

Brugerbetaling øger produktiviteten

AF CHEFKONSULENT TORBEN MARK PEDERSEN, CAND. POLIT., PH.D.

RESUME

Dansk økonomi har i to årtier befundet sig i en produktivits- og vækstkriser, og hvis Danmark fortsat skal have en velfærdsstat om 20 år, skal vi finde nye måder at øge produktiviteten på – ikke mindst i den offentlige sektor.

Vækstkrisen kræver
nytænkning

Brugerbetaling kan være et af midlerne, idet brugerbetaling er et effektivt middel til at reducere ressourcetrækket: Når brugere bliver forbrugere, begynder de at prioritere og træffe aktive valg om, hvorvidt en ydelse er pengene værd. Det begrænser efterspørgslen efter skattefinansierede ”gratistydelse”, og de frigjorte ressourcer kan anvendes til andre formål, der har en større værdi. Deraf kommer produktivitsgevinsten.

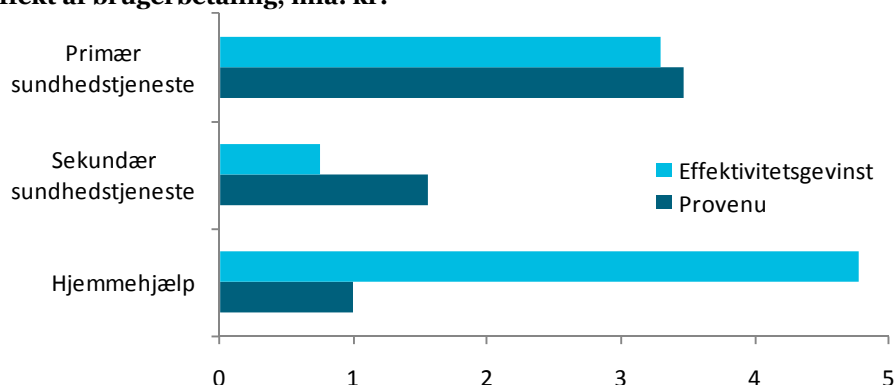
Brugerbetaling sikrer:

- Et mindre træk på den offentlige sektors ydelser.
- Der frigøres arbejdskraft, som kan kompensere for faldende arbejdsstyrke.
- En mere fair betalingsstruktur, hvor de, der efterspørger en offentlig ydelse, også betaler for den.
- At ”krævementaliteten” i forhold til den offentlige sektors ydelser reduceres.

Brugerbetaling øger
effektiviteten i den
offentlige sektor

Figur 1

Effekt af brugerbetaling, mia. kr.



Dansk Erhverv har regnet på effekterne af brugerbetaling på en række områder jf. figur 1, og de giver et samlet provenu på 6 mia. kr. om året, og effektivitetsgevinster på knap 9 mia. kr. Provenuet fra brugerbetalingen kan tilbageføres til borgerne, så de i gennemsnit kompenseres for brugerbetalingen, uden at adfærdseffekten forsvinder.

Samlet effekt af brugerbetaling

I det følgende er der regnet på de økonomiske gevinster ved at indføre brugerbetaling i den primære og sekundære sundhedstjeneste samt for hjemmehjælp.

Gevinsterne ved brugerbetaling på de nævnte områder er sammenfattet i figur 2. Brugerbetaling kan give et provenu på 6 mia. kr. om året, der kan anvises effektivitetsgevinster på knap 9 mia. kr. om året, og der kan spares arbejdskraft svarende til 16.000 fuldtidsbeskæftigede. Brugerbetaling kan på den måde bidrage væsentligt til at øge produktiviteten i den offentlige sektor og til at afhjælpe det finanspolitiske holdbarhedsproblem med store strukturelle underskud.

Figur 2

Eksempler på brugerbetaling

	Effektivitetsgevinster, mia. kr.	Provenu fra brugerbetaling, mia. kr.	Øget arbejdsudbud, antal personer
Primær sundhedstjeneste	3,30	3,47	3.700
Sekundær sundhedstjeneste	0,75	1,55	-
Hjemmehjælp, model 2	4,78	1,00	12.300
Total	8,83	6,02	16.000

Effektivitetsgevinster for knap 9 mia. kr. og øget provenu for yderligere 6 mia. kr.

