

Astrid Kiil & Kurt Houlberg

Adfærdsmæssige effekter af brugerbetaling

En systematisk forskningsgennemgang af danske og internationale undersøgelser på sundheds- og ældreområdet fra 1990-2011



Publikationen *Adfærdsmæssige effekter af brugerbetaling – En systematisk forskningsgennemgang af danske og internationale undersøgelser på sundheds- og ældreområdet fra 1990-2011* kan downloades fra hjemmesiden www.akf.dk

AKF, Anvendt KommunalForskning
Købmagergade 22
1150 København K
Telefon: 43 33 34 00
Fax: 43 33 34 01
E-mail: akf@akf.dk

© 2012 AKF og forfatterne

Mindre uddrag, herunder figurer, tabeller og citater, er tilladt med tydelig kildeangivelse. Skrifter, der omtaler, anmelder, citerer eller henviser til nærværende, bedes sendt til AKF.

© Omslag: Monokrom, Lars Degnbol

Forlag: AKF
ISBN: 978-87-7509-391-5
I:\08
SEKRETARIAT\FORLAGET\KHO\5184\5184_ADFÆRDSMÆSSIGE_EFFEKTER_BRUGERBETALING_03.DOC
X
Juni 2012

AKF, Anvendt KommunalForskning

AKF's formål er at levere ny viden om væsentlige samfundsforhold. Hovedvægten ligger på forskning i velfærds- og myndighedsopgaver i kommuner og regioner. Det overordnede mål er at kvalificere beslutninger og praksis i det offentlige.

Astrid Kiil & Kurt Houlberg

Adfærdsmæssige effekter af brugerbetaling

En systematisk forskningsgennemgang af danske og internationale undersøgelser på sundheds- og ældreområdet fra 1990-2011

Forord

Det danske velfærdssamfund står over for store økonomiske og styringsmæssige udfordringer. Brugerbetaling er i forskellige sammenhænge nævnt som et blandt flere mulige svar på disse udfordringer. Ikke mindst har ældre- og sundhedsområdet været nævnt som mulige områder for ændret brugerbetalingspolitik.

Der eksisterer imidlertid ikke et kvalificeret beslutningsgrundlag og en samlet viden om udbredelse af brugerbetaling, endsige om effekterne af brugerbetaling. AKF gennemfører i foråret 2012 tre projekter, som på forskellig vis bidrager til at etablere et vidensgrundlag, der kan tjene som grundlag for at kvalificere fremtidige beslutninger om brugerbetalingspolitik i det danske velfærdssamfund.

Denne rapport præsenterer resultaterne fra det andet af tre projekter om brugerbetaling. Rapporten er en systematisk gennemgang af den kvantitative litteratur om de adfærdsmæssige effekter af brugerbetaling på sundheds- og ældreområdet. Rapportens primære sigte er at bidrage til en samlet forståelse af de dokumenterede effekter af brugerbetaling i en dansk såvel som international sammenhæng, og derved kvalificere debatten om fordele og ulemper ved brugerbetaling.

I de øvrige rapporter rettes fokus mod henholdsvis de holdningsmæssige effekter af brugerbetaling samt en kortlægning af brugerbetalingspolitikken på ældre- og sundhedsområdet i Danmark og vore nabolande.

Rapporten er udarbejdet af forsker, cand.oecon., ph.d. Astrid Kiil og programchef, cand.scient.pol., ph.d. Kurt Houlberg. Forskningsbibliotekar Lisa la Cour har vejledt i forbindelse med litteratursøgningerne og ydet assistance i forbindelse med indhentning af relevante studier.

Projektet er finansieret af AKF.

Astrid Kiil & Kurt Houlberg

Juni 2012

Indhold

Sammenfatning	7
1 Indledning og baggrund	11
1.1 Forskningsspørgsmål	12
1.2 Relevans	12
1.3 Struktur	12
1.4 Begreber og afgrænsning.....	12
1.5 Teoretisk ramme.....	14
1.5.1 Efterspørgselsmæssige effekter.....	15
1.5.2 Sundhedsmæssige effekter og substitution.....	16
1.5.3 Fordelingsmæssige effekter	17
1.6 RAND-eksperimentet.....	18
1.7 Eksisterende litteraturstudier.....	19
2 Litteratursøgning	20
2.1 Inklusionskriterier.....	20
2.2 Søgestrategi.....	20
2.3 Identifikation og udvælgelse af relevante studier	22
3 Effekter på sundhedsområdet	24
3.1 Efterspørgselsmæssige effekter	27
3.1.1 Lægekonsultationer	29
3.1.2 Hospitalsindlæggelser og ambulante behandling.....	32
3.1.3 Receptpligtig medicin	33
3.1.4 Forebyggende sundhedsydelse	36
3.2 Sundhedsmæssige effekter og substitution.....	37
3.2.1 Receptpligtig medicin	38
3.3 Fordelingsmæssige effekter	40
3.3.1 Lægekonsultationer	42
3.3.2 Hospitalsindlæggelser og ambulante behandling.....	43
3.3.3 Receptpligtig medicin	43
4 Effekter på ældreområdet	45
4.1 Efterspørgselsmæssige effekter	46
4.2 Sundhedsmæssige effekter og substitution.....	48
4.3 Fordelingsmæssige effekter	49
5 Konklusion og perspektivering	51
5.1 Perspektivering.....	53
Litteratur	57
English Summary	66

Sammenfatning

Det danske velfærdssystem står over for et stigende udgiftspres som følge af en aldrende befolkning og udsigten til en længerevarende lavkonjunktur. Dette har i de senere år medført et øget fokus på, om man ved at indføre brugerbetaling på nye områder og udvide eksisterende ordninger kan dæmpe den individuelle efterspørgsel efter offentligt finansierede ydelser på sundheds- og ældreområdet samt bidrage til finansieringen. Målet med denne rapport har været at danne baggrund for en nuanceret og kvalificeret debat om konsekvenserne af øget anvendelse af brugerbetaling på sundheds- og ældreområdet ved at foretage en systematisk gennemgang af den kvantitative litteratur om de adfærdsmæssige konsekvenser af brugerbetaling på disse områder. Rapporten fokuserer på de adfærdsmæssige effekter af brugerbetaling på tværs af flere forskellige lande og gennemgår som sådan ikke effekterne af brugerbetaling indenfor rammerne af enkelte sundhedsvæseners så som det danske.

Rapporten gennemgår den eksisterende forskningsbaserede evidens på sundheds- og ældreområdet med henblik på at skabe et overblik over i hvilket omfang brugerbetaling (1) dæmper den individuelle efterspørgsel efter de berørte ydelser, (2) medfører sundhedsmæssige effekter og substitution og endelig (3) giver anledning til fordelingsmæssige konsekvenser. Forskningsgennemgangen inkluderer kvantitative effektstudier offentliggjort i fagfællebedømte tidsskrifter og som working papers, videnskabelige afhandlinger, bøger og bogkapitler i tidsrummet fra januar 1990 til december 2011. For at sikre en rimelig grad af sammenlignelighed med hensyn til de institutionelle rammer afgrænses gennemgangen til studier udført i højindkomstlande.

Litteratursøgningen og den efterfølgende udvælgelse af relevante studier identificerede en omfattende litteratur på sundhedsområdet, mens de adfærdsmæssige effekter af brugerbetaling på ældreområdet viste sig at være sparsomt analyseret.

Hovedresultaterne fra gennemgangen af den empiriske litteratur kan sammenfattes som følger.

Efterspørgselsmæssige effekter

Med hensyn til de efterspørgselsmæssige effekter, så finder langt de fleste studier, at brugerbetaling reducerer forbruget af de berørte ydelser på individniveau og dermed har potentiale til at reducere de samlede udgifter. På sundhedsområdet finder den altovervejende del af de gennemgåede studier en reducerende effekt af brugerbetaling på forbruget af henholdsvis receptpligtig medicin, konsultationer i almen praksis, speciallægekonsultationer og ambulante behandling. Nedenfor opsummeres resultaterne for de studier, der har beregnet priselasticiteter for efterspørgslen efter forskellige typer af sundhedsydelser. Priselasticiteten defineres som den procentvise ændring i efterspørgslen som følge af en 1-procents ændring i den pris, der betales af brugeren.

Priselasticiteter for efterspørgslen efter forskellige typer af sundhedsydelser

Studie	Land	Befolkningsgruppe	Type af sundhedsydelse	Efterspørgslens priselasticitet
Cockx & Brasseur (2003)	Belgien	Lavindkomstgruppe	Konsultation i almen praksis	-0,06 for mænd -0,01 for kvinder
			Hjemmebesøg	-0,18 for mænd -0,08 for kvinder
			Speciallægekonsultation	-0,14 for mænd -0,02 for kvinder
Contoyannis et al. (2005)	Canada	Ældre kronikere	Receptpligtig medicin	Fra -0,12 til -0,16
van de Voorde et al. (1999)	Belgien	Hele befolkningen	Konsultation i almen praksis	Fra -0,12 til -0,16
			Hjemmebesøg	Fra -0,20 til -0,39
			Speciallægekonsultation	-0,10
Kim et al. (2005)	Sydkorea	Brugere af ambulantly behandling	Ambulant behandling i hospitalsregi	-0,09
			Ambulant behandling på klinik	-0,18
Li et al. (2008)	Canada	Hele befolkningen	Receptpligtig medicin	-0,11 (-0,20 for lav indkomst)
Simonsen et al. (2010)	Danmark	Brugere af receptpligtig medicin	Receptpligtig medicin	Fra -0,08 til -0,25 (afh. af modelspec.)
Skipper (2010)	Danmark	Brugere af penicillin	Penicillin	Fra -0,18 til -0,35 (afh. af modelspec.)

Det fremgår, at de estimerede priselasticiteter ligger i intervallet fra -0,01 til -0,39, hvilket betyder, at den individuelle efterspørgsel falder med mellem -0,01 og -0,39 procent som følge af en 1-procents stigning i den pris, der betales af brugeren. Desuden finder de danske studier af receptpligtig medicin, at efterspørgslen falder relativt mere for individer med lavere indkomst og uddannelsesniveau på tværs af modelspecifikationer.

På ældreområdet finder de gennemgængede studier, at brugerbetaling reducerer forbruget af hjemmepleje. Ingen af disse studier har dog beregnet priselasticiteter for efterspørgslen grundet mangel på tilstrækkelig detaljeret information om brugerbetalingens størrelse.

For henholdsvis hospitalsindlæggelser og ophold på plejehjem finder de gennemgængede studier ingen indikationer på, at brugerbetaling har en efterspørgselsdæmpende effekt. På disse områder tjener brugerbetaling således i højere grad til at flytte finansieringsbyrden fra de offentlige kasser til brugerne snarere end at reducere efterspørgslen efter den pågældende ydelse.

Sundhedsmæssige effekter og substitution

De sundhedsmæssige effekter af brugerbetaling er analyseret empirisk i et begrænset antal af studier. Samtlige af de gennemgængede studier på ældreområdet og flertallet af de gennemgængede studier på sundhedsområdet finder ingen sundhedsmæssige effekter af brugerbetaling på kort sigt. Dette resultat er dog begrænset af, at de gennemgængede studier benytter nogle relativt grove mål for befolkningens sundhed, idet der primært er set på dødelighed, ligesom ingen af de anvendte datasæt spænder over en tilstrækkelig årrække til at kunne sige noget om de langsigtede konsekvenser af brugerbetaling. Den empiriske evidens for, hvorvidt brugerbetaling på nogle ydelser inden for et givet område, men ikke på andre, medfører substitution fra ydelser med brugerbetaling til gratis ydelser, er blandet. Den mulige forekomst af substi-

tution indikerer, at det er mere hensigtsmæssigt at indføre brugerbetaling i form af et mindre beløb på et bredt spektrum af ydelser end at koncentrere en høj grad af brugerbetaling på enkelte ydelser.

Fordelingsmæssige effekter

De empiriske studier, der belyser fordelingsmæssige effekter af brugerbetaling, bekræfter stort set entydigt, at brugerbetaling giver anledning til fordelingsmæssige konsekvenser. På finansieringssiden finder de gennemgåede studier, at brugerbetaling repræsenterer en ulige form for finansiering. Det er også tilfældet på de områder, hvor vi har højest brugerbetaling i Danmark i dag, f.eks. receptpligtig medicin. Den empiriske evidens indikerer ligeledes, at for sårbare grupper, herunder personer med lav indkomst og et stort behov for behandling og pleje, reducerer brugerbetalingen forbruget relativt mere end for den øvrige befolkning. Dette vil kunne modvirkes ved at lade brugerbetalingen afhænge af indkomsten, indføre et loft for brugerbetaling, hvorefter yderligere forbrug betales af det offentlige, eller fritage grupper med et særligt stort behov for den berørte ydelse.

