiserende læger og vagtlæger. Samme afgift for alle ydelsestyper.**

	Ændring i antal ydelser						
	0%	-1%	-2%	-5%	-10%	-15%	-20%
	Mio. kr. pr. år						
<i>Provenu ved afgift på:</i>							
10 kr.	265	262	259	251	238	225	212
20 kr.	529	524	518	503	476	450	423
30 kr.	794	786	778	753	714	675	634
40 kr.	1058	1048	1037	1005	952	899	846
50 kr.	1323	1309	1296	1257	1190	1124	1058
75 kr.	1984	1964	1944	1884	1786	1686	1587
<i>Besparelse.....</i>	0	8	15	38	75	113	151
<i>Provenu og besparelse ved afgift på:</i>							
10 kr.	265	270	274	289	313	338	363
20 kr.	529	532	533	541	551	563	574
30 kr.	794	794	793	791	789	788	785
40 kr.	1058	1056	1052	1043	1027	1012	997
50 kr.	1323	1317	1311	1295	1265	1237	1209
75 kr.	1984	1972	1959	1922	1861	1799	1738
<i>Administration, skøn</i>	-100	-100	-100	-100	-100	-100	-100

Kilde: Tabel 1 og 2.

er så begrænset, at der er en vis sandsynlighed for, at den overstiges af de administrative udgifter. *I så fald er der ikke nogen samfundsmæssig gevinst ved at indføre patientbetaling i forbindelse med almen lægehjælp.*

Gennemføres beregninger over det offentlige gevinst for hver enkelt ydelsestype og forudsættes det, at prisen svarer til sygesikringens ydelseshonorarer under landsoverenskomsten for hver ydelsestype, er det offentlige kasseeffekt uafhængig af ændringen i ydelsestallene, jfr. tidligere. En sådan beregning viser, at det offentlige vil opnå en budgetmæssig forbedring på ca. 575 mio. kr., når de administrative omkostninger skønnes til 100 mio. kr. Dette forudsætter dog stadig, at ingen grupper friholdes fra betaling, og at der ses bort fra substitutionsvirkninger på såvel kort som lang sigt. Denne beregning bygger selvsagt på takster, som ligger over

dem, der har været nævnt i den offentlige debat.

3.4. Afgiftfriholdelse af visse grupper

Ønskes den økonomisk dårligst stillede del af befolkningen friholdt for betaling, bliver konsekvensen, at en mindst lige så stor del af det samlede ydelsesforbrug skal friholdes fra afgiften. Det skyldes, at forbruget af almen lægehjælp er noget større i lavindkomstgrupperne end i den øvrige befolkning¹⁴). Ønskes det at friholde børn samt ældre over 65 år, skal ca. 1/3 af det samlede ydelsesforbrug friholdes for afgiften¹⁵). I så fald vil provenu og besparelse naturligvis blive mindre end det foran nævnte tal. Det siger sig selv, at disse beregninger kan raffineres på mange måder. Sigtet med denne artikel har været med det beskrevne at vise, at det i princippet er simpelt at foretage beregninger over

Referencer:

- (1) Amdtsrådsforeningen i Danmark: Nogle sundhedspolitiske problemstillinger. Oplæg til ARF's konference i Gjellerupcentret 3-4 maj 1976.
- (2) Barer, Evans og Stoddart: Controlling Health Care Costs by Direct Charges to Patients: Snare or Delusion? Ontario Economic Council. Toronto. 1979.
- (3) Bjerring, Jørgen: Om nytte- og behovsbegreberne. Socialt Tidsskrift. 52. årg. nr. 2-3. 1976. pp. 41-58.
- (4) Culyer, A. J.: The Political Economics of Social Policy. Oxford 1980.
- (5) Kamper-Jørgensen, Finn: Sundhedsøkonomi - med socialmedicinsk sigte. Institut for social medicin, Københavns Universitet, 1974.
- (6) Madsen-Østerbye, Kristian (red.): Sundhedspolitik? Indlæg på den sundhedspolitiske konference på Den kommunale Højskole, december 1980. AKF 1981.
- (7) Palludan, Uffe: Gratisprincippet i den primære sundhedssektor. Speciale ved Københavns Universitets Økonomiske Institut. Marts 1984.
- (8) Steenstrup, Jens Erik: Børnetandplejens ressourceforbrug og produktion - elementer til en vurdering. AKF-Nyt 4/83, oktober.
- (9) Steenstrup, Jens Erik og Madsen-Østerbye, Kristian: Sundhedssektoren. Ressourcer og produktion siden 1965. AKF 1980.
- (10) Newhouse J. et al.: Some interim Results from a Controlled Trial of Cost Sharing in Health Insurance, the New England Journal of Medicine, 305(1), 1981.
- (11) Prioritering i sundhedsvæsenet. Betænkning 809. København 1977.
- (12) Trier, Mikael: Gratisprincippet ved offentlige ydelser. Speciale ved Københavns Universitets Økonomiske Institut. 1972.

ret til økonomisk teori som udtryk for ekstern efterspørgsel.

8. Se (4).
9. Se bl.a. (5).
10. Jfr. (10).
11. Nedsættelse af tilskuddene til tandlægehjælp har dog på det seneste været fulgt af et fald i efterspørgslen. Dette kan dog også tages som et udtryk for, at den forebyggende børnetandpleje har virket. Se (8).
12. For de gruppe 2-sikrede patienters vedkommende yder sygesikringen de samme faste honorarer til lægen pr. tilmeldt patient som for gruppe 1-sikrede patienter. Ydelseshonorarer betales imidlertid af de gruppe 2-sikrede patienter selv, og der er i princippet fri prisdannelse på ydelser til gruppe 2-sikrede patienter.
13. Den københavnske overenskomst for alment praktiserende læger dækker København, Frederiksberg, Dragør og Tårnby kommuner. Landsoverenskomsten dækker det øvrige land.
14. Se Danmarks Statistiks forbrugsundersøgelse.
15. Jfr. Sygesikringens Forhandlingsudvalgs ydelsesstatistik.

Noter:

1. Se (1).
2. Jfr. indlæg af Jørgen Winther i (6).
3. Denne tredeling af sundhedssektorens funktion fremgår bl.a. af (11).
4. Dette synspunkt er udtrykt i (7).
5. Se f.eks. (12).
6. Se indlæg af Jørn Henrik Petersen i (6).
7. En bred diskussion af behovsbegrebet er gennemført i (3). I (4) er behovsbegrebet søgt relate-