Har samme effekt som en forøgelse af arbejdsudbuddet med 16.000 fuldtidsbeskæftigede

Det har været lagt til grund for beregningerne, at det kan være et politisk ønske at begrænse de fordelingspolitiske konsekvenser af indførelse af brugerbetaling mest muligt. Det har den konsekvens, at det samlede skatte- og afgiftstryk inklusive brugerbetaling antages at skulle holdes uændret, men at effektivitetsgevinsterne fra et øget ressourcetræk kan anvendes til enten at forbedre den finanspolitiske holdbarhed eller forbedre den offentlige service på andre områder. Eksempelvis kunne de godt 4 mia. kr., der udgør de årlige effektivitetsgevinster inden for sundhedssektoren anvendes til forbedringer inden for samme sektor.

Brugerbetaling skaber råderum for skattelettelser

Som et eksempel på tilbageførsel af brugerbetalingen kunne:

- Provenuet fra brugerbetaling inden for sundhedssektoren anvendes til at sænke sundhedsbidraget med 1/2 procentpoint.
- Provenuet fra brugerbetaling inden for hjemmehjælp anvendes til at forhøje folkepensionen.

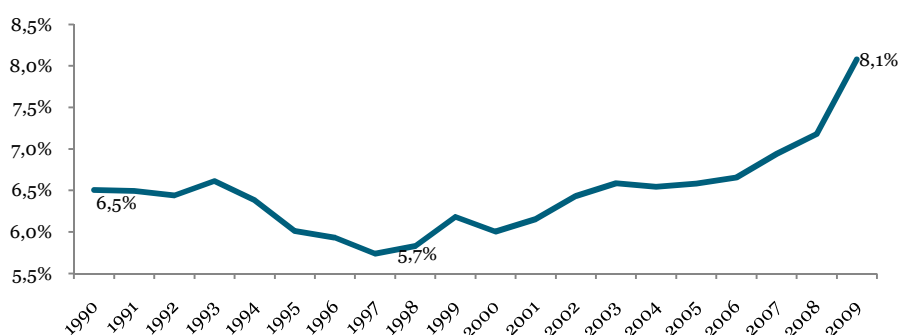
Brugerbetaling i den primære sundhedstjeneste

Udgiftsvæksten på sundhedsområdet har siden 2001 været historisk høj, og udgifterne til sundhed er steget markant både som andel af de samlede offentlige udgifter og i procent af BNP især i de seneste tre år, som ses i figur 3.

Sundhedsudgifterne vokser eksplosivt

Figur 3

Offentligt forbrug af sundhedsydelser som andel af BNP



Kilde: Danmarks Statistik, NATO1 og OFF24, samt egne beregninger

Væksten i forbruget af sundhedsydelser kan kun i begrænset omfang forklares af en ændret befolkningssammensætning og længere middellevetid; den har altså været drevet af et højere udgiftsniveau per bruger. Der har således været en stigning på over 20 pct. i antallet af kontakter til almen læge i løbet af de seneste 7 år.

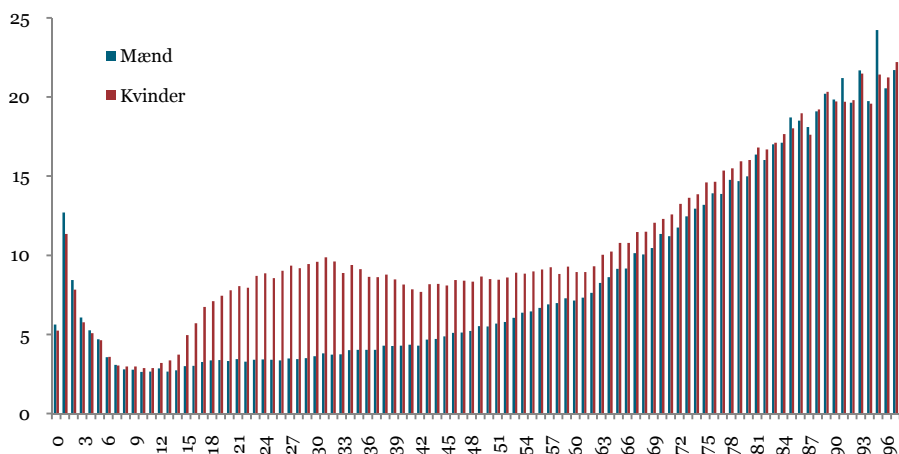
Brugerbetaling lægger en dæmper på udgiftsvæksten