Perspektivering

Med henblik på at perspektivere de budgetmæssige konsekvenser af at indføre brugerbetaling gives nedenfor et skøn over størrelsesordenen af det samlede finansieringsbidrag, der kan opnås ved at indføre brugerbetaling på et bredt spektrum af ydelser på sundhedsområdet. Den valgte gebyrstruktur svarer til den, der blev foreslået af Velfærdskommissionen i 2005 justeret for udviklingen i den ækvivalerede disponible indkomst. Det samlede finansieringsbidrag forbundet med brugerbetaling består af et provenu, der genereres ved, at brugerbetaling flytter en del af finansieringsbyrden fra de offentlige kasser til brugerne samt en besparelse som følge af brugerbetalingens efterspørgseldæmpende effekt. Nedenstående skøn er baseret på antagelser om efterspørgselsreduktioner på henholdsvis 10 og 25 procent for kontakter til praktiserende læger, vagtlæger, speciallæger og skadestuer, mens hospitalsindlæggelser og ambulante konsultationer antages at være upåvirket af brugerbetaling. Af fordelingsmæssige hensyn indlægges et loft for den samlede årlige brugerbetaling på 1 procent af indkomsten, hvorefter yderligere forbrug betales af det offentlige. Denne model er inspireret af de øvrige nordiske lande og anvendes ligeledes i Velfærdskommissionen (2005). Der henvises til afsnit 5.1 for en gennemgang af data og antagelser bag det præsenterede skøn.

Skøn over årligt provenu, besparelse og samlet finansiering ved indførelse af brugerbetaling på en række sundhedsydelser, mia. kr., 2010

Område	Gebyr pr. ydelse	10 procent forbrugsreduktion			25 procent forbrugsreduktion		
		Provenu	Bespa- relse	Samlet finansie- ring	Provenu	Bespa- relse	Samlet finansie- ring
	Kr.			Mia. kr.			Mia kr.
Praktiserende læge							
- Konsultation	90						
- Hjemmebesøg	180	1,1	0,4	1,5	1,0	1,0	2,0
- Tlf.konsultation	25						
- E-mailkonsultation	25						
Vagtlæge							
- Konsultation	120						
- Hjemmebesøg	180	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1	0,3
- Tlf.kons. m. besøg	25						
- Tlf.kons. u. besøg	60						
Speciallæge	120	0,3	0,2	0,5	0,3	0,6	0,8
Skadestue	180	0,1	0,0	0,1	0,1	0,1	0,2
Ambulant behandling	150	0,5	-	0,5	0,6	-	0,6
Sygehusindlæggelse (døgn)	60	0,2	-	0,2	0,2	-	0,2
I alt		2,4	0,7	3,1	2,3	1,8	4,1

Anm.: Beløbene summerer pga. afrunding ikke til de viste totaler.

Der indlægges et loft for den årlige brugerbetaling på 1 procent af indkomsten.

Det samlede finansieringsbidrag for den viste model skønnes således at være på omkring 3,1 mia. kr. ved en forbrugsreduktion på 10 procent og 4,1 mia. kr. ved en forbrugsreduktion på 25 procent. I begge tilfælde kommer det største finansieringsbidrag fra de praktiserende læger. Ved at sammenholde de skønnede finansieringsbidrag med de samlede offentlige sundhedsudgifter i 2010 på omkring 145 mia. kr. ses det, at finansieringsbidraget ved at indføre brugerbetaling på et bredt spektrum af sundhedsydelser skønnes at udgøre 2-3 procent af de offentlige sundhedsudgifter under de givne antagelser.

1 Indledning og baggrund

Det danske velfærdssystem står over for et stigende udgiftspres som følge af en aldrende befolkning og udsigten til en længerevarende lavkonjunktur. Dette har i de senere år medført et øget fokus på, om man ved at indføre brugerbetaling på nye områder og udvide eksisterende ordninger kan dæmpe den individuelle efterspørgsel efter offentligt finansierede ydelser på sundheds- og ældreområdet samt bidrage til finansieringen. Bl.a. har Velfærdscommissionen (2005) beregnet de budget- og fordelingsmæssige konsekvenser af at indføre brugerbetaling på en række sundhedsydelser. Brugerbetaling på sundheds- og ældreområdet er langt fra noget nyt fænomen i Danmark, hvor der i dag er brugerbetaling på eksempelvis tandlægebehandling, medicin, psykologhjælp og mad til ældre. Det er i et vist omfang historisk betinget, hvilke typer af ydelser der er pålagt brugerbetaling, og debatten om indførelse af brugerbetaling på nye ydelser er ofte præget af ideologiske argumenter og formodninger frem for solid empirisk evidens. I lyset af udsigten til flere ældre borgere og et stigende udgiftspres er der derfor behov for en nuanceret og kvalificeret debat om konsekvenserne af øget anvendelse af brugerbetaling på sundheds- og ældreområdet. Det overordnede formål med denne rapport er at være med til at danne baggrund for en sådan debat.

Med udgangspunkt i økonomisk teori forventes det, at brugerbetaling dæmper den individuelle efterspørgsel efter offentligt finansierede ydelser ved at hæve den pris, der betales af brugeren på forbrugstidspunktet. Størrelsesordenen af denne effekt afhænger af efterspørgslen priselasticitet. For ydelser hvis efterspørgsel kun i begrænset omfang reagerer på prisen, forventes brugerbetaling primært at flytte finansieringsbyrden fra de offentlige kasser til brugerne snarere end at reducere efterspørgslen efter den pågældende ydelse. Pålagt ydelser med en priselastisk efterspørgsel forventes brugerbetaling desuden at dæmpe den individuelle efterspørgsel og har derved potentiale til at reducere de samlede udgifter. Selv når det medfører et fald i forbruget af de berørte ydelser, reducerer brugerbetaling dog ikke nødvendigvis de samlede offentlige udgifter, idet brugerbetaling på nogle ydelser inden for et givet område, men ikke på andre, kan tænkes at medføre substitution fra ydelser med brugerbetaling til andre typer af ydelser frem for at sænke det samlede forbrug. Derudover kan brugerbetaling have nogle uønskede fordelingsmæssige konsekvenser, idet lavindkomstgrupper og borgere med en høj efterspørgsel efter den ydelse, der pålægges brugerbetaling, rammes særlig hårdt, når betalingsbyrden fordeles efter forbrug frem for indkomst. Den teoretiske ramme for analysen af effekter af brugerbetaling er diskuteret yderligere i afsnit 1.5.

Erfaringer fra andre lande udgør en vigtig kilde til viden for beslutningstagere, der står overfor at skulle indføre eller afvikle brugerbetaling. På sundhedsområdet har den internationale debat om brugerbetaling i høj grad været præget af resultaterne fra RAND-eksperimentet, der blev iværksat af den amerikanske regering i 1970'erne. Resultaterne af dette eksperiment er opsummeret i afsnit 1.6. Derudover er den nyere empiriske litteratur om effekter af brugerbetaling på sundhedsområdet gennemgået i en række litteraturstudier, der

kort er opsummeret i afsnit 1.7. Der blev ikke fundet nogen tilsvarende gennemgange af litteraturen på ældreområdet.

1.1 Forskningsspørgsmål

Denne rapport foretager en systematisk gennemgang af den kvantitative litteratur om de adfærdsmæssige konsekvenser af brugerbetaling på sundheds- og ældreområdet. Formålet er at undersøge, i hvilket omfang brugerbetaling (1) dæmper den individuelle efterspørgsel efter de berørte ydelser, (2) medfører sundhedsmæssige effekter og substitution og endelig, (3) hvorvidt der er negative fordelingsmæssige konsekvenser af brugerbetaling. Det undersøges tillige, om effekterne på de forskellige områder varierer for forskellige typer af ydelser og befolkningsgrupper.

1.2 Relevans

Rapporten bidrager til den eksisterende litteratur ved at have et bredere fokus, i forhold til hvilke velfærdsområder og ydelser der inkluderes. Sammenlignet med enkelte af de tidligere litteraturgennemgange adskiller den sig ligeledes ved at søge efter litteratur og udvælge studier på systematisk og veldokumenteret vis. Endelig ligger de eksisterende litteraturgennemgange på sundhedsområdet nogle år tilbage. Givet at der sker en løbende tilgang af ny litteratur på området, så har en opdateret gennemgang sin berettigelse alene ved at inkludere den sidste nye litteratur.

1.3 Struktur

Rapporten definerer søgeord og udfører litteratursøgninger opdelt på sundhedsområdet og ældreområdet, ligesom resultaterne på de to områder præsenteres i to selvstændige afsnit. Reelt er sondringen mellem sundheds- og ældreområdet en analytisk sondring, der ikke er lige så skarp i virkeligheden, som afsnitsinddelingen giver indtryk af. Eksempelvis undersøges nogle studier, hvordan brugerbetaling på receptpligtig medicin påvirker forbruget af langtidspleje, eksempelvis på plejehjem, for en snævert afgrænset gruppe af ældre mennesker. Ikke desto mindre er de to områder forsøgt behandlet adskilt fra hinanden i denne rapport.

1.4 Begreber og afgrænsning

Brugerbetaling defineres som enhver ordning, hvor en del af omkostningen ved at levere en offentlig ydelse betales af brugeren på det tidspunkt, hvor ydelsen forbruges (Rovira et al. 1998). Ved offentlige ydelser forstås i denne litteraturgennemgang ydelser og tjenester, som er helt eller delvist finansieret af det offentlige via skatter og afgifter. Denne definition inkluderer offentligt producerede ydelser såvel som privat producerede ydelser, der finansieres af

det offentlige. Der kan sondres mellem generel brugerbetaling, hvor alle betaler samme pris for det samme udbud af offentlige ydelser, og en tilkøbsmodel, hvor en offentligt finansieret ydelse udbydes i forskellige kvaliteter, typer eller mængder til forskellige priser, som borgeren kan vælge imellem (Velfærdskommissionen 2005). Et eksempel på brugerbetaling er, at en ældre borger skal betale et vist månedligt beløb for at bo på plejehjem, mens en tilkøbsydelse kunne være, at borgeren har mulighed for at betale ekstra for at få ekstra rengøring eller særlig kost.

Som udgangspunkt har ambitionen været at gennemgå studier af generel brugerbetaling såvel som brugerbetaling i form af tilkøb. En litteratursøgning svarende til den beskrevet i afsnit 2 identificerede dog ingen empiriske effektstudier af tilkøbsmodeller, hvorfor rapporten blev afgrænset til alene at inkludere studier af generel brugerbetaling, som også er den oftest anvendte form for brugerbetaling. Forskningsgennemgangen fokuserer på direkte brugerbetaling fastsat som en fast takst pr. ydelse (benævnes co-payment på engelsk), en andel af omkostningerne forbundet med at levere en given ydelse (benævnes coinsurance på engelsk) eller en selvrisiko, hvor brugeren betaler alle omkostningerne op til et givet niveau (Gemmil et al. 2008).¹

Metodemæssigt afgrænses forskningsgennemgangen ved ikke at foretage en systematisk kvalitetsvurdering af de udvalgte studier. Den primære årsag til denne afgrænsning er, at en kvalificeret kvalitetsvurdering i mange tilfælde ville kræve et indgående kendskab til de anvendte data samt de institutionelle forhold i de lande, der danner baggrund for analyserne, hvilket ligger uden for de tids- og ressourcemæssige rammer for dette projekt. Da flertallet af de gennemgåede studier har været igennem en peer-review proces i forbindelse med deres udgivelse, hvilket i sig selv indikerer et rimeligt kvalitetsniveau, vurderes denne afgrænsning ikke at udgøre en væsentlig svaghed.

Derudover kan brugerbetaling variere som følge af politiske indgreb, eller fordi man aktivt har valgt sig ind i en bestemt ordning eller tegnet en privat tillægsforsikring på frivillig basis. Begge former for variation kan danne baggrund for en analyse af konsekvenserne af brugerbetaling. Denne forskningsgennemgang afgrænses til at inkludere studier af brugerbetaling, som man ikke har mulighed for at vælge til eller fra på individuel basis, hvorimod studier af brugerbetaling baseret på variation mellem borgere, der har valgt sig ind i forskellige ordninger eller tegnet private tillægsforsikringer på frivillig basis, ikke er inkluderet.² Den væsentligste årsag til denne afgrænsning er, at det frivillige element ved disse ordninger indebærer en selektion, som er vanskelig at håndtere empirisk. Hvilket niveau af brugerbetaling man står overfor, må i dette tilfælde forventes i høj grad at afhænge af individuelle ka-

¹ Studier af indirekte brugerbetaling i form af referencepriser (hvor brugeren refunderes op til et maksimumbeløb) og graderede ordninger (hvor brugerbetalingen fastsættes som en funktion af den valgte ydelse, fx lavere takst for generisk medicin og højere takst for original medicin), som primært anvendes på medicinalområdet, er således ikke medtaget. En gennemgang af den empiriske litteratur om konsekvenserne af forskellige former for brugerbetaling på medicinalområdet viste, at indirekte brugerbetaling har potentiale til at flytte forbruget fra dyrere til billigere typer af medicin, dog med en begrænset besparelse til følge (Gemmil et al. 2008).

² Den særligt interesserede læser henvises til Atherly (2001) for en gennemgang af effektstudier blandt de ældre i USA, hvor variationen i brugerbetaling skyldes, at nogle har tegnet en supplerende privat sundforsikring, og Kiil (2012) for et overblik over effektstudier af frivillige private sundhedsforsikringer i universelle sundhedssystemer.

rakteristika, som er vanskelige at korrigere for, herunder præferencer for risiko samt forventet forbrug af den ydelse, der er pålagt brugerbetaling. Det vurderes, at de metodemæssige udfordringer forbundet med håndteringen af en sådan selektion nødvendiggør en kvalitetsvurdering af de udvalgte studier, hvilket som nævnt ovenfor ligger uden for dette projekts rammer.

1.5 Teoretisk ramme

Den teoretiske ramme for analysen af de adfærdsmæssige effekter af brugerbetaling tager udgangspunkt i efterspørgselsiden, hvilket fordrer, at forbruget af de berørte ydelser er efterspørgselsdrevet. På sundheds- og ældreområdet er flere ydelser karakteriseret ved, at forbruget i varierende omfang også er udbudsbestemt. Det er således vigtigt at holde sig for øje, at brugerbetaling blot er ét blandt flere redskaber, der har potentiale til at dæmpe forbruget af offentlige ydelser og de dertil hørende udgifter på sundheds- og ældreområdet. På udbudssiden kan visitering og ventelister, samt andre redskaber, der søger at påvirke udbyderne, ligeledes bruges til at begrænse forbruget af offentlige ydelser.³ I den forbindelse er det en vigtig pointe, at brugerbetaling ikke skal opfattes som en erstatning for alternative rationeringsmekanismer, men i stedet som et supplement. Når der i dette afsnit henvises til den individuelle efterspørgsel efter offentligt finansierede ydelser, gøres dette således ud fra en "alt-andet-lige" betragtning, hvor det antages, at eventuelle begrænsninger på udbudssiden samt prioritering via visitering og ventelister holdes konstant.

Faktaboks 1 redegør for en række centrale økonomiske termer, der anvendes i diskussionen af den teoretiske ramme for analysen af de adfærdsmæssige effekter af brugerbetaling.

Faktaboks 1: Centrale økonomiske termer

Efterspørgselsens priselasticitet: Den procentvise ændring i den individuelle efterspørgsel som følge af en 1-procents ændring i den pris, der betales af brugeren på forbrugstidspunktet.

Eksternalitet: Forekommer når et individs handlinger påvirker et andet individs velfærd, uden at der betales eller modtages kompensation herfor.

Forbrugsmulighedsområde: Mængden af de mulige kombinationer af goder/ydelser, der kan forbruges ved en given indkomst.

Myopiske præferencer: Betyder at et individ foretrækker fordele i dag frem for senere.

Komplementære ydelser: En ydelse er komplementær til en anden, hvis nytten ved forbruget af den ene ydelse forstærkes ved samtidig forbrug af den anden ydelse.

Substituerende ydelser: En ydelse er substituerende til en anden, hvis de to ydelser tilfredsstillende det samme (eller et lignende) behov, således at den ene ydelse kan erstattes med den anden.

Marginal nytte: Den nytte forbrugeren får ud af at forbruge én ekstra enhed af et gode/en ydelse.

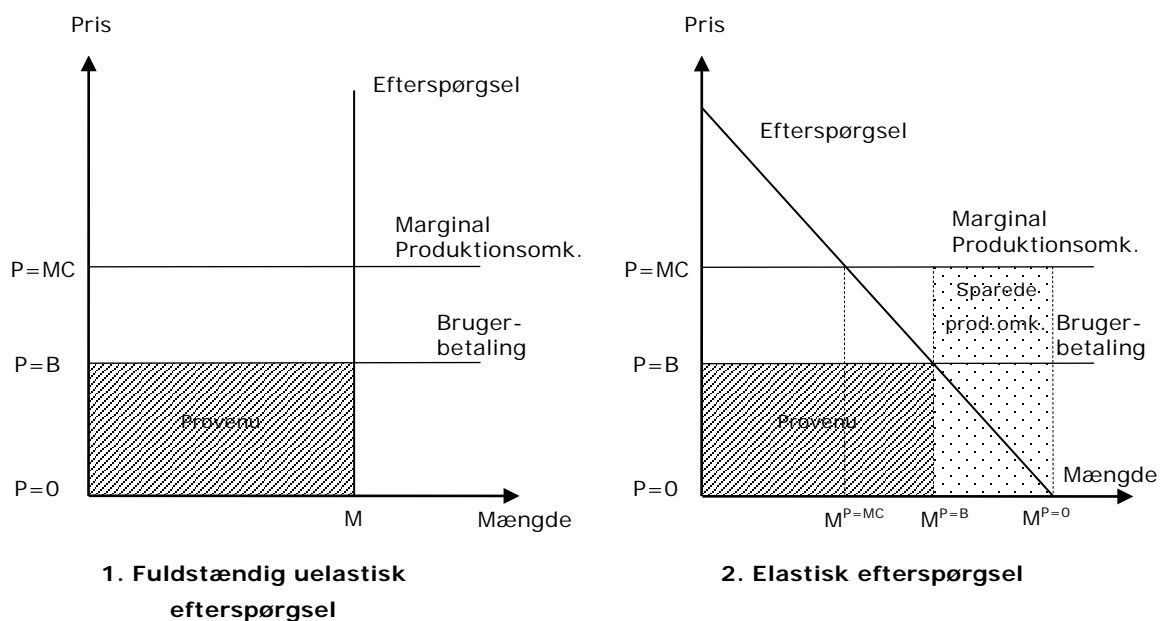
Marginal produktionsomkostning: Omkostningen forbundet med produktion af én ekstra enhed af et gode/en ydelse.

³ Man kan dog argumentere for, at forbrug i de fleste tilfælde fordrer, at der er en vis efterspørgsel.

1.5.1 Efterspørgselsmæssige effekter

Økonomisk teori viser, at brugerbetaling har potentiale til at dæmpe den individuelle efterspørgsel efter offentlige ydelser ved at hæve den pris, der betales af brugeren på det tidspunkt, hvor ydelsen forbruges. Figur 1.1 viser, hvordan den efterspørgselsmæssige effekt af brugerbetaling varierer med efterspørgselsens priselasticitet på individniveau. Den teoretiske ramme skitseret i figur 1.1 tager udgangspunkt i et individ med en fast efterspørgsel efter den berørte ydelse. I praksis er behovet for og derved også den individuelle efterspørgsel efter sundhedsydelser såvel som ældrepleje præget af usikkerhed, hvilket er en væsentlig årsag til, at disse typer af velfærdsydelser i overvejende grad finansieres af det offentlige via skatter og afgifter (Arrow 1963). Akserne i figur 1.1 måler henholdsvis den pris, der betales af den enkelte bruger på forbrugstidspunktet, og den forbrugte mængde af den ydelse, der er pålagt brugerbetaling.

Figur 1.1 Efterspørgselsmæssige effekter af brugerbetaling ved forskellige priselasticiteter



Venstre del af figur 1.1 illustrerer en situation, hvor den individuelle efterspørgsel efter den ydelse, der er pålagt brugerbetaling, er fuldstændig prisuelastisk. Dette afspejler sig i en vertikal efterspørgselskurve, hvor mængden M efterspørges uanset ydelsens pris, og et fald i de offentlige udgifter pr. person svarende til det skraverede provenu. Den fuldstændig prisuelastiske efterspørgselskurve, hvor den individuelle efterspørgsel overhovedet ikke reagerer på prisen, kan betragtes som en teoretisk konstruktion. Eksempler på offentlige ydelser, hvis efterspørgsel må forventes kun i yderst begrænset omfang at reagere på prisen, er kemoterapi, bypassoperationer og andre omfattende indgreb, der er nødvendige for at overleve, men som udgør betydelige sundhedsrisici i sig selv. Højre del af figur 1.1 illustrerer en situation, hvor den individuelle efterspørgsel er priselastisk, hvilket afspejler sig i en nedadgående ef-

terspørgselskurve. I denne situation medfører brugerbetaling, der øger prisen på forbrugstidspunktet fra nul til det positive beløb B pr. enhed, et fald i den forbrugte mængde af ydelsen fra $M^{P=0}$ til $M^{P=B}$ på individniveau. I denne situation medfører brugerbetaling et fald i de offentlige udgifter pr. person svarende til det skraverede provenu samt sparede produktionsomkostninger. Efterspørgslens priselasticitet kan således bruges som en indikator for, hvorvidt brugerbetaling kan forventes at dæmpe den individuelle efterspørgsel efter en given ydelse med sparede produktionsomkostninger til følge, mens brugerbetaling i alle tilfælde flytter en del af finansieringsbyrden fra de offentlige kasser til brugerne og derved genererer et provenu.

Højre del af figur 1.1 viser desuden, at den marginale omkostning ved at producere ydelsen overstiger betalingsviljen for forbrug, der ligger ud over den brugte mængde ved fuld brugerbetaling, $M^{P=MC}$. Hvis ydelsen er gratis, så bruges der med andre ord en større mængde, end den brugeren er villig til at betale for, hvis der er fuld brugerbetaling. Det betyder, at der forbruges ydelser, som værdsættes mindre af brugerne end deres produktionsomkostning, når der ikke er brugerbetaling. I henhold til økonomisk teori vil en borger, der afkræves den fulde pris for en ydelse, således bruge den optimale mængde af ydelsen givet præferencer og indkomstbegrænsninger. Med udgangspunkt i denne argumentation medfører brugerbetaling et forbrug, der er tættere på at være samfundsøkonomisk optimalt sammenlignet med fuld offentlig finansiering. Det forudsætter dog, at borgerne altid kan vurdere fordele og ulemper ved at forbruge en given ydelse, hvilket i mange tilfælde ikke er tilfældet på sundhedsområdet. Dertil kommer, at markedsløsninger ikke altid er optimale hverken på sundheds- eller ældreområdet, hvor tilstedeværelsen af informationsproblemer, eksternaliteter og myopiske præferencer meget vel kan betyde, at det optimale forbrug for den enkelte borger ikke er lig det optimale forbrug for samfundet.⁴ Disse forhold betyder, at en situation med fuld brugerbetaling ikke nødvendigvis skal bruges som benchmark for efficiens på sundheds- og ældreområdet.

1.5.2 Sundhedsmæssige effekter og substitution

Pålagt ydelser med prisuelastisk efterspørgsel, forventes brugerbetaling primært at flytte finansieringsbyrden fra de offentlige kasser til brugerne frem for at reducere forbruget og dermed de samlede omkostninger, som illustreret i venstre del af figur 1.1. For ydelser, hvis efterspørgsel er priselastisk, har brugerbetaling potentiale til at reducere de samlede udgifter ved at dæmpe efterspørgslen. Der er dog flere årsager til, at brugerbetaling ikke nødvendigvis reducerer de samlede offentlige udgifter, selv når det medfører et fald i forbruget af de berørte ydelser. For det første er det muligt, at brugerbetaling på nogle ydelser inden for et givet område, men ikke på andre, medfører en bevidst substitution fra ydelser med brugerbetaling

⁴ Eksempler på eksternaliteter på sundhedsområdet er, at vaccinationer til nogle grupper kan komme hele befolkningen til gode pga. den lavere smittefare, ligesom manglende behandling af en syg person som følge af øget brugerbetaling kan reducere velfærd for andre personer, der interesserer sig for den syge persons velvære. Eksempler på eksternaliteter på ældreområdet er, at et fald i brugen af plejeydelser som følge af øget brugerbetaling kan medføre en stigning i forbruget af sundhedsydelser, ligesom et fald i brugen af formelle plejeydelser kan medføre en stigning i familiens plejeburde.

til gratis ydelser frem for at reducere det samlede forbrug. For det andet kan indførelse af brugerbetaling for priselastiske ydelser på sundheds- og ældreområdet føre til, at befolkningens sundhedstilstand forringes, hvis brugerbetalingen får borgerne til at fravælge effektiv og nødvendig pleje og behandling. Ud over, at dette er u hensigtsmæssigt for de berørte borgere, så betyder det, at et aktuelt fald i forbruget af sundhedsydelser som følge af brugerbetaling kan føre til øget forbrug på et senere tidspunkt. Derudover kan en besparelse som følge af brugerbetaling på ét område helt eller delvist ophæves af en stigning i forbruget af andre typer af ydelser, såsom skadestuebesøg og akutte hospitalsindlæggelser. Det er dog også muligt, at brugerbetaling på én ydelse reducerer forbruget af komplementære ydelser. Fx kan det ikke udelukkes, at brugerbetaling på lægekonsultation i almen praksis vil reducere brugen af receptpligtig medicin. Hvorvidt brugerbetaling dæmper de samlede offentlige udgifter på sundheds- og ældreområdet er således primært et empirisk spørgsmål.

1.5.3 Fordelingsmæssige effekter

En væsentlig ulempe ved brugerbetaling er, at det i nogle tilfælde kan have nogle uønskede fordelingsmæssige konsekvenser. For det første må brugerbetaling forventes at reducere forbruget relativt mere blandt borgere med lav indkomst end blandt de mere velhavende af to årsager. Den ene årsag er, at lavindkomstgrupper har et relativt mindre forbrugsmulighedsområde, hvilket især forventes at påvirke forbruget af ydelser, der udgør en relativ stor del af budgettet. Den anden årsag er, at den marginale nytte af indkomst er højere for borgere med lav indkomst, når den marginale nytte af indkomst antages at være aftagende, hvilket er standard i økonomiske modeller. Det betyder, at nyttetabet ved højere niveau af brugerbetaling alt andet lige er større for borgere med lav indkomst, og de forventes derfor i højere grad at give afkald på den berørte ydelse. For det andet rammes borgere med en høj efterspørgsel efter den ydelse, der pålægges brugerbetaling, særlig hårdt, når en del af betalingsbyrden fordeles efter forbrug frem for indkomst. Selv hvis efterspørgslen er uelastisk for lavindkomstgrupper, og brugerbetaling derfor ikke reducerer deres forbrug, så har det alligevel en fordelingsmæssig effekt. Dette skyldes, at brugerbetaling reducerer den indkomst, der er tilovers til øvrigt forbrug, relativt meget for borgere med lav indkomst.

I forhold til de fordelingsmæssige konsekvenser af brugerbetaling er det en vigtig pointe, at gruppen af borgere med en høj efterspørgsel i udgangspunktet uden brugerbetaling er heterogen både med hensyn til behovet for sundhedsydelser og efterspørgslens priselasticitet. Nogle har et begrænset behov for den ydelse, der pålægges brugerbetaling, og som følge deraf en priselastisk efterspørgsel. Denne gruppe af borgere vil reducere deres forbrug relativt meget som følge af brugerbetaling, hvilket jo netop er sigtet med brugerbetaling. En anden gruppe med stort behov for ydelsen og en mindre priselastisk efterspørgsel forventes ikke at reducere deres forbrug nævneværdigt som følge af brugerbetaling, men betaler dyrt, hvilket er u hensigtsmæssigt ud fra en lighedsmæssig betragtning. Denne gruppe inkluderer eksempelvis kroniske patienter og meget svækkede ældre. Under alle omstændigheder kan de negative fordelingsmæssige konsekvenser af brugerbetaling mindskes ved at lade brugerbetalingen afhænge af indkomsten. En anden mulighed er at indføre et loft for brugerbetalingen, hvorefter yderligere forbrug betales af det offentlige, eller fritage grupper med et særligt stort forbrug fra

brugerbetaling.⁵ Endelig bør man have in mente, at alternativet til brugerbetaling i form af offentlig finansiering via skatter og afgifter ligeledes giver anledning til nogle fordelingsmæssige konsekvenser. Mere specifikt, så viser økonomisk teori og empirisk evidens fra en række europæiske lande, at offentlig finansiering af velfærdsydelser omfordeler indkomst fra høj- til lavindkomstgrupper, om end den omfordelende effekt er mindre, når der tages højde for behov (Aaberge et al. 2010; Paulus et al. 2010). Det ligger uden for rammerne af dette projekt at belyse de fordelingsmæssige aspekter af skatte- og afgiftsfinansiering, men i vurderingen af de fordelingsmæssige konsekvenser af brugerbetaling bør det erindres, at en alternativ finansiering via skatter og afgifter også har fordelingsmæssige konsekvenser.

1.6 RAND-eksperimentet

På sundhedsområdet har den internationale debat om brugerbetaling i høj grad været præget af resultaterne fra RAND-eksperimentet, der har særstatus som et af de mest omfattende sociale eksperimenter nogensinde både i forhold til antallet af involverede og pris.

RAND-eksperimentet blev iværksat af den amerikanske regering med henblik på at undersøge, hvilken rolle brugerbetaling spiller i forhold til forbruget af sundhedsydelser. Det kørte fra november 1974 til februar 1977 og involverede omkring 6.000 personer, som blev tilfældigt fordelt på fem forskellige forsikringsplaner med varierende niveauer af brugerbetaling. Planerne varierede både med hensyn til selvrisiko, brugerbetaling defineret som en andel af omkostningerne og loft. Overordnet set fandt RAND-eksperimentet, at brugerbetaling reducerede brugen af og omkostningerne forbundet med alle typer af sundhedsydelser. Den gennemsnitlige priselasticitet for den individuelle efterspørgsel efter sundhedsydelser blev estimeret til at være -0,20 på tværs af de forskellige typer af sundhedsydelser inkluderet i eksperimentet (Manning et al. 1987). Det betyder, at når brugerbetalingen for en given sundhedsydelse stiger med 1 procent, så falder efterspørgslen efter ydelsen med 0,20 procent.

Mere specifikke resultater fra RAND-eksperimentet viste desuden:

- Brugerbetaling reducerede antallet af besøg, men ikke intensiteten af den behandling, der blev givet under besøgene. Det tyder på, at effekten af brugerbetaling er begrænset, når man først har taget kontakt til den relevante behandler (Lohr et al. 1986).
- Effekten af brugerbetaling var på mange punkter ikke selektiv. Brugerbetaling reducerede således brugen af både effektive og ineffektive behandlinger lige meget, ligesom brugerbetaling ikke specifikt reducerede forekomsten af u hensigtsmæssige hospitalsindlæggelser (Shapiro et al. 1986; Siu et al. 1986).
- Brugerbetaling påvirkede efterspørgslen efter sundhedsydelser mere for nogle grupper af mennesker end andre. Ikke overraskende, så påvirkede brugerbetaling efterspørgslen efter sundhedsydelser mere for lavindkomstgrupper, og det hin-

⁵ For en oversigt over forskellige brugerbetalingsmodeller i Danmarks nabolande kan henvises til Hansen & Houlberg (2012).

drede i særlig høj grad brugen af sundhedsydelse blandt fattige børn (Lohr et al. 1986).

- For den gennemsnitlige deltager i eksperimentet påvirkede brugerbetaling ikke helbredet målt ved en lang række af indikatorer. Dog havde brugerbetaling en negativ helbredsmæssig effekt for personer med forhøjet blodtryk og lav indkomst samt personer med dårligt syn (Brook et al. 1983).

Mens RAND-eksperimentets resultater på ingen måde er irrelevante, så taler flere ting for, at de ikke kan stå alene i forhold til den aktuelle debat om øget brug af brugerbetaling i det danske velfærdssystem. For det første blev RAND-eksperimentet udført i en kontekst, som på mange punkter adskiller sig markant fra det universelle sundhedsvæsen, man finder i Danmark og de øvrige europæiske lande. For det andet er brugerbetalingsordninger ofte mere kompliceret skruet sammen i praksis, end de forsikringsplaner, der blev anvendt i RAND-eksperimentet. For det tredje indgik ældre mennesker, som tegner sig for en stor del af sundhedsudgifterne i de fleste lande, ikke i RAND-eksperimentet. Endelig blev RAND-eksperimentet udført for mere end tre årtier siden. I den mellemliggende periode er der sket en udvikling i udbredelsen af en række livsstilsrelaterede sygdomme, ligesom diagnosticerings- og behandlingsmulighederne har ændret sig på de fleste områder.

1.7 Eksisterende litteraturstudier

Den nyere empiriske litteratur om de adfærdsmæssige effekter af brugerbetaling på sundhedsområdet er gennemgået i en række litteraturstudier, som har forskellige fokusområder og afgrænsninger. Nogle litteraturstudier har gennemgået effektstudier af brugerbetaling på mange forskellige typer af sundhedsydelser for hele befolkningen (Carrieri 2010; Holst 2010; Swartz 2010). Rice & Matsuoka (2004) afgrænsede gennemgangen til at omhandle effekter af brugerbetaling blandt ældre borgere, mens en gruppe af studier fokuserede på effekterne af brugerbetaling for receptpligtig medicin (Gibson et al. 2005; Goldman et al. 2007; Gemmill et al. 2008; Lexchin & Grootendorst 2004). De eksisterende litteraturstudier peger entydigt på, at brugerbetaling i de fleste tilfælde reducerer forbruget af de berørte sundhedsydelser, og at sårbare befolkningsgrupper er særligt følsomme. Flere af litteraturstudierne peger desuden på, at brugerbetaling både reducerer forbruget af sundhedsydelser, der er strengt nødvendige ud fra en sundhedsfaglig synsvinkel, og andre typer af sundhedsydelser. Resultaterne er mindre konsistente med hensyn til, hvorvidt brugerbetaling medfører et fald i de samlede omkostninger, fordi det lavere forbrug som følge af brugerbetaling i nogle tilfælde findes at have negative helbredsmæssige konsekvenser og en stigning i forbruget af andre typer af sundhedsydelser til følge. En væsentlig pointe er desuden, at eftersom størstedelen af befolkningen typisk er ved godt helbred og har et yderst begrænset forbrug af sundhedsydelser, så vil en eventuel reduktion i forbruget af sundhedsydelse blandt denne gruppe kun have en marginal effekt på de samlede sundhedsudgifter (Swartz 2010).

2 Litteratursøgning

I dette afsnit beskrives den fremgangsmåde, der blev brugt til at identificere relevant litteratur. Afsnit 2.1 beskriver de overordnede kriterier for, hvilke typer af studier vi ønskede at inkludere i forskningsgennemgangen. Afsnit 2.2 beskriver den valgte søgestrategi. I afsnit 2.3 redegøres der for, hvordan vi udvalgte de relevante studier blandt de mange studier, der blev fundet ved den indledende litteratursøgning.

2.1 Inklusionskriterier

Forskningsgennemgangen inkluderer kvantitative studier af effekter af brugerbetaling på sundheds- og ældreområdet. For at give det bedst mulige grundlag for en tværgående vurdering inddrages studier publiceret i peer-reviewede tidsskrifter og som working papers, videnskabelige afhandlinger⁶, bøger og bogkapitler på engelsk, dansk eller svensk.⁷ For at sikre en rimelig grad af sammenlignelighed med hensyn til de institutionelle rammer inkluderes udelukkende studier udført i lande, der klassificeres som højindkomstlande jf. (Verdensbanken 2012). Det er desuden et krav, at der er foretaget en selvstændig analyse enten af data indsamlet specifikt til formålet eller med udgangspunkt i eksisterende data, således at der er tale om et selvstændigt studie. Tidsmæssigt inkluderes studier med publiceringsår fra 1990 og frem til december 2011, hvor vi stoppede indsamlingen af nye studier.

Ovennævnte inklusionskriterier betyder, at kvalitative studier, studier udført i lavindkomstlande, studier publiceret før 1990 eller efter december 2011, studier på andre sprog end engelsk, dansk, norsk og svensk samt foreliggende litteraturgennemgange ikke er inkluderet. Studier hvor variationen i brugerbetaling skyldes private forsikringer købt på frivillig basis er ligeledes ikke inkluderet jf. afgrænsningen foretaget i afsnit 1.4.

2.2 Søgestrategi

Søgestrategien er valgt med henblik på at identificere flest mulige studier, som besvarer de opstillede forskningsspørgsmål og opfylder inklusionskriterierne inden for projektets tids- og ressourcemæssige rammer. Der blev søgt efter litteratur i den internationale bibliografiske database EconLit, som indeholder studier publiceret i peer-reviewede tidsskrifter såvel som working papers, videnskabelige afhandlinger, bøger og bogkapitler inden for det økonomiske fagområde. EconLit inkluderer studier skrevet på engelsk samt en lang række af andre sprog, herunder dansk og svensk.⁸ EconLit dækker perioden fra 1969 til i dag og omfatter p.t. ca. 1,2 millioner referencer.

⁶ Specialer er ikke systematisk tilgængelige fra alle institutter og fakulteter og er derfor ikke medtaget.

⁷ Det blev besluttet ikke at stræbe efter at inddrage studier skrevet på norsk, eftersom disse ikke er inkluderet i den internationale bibliografiske database EconLit, der fungerede som det primære litteratursøgningsredskab jf. afsnit 2.2.

⁸ Fra Danmark indeholder EconLit fx artikler publiceret i Nationaløkonomisk Tidsskrift.

Faktaboks 2 beskriver de anvendte søgeord relateret til henholdsvis brugerbetaling, sundhedsområdet og ældreområdet. Der blev udelukkende søgt på engelske termer. EconLit tillader søgning efter studier på andre sprog end engelsk via engelske søgeord, idet de fleste studier på andre sprog end engelsk er udstyret med titel og abstract på engelsk. Søgningerne blev i alle tilfælde begrænset til ord inkluderet i titel, abstract og nøgleord.

Faktaboks 2: Anvendte søgeord

Brugerbetaling: payment*, co-payment*, co-payment*, user fee*, user charge*, co-finance, user pays, cost sharing, out-of-pocket, private payment*, finance, financing, funding.

Sundhedsområdet: health*, medical, somatic, doctor*, dental, medicine, drug*, primary care, general practice, specialist, physio*, rehabilitation, hospital, ambulatory.

Ældreområdet: elder*, home care, home help, domestic help, in-home help, long term care, personal care, nursing home, residential, clean*, service.

Note: * indikerer en trunckeret søgning, hvor der blev søgt på stammen af et ord og alle dets forskellige endelser samtidig.

Efterfølgende blev litteraturlisterne for de studier, der blev udvalgt jf. kriterierne opstillet i afsnit 2.1, gennemgået for yderligere litteratur (den såkaldte "snowballing"-metode).

Den indledende søgestrategi involverede desuden søgning efter litteratur i de danske databaser DanBib og Den Danske Forskningsdatabase, de svenske databaser LIBRIS og SwePub, de norske databaser BIBSYS og ForskDok samt den internationale sundhedsvidenskabelige database PubMed. Det viste sig dog ikke muligt at gennemføre en så bred søgestrategi inden for projektets tids- og ressourcemæssige rammer, og disse søgninger blev ikke gennemført. I videre studier vil en optimal søgestrategi inkludere søgninger i nationale databaser.

Med henblik på at sikre, at relevante danske studier er inkluderet, blev der i stedet rettet personlig henvendelse til udvalgte medarbejdere ved en række ministerier, forskningsinstitutioner, interesseorganisationer og tænketanke, som dermed havde mulighed for at supplere med relevant litteratur. Denne proces er dokumenteret i tabel 2.1.

Tabel 2.1 Oversigt over personlig korrespondance med myndighedspersoner og forskere

Myndighed	Kontaktoplysninger	Status
Økonomi- og Indenrigsministeriet, kontorchef Signe Bohm	sin@oim.dk	Mail afsendt 19/12/11 Svar modtaget telefonisk 13/01/12 (fra Christian Friis Binzer)
Kommunernes Landsforening, styringschef Morten Mandøe	mom@kl.dk	Mail afsendt 19/12/11 Svar modtaget på mail 20/12/11
Aarhus Universitet, professor Torben M. Andersen	tandersen@econ.au.dk	Mail afsendt 19/12/11 Svar modtaget på mail 05/02/12
Dansk Sundhedsinstitut, direktør Jes Søgaard	jes@dsi.dk	Mail afsendt 19/12/11 Svar modtaget på mail 11/01/12
Syddansk Universitet, forskningsleder Mickael Bech	mbe@sam.sdu.dk	Mail afsendt 19/12/11 Svar modtaget på mail 20/12/11
CASA, Søren Geckler	sge@casa-analyse.dk	Mail afsendt 19/12/11 Svar modtaget på mail 11/01/12
CEPOS, vicedirektør Mads Lundby Hansen	mads@cepos.dk	Mail afsendt 19/12/11 Svar modtaget på mail 11/01/12
Socialforskningsinstituttet, forskningsprofessor Søren Winter	scw@sfi.dk	Mail afsendt 19/12/11 Svar modtaget på mail 17/02/12 (fra Tine Rostgaard)

Henvendelserne til de udvalgte medarbejdere beskrevet i tabel 2.1 resulterede ikke i henvisninger til danske eller internationale studier, der opfyldte inklusionskriterierne opstillet i afsnit 2.1 og ikke allerede var identificeret ved søgningerne i EconLit. Dette tyder på, at vi med søgningerne i EconLit og efterfølgende "snowballing" ikke har overset relevante danske studier.

2.3 Identifikation og udvælgelse af relevante studier

Søgestrategien beskrevet i afsnit 2.2 blev implementeret trinvis, som følger. Vi startede med at søge i EconLit, da vi forventede at finde den højeste koncentration af relevante studier i denne database. Dette resulterede i 4.092 hits i alt, fordelt på 3.289 på sundhedsområdet og 803 på ældreområdet. Relevansen af de fundne studier blev vurderet ud fra inklusionskriterierne beskrevet i afsnit 2.1, samt hvorvidt de pågældende publikationer svarede på mindst et af forskningsspørgsmålene opstillet i afsnit 1.1. Vurderingen af de enkelte studier blev som udgangspunkt foretaget på baggrund af titel og abstract eller sammenfatning. Ved tvivl blev hele studiet indhentet og gennemlæst, hvorefter en beslutning blev truffet.

Som en konsekvens af de forholdsvis generelle søgeord var den primære årsag til, at mange studier blev vurderet som værende irrelevante og sorteret fra, at de handlede om noget helt andet end brugerbetaling. Mere specifikke grupper af fravalgte studier inkluderer studier, der undersøger effekter af betalingssystemer på udbudssiden frem for på brugersiden (bl.a. Cherkin et al. (1992) og Madden et al. (2005)), studier udført i lavindkomstlande (bl.a. Lewis (1993)) og studier baseret på data fra før 1990 (bl.a. Jung (1998), Kupor et al. (1995), Ryan & Birch (1991) og Soumerai et al. (1991)). Endelig blev en del studier af brugerbetaling baseret på variation mellem borgere, der frivilligt har valgt sig ind i forskellige ordninger eller tegnet private tillægssikringer (bl.a. Atella (2000), Chandra et al. (2010), Chiappori et al. (1998), Dor & Encinosa (2010) og van Vliet (2004)) samt studier af indirekte brugerbe-

taling (bl.a. Gilman & Kautter (2008), Goldman et al. (2004) og Grootendorst et al. (2004)) sorteret fra jf. afgrænsningen foretaget i afsnit 1.4.

Screeningen af de mange hits resulterede i, at 37 studier, fordelt på 35 på sundhedsområdet og 2 på ældreområdet, blev vurderet som værende relevante og indhentet. Dernæst blev litteraturlisterne for de udvalgte studier gennemgået for relevant litteratur, hvilket resulterede i yderligere 14 relevante studier i tillæg til de 37 studier, der blev fundet ved søgning i EconLit. Det blev løbende sikret, at det samme studie ikke indgår flere gange, fx både som working paper og videnskabelig artikel. Henvendelse til de udvalgte medarbejdere ved en række ministerier, forskningsinstitutioner, interesseorganisationer og tænketanke resulterede ikke i henvisninger til relevante studier, som på dette tidspunkt ikke allerede var identificeret og indhentet.

De indhentede studier blev kategoriseret på en række dimensioner, herunder hvilket land der danner baggrund for analysen, analysefokus, -design og -metode, de anvendte data og publikationstype. Studiernes resultater på en række forskellige områder blev desuden opsummeret i tabelform. Dette materiale danner baggrund for afsnit 3 og 4, der præsenterer resultaterne af den empiriske litteratur på henholdsvis sundheds- og ældreområdet. For begge afsnit gælder, at bemærkninger om signifikans refererer til statistisk signifikans på et 5-procents niveau.

3 Effekter på sundhedsområdet

Litteratursøgningen og den efterfølgende udvælgelse af relevante studier beskrevet i afsnit 2 identificerede i alt 45 studier af effekter af brugerbetaling på sundhedsområdet. Tabel 3.1 opsummerer grundlæggende information om disse studier. Studierne er beskrevet, med hensyn til 1) hvilket land der danner baggrund for analysen, 2) analysefokus, -design og -metode, 3) de anvendte data og 4) publikationstype. Disse oplysninger vurderes at være relevante i forhold til en efterfølgende gennemgang og diskussion af studierne resultater.

Tabel 3.1 Grundlæggende information om de udvalgte studier på sundhedsområdet

Forfatter(e) og udgivelsesår	Land	Analyse				Data		Pub. type
		Fokus	Design	Metode	Type	År	Niveau	
Almarsdóttir et al. (2000)	ISL	E	NE	REG	R-TI	1993-1998	AGG	PA
Atella et al. (2006)	ITA	E;S	NE	DID	R-PA	1997-2002	IND	PA
Augurzky et al. (2006)	TYS	E;F	NE	DID	S-PA	2003;2005	IND	WP
Blais et al. (2003)	CAN	E	NE	REG	R-TI	1992-1996	IND	PA
Bolin et al. (2009)	EUR	E	OB	REG	S-TV	2004	IND	PA
Christensen (1995a)	DAN	E	EK	BS	S-TV	1990	IND	PA
Christensen (1995b)	DAN	E	EK	BS	S-TV	1990	IND	PA
Cockx & Brasseur (2003)	BEL	E	NE	DID	R-GT	1993-1994	AGG	PA
Contoyannis et al. (2005)	CAN	E;F	NE	IV	R-PA	1995-1997	IND	PA
Costa-Font et al. (2007)	SPA	E	OB	REG	S-TV	2004	IND	PA
Elofsson et al. (1998)	SVE	E;F	OB	REG	S-TV	1995	IND	PA
Fiorio & Siciliani (2010)	ITA	E	NE	DID	R-PA	2001;2003; 2006	AGG	PA
Grootendorst & Levine (2002)	CAN	E;F	NE	REG	S-GT	1994-1997	IND	WP
Gundgaard (2006)	DAN	F	OB	IN	S;R-TV	2000-2001	IND	PA
Jordin & Engholm (2001)	SVE	E	NE	BS	R-TI	1996-1999	AGG	PA
Kim et al. (2005)	KOR	E;F	OB	REG	S-TV	1998	IND	PA
Krutilová (2010)	TJE	E	NE	BS	R-TI	2007-2009	AGG	PA
Layte et al. (2009)	IRL	E	NE	DID	S-GT	2000;2004	IND	PA
Li et al. (2007)	CAN	E;F;S	NE	IV	R-PA	1996-2002	IND	PA
Lostao et al. (2007b)	FRA;TYS; SPA	E;F	TS	REG	S-GT	1990;2000	IND	PA
Lostao et al. (2007a)	FRA;TYS; SPA	E;F	TS	REG	S-GT	1990;2000	IND	PA
Lundberg et al. (1998)	SVE	E;F	OB	REG	S-TV	1995	IND	PA
McManus et al. (1996)	AUS	E	NE	REG	S-TI	1987-1994	AGG	PA
Nexøe et al. (1997)	DAN	E	EK	BS	R-TV	1995	IND	PA
Nolan (2008)	IRL	E	NE	DID	S-PA	1995-2001	IND	PA
O'Reilly et al. (2007)	NIRL; IRL	E;F	TS	REG	S-TV	2003	IND	PA
Or et al. (2008)	EUR	F	TS	REG	S-TV	1998-2004	IND	WP
Pilote et al. (2002)	CAN	E;F;S	NE	REG	R-PA	1994-1998	IND	PA
Poirier et al. (1998)	CAN	E;F	NE	BS	R-PA	1991-1993	IND	PA
Puig-Junoy et al. (2011)	SPA	E;S	NE	DID	R-PA	2004-2006	IND	WP

Forfatter(e) og udgivelsesår	Land	Analyse				Data		Pub. type
		Fokus	Design	Metode	Type	År	Niveau	
Rosen et al. (2011)	ISR	E	NE	DID	R-PA	1997-2001	IND	PA
Rückert et al. (2008)	TYS	E;F	OB	REG	S-GT	2004-2006	IND	PA
Schreyögg & Grabka (2010)	TYS	E;F	NE	DID	S-PA	2000-2003 2005-2006	IND	PA
Scott et al. (2003)	NZE	F	OB	REG	S-TV	1996-1997	IND	PA
Simonsen et al. (2010)	DAN	E;F	OB	RD	R-PA	2000-2003	IND	WP
Skipper (2010)	DAN	E;F	NE	RD	R-PA	1999-2001	IND	WP
Street et al. (1999)	RUS	E	OB	REG	S-TV	1996	HUS	PA
Tamblyn et al. (2001)	CAN	E;S	NE	REG	R-PA	1993-1997	IND	PA
van de Voorde et al. (2001)	BEL	E	NE	REG	R-PA	1986-1995	AGG	PA
van Doorslaer et al. (1999)	EUR; USA	F	OB	IN	S-TV	1980-1993	HUS	PA
Wagstaff et al. (1999)	EUR; USA	F	OB	IN	S-TV	1980-1993	HUS	PA
Wang et al. (2010)	CAN	S	NE	REG	R-PA	1997-2004	IND	PA
Winkelmann (2004)	TYS	E	NE	DID	S-PA	1995-1996 1998-1999	IND	PA
Zápal (2010)	TJE	E	NE	DID	R-PA	2009	IND	PA
Zhong (2007)	CAN	F	OB	IN	S-GT	1990 1996-1997 2000-2001	IND	PA

Anm.: **Land:** AUS = Australien; BEL = Belgien; CAN = Canada; DAN = Danmark; EUR = Europa; FRA = Frankrig; IRL = Irland; ISR = Israel; ITA = Italien; KOR = Sydkorea; NIRL = Nordirland; NZE = New Zealand; RUS = Rusland; SPA = Spanien; SVE = Sverige; TJE = Tjekkiet; TYS = Tyskland; USA = Nordamerika. **Fokus:** E = efterspørgselsmæssige effekter; F = fordelingsmæssige effekter; S = sundhedsmæssige effekter og substitution. **Analyse-design:** EK = eksperiment; NE = naturligt eksperiment; OB = observationsstudie; TS = tværnational sammenligning. **Analysemetode:** BS = beskrivende sammenligning; DID = difference-in-difference; IN = forskellige koncentrations- og ulighedsindeks; IV = instrument variabel estimation; REG = regression; RD = regressions-diskontinuitets estimation. **Datatype:** S- = survey; R- = register; GT = gentagne tværsnit; PA = paneldata; TI = tidsseriedata; TV = tværsnitsdata. **Niveau:** AGG = aggregeret niveau; HUS = husholdningsniveau; IND = individniveau. **Publikationstype:** PA = peer-reviewed artikel; WP = working paper.

Det fremgår af tabel 3.1, at langt størstedelen af de udvalgte studier analyserer effekter af brugerbetaling i en national kontekst. De canadiske og nordamerikanske sundhedsvæsenere danner baggrund for flest brugerbetalingsstudier, om end disse oftest er begrænset til at fokusere på en enkelt stat, men også Belgien, Danmark, Irland, Italien, Spanien, Sverige, Tjekkiet og Tyskland tegner sig for flere studier. Et bredt udsnit af lande er således repræsenteret. Mens de fleste studier afgrænser sig til et enkelt land, så analyseres de fordelingsmæssige konsekvenser af brugerbetaling på tværs af flere lande i Bolin et al. (2009), Or et al. (2008), van Doorslaer et al. (1999) og Wagstaff et al. (1999). Endelig udnytter Lostao et al. (2007a), Lostao et al. (2007b) og O'Reilly et al. (2007) variation i brugerbetaling mellem lande til at identificere effekten af brugerbetaling via tværnationale sammenligninger.

Omkring halvdelen af de øvrige studier er kvantitative observationsstudier, hvor effekter af brugerbetaling estimeres ved brug af forskellige regressioner. Den anden halvdel identifi-

cerer effekter af brugerbetaling ved at kombinere naturlige eksperimenter med difference-in-difference eller instrument variabel estimatorer, eller forskellige former for regressioner. Et naturligt eksperiment er et observationsstudie, der indeholder et element af tilfældig variation, idet én gruppe påvirkes af en eksogen begivenhed – i dette tilfælde en ændring i brugerbetaling – mens en anden gruppe ikke påvirkes af begivenheden. Effekten af den indtrufne begivenhed kan estimeres ved at sammenligne den påvirkede gruppe før og efter begivenheden er indtruffet eller ved at sammenligne den gruppe, der påvirkes af begivenheden med en kontrolgruppe, der ikke påvirkes. Ved difference-in-difference estimation sammenlignes både forskel mellem før og efter samt mellem den påvirkede gruppe og kontrolgruppen. En lignende metode, der anvendes i et enkelt af de gennemgåede studier, er et regressionsdiskontinuitets design, hvor man bruger en eksogen tærskelværdi for et skift i niveauet af brugerbetaling og sammenligner observationer, der ligger henholdsvis lige over og lige under tærsklen (Simonsen et al. 2010). Endelig analyserer enkelte studier de fordelingsmæssige konsekvenser af brugerbetaling ved at beregne forskellige koncentrations- og ulighedsindeks og dekomponere den samlede grad af ulighed (Gundgaard 2006; van Doorslaer et al. 1999; Wagstaff et al. 1999; Zhong 2007).

Langt størstedelen af de gennemgåede studier er baseret på individdata eller data registreret på husholdningsniveau, mens enkelte benytter sig af aggregerede data, hvor individuelle og husholdningsspecifikke karakteristika ikke kan identificeres. Studierne fordeler sig ligeligt på henholdsvis survey- og registerdata. Omkring halvdelen bruger paneldata, hvilket kombineret med et naturligt eksperiment giver mulighed for at identificere effekten af brugerbetaling ved brug af difference-in-difference estimation. Enkelte studier foretager desuden difference-in-difference estimation baseret på data fra gentagne tværsnit, mens resten analyserer data fra enkelte eller gentagne tværsnit ved brug af forskellige former for regressioner eller beskrivende sammenligninger. De regressionsbaserede metoder tager højde for selektion på observerede karakteristika. Instrumentvariabelestimatorer og regressionsdiskontinuitetsestimatorer tillader desuden selektion på uobserverede karakteristika. I de studier, der belyser sammenhængen mellem brugerbetaling og forbrug via beskrivende sammenligninger, kontrolleres der ikke direkte for andre forhold. Den optimale analysemetode afhænger naturligvis af den institutionelle kontekst og data til rådighed. Det er dog værd at bemærke, at naturlige eksperimenter og egentlige eksperimenter ofte er mindre sårbare over for selektionsbias end observationsstudier.

Med hensyn til type af publikation fordeler studierne sig således, at omkring en fjerdedel er udgivet som working papers ved universiteter eller andre forskningsinstitutioner, mens resten er udgivet som artikler i videnskabelige tidsskrifter. En del af de nyere working papers (Puig-Junoy et al. 2011; Schreyögg & Grabka 2010; Simonsen et al. 2010; Skipper 2010) må forventes at blive udgivet på artikelform på et senere tidspunkt.

I det følgende gennemgås resultaterne af de indsamlede studier struktureret med udgangspunkt i analysefokus. Afsnit 3.1 gennemgår således resultaterne for de efterspørgselsmæssige effekter af brugerbetaling. Resultaterne for de studier, der har analyseret de sundheds- og substitutionsmæssige effekter af brugerbetaling, opsummeres i afsnit 3.2 med henblik på at vurdere, i hvilket omfang brugerbetaling har potentiale til at reducere de samlede

offentlige udgifter. I forhold til denne gruppe af studier er det værd at bemærke, at ingen af de anvendte datasæt spænder over en tilstrækkelig årrække til at kunne sige noget om de substitutions- og sundhedsmæssige konsekvenser af brugerbetaling på længere sigt. Endelig gennemgår afsnit 3.3 resultaterne af de analyser, der vedrører fordelingsmæssige konsekvenser. Der kommenteres løbende på, hvordan effekterne varierer for forskellige typer af sundhedsydelser og befolkningsgrupper.

3.1 Efterspørgselsmæssige effekter

Som gennemgået i afsnit 1.5.1 har brugerbetaling potentiale til at dæmpe den individuelle efterspørgsel efter sundhedsydelser ved at hæve den pris, der betales af brugeren på forbrugstidspunktet. Den efterspørgselsmæssige effekt af brugerbetaling afhænger af efterspørgslens priselasticitet og må således forventes at variere på tværs af forskellige typer af sundhedsydelser. Idet efterspørgslen efter offentlige ydelser approksimeres med det faktiske forbrug i alle de gennemgæede studier, anvendes begreberne efterspørgsel og forbrug synonymt i resten af denne rapport.

Tabel 3.2 opsummerer resultaterne for den store gruppe af studier, der har undersøgt, hvordan brugerbetaling påvirker forbruget af forskellige typer af sundhedsydelser. På tværs af de forskellige typer af sundhedsydelser finder langt de fleste studier en negativ effekt af brugerbetaling, hvilket indikerer, at et højere niveau af brugerbetaling i langt de fleste tilfælde reducerer forbruget af sundhedsydelser, mens et lavere niveau af brugerbetaling øger forbruget.

Tabel 3.2 Effekter af brugerbetaling på forbruget af forskellige typer af sundhedsydelser

Type af sundhedsydelse	Effekt	Studier
Lægekonsultationer	-	Bolin et al. (2009); Cockx & Brasseur (2003); Elofsson et al. (1998); Jordin & Engholm (2001); Krutilová (2010); Lostao et al. (2007a); Lostao et al. (2007b); Nolan (2008); O'Reilly et al. (2007); Rückert et al. (2008); van de Voorde et al. (2001); Winkelmann (2004)
	0	Augurkzy et al. (2006); Layte et al. (2009); Schreyögg & Grabka (2010); Zápál (2010)
	+	Rosen et al. (2011)
Ambulant behandling	-	Kim et al. (2005); Krutilová (2010)
Hospitalsindlæggelser	0	Lostao et al. (2007b); Krutilová (2010)
Receptpligtig medicin	-	Almarsdóttir et al. (2000); Atella et al. (2006); Blais et al. (2003); Contoyannis et al. (2005); Costa-Font et al. (2007); Fiori & Siciliani (2010); Grootendorst & Levine (2002); Krutilová (2010); Li et al. (2007); Lundberg et al. (1998); McManus et al. (1996); Puig-Junoy et al. (2011); Simonsen et al. (2010); Skipper (2010); Street et al. (1999); Tamblyn et al. (2001)
	0	Pilote et al. (2002); Poirier et al. (1998)
Forebyggelse	-	Christensen (1995a); Christensen (1995b); Nexøe et al. (1997)

Gruppen af studier, der har undersøgt effekten af brugerbetaling på forbruget af forskellige typer af lægekonsultationer, behandles mere indgående i afsnit 3.1.1. Mens flertallet af disse studier finder en negativ effekt, så peger i alt fire studier fra tre forskellige lande dog på, at

den individuelle efterspørgsel efter lægehjælp ikke påvirkes af brugerbetaling, og et enkelt studie finder en positiv effekt. Resultaterne angående de efterspørgselsmæssige effekter på brugen af henholdsvis ambulant behandling og hospitalsindlæggelser gennemgås i afsnit 3.1.2. Studierne af hvordan brugerbetaling påvirker forbruget af receptpligtig medicin, finder, med enkelte undtagelser, et negativt forhold mellem omfanget af brugerbetaling og medicinforbruget, dog af varierende styrke for forskellige befolkningsgrupper og typer af medikamenter. Denne gruppe af studier behandles mere indgående i afsnit 3.1.3. Endelig finder tre studier, der behandles i afsnit 3.1.4, en negativ sammenhæng mellem brugerbetaling og den individuelle efterspørgsel efter forebyggelse i form af helbredsundersøgelser og vaccinationer.

Der kommenteres på størrelsen af de fundne effekter, hvor dette vurderes at være relevant i forhold til at kvalificere fremtidige beslutninger om brugerbetalingspolitik i det danske velfærdssamfund. Effekternes størrelse opsummeres dog ikke systematisk for alle de gennemgængede studier af en række årsager. For det første er effekternes størrelse ikke opgjort ensartet på tværs af studierne. For det andet identificerer en række studier ikke effekten af en specifik brugerbetaling, men ser i stedet på forskelle i niveauet af brugerbetaling beskrevet i generelle termer.⁹ For det tredje hænger effekternes størrelse tæt sammen med, hvilken type af ydelse der er pålagt brugerbetaling, samt brugerbetalingens størrelse. Frem for en ufuldstændig og uensartet oversigt, kommenteres i teksten på effekternes størrelse i det omfang, det bidrager til at belyse konsekvenserne af at indføre brugerbetaling på nye områder og udvide eksisterende ordninger i Danmark. I praksis betyder dette, at der ikke kommenteres på effekternes størrelse for studier, der analyserer effekten af at indføre eller fjerne små brugerbetaling for receptpligtig medicin, idet denne type af ydelse allerede i dag er pålagt relativt omfattende brugerbetaling i Danmark.¹⁰

Tabel 3.3 opsummerer resultaterne for de studier, der har beregnet priselasticiteter for efterspørgslen efter forskellige typer af sundhedsydelser. Som nævnt i afsnit 1.5 defineres priselasticiteten som den procentvise ændring i den individuelle efterspørgsel som følge af en 1-procents ændring i den pris, der betales af brugeren på forbrugstidspunktet. For eksempel betyder en priselasticitet på -0,15, at når brugerbetalingen for en given ydelse stiger med 1 procent, så falder den individuelle efterspørgsel efter ydelsen med 0,15 procent.

⁹ Denne gruppe af studier inkluderer Almarsdóttir et al. (2000), Bolin et al. (2009), Costa-Font et al. (2007), Elofsson et al. (1998), Jordin & Engholm (2001), Lostao et al. (2007a), Lostao et al. (2007b) og O'Reilly et al. (2007).

¹⁰ Denne gruppe af studier inkluderer Almarsdóttir et al. (2000), Atella et al. (2006), Blais et al. (2003), Contoyannis et al. (2005), Costa-Font et al. (2007), Fiori & Siciliani (2010), Grootendorst & Levine (2002), Krutilová (2010), Li et al. (2007), Lundberg et al. (1998), McManus et al. (1996), Pilote et al. (2002), Poirier et al. (1998), Puig-Junoy et al. (2011), Street et al. (1999), Tamblyn et al. (2001), Winkelmann (2004).

Tabel 3.3 Priselasticiteter for efterspørgslen efter forskellige typer af sundhedsydelse

Studie	Land	Befolkningsgruppe	Type af sundhedsydelse	Efterspørgslens priselasticitet
Cockx & Brasseur (2003)	Belgien	Lavindkomstgruppe	Konsultation i almen praksis	-0,06 for mænd -0,01 for kvinder
			Hjemmebesøg	-0,18 for mænd -0,08 for kvinder
			Speciallægekonsultation	-0,14 for mænd -0,02 for kvinder
Contoyannis et al. (2005)	Canada	Ældre kronikere	Receptpligtig medicin	Fra -0,12 til -0,16
van de Voorde et al. (1999)	Belgien	Hele befolkningen	Konsultation i almen praksis	Fra -0,12 til -0,16
			Hjemmebesøg	Fra -0,20 til -0,39
			Speciallægekonsultation	-0,10
Kim et al. (2005)	Sydkorea	Brugere af ambulans behandling	Ambulant behandling i hospitalsregi	-0,09
			Ambulant behandling på klinik	-0,18
Li et al. (2008)	Canada	Hele befolkningen	Receptpligtig medicin	-0,11 (-0,20 for lav indkomst)
Simonsen et al. (2010)	Danmark	Brugere af receptpligtig medicin	Receptpligtig medicin	Fra -0,08 til -0,25 (afh. af modelspec.)
Skipper (2010)	Danmark	Brugere af penicillin	Penicillin	Fra -0,18 til -0,35 (afh. af modelspec.)

Det fremgår af tabel 3.3, at de estimerede priselasticiteter i alle tilfælde er negative, hvilket betyder, at efterspørgslen falder ved en stigning i den pris, der betales af brugeren på forbrugstidspunktet. De estimerede priselasticiteter er alle numerisk mindre end 1, hvilket betyder, at den individuelle efterspørgsel falder med mindre end 1 procent som følge af en 1-procents prisstigning. For de forbrugsniveauer, som elasticiteterne rapporteret i tabel 3.2 er beregnet med udgangspunkt i, kan den individuelle efterspørgsel efter sundhedsydelse således illustreres grafisk med en efterspørgselskurve, hvis hældning er et sted mellem de to efterspørgselskurver i figur 1.1.

3.1.1 Lægekonsultationer

En lang række studier har undersøgt effekten af brugerbetaling på forbruget af forskellige former for lægehjælp. Bolin et al. (2009) analyserede sammenhængen mellem en række individuelle og institutionelle faktorer og antallet af lægebesøg inden for det seneste år blandt den ældre del af befolkningen i 10 europæiske lande og fandt, at højere brugerbetaling var associeret med færre lægebesøg. Lostao et al. (2007a) og (2007b) fandt ligeledes indikationer på, at brugerbetaling reducerede frekvensen af lægebesøg ved at foretage tværnationale sammenligninger mellem Frankrig, Tyskland og Spanien.

Nolan (2008) og Layte et al. (2009) analyserede effekten af brugerbetaling på brugen af almen praksis i Irland med udgangspunkt i to forskellige naturlige eksperimenter. I Irland er der fuld brugerbetaling for besøg hos den praktiserende læge for størstedelen af befolkningen. Nolan (2008) identificerede effekten af brugerbetaling ved at udnytte variation i niveauet af brugerbetaling som følge af, at individer med indkomst under en given tærskel fritages for brugerbetaling. Studiet fandt, at skiftet i niveauet af brugerbetaling påvirkede antallet af

besøg hos den praktiserende læge signifikant, og at den negative effekt af at blive pålagt brugerbetaling som følge af en indkomststigning var større end den positive effekt af en fritagelse. Helt præcist fandt Nolan (2008), at fritagelse for brugerbetaling som følge af lav indkomst førte til mellem 1,1 og 1,3 ekstra besøg hos den praktiserende læge pr. år, mens det årlige antal besøg hos den praktiserende læge faldt med mellem 1,1 og 1,6 besøg for personer, der blev pålagt brugerbetaling. Situationen uden brugerbetaling sammenlignes i begge tilfælde med et udgangspunkt, hvor den arbejdende del af befolkningen betaler den fulde omkostning for lægebesøg, hvilket beløb sig til 33 Euro for et gennemsnitligt besøg i 2003. Layte et al. (2009) udnyttede eksogen variation i niveauet af brugerbetaling som følge af, at personer over 70 år blev fritaget for brugerbetaling uanset deres indkomst i juli 2001 og fandt, at fritagelsen medførte en svag stigning i sandsynligheden for at have været i kontakt med en praktiserende læge inden for det seneste år, mens antallet af kontakter var upåvirket. Layte et al. (2009) diskuterede flere mulige forklaringer på, hvorfor fritagelsen for brugerbetaling ikke øgede antallet af lægebesøg blandt den ældre del af befolkningen i Irland. For det første kan det tænkes, at ikke-økonomiske barrierer så som mobilitet, transport og information spiller en relativt stor rolle for den ældre del af befolkningen, hvorimod brugerbetaling i mindre grad påvirker efterspørgslen efter sundhedsydelser. En anden mulig forklaring er, at de praktiserende læger modtager et basishonorar for patienter over 70 år, hvilket giver dem et incitament til at begrænse antallet af besøg for denne gruppe – dvs. en udbudsmæssig effekt.

Et andet studie indikerer ligeledes, at brugerbetaling i visse situationer kan have nogle ikke-trivielle udbudsmæssige effekter. Rosen et al. (2011) analyserer effekten af en beskeden brugerbetaling for det første speciallægebesøg hvert kvartal blandt medlemmerne af en stor israelsk sygekasse og finder – mod forventning – en stigning i antallet af speciallægebesøg som følge af indførelsen af brugerbetalingen for nogle medlemmer. Studiets forfattere peger på, at den positive effekt sandsynligvis skyldes nogle strukturmæssige forhold ved betalingen af udbyderne. Mere specifikt, så er der fastsat en øvre grænse for udbydernes indtjening fra andre kilder end brugerbetaling, mens det er tilladt at øge den samlede indtjening ud over dette niveau med indtjening fra brugerbetaling. Denne struktur kan utilsigtet have givet udbyderne et incitament til at forsøge at øge besøgsraten blandt de patienter, som er pålagt brugerbetaling, med henblik på at øge den samlede indtjening.

Tre studier fokuserer på at afdække, hvordan effekten af brugerbetaling varierer for forskellige typer af lægebesøg. van de Voorde et al. (2001) og Cockx & Brasseur (2003) har estimeret effekten af brugerbetaling på forbruget af forskellige typer af lægebesøg i Belgien med udgangspunkt i en betydelig ændring i niveauet af brugerbetaling for disse ydelser fra 1993 til 1994 og data på det gennemsnitlige antal kontakter pr. år.¹¹ Begge studier finder, at brugerbetaling reducerer den individuelle efterspørgsel efter hjemmebesøg mere end efterspørgslen efter almindelige konsultationer med praktiserende læger og speciallæger. van de Voorde et al. (2001) finder, at de estimerede priselasticiteter ligger i intervallet fra -0,39 til -0,28 for hjemmebesøg, -0,16 til -0,12 for almindelige konsultationer i almen praksis og -0,10 for speciallægekonsultationer. Cockx & Brasseur (2003) korrigerer estimererne rapporteret i van de

¹¹ Det belgiske sundhedsvæsen er karakteriseret ved et højt niveau af brugerbetaling og en høj tæthed af læger (van de Voorde et al. 2001).

Voorde et al. (2001) ved at tage højde for, at stigningen i de relative priser på de tre typer af lægebesøg ikke var proportional. Helt præcist så steg den faste brugerbetalingstakst fra 2,62 til 3,87 Euro (dvs. med 48 procent) for almindelige konsultationer i almen praksis, fra 4,22 til 5,68 Euro (dvs. med 35 procent) for hjemmebesøg og fra 5,13 til 8,18 Euro (dvs. med 60 procent) for speciallægekonsultationer. Cockx & Brasseur (2003) dekomponerer desuden den efterspørgselsmæssige effekt af brugerbetaling i en indkomsteffekt og en substitutionseffekt. Indkomsteffekten måles ved at beregne indkomstelasticiteter defineret som den procentvise ændring i den individuelle efterspørgsel som følge af en 1-procents ændring i indkomsten (i dette tilfælde er indkomstændringen det fald, der indirekte følger af stigningen i niveauet af brugerbetaling). De estimerede indkomstelasticiteter viser, at efterspørgslen efter konsultationer i almen praksis for begge køn falder relativt mindre end faldet i indkomsten, mens efterspørgslen efter hjemmebesøg falder relativt mere. Efterspørgslen efter speciallægekonsultationer falder relativt mere end faldet i indkomsten for mænd og relativt mindre for kvinder. De tilhørende ukompenserede priselasticiteter er -0,18 for mænd og -0,08 for kvinder for efterspørgslen efter hjemmebesøg, -0,06 for mænd og -0,01 for kvinder for konsultationer i almen praksis og -0,14 for mænd og -0,02 for kvinder for speciallægekonsultationer. Cockx & Brasseur (2003) begrænser sig til at estimere elasticiteter for de lavere indkomstgrupper, idet de argumenterer for, at estimerne for de højere indkomstgrupper ikke kan identificeres på baggrund af den observerede ændring i brugerbetalingen, mens estimerne rapporteret i van de Voorde et al. (2001) er baseret på hele befolkningen. Krutilová (2010) udnyttede en reform, der øgede niveauet af brugerbetaling i det tjekkiske sundhedsvæsen, til at undersøge effekten af brugerbetaling på forbruget af et bredt udvalg af sundhedsydelser. Dette studie fandt, at indførelsen af en brugerbetaling på 1,14 Euro pr. besøg medførte et fald i det samlede antal speciallægebesøg på 13,45 procent fra 2007 til 2008, mens det årlige antal hjemmebesøg udført af praktiserende læger faldt med 25,8 procent som følge af brugerbetalingen.

En gruppe af nyere studier fra Tyskland har analyseret effekten af en brugerbetaling på 10 Euro for det første lægebesøg hvert kvartal, der blev indført i 2004. Augurzky et al. (2006) og Schreyögg & Grabka (2010) betragtede indførelsen af brugerbetaling som et naturligt eksperiment og sammenlignede med en kontrolgruppe af privatforsikrede, der ikke blev pålagt brugerbetaling. Modsat forventningerne og den offentlige opfattelse fandt begge studier, at brugerbetalingen ikke reducerede hverken sandsynligheden for lægebesøg eller antallet af lægebesøg inden for en tremåneders periode signifikant. Begge studier kontrollerede for en lang række socioøkonomiske og demografiske variable, og Schreyögg & Grabka (2010) kontrollerede desuden for sundhedsstatus. De insignifikante estimer er dog stadig betinget på, at der ikke er nogen uobserverede tidsvariante faktorer, der påvirker gruppen med brugerbetaling og kontrolgruppen af privatforsikrede forskelligt. På den anden side fandt Rückert et al. (2008), ligeledes baseret på data fra Tyskland, at særligt yngre og relativt raske voksne angav at have udskudt eller undladt at søge lægehjælp på grund af brugerbetalingen. Denne effekt aftog dog omkring 2,5 år efter indførelsen af brugerbetaling.

Elofsson et al. (1998) og O'Reilly et al. (2007) har ligeledes analyseret effekten af brugerbetaling på forbruget af lægehjælp målt ved selvopfattede adfærdsendringer. O'Reilly et al. (2007) anvendte et tværnationalt design og sammenlignede data for Irland, hvor praktise-

rende lægehjælp er pålagt brugerbetaling for store dele af befolkningen, og Nordirland, hvor praktiserende lægehjælp er gratis på brugstidspunktet. Blandt respondenterne fra Irland angav 18,9 procent, at de havde haft et helbredsmæssigt problem i løbet af det seneste år, men undladt at søge lægehjælp på grund af prisen, mens dette kun var tilfældet for 1,8 procent af de nordiske respondenter. Denne forskel indikerer, at brugerbetaling har en dæmpende effekt på efterspørgslen efter praktiserende lægehjælp. Elofsson et al. (1998) fandt, at 22 procent af respondenterne i en stikprøve indsamlet i stockholmsområdet i Sverige angav at have undladt at søge lægehjælp ved en eller flere lejligheder inden for det seneste år på grund af prisen. Begge studier fandt desuden, at tendensen til at undlade at søge lægehjælp på grund af prisen var mere udtalt blandt yngre mennesker.

Ligeledes inden for rammerne af det svenske sundhedsvæsen undersøgte Jordin & Engholm (2001) effekten af en reform, der fritog børn og unge under 20 år for brugerbetaling i forbindelse med lægebesøg. Beskrivende sammenligninger indikerer, at fritagelsen for brugerbetaling blev efterfulgt af en stigning i antallet af lægebesøget. Jordin & Engholm (2001) noterer dog, at en del af denne stigning kan skyldes andre forhold, som der ikke kontrolleres for i studiet.

Endelig udnyttede to studier det forhold, at et lægebesøg ofte udmønter sig i en recept til medicin. Zápál (2010) analyserer effekten af brugerbetaling på efterspørgslen efter lægehjælp blandt tjekkiske børn. Modsat Jordin & Engholm (2001) finder dette studie, at afskaffelsen af brugerbetaling på lægebesøg for børn i 2009 ikke påvirkede brugen af lægehjælp approksimeret ved antallet af recepter sammenlignet med en kontrolgruppe af voksne. Winkelmann (2004) finder, at en mangedobling af brugerbetalingen for receptpligtig medicin i Tyskland i 1997 medførte et fald i antallet af lægebesøg. Denne indirekte effekt kan forklares med, at en stigning i prisen på receptpligtig medicin øger den gennemsnitlige samlede omkostning forbundet med et lægebesøg, hvilket lægger en dæmper på efterspørgslen efter denne sundhedsydelse.

3.1.2 Hospitalsindlæggelser og ambulante behandling

Den empiriske litteratur om, hvordan brugerbetaling på hospitalsindlæggelser og ambulante behandling påvirker forbruget af disse sundhedsydelser, er begrænset til tre studier. Lostao et al. (2007b) foretog tværnationale sammenligninger mellem Frankrig, Tyskland og Spanien og fandt ingen indikationer på, at brugerbetaling på hospitalsindlæggelser har en efterspørgselsdæmpende effekt. Krutilová (2010) udnyttede en reform, der øgede niveauet af brugerbetaling i det tjekkiske sundhedsvæsen til at undersøge effekten af brugerbetaling på forbruget af et bredt udvalg af sundhedsydelser. Med udgangspunkt i data indsamlet på aggregeret niveau og beskrivende sammenligninger fandt dette studie, at mens brugerbetaling reducerede forbruget af sundhedsydelser på alle områder, så varierede størrelsen af denne effekt i høj grad på tværs af forskellige typer af sundhedsydelser. Hospitalsindlæggelser var den behandlingsform, der blev mindst påvirket af brugerbetaling, mens brugerbetaling i højere grad havde en dæmpende effekt på brugen af ambulante behandling i form af skadestuebesøg. Mere præcist så fandt Krutilová (2010), at indførelsen af en brugerbetaling på 3,41 Euro pr. skadestuebesøg medførte et fald i det samlede antal skadestuebesøg på 35,1 procent fra 2007 til

2008. For hospitalsindlæggelser fandt Krutilová (2010), at indførelsen af en brugerbetaling på 2,28 Euro pr. døgn fra 2008 og fremefter faldt sammen med en stigning i det samlede antal indlæggelsesdage på 2,02 procent fra 2007 til 2008 og et efterfølgende fald på 4,4 procent fra 2008 til 2009. Det samlede antal hospitalsindlæggelser steg med 8,1 procent fra 2007 til 2008, men faldt efterfølgende med 4,9 procent fra 2008 til 2009.

Endelig har Kim et al. (2005) analyseret effekten af brugerbetaling på forbruget af ambulantly behandling på henholdsvis hospitaler og klinikker blandt brugere af ambulantly behandling i Sydkorea. Dette studie fandt, at den individuelle efterspørgsel efter ambulantly behandling i hospitalsregi var mindre prisfølsom med en priselasticitet på -0,09 end den tilsvarende efterspørgsel efter ambulantly behandling på klinikker, som har en priselasticitet på -0,18. Disse priselasticiteter blev estimeret med udgangspunkt i tre forskellige niveauer af brugerbetaling på henholdsvis 100-3.000, 3.100-10.000 og 10.100+ sydkoreanske won pr. besøg.

3.1.3 Receptpligtig medicin

De efterspørgselsmæssige effekter af brugerbetaling på receptpligtig medicin er analyseret empirisk i en lang række af studier. Omkring en tredjedel af de gennemgæede studier estimerede effekten af brugerbetaling for hele den voksne befolkning. Almarsdóttir (2000) analyserede effekten af en reform, der liberaliserede apotekssektoren og øgede brugerbetalingen på receptpligtig medicin på Island og fandt, at ingen af disse tiltag reducerede de offentlige udgifter til medicin betydeligt. McManus et al. (1996) fandt derimod, at en stigning i niveauet af brugerbetaling i Australien havde betydelige efterspørgselsmæssige effekter. Dette studie skelnede desuden mellem essentiel medicin, der gives med henblik på at forebygge forringelser i helbredet eller forlænge livet for specifikke diagnosegrupper og andet medicin og fandt, at brugerbetaling reducerede forbruget af den sidste type af medicin mest. Krutilová (2010) fandt, at et øget niveau af brugerbetaling i det tjekkiske sundhedsvæsen reducerede forbruget af receptpligtig medicin, men at den efterspørgselsmæssige effekt var svagere for ældre og børn sammenlignet med den voksne befolkning. Lundberg et al. (1998) undersøgte effekten af brugerbetaling på forbruget i receptpligtig medicin målt ved selvopfattede hypotetiske adfærsændringer for en stikprøve indsamlet i Uppsala-området i Sverige. Respondenterne blev spurgt om, hvorvidt de ville bruge færre receptpligtige medikamenter, hvis brugerbetalingen steg med et specifikt beløb. Som forventet fandt Lundberg et al. (1998) en positiv sammenhæng mellem tilbøjeligheden til at reducere sit medicinforbrug og størrelsen på den hypotetiske stigning i brugerbetalingen. Street et al. (1999) analyserede effekten af brugerbetaling på forbruget af receptpligtig medicin baseret på surveydata fra Rusland og fandt, at fritagelse for brugerbetaling øgede antallet af recepter modtaget inden for den seneste måned på husholdningsniveau. Fiori & Siciliani (2010) estimerede den efterspørgselsmæssige effekt af brugerbetaling på receptpligtig medicin i Italien ved at udnytte, at brugerbetalingen for recepter blev ændret flere gange i perioden fra 2001 til 2006. Dette studie fandt en negativ sammenhæng mellem niveauet af brugerbetaling og forbruget af receptpligtig medicin målt ved antallet af recepter og de samlede medicinudgifter pr. indbygger. Endelig har Simonsen et al. (2010) estimeret efterspørgslens prisfølsomhed for brugere af receptpligtig medicin i Danmark med udgangspunkt i den eksogene variation, der opstår, fordi niveauet af brugerbe-

taling falder diskontinuerligt med det årlige medicinforbrug.¹² Dette studie finder, at brugerbetaling reducerer efterspørgslen efter receptpligtig medicin målt ved køb af medicin i en given uge. De estimerede priselasticiteter ligger i intervallet fra -0,08 til -0,25 for gruppen af individer, som har købt receptpligtig medicin for mindst 70 Euro inden for en given 12-måneders periode. I lighed med McManus et al. (1996) finder Simonsen et al. (2010) desuden, at effekten er mindre for essentiel medicin, der gives med henblik på at forebygge forringelser i helbredet eller forlænge livet for specifikke diagnosegrupper end for de øvrige typer af medicin.

En anden tredjedel af studierne benytter et skift i niveauet af brugerbetaling ved overgangen fra voksen til ældre til at identificere den efterspørgselsmæssige effekt af brugerbetaling. Costa-Font et al. (2007) estimerede determinanterne for efterspørgslen efter receptpligtig medicin baseret på surveydata fra den spanske region Catalonien og fandt, at en reduktion i brugerbetalingen ved overgangen fra voksen til ældre havde en positiv effekt på sandsynligheden for at have brugt receptpligtig medicin indenfor den seneste måned. Ligeledes baseret på data fra Spanien undersøgte Puig-Junoy et al. (2011), hvordan fritagelsen for brugerbetaling for de ældre påvirkede forbruget af receptpligtig medicin ved at sammenligne forbruget for en gruppe, der ændrede status og derved blev fritaget for brugerbetaling, med forbruget for en kontrolgruppe, som var pålagt brugerbetaling i hele perioden. Dette studie fandt, at fritagelsen for brugerbetaling øgede både forbruget af receptpligtig medicin og de samlede medicinudgifter, og at effekten var koncentreret omkring brugen af medicin til behandling af akutte og ikke-kroniske sygdomme. Grootendorst & Levine (2002) udnyttede regional variation til at identificere den efterspørgselsmæssige effekt af brugerbetaling på forbruget af receptpligtig medicin for ældre og modtagere af overførselsindkomster i Canada. Dette studie fandt en meget begrænset effekt af brugerbetaling på forbruget af receptpligtig medicin blandt de ældre, mens medicinforbruget reagerede på selv relativt små ændringer i niveauet af brugerbetaling for gruppen af overførselsindkomstmottagere. Ligeledes baseret på data fra Canada fandt Tamblyn et al. (2001), at brugerbetaling reducerede forbruget af receptpligtig medicin for ældre og personer på overførselsindkomst, der havde gjort brug af receptpligtig medicin inden for det seneste år. Dette studie fandt desuden en relativt større effekt af brugerbetaling for gruppen af overførselsindkomstmottagere sammenlignet med de ældre og en relativt mindre effekt på forbruget af essentiel medicin for begge grupper. Disse resultater er i overensstemmelse med resultaterne fundet i henholdsvis Grootendorst & Levine (2002), McManus et al. (1996) og Simonsen et al. (2010).

Endelig har den sidste tredjedel af de gennemgåede studier undersøgt de efterspørgselsmæssige effekter af brugerbetaling for medicin på forbruget blandt forskellige grupper med et dokumenteret behov for medicin som følge af sygdom. Fire af disse studier identificerer ef-

¹² Inden for en 12-måneders periode er udgifterne til receptpligtig medicin pålagt brugerbetaling som følger: 100 procent brugerbetaling for de første 0-500 DKK; 50 procent brugerbetaling for de næste 500-1.200 DKK; 25 procent brugerbetaling for de næste 1.200-2.800 DKK; 15 procent brugerbetaling for medicinudgifter på 2.800+ DKK. Kronikere med årlige udgifter til receptpligtig medicin på mere end 18.000 DKK kan ansøge om at blive fritaget for brugerbetaling for medicinudgifter ud over 18.000 DKK.

fekten af brugerbetaling på medicinforbruget blandt forskellige grupper af kronikere med udgangspunkt i en række eksogene ændringer i brugerbetalingen for receptpligtig medicin for ældre og modtagere af overførselsindkomster i den canadiske provins Quebec (Blais et al. 2003; Contoyannis et al. 2005; Pilote et al. 2002; Poirier et al. 1998). Blais et al. (2003) analyserede effekten af stigningen i brugerbetaling for voksne overførselsindkomstmottagere på forbruget af medicin til behandling af henholdsvis astma, skizofreni og antikrampemidler. Dette studie fandt, at øget brugerbetaling medførte et betydeligt fald i forbruget af inhalerede kortikosteroider til behandling af astma, mens effekten på forbruget af neuroleptika til behandlingen af skizofreni og antikrampemidler til behandling af epilepsi var insignifikant. Contoyannis et al. (2005) analyserede effekten af brugerbetaling på forbruget af receptpligtig medicin målt ved de samlede omkostninger til medicin blandt gruppen af ældre kronikere, som ligeledes oplevede en ændring i niveauet af brugerbetaling. Dette studie fandt, at priselasticiteten for efterspørgslen efter receptpligtig medicin lå i intervallet fra -0,12 til -0,16. Pilote et al. (2002) undersøgte effekten af brugerbetaling på forbruget af receptpligtig for ældre patienter, der havde haft en blodprop i hjertet, og fandt, at den højere brugerbetaling hverken påvirkede antallet af recepter eller forbruget af medicin målt ved tilbøjeligheden til at følge de lægelige anbefalinger for medicinering for denne patientgruppe. Endelig fandt Poirier et al. (1998), at en lille brugerbetaling på recepter ikke påvirkede forbruget af medicin til behandling af henholdsvis forhøjet blodtryk og angst blandt de ældre brugere af disse to typer af medicin.

Ligeledes inden for rammerne af det canadiske sundhedsvæsen har Li et al. (2007) estimeret effekten af brugerbetaling på forbruget af receptpligtig medicin for ældre med leddegigt (rheumatoid arthritis). Dette studie udnyttede en ændring i brugerbetalingsstrukturen i den canadiske provins British Columbia og et instrument baseret på udgiften til receptpligtig medicin under den nye struktur, hvis man ikke ændrede sit medicinforbrug som følge af ændringen i brugerbetalingsstrukturen. Li et al. (2007) fandt, at efterspørgslen efter receptpligtig medicin målt ved antal indløste recepter pr. år havde en priselasticitet på -0,20 for personer med lav indkomst og -0,11 for den øvrige del af befolkningen. Overordnet set peger den empiriske evidens baseret på data fra Canada således på, at den efterspørgselsmæssige effekt af brugerbetaling afhænger af typen af medicin, såvel som hvilken gruppe af befolkningen der er i fokus.

Atella et al. (2006) analyserede effekten af brugerbetaling på tilbøjeligheden til at følge de lægelige anbefalinger for medicinering blandt en gruppe af italienske patienter, der tager medicin mod forhøjet blodtryk. Dette studie udnytter to naturlige eksperimenter, hvor en brugerbetaling på 1,5 Euro pr. recept først blev fjernet i 2001 og efterfølgende genindført i 2002 til at identificere effekten af brugerbetaling. Resultaterne viste en stærk og øjeblikkelig effekt af brugerbetaling på tilbøjeligheden til at følge de lægelige anbefalinger for patienter som i udgangspunktet med brugerbetaling tog for lidt medicin, mens patienter, som i udgangspunktet fulgte retningslinjerne, ikke blev påvirket. Endelig har Skipper (2010) analyseret effekten af brugerbetaling på forbruget af henholdsvis insulin til behandling af diabetes og penicillin, der bruges til behandling af ikke-kroniske sygdomme i en dansk kontekst. Effekten af brugerbetaling blev identificeret ved brug af et regressions-diskontinuitets design og en

reform, der ændrede brugerbetalingen for medicin fra en fast andel af omkostningerne og ingen brugerbetaling for insulin til en struktur, hvor brugerbetalingen blev bestemt som en funktion af de individuelle medicinudgifter (som beskrevet i forbindelse med Simonsen et al. (2010)), og insulinens særstatus blev ophævet. Dette gav anledning til flere interessante resultater. Overordnet var reformen forbundet med betydelige fald i brugen af både insulin og penicillin. For penicillin forekom faldet udelukkende på den ekstensive margin, dvs. at antallet af brugere faldt, mens forbruget blandt dem, der brugte penicillin, ikke var mindre end før reformen. For insulin medførte reformen både et fald i antallet af brugere og den forbrugte mængde blandt brugerne. En væsentlig opdagelse i denne sammenhæng var, at brugerne af insulin reagerede ved at "hamstre" medicin umiddelbart før indførelsen af brugerbetaling. Hvis empiriske studier ikke tager højde for denne ændring i forbrugsmønstret umiddelbart før en annonceret stigning i niveauet af brugerbetaling for medicin, der bruges til behandling af kronisk sygdom, så overestimeres brugerbetalingens efterspørgselsmæssige effekt. Skipper (2010) estimerer priselasticiteten for efterspørgslen efter penicillin til at ligge i intervallet fra -0,18 til -0,35, mens det ikke er muligt at beregne en tilsvarende elasticitet for efterspørgslen efter insulin som følge af den nævnte "hamstring" omkring reformtidspunktet.

3.1.4 Forebyggende sundhedsydelse

Litteratursøgningen beskrevet i afsnit 2 identificerede tre studier, der belyste sammenhængen mellem brugerbetaling og efterspørgslen efter forebyggende sundhedsydelse. Disse studier tog alle udgangspunkt i eksperimenter udført inden for rammerne af det danske sundhedsvæsen. Christensