



UNIVERSITY OF SOUTHERN DENMARK

COHERE - Centre of Health Economics Research, Department of Business and Economics
Discussion Papers, No. 2013:3
ISSN: 2246-3097



Viden om effekten af brugerbetaling i almen praksis og lægevagten

By

Kjeld Møller Pedersen, COHERE, University of Southern Denmark

COHERE, Department of Business and Economics
Faculty of Business and Social Sciences
University of Southern Denmark
Campusvej 55
DK-5230 Odense M
Denmark
www.cohere.dk

Resume

Baggrunden for working-papiret er en lurende konflikt mellem regionerne og praktiserende læger, hvor brugerbetaling kan komme på tale. Der er mange postulater om virkningen af evt. brugerbetaling på et område, hvor ydelserne hidtil har været gratis for brugerne. Den eneste kilde til en empirisk vurdering stammer fra den overenskomstløse periode 1. oktober 1984 - 5. januar 1984. Der fremlægges resultater fra de få foreliggende undersøgelser om denne periode.

Ved en brugerbetaling på omkring 40% faldt forbruget med 40-50%. Det var ikke 'de jævnt overflødige kontakter', der bortfaldt. Faldet gik på tværs af alle diagnosegrupper. Faldet for vagtlægeydelser var af tilsvarende størrelsesorden.

Den afledte virkning på skadestuebesøg var en øget søgning på 24% på kirurgisk skadestue og 14% på medicinsk skadestue på et mellemstort provinssygehus. En anden afledt virkning vedrører søgning af praktiserende speciallæge. For bl.a. øjenlæger og øre-næse-hals-læger, hvor der ikke kræves henvisning fra praktiserende læge, var ydelsesniveauet stort set uændret, muligvis svagt stigende. For speciallæger, hvor der krævedes henvisning, faldt ydelsestallet med 10%.

Der vides ikke noget om evt. negative virkning på sundhedsstatus af faldet i forbruget.

Der er medtaget resultater fra en undersøgelse af bortfald af kontrolafgiften for vagtlægebesøg ved overgangen til sygesikringen i 1973. En afgift på kr. 6 i 1973 priser førte til en øget efterspurgt mængde på 17-20%.

Det er åbenbart, at faldet i efterspurgt mængde er lig med indtægtsfald hos de praktiserende læger. Ved en varig eller længerevarende konflikt vil det utvivlsomt føre til pristilpasninger – og dermed utvivlsomt et lavere prisniveau. Derfor kan man ikke konkludere, at et fald på 40-50% er en ligevægtssituation.

Abstract

In Denmark GP services are free at the point of use. A looming conflict between GPs and the payor, the Danish Regions, has raised the possibility of co-payment during a possible upcoming conflict. Danish empirical evidence on the demand effect of co-payment is largely non-existing. However, from October 1st 1984 to January 5th 1985 there was period with about 40% co-payment. Results from the few analyses of the demand effects during this period are summarized.

The average co-payment for the period was 40% - the remaining 60% was reimbursed if an invoice was presented to the municipal office. The total number of contacts decreased with between 40-50%. The demand for out-of-hours service decreased with about the same percentage. The demand for services from a hospital A&E department increased with about 24%. Demand for services from office based specialist decreased with about 10% due to a reduced number of referrals. For office based specialists where referral from GP was not needed the demand was largely unaffected, if anything a slight increase.

The 40-50% decrease in quantity demanded is not, however, an equilibrium level, in that that the income level of GPs is reduced and most likely will lead to a price adjustment.

Key words: co-payment, demand for health services.

JEL classifications: I11, I13, I18

Da Velfærdskommissionen i 2005 foreslog brugerbetaling for bl.a. brug af almen praksis, speciallægepraksis og skadestuer (1), var beregningerne af virkningen på den efterspurgte mængde af ydelser baseret på tal fra det stor randomiserede amerikanske sygeforsikringseksperiment fra sidst i 70erne (2). Det samme gentog sig i 2009, da Det økonomiske Råd lavede den samme hypotetiske regneøvelse (3).

Det udstiller klart den ikke-eksisterende dansk-baserede viden om stort set alle effekter af brugerbetaling på de to nævnte områder. Derfor er der også stort spillerum i debatten for postulater. Den foreliggende beskedne viden stammer fra den overenskomstløse periode for almen praksis: oktober 1984 – 5. januar 1985. Der har imidlertid været skrevet forbavsende lidt om dette (4-7), medens den eneste landsdækkende opgørelse er totalt overset (8). I det følgende sammenfattes resultaterne fra sidstnævnte undersøgelse kombineret med en undersøgelse fra midten af 70erne om den såkaldte kontrolafgift for vagtlægebesøg¹.

Bortfald af kontrolafgiften for vagtlægebesøg

Hjemmebesøg var den altdominerende ydelse i 70ernes vagtlægeordning. Kontrolafgiften var blevet indført for alle A-medlemmer for at forebygge misbrug i forbindelse med lægetilkald udenfor normal dagarbejdstid.

Bentzen, Russel og Spark (9) og Bentzen og Russel (10) undersøgte betydningen af bortfaldet af kontrolafgiften for vagtlægebesøg ved indførelsen af sygesikringen per 1. april 1973 (og dermed afskaffelsen af sygekasseordningen). Afgiften var på 6 kroner. Fremregnet til 2012 med Danmarks Statistiks prisregner (11) svarer det til 35 kr. i 2012. Lægehonoraret for et lægebesøg var på 71,60 kr – svarende til ca. kr. 420 i 2012-kroner og sætter således størrelsen af kontrolafgiften i perspektiv.

Effekten af bortfaldet undersøgt ved hjælp af et før-efter design omfattende 1. kvartal i 1973 før afskaffelsen af afgiften og 1. kvartal i 1974 efter afgiftens bortfald, hvorved de værste sæsonvariationer og tilpasningsproblemer skulle være elimineret.

De centrale resultater er sammenfattet i tabel 1. Der er tale om store forskelle; omkring 24% stigning for sygebesøgs vedkommende og 15% for telefonkonsultationer. Justeres der for en influenza-epidemi i marts 1974, estimeres en forøgelse på ca. 17% for antal sygebesøg per 1000 personer i risikogruppen. Mængdereaktionen var således relativ kraftig og svarer til, hvad man ud fra økonomisk teori forventer ved et prisfald, nemlig øget efterspurgt mængde.

¹ Dette working paper er et opdateret uddrag af et upubliceret manuskript fra 1987 med titlen: Hvad ved man om virkningerne af brugerbetaling? Optaget i Ugeskrift for Læger samme år, men uvist af hvilken årsag, aldrig publiceret.

Tabel 1: Virkningen af afskaffelse af kontrolafgift for vagtlægebesøg 1. april 1973 i en mellemstor provinsby. Ukorrigeret for en mindre influenzaepidemi i marts 1974.

	1. kvartal 1973 med kontrolafgift	1. kvartal 1974 uden kontrolafgift
Antal sygebesøg per 1000 personer per år	271,6	335,9
Telefonkonsultationer	129	149

Kilde: tabel 1 i (9)

For at undersøge om der var sociale forskelle i reaktionsmønsteret, undersøgte man, om den forøgede efterspørgsel kom fra bestemte dele af byen. Byens kvarterer søgtes klassificeret efter, om der var tale om lav-indkomst/sociale problemkvarterer eller ej.

Baseret på denne grove klassifikation syntes der at være en tendens til, at den øgede efterspørgsel kom fra lav-indkomst/problemkvartererne. På det foreliggende datagrundlag var det desværre ikke muligt med en mere detaljeret undersøgelse af dette vigtige aspekt. Det var heller ikke muligt at afgøre, om de "nye" tilfælde (som kan komme fra personer, som ikke ville have benyttet vagtlægeordningen, medens der var kontrolafgifter, eller fra personer, som allerede brugte systemet, men efter afgiftens bortfald brugte det endnu mere) i medicinsk henseende var mere eller mindre alvorlige end de henvendelser, som kom, da der var en kontrolafgift.

Den overenskomstløse periode 1984/1985

Sygesikringens Forhandlingsudvalg (8), undersøgte virkningen af brugerbetaling i forbindelse med konflikten på landsoverenskomsten for alment praktiserende læger. Konflikten løb fra 1. oktober 1984 til 5. januar 1985. Lægernes honorarkrav til patienterne per kontakt (regning) var i gennemsnit på ca. 100 kr., svarende til ca. 200 kr. i 2012 prisniveau (11). De sikrede fik i gennemsnit refunderet ca. kr. 60 per regning (120 kr. 2012 priser), hvilket betyder, at de sikrede i gennemsnit måtte betale ca. 40 kr. (80 kr. i 2012 priser) eller 40% af lægehonoraret af egen lomme.

Konflikten løb over så lang tid, at man må antage, at en del af reaktionen på brugerbetaling havde stabiliseret sig på et nogenlunde 'realistisk' leje ved konflikten ophør. Herved forstås, at de første reaktioner i form af fx. hamstring af recepter før konflikten og efterfølgende dyk på dette område, afventen ved konflikten begyndelse for at se, om der evt. hurtigt ville komme et forlig osv., må forventes at have udspillet deres virkning i løbet af de første 4-6 uger af konflikten.

Der er tale om et før-efter design: perioden 1. oktober-31. december 1983 året før konflikten, er sammenlignet med de tilsvarende konflikt måneder i 1984. Herved er evt. sæsonvariationer elimineret.

Hovedresultaterne er fremgår af tabel 2. Det fremgår, at der er tale om dramatiske direkte effekter, idet antallet af lægeregninger faldt med 53 procent i perioden med brugerbetaling. Det må betragtes som et underskøn, idet man må antage, at en række regninger ikke er blevet indleveret til refusion. Der er dog en modgående tendens, idet det må antages, at der fra lægeside kun er udstedt det minimalt nødvendige antal regninger, idet der ikke i alle tilfælde under konflikten er udstedt regninger for eksempelvis en række tillægsydelser. Dette sidste kan dog kun dokumenteres i form af forfatterens personlige indtryk fra konfliktperioden fra informerede personer i og uden for systemet.

Tabel 2: Sammendrag af hovedtendenser for en periode med i gennemsnit 40% brugerbetaling hos praktiserende læge sammenlignet med en periode uden brugerbetaling

	1.oktober – 31. december 1983	1.oktober – 31. december 1984	%-vis ændring
Antal lægeregninger	5.882.600	3.118.800	- 53
Antal 1. konsultationer hos øjenlæger	140.991	143.670	1,9
Antal 1. konsultationer hos ørelæger	79.514	78.949	-0,7
Antal 1. konsultationer hos andre speciallæger	232.637	210.199	-9,6

Kilde: tabel 2, 10, 11 og 12 i (8)

Bag den samlede ændring på 53% ligger utvivlsomt en 'overreaktion' i forhold til en permanent situation med brugerbetaling. Man må dog antage, at de to netop skitserede modgående tilfælde delvist opvejer tendensen til overreaktion, således at 53% næppe er en markant overvurdering af den mængdemæssige reaktion på en gennemsnitlig brugerbetaling på 40% af regningen, dvs. en implicit priselasticitet der er meget større end 1. (selvom beregning fra nulpris til positiv pris skal gøres med omhu). Forsigtigt kan man derfor tale om et fald på 40-50%.

Ovenstående konklusion bekræftes tilsyneladende af en anden form for sammenligning i Vestsjællands Amt, hvor man sammenlignede antallet af kontakter under konflikten hos alment praktiserende læger, som ikke deltog i konflikten, og læger som deltog i konflikten. Faldet var ca. 50% for de læger, som deltog i konflikten, sammenlignet med et fald på 1,7% hos de læger, som ikke deltog (8).

I en undersøgelse baseret på tal fra en to-mands kompagniskabspraksis i Københavns Amt faldt det totale ydelses antal for kvinder med 47% og for mænd med 44% (6) og bekræfter således groft taget opgørelsen fra Sygesikringens Forhandlingsudvalg.

Tabel 2 indeholder også afledede virkninger i form af, at der som følge af den nedsatte kontaktfrekvens med de praktiserende læger må forventes et faldende antal henvisninger (og efterfølgende kontakter) til praktiserende speciallæger. Dels til speciallæger, som man ikke behøver at have henvisning til fra alment praktiserende læger og som man altså kan kontakte direkte, dels til speciallæger, hvor man behøver en henvisning, hvis man er gruppe 1 medlem. Det karakteristiske er, at faldet hos den første kategori var beskedent, og måske endda stigende, medens det faldt med næsten 10% hos den anden gruppe. Det kan ikke afvises, at der med hensyn til kontakt med øjen- og ørelæger er tale om substitution af kontakt fra alment praktiserende læge til speciallæge, hvilket kan forklare stigningen hos øjenlægerne. Det kan heller ikke afvises, at de alment praktiserende læger måske selv har valgt at behandle tilfælde, som før konflikten ville være blevet henvist til speciallæge.

En anden mulig afledt effekt er øget søgning til sygehusenes skadestuer. Dette har *Wolthers og Stellfeld* undersøgt (7). Der var tale om en åben skadestue på et mellemstort provinssygehus og man undersøgte konfliktperioden sammenlignet med året før. Henvendelsestallet i kirurgisk skadestue steg med 24% og med 14% i medicinsk skadestue. Der var en meget stor stigning i antal afviste patienter, men fra et relativt lavt niveau.

I forbindelse med konflikten har det kun i beskedent omfang været muligt at undersøge, dels hvem det var, som undlod at søge læge eller som nedsatte søgningsfrekvensen, dels hvilke problemtyper/diagnoser, som man valgte at behandle selv. Med hensyn til det sidste gjorde *Krogh-Jensen* (5) dog et forsøg. Han opstillede den hypotese, at man i forbindelse med brugerbetaling er interesseret i, at bestemte sygdomme skal overgå til selvbehandling ved brugerbetaling, specielt morbi minores. Det var dog ikke altovervejende denne sygdomsgruppe, der forsvandt under konflikten. Dette modsiges dog af *Pedersens* undersøgelse (6), som fandt en markant reduktion for stort set den samme gruppe af diagnoser.

Uden dokumentation anfører *Krogh-Jensen* det, at det i stedet var en bestemt persongruppe - en gruppe der dårligst havde råd - der forsvandt. Det undersøges heller ikke, om det generelt set var sygdomme med mindre sværhedsgrad, uanset

om de kommer fra kategorien morbi minores eller ej, som ikke kom til lægens kendskab.

Pedersen (6) fandt ved gruppering af enkeltdiagnoser, at der var fald i de fleste grupper. Især bemærkedes et fald i kontakter for de kroniske, kontrolkrævende sygdomme. De nedsatte ydelsesgrupper omfattede sygdomsgrupper, hvor nedsat lægelig indsats kunne rumme en helbredsrisiko uden at der dog i dagens natur med så kort en observationsperiode kunne dokumenteres en (negativ) helbredseffekt.

De problemkredse som Krogh-Jensen forsøgte at belyse, men desværre ufuldstændigt, er meget vigtige ved en samlet vurdering af konsekvenserne af at indføre brugerbetaling. Der er i nogle kredse fortsat den opfattelse, at det er 'jævnt overflødige konsultationer', der bortfalder, når der indføres brugerbetaling. Ud fra en teoretisk økonomisk betragtning behøver det langt fra at være tilfældet. Det er i stedet betalingsvilje-og evne, der er betydende faktorer – og der kan udmærket være betalingsvilje for, hvad sundhedsprofessionelle ex post, dvs. efter konsultationen, betragter som 'jævnt overflødige'.

Hansen [8] undersøgte virkningen af brugerbetaling under konflikten i forbindelse med vagtordninger i Odense. Han interesserede sig dels for omfanget af faldet i vagtlægebesøgene, dels en vurdering af disses lægelige påkrævetid.

Der benyttes en før - efter sammenligning som ovenfor. Indførelsen af brugerafgiften betød et samlet fald i antal vagtlægebesøg på 45%, svarende til den generelle tendens ovenfor. Fordelt på aldersgrupper var den eneste aldersgruppe, hvor det relative fald var signifikant større end forventet, de 0-5 årige. På tværs af diagnoser var der ikke signifikante afvigelser mellem perioden før og efter afgiften, bortset fra opsamlingskategorien 'diverse diagnoser'. Opdelt på aldersgrupper var der et signifikant større fald i diagnosegruppen symptomer/uklare tilstande hos de over 66 årige sammenlignet med andre aldersgrupper. Ud fra en lægelig vurdering er et sådant fald muligvis hensigtsmæssigt, dvs. et fald i 'lægeligt set unødvendige eller mindre nødvendige henvendelser.' Omvendt fandtes der ikke en tendens til at de mindre nødvendige henvendelser, her afgrænset til gastrointestinale sygdomme, f.eks. abdominalia, faldt mere end de mere nødvendige henvendelser som hjerte-karsygdomme, f.eks. angina pectoris, hos aldersgruppen 45 - 65 årige. Dette vurderes af forfatteren som uhensigtsmæssig, dvs. at en afgift helst skulle have fremkaldt et relativt større fald i gruppen af gastrointestinale sygdomme.

Sammenfattende kan man om Odense-undersøgelsen sige, at der mængdemæssigt skete et markant fald, medens der med hensyn til det generelle spørgsmål om bortfald af lægeligt set unødvendige henvendelser (i modsætning til henvendelser, som patienterne altså selv har vurderet som unødvendige) er et blandet resultat med bortfald af såvel 'unødvendige' som 'nødvendige' henvendelser lægeligt

vurderet.

Der er i nogle kredse den opfattelse, at det er 'jævnt overflødige konsultationer', der bortfalder, når der indføres brugerbetaling. Ud fra en teoretisk økonomisk betragtning behøver det langt fra at være tilfældet. Det er i stedet betalingsvilje- og evne, der er betydende faktorer – og der kan udmærket være betalingsvilje for, hvad sundhedsprofessionelle efter konsultationen, betragter som 'jævnt overflødige'

Konklusioner

Det er usikkert om ydelsesmønstret havde fundet et stabilt niveau efter 3 måneders konflikt (6), men med dette forbehold in mente, kan man notere, at ydelsestallet faldt med 40-50% ved noget, der lignede 40% brugerbetaling. En del tyder på, at reaktionen er stærkest, når man går fra gratisydelse til at skulle betale noget for ydelsen. Det så man også i det amerikanske forsøg (2). Man skal ikke nødvendigvis forvente en symmetrisk reaktion, når man går fra at have haft brugerbetaling til, at ydelserne bliver gratis, jfr. eksemplet med kontrolafgift, hvor forøgelsen af den efterspurgte mængde var på 17-20%.

Det er naivt at tro, at det er de 'jævnt overflødige konsultationer', der bortfalder ved brugerbetaling. Alle ydelsestyper og diagnosetyper bliver ramt – medicinske 'nødvendige' såvel som 'unødvendige' ydelser.

Der er ingen sikker empirisk viden om den sundhedsmæssige effekt at et fald i ydelsesforbruget. Det amerikanske forsøge, der strakte sig over 5 år, viste så godt som ingen negativ effekt (2). Det er jo heller ikke sådan, at man ser markante forbedringer i helbredstilstanden ved stigende forbrug af sundhedsydelser.

Ved gennemgangen er der fokuseret på forbruger-reaktionen. Man må imidlertid ikke glemme, at dette jo bliver lig et betydeligt indkomstfald hos de praktiserende læger. Hvis man hypotetisk forestillede sig varig brugerbetaling, må de ovenfor skitserede virkninger forventes at stabilisere sig på et lavere niveau, idet en naturlig udbudsreaktion vil være at sænke prisen. *Pedersen* beretter således, at forfatterens praksis i midten af den overenskomstløse periode indførte en rabatordning, hvorefter en voksen person kunne betale 100 kr. og derved sikre sig kun at skulle betale et beløb per ydelse svarende til refusionbeløbet fra Sygesikringen i en tre måneders periode. Ved udløbet af den overenskomstløse periode have 20% tegnet abonnement.

Litteratur

- (1) Velfærdskommissionen: Fremtidens Velfærd - vores valg: kapitel 15: Brugerbetaling og forebyggelse København 2005.
- (2) Newhouse JP, the Insurance Experiment Group. Free for all? Lessons from the RAND Health Insurance Experiment. Cambridge, Mass: Havard University Press; 1993.
- (3) Det Økonomiske Råds Formandskab. Dansk Økonomi efteråret 2009. København: Det Økonomiske Råd; 2009.
- (4) Hansen B. Effekten af en afgift på lægeydelser vurderet ved antallet af vagthenvendelser. Ugeskr Læger 1986;148:2437-9.
- (5) Krogh-Jensen P. Hvad sker der med sygdomsmønsteret, når man lægger et gebyr på lægeydelserne. Ugeskr Læger 1985;147-997.
- (6) Pedersen S, Pedersen C, Pedersen N-E, Pedersen P. Den overenskomstløse periode 1.10.1984-6.1.1985 en almen praksis. UgeskrLæger 2088;150(51):3190-4.
- (7) Wolthers O, Stellfeld M. Skadestuehenendelser i en periode med patientbetaling for lægeydelser i almen praksis. Ugeskr Læger 1986;148(18):975-8.
- (8) Sygesikringens Forhandlingsudvalg. Økonomisk og statistisk redegørelse for konflikten på landsoverenskomsten om almen lægegering 1. oktober 1984 til 5. januar 1985. Stencil. København december 1985. København: Amtsrådsforeningen; 1985.
- (9) Bentzen N, Russel I, Spark M. Deputising services in Denmark.some implications for Great Britain. Journal of the Royal College of General Practitioners, 1976;26:37-45.
- (10) Russell I, Bentzen N. Deputising services in Denmark: The effect of abolising the charge to patients. An interim report presented to the Bath Meeting of the SSRC Health Economists Study Group. 1976.
- (11) Danmarks Statistik. Prisberegner.
www.dst.dk/da/Statistik/emner/forbrugerpriser/forbrugerprisindeks.aspx 2013