Det høje antal kontakter til praktiserende læger hænger bl.a. sammen med, at lægebesøg i Danmark er gratis for brugeren i modsætning til både Sverige, Norge og Finland, men også andre faktorer spiller ind: Brug af sundhedsydelser afhænger af alder og køn, som det fremgår af figur 4: Små børn kommer ofte til lægen, antallet af lægebesøg stiger med alderen, ligesom kvinder går markant mere til lægen end mænd.

Den højere frekvens af lægebesøg for kvinder end for mænd er lige fra før puberteten og til begyndelsen af 80erne, figur 4. En del kan forklares med kvindesygdomme og børnefødsler, men arbejdsmarkedstilknytning og "alternativomkostningen" i form af tabt arbejdstid kan også spille en rolle – også for stigningen i antallet af kontakter fra efterlønsalderen og frem.

Kvinder i alle aldre har hyppigere kontakt til praktiserende læger end mænd

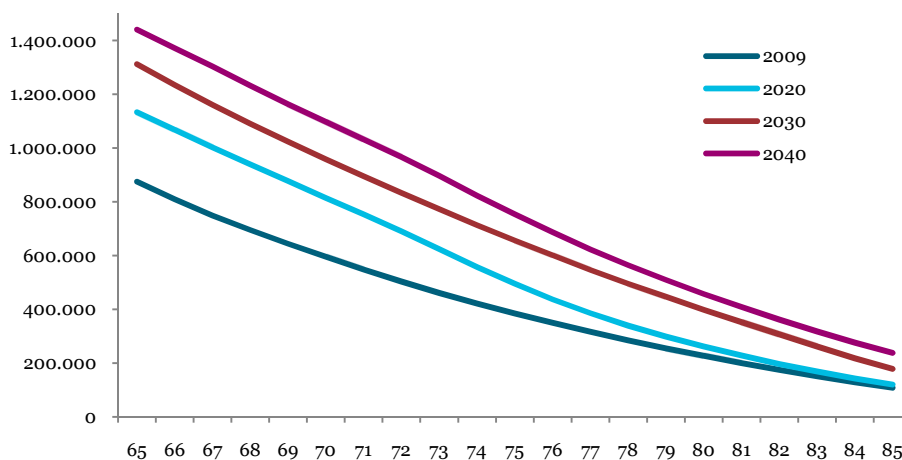
Figur 4

Antal kontakter til almen læge per person fordelt på alder og køn

Kilde: Danmarks Statistik, SYGK

Aldersafhængigheden vil føre til en kraftig stigning i udgifter til sygesikring i takt med et stigende antal ældre, figur 5. I 2009 var 875.000 over 65 år og 108.000 over 85. I 2020 vil antallet af ældre over 65 være steget til over 1,1 mio., og antallet af ældre over 85 vil være steget til næsten 121.000. I 2040 vil der være næsten 1,5 mio. eller 61 pct. flere over 65 år og 120 pct. flere over 85.

Figur 5

Antal personer over 65 år, 66 år, ..., 85 år i 2009, 2020, 2030 og 2040

Kilde: DREAM befolkningshistorik og -fremskrivning samt egne beregninger

Eksempel på brugerbetaling

Brugerbetaling virker adfærdsregulerende: Mens sygesikringens udgifter til praktiserende læger steg med 18 pct. fra 2001 til 2008, så steg de kun med 4 pct. for tandlæger, hvor der er en høj grad af egenbetaling. Udgifter til psykologhjælp steg med 110 pct. efter indførelsen af tilskud til nye målgrupper,¹ og inden for fysioterapi er udgifterne til den vederlagsfri behandling steget markant mere end til almindelig fysioterapi.

Dansk Erhverv har regnet på brugerbetaling ved lægebesøg

Dansk Erhverv har regnet på et konkret forslag til brugerbetaling i den primære sundhedstjeneste, som fremgår af figur 6. Der foreslås indførelsen af en brugerbetaling på 100 kr. per konsultation hos praktiserende læge i dagtimerne, 150 kr. om aftenen, 150 kr. for speciallæger og 25 kr. for telefon- og e-mail konsultation m.m.

Figur 6

Brugerbetaling, primær sundhedstjeneste

	Antal kontakter 2009	Sygesikringens udgift pr. kontakt, kr.	Bruger- betaling pr. kontakt, kr.	Provenu, bru- gerbetaling, mio. kr.
Konsultation, dag	19.336.176	128	100	1.450
Konsultation, aften	896.249	196	100	67
Besøg, dag	441.952	213	100	33
Besøg, aften	320.584	281	150	36
Tlf. konsultation dag	14.355.805	25	25	296
Tlf. konsultation aften	1.678.356	98	25	31
E-mailkonsultation	1.794.017	50	25	34
Kontakter, forebyggelse m.v.	2.140.301	-	100	161
Andre ydelser		-	100	
Ørelæge	1.016.382	535	150	114
Øjenlæge	1.040.478	522	150	117
Øvrige speciallæger	3.007.313	600	150	338
Tandlæger/-plejer	3.905.646	363	100	293
Kiropraktik	1.980.890	54	25	37
Fysioterapi	6.037.056	170	100	453
Fodterapi		-	100	
Psykologhjælp	383.438	466	100	29
Laboratorier	-	-	-	-
Øvrige ydelser	37.590	510	100	3
I alt	58.373.233	-	-	3.466

Kilde: Danmarks Statistik, SYGU, og egne beregninger

Der kan med fordel – ligesom i Sverige, Norge og Finland – indføres et loft over den samlede årlige betaling på eksempelvis 200 kr. om måneden eller 2400 kr. om året for lavindkomstgrupper.

Økonomiske gevinster ved brugerbetaling

- Den foreslåede model for brugerbetaling vil give et provenu på knap 3,5 mia. kr. om året.
- Den faldende efterspørgsel efter lægekontakter fører til sparede udgifter. Det antages her – i lighed med i Velfærdskommissionens afsluttende rapport fra 2006 – at brugerbetalingen vil reducere efterspørgslen med 25 pct. Da sygesikringens samlede udgifter i 2009 udgjorde knap 13,3 mia. kr., vil en reduktion på 25 pct. føre til en besparelse på knap 3,3 mia. kr. om året.
- Der er knap 11.900 beskæftigede behandlere inden for de i figur 6 nævnte områder, hvorved en reduktion i efterspørgslen på 25 pct. vil reducere behovet for lægefagligt uddannet personale med knap 3.000 personer – heraf godt 900 praktiserende læger. De kan afhjælpe lægemanglen i sygehusvæsenet og i udkantsområder.

Gevinster ved
brugerbetaling i primær
sundhedssektor

Besparelsen fra brugerbetalingen kan anvendes til at sænke sundhedsbidraget: I 2009 gav sundhedsbidraget et provenu på 57,7 mia. kr., og brugerbetalingen vil således kunne sænke sundhedsbidraget med ½ procentpoint, så det ender på ca. 7,5 pct.. Alternativt kan en del af provenuet anvendes til at forhøje folkepensionen for at kompensere for de med alderen stigende sundhedsudgifter.

Der vil være administrative omkostninger forbundet med at indføre brugerbetaling, men disse vil være begrænsede, og der er tale om en engangsudgift.

Brugerbetaling i Norge, Sverige og Finland

Det høje antal kontakter til praktiserende læger i Danmark hænger sammen med, at lægebesøg i Danmark er gratis for brugeren. Dette er i modsætning til både Sverige, Norge og Finland, hvor der er brugerbetaling ved kontakt til praktiserende læge og speciallæge:

I Norge, Sverige og Finland
har man i mange år haft
brugerbetaling

I **Sverige** varierer egenbetalingen ved lægebesøg fra 75-150 kr. og med en højere betaling for konsultation af speciallæger. Alle kan henvende sig på hospitalet uden en henvisning, det koster blot 300 kr., ligesom hospitalspatienter skal betale for mad på hospitalet.

I **Norge** er der brugerbetaling ved konsultation hos praktiserende læge, ligesom der er brugerbetaling ved receptudlevering. Der er en højere betaling for konsultation hos speciallæge, og der betales for ambulans behandling på hospitaler.

I **Finland** er der mere udbredt brugerbetaling end i de fleste andre lande, og der er stort set brugerbetaling for alt med undtagelse af visse services som børnevaccinationer, svangreomsorg og ambulans psykiatrisk behandling. Behandling af børn under 18 år er gratis. Der opkræves typisk 130 kr. for et besøg hos almen læge. Der er ligeledes en daglig egenbetaling ved indlæggelse på en somatisk afdeling på sygehus og for operationer.

Brugerbetaling i den sekundære sundhedstjeneste

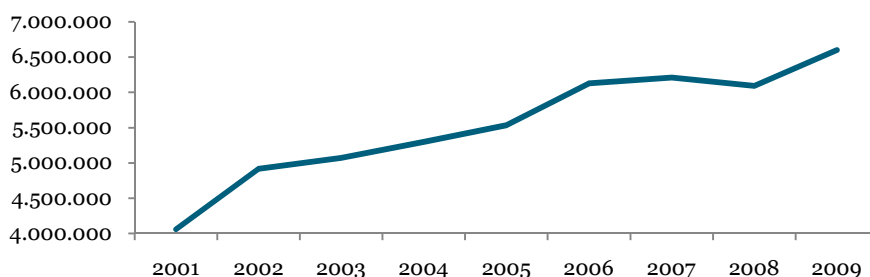
Hvis der indføres brugerbetaling for kontakt til alment praktiserende læge, men det fortsat er gratis at blive behandlet på skadestue, vil mange henvende sig til skadestuen for at blive behandlet for noget, deres praktiserende læge skulle tage sig af. For at undgå et stort pres på de langt dyrere behandlinger på landets skadestuer, vil det være nødvendigt at indføre en brugerbetaling ved kontakt til skadestue, der er højere end ved kontakt til alment praktiserende læge.

Ligesom i de andre nordiske lande kunne Danmark derfor indføre brugerbetaling for kontakt til skadestue og ambulans behandling, og der kunne indføres betaling for mad ved hospitalsindlæggelse, ligesom ældre i dag betaler for mad på plejehjem.

Hvis det antages, at en brugerbetaling på 150 kr. pr. besøg på skadestue vil medføre et fald på 10 pct. i antallet af skadestuekontakter, vil dette alene give et provenu på ca. 80 mio. kr.

Figur 7

Udviklingen i antallet af somatiske, ambulante besøg, 2001-2009



Kilde: Sundhedsstyrelsen: Nøgletal for sundhedsområdet, 1. kvartal 2010

Det antages ligeledes, at antallet af ambulante behandlinger reduceres med 10 pct. som følge af en brugerbetaling på 150 kr. pr. besøg. Denne reduktion kan synes ønskværdig, når man ser på udviklingen i antallet af ambulante besøg, se figur 7. En reduktion på 10 pct. vil således føre til 660.000 færre behandlinger og samtidig give et provenu på over

Også brugerbetaling ved ambulans behandling og behandling på skadestue

Knap 900 mio. kr. kan spares ved brugerbetaling i sekundære sundhedstjeneste

891 mio. kr.

Endvidere kan der opkræves betaling for mad ved hospitalsindlæggelser. Antallet af sengedage ved indlæggelser kan dog ikke på samme måde forventes at falde som følge af brugerbetaling. Da antallet af sengedage i 2007 var ca. 4,9 mio., vil en brugerbetaling på 100 kr. om dagen for mad resultere i et provenu på ca. 491 mio. kr.

Et samlet overslag over det samlede provenu af disse foreløbige overvejelser beløber sig altså til næsten 1,5 mia. kr. årligt.

Brugerbetaling for hjemmehjælp

Allerede i dag findes en vis brugerbetaling for hjemmehjælp, idet personer med midlertidigt behov for praktisk eller personlig hjælp, kan opkræves en vis brugerbetaling modsat personer med varige behov, for hvem hjemmehjælp er gratis.

Der anvendes i dag betydelige ressourcer på den varige hjemmehjælp: I 2010 modtog 182.000 personer varig hjemmehjælp, og i 2009 var der i den kommunale ældreforsorg 46.138 fuldtidsbeskæftigede hjemmehjælpere og social- og sundhedshjælpere. Hertil skal lægges det tilknyttede, administrative personale samt ansatte i private hjemmehjælpsvirksomheder. På den baggrund skønnes de samlede årlige udgifter til hjemmehjælp at udgøre ca. 27 mia. kr. Dette tal kan overvurdere de reelle udgifter, såfremt hjemmehjælp er billigere per ansat end andre dele af ældreforsorgen.

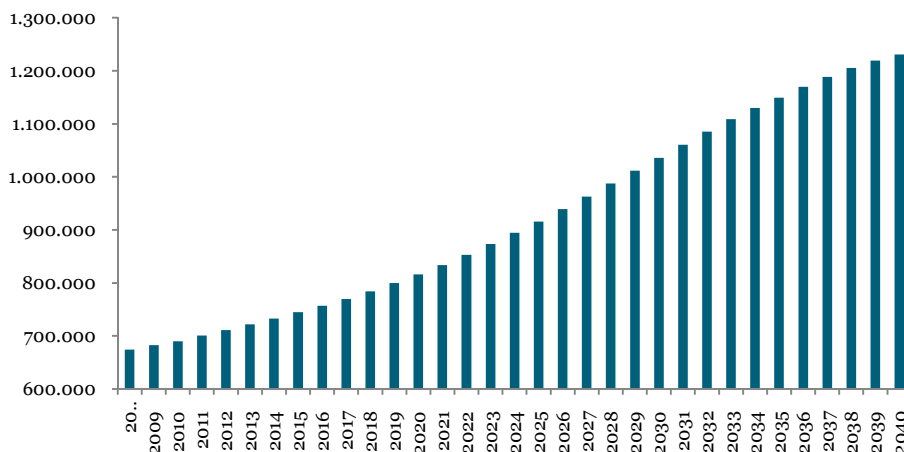
Udgifterne afhænger desuden af modtagerne, og antallet af visiterede timer per person er stærkt aldersafhængigt, figur 8. Den demografiske udvikling taget i betragtning, er det derfor forventeligt, at udgifterne til hjemmepleje vil stige voldsomt. Fremskrives det nuværende forbrug af hjemmehjælp med befolkningsudviklingen, vil efterspørgslen efter hjemmehjælp stige med 21 pct. frem til 2020 og med 82 pct. frem til 2040.

Nuværende brugerbetaling kan udstrækkes

Udsigt til voldsom stigning i udgifterne til hjemmehjælp i de kommende år

Figur 8

Fremskrivning af antal visiterede ugentlige timer



Velfærdskommissionen foreslog i 2005 at indføre en yderst begrænset brugerbetaling for praktisk hjemmehjælp, og forskellige modeller for indførelse af brugerbetaling for hjemmehjælp kan overvejes. I det følgende skitseres to modeller, hvoraf den første kun omfatter modtagere af praktisk hjælp, og model 2 omfatter alle modtagere af hjemmehjælp.

Model 1 bygger på en indførelse af en brugerbetaling på 100 kr. for den første ugentlige times praktisk hjælp og 50 kr. for efterfølgende timer. Der kan indføres et loft over egenbetalingen på eksempelvis 175 kr. per uge, og grænsen kan gøres indkomstafhængig.

Model for en begrænset forøgelse af brugerbetaling

Da omkring 73 pct. af alle modtagere af hjemmehjælp er visiteret til under 3,9 timer per uge, vil denne model indebære brugerbetaling for størstedelen af de visiterede antal timer til praktisk hjælp. Dermed vil et mindretal ramme loftet for brugerbetaling.

Velfærdskommissionen antog, at selv en meget begrænset brugerbetaling vil reducere efterspørgslen efter hjemmehjælp til praktiske formål med 25 pct.

Model 2 er mere vidtgående, idet den også omfatter brugerbetaling for hjælp til personlig pleje samt beboere på plejehjem og i ældreboliger.

En mere vidtgående model for brugerbetaling

Det antages beregningsmæssigt, at efterspørgslen til hjemmehjælp reduceres med 25 pct., og at efterspørgslen efter hjemmehjælp til ældre på plejehjem og i ældreboliger vil falde med 15 pct. som følge af brugerbetalingen. Det beskedne fald skyldes, at der formentlig er flere ældre på plejehjem og i ældreboliger, der ikke kan klare sig uden hjemmehjælp. Derudover vil mange ældre på plejehjem og i ældreboliger have behov for så mange timers hjemmehjælp, at deres brugerbetaling bliver begrænset af loftet.

Det er vanskeligt at skønne over provenuet for brugerbetalingen i de to modeller, idet der ikke er offentliggjort statistik over det præcise antal personer, der visiteres til et givet antal timer. Med en antaget gennemsnitlig brugerbetaling på 100 kr. for frit valgbrugere og på 175 kr. for ikke frit valg (plejehjem og ældreboliger), så kan det – dog med en betydelig usikkerhed – skønnes, at model 1 vil give et provenu på knap 165 mio. kr. og model 2 vil give et provenu på ca. 1 mia. kr., figur 9.

Figur 9

Gevinster ved brugerbetaling for hjemmehjælp

	Sparede udgifter, mia. kr.	Provenu fra brugerbetaling, mia. kr.	Øget arbejdsudbud, antal prs.
Model 1	0,65	0,17	1.800
Model 2	4,78	1,00	12.300

Økonomiske gevinster ved brugerbetaling for hjemmehjælp

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger

For at kompensere de ældre kan brugerbetalingen f.eks. finansiere en forhøjelse af folkepensionen enten ved at hæve folkepensionen generelt, ved kun at hæve pensionstillægget, eller ved at hæve ældrechecken og eventuelt gøre den aldersafhængig og afhængig af, om vedkommende bor i eget hjem eller ej.

Der er andre positive effekter af brugerbetaling på hjemmehjælp: Brugerbetalingen vil nemlig være et brugerbaseret styringsinstrument til at sikre, at de ældre får den hjælp, de faktisk har behov for – og har betalt for. De ældre vil – med brugerbetalingen – nemlig ændre status fra i dag at være en passiv bruger uden klare rettigheder til en aktiv forbruger. Det vil styrke de ældres retsstilling, idet de ville kunne blive beskyttet af almindelig forbrugerlovgivning, og modtagerne af hjemmehjælp og deres pårørende vil i højere grad end i dag kunne føre aktiv kontrol med, om hjemmehjælperne faktisk udfører de opgaver og bruger den tid på det, som de har aftalt med kommunen og betaler for. Set i lyset af den senere tids polemik om netop dette emne, forekommer denne løsning ikke irrelevant.

Andre områder

Der er mange andre områder, hvor brugerbetaling kunne erstatte skattefinansiering og på tilsvarende vis reducere ressourceforbruget i den offentlige sektor, så de ovennævnte regneeksempler udtømmer langt fra de potentielle gevinster ved at indføre brugerbetaling, hvor det er muligt.

Brugerbetaling på andre områder

Inden for det **specialiserede socialområde** vil der kunne spares store beløb, hvis det ikke var helt gratis for brugerne at kræve en given, dyr behandling, og hvis der eksempelvis var en større egenbetaling for høreapparater.

Ligeledes vil selv en mindre brugerbetaling ved **udlån af musik og film fra folkebiblioteker** kunne spare store kommunale udgifter til indkøb og administration, og det vil ydermere have den fordel, at det fjerner en urimelig konkurrence i forhold til de mange kommercielle udbydere, der tilbyder download af musik og film fra internettet.

På det **erhvervmæssige område** er der overalt en udbredt brugerbetaling, men også her kunne der ses på, om ikke det var muligt at øge virksomhedernes egenbetaling for diverse former for rådgivning og service fra offentlige institutioner.



▼ OM DENNE UDGAVE

"Brugerbetalning øger produktiviteten" er syttende nummer af Dansk Erhvervs Perspektiv.

Redaktionen er afsluttet 7. oktober 2010.

▼ OM DANSK ERHVERVS PERSPEKTIV

Dansk Erhvervs Perspektiv er Dansk Erhvervs analysepublikation, der sætter fokus på aktuelle problemstillinger og giver baggrund og perspektiv på samfundsmæssige problemstillinger. Dansk Erhvervs Perspektiv udkommer ca. 20 gange årligt og henvender sig til beslutningstagere og meningsdannere på alle niveauer. Ambitionen er at udgøre et kvalificeret og anvendeligt beslutningsgrundlag i forhold til væsentlige, aktuelle udfordringer på alle områder, som har betydning for dansk erhvervsliv og den samfundsøkonomiske udvikling.

Det er tilladt at citere fra Dansk Erhvervs Perspektiv med tydelig kildeangivelse og med henvisning til Dansk Erhverv.

▼ KILDER

Der er anvendt tal fra Danmarks Statistik; DREAM befolkningshistorik og frem skrivning, Ulykkesregistret ved Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet og Sundhedsstyrelsen: Nøgletal for sundhedsområdet, 1. kvartal 2010.

De samlede udgifter til hjemmehjælp er skønnet på baggrund det samlede antal beskæftigede i hjemmeplejen (både kommunalt og privat) som andel af det samlede antal beskæftigede i ældreplejen. Derefter er denne andel sammenholdt med de samlede udgifter til ældrepleje, hvor det således er antaget, at hjemmehjælp medfører de samme udgifter pr. ansat som tilfældet er i andre dele af ældreplejen.

Endvidere er der anvendt materiale fra OECD: Economic Survey, Denmark, Volume 2009/19 samt DEA (2010): Uddannelse og virksomhedernes konkurrenceevne, maj 2010.

Provenutabet ved en sænkning af topskatten er fra Skatteministeriets beregninger foretaget på STØV-modellen for Dansk Erhverv, forår 2010.

▼ KVALITETSSIKRING

Troværdigheden af tal og analyser fra Dansk Erhverv er afgørende. Dansk Erhverv gennemfører egne surveyundersøgelser i overensstemmelse med de internationalt anerkendte guidelines i ICC/ESOMAR, og alle analyser og beregninger gennemgår en kvalitetssikring i henhold til Dansk Erhvervs interne kvalitetsmanual.

Denne analyse er offentlig tilgængelig via Dansk Erhvervs hjemmeside. Skulle der trods grundig kvalitetssikring forefindes fejl i analysen, vil disse blive rettet hurtigst muligt og den korrekte version lagt på nettet.

Henvendelser angående analysens konklusioner kan ske til Chefkonsulent, Ph.D., Torben Mark Pedersen på tmp@danskerhverv.dk eller tlf. 33 74 6525.

▼ REDAKTION

Direktør Christian Tanggaard Ingemann, cand. jur., MBA (ansv.), Underdirektør Søren Friis Larsen, cand. scient. pol. (redaktør), Analysechef Geert Laier Christensen, Cand. Scient. Pol. Chefanalytiker Torben Mark Pedersen, cand. polit., Ph.D., Chefkonsulent Mira Lie Nielsen, cand. oecon., Skattepolitisk chef Bo Sandberg, cand. polit., Chefkonsulent Jesper Højte Stenbæk, cand. merc. Jur., Pressekonsulent, Lisa Sandager, cand. merc, Journalist.

ⁱ Finansministeriet: Budgetredegørelse 2010, side 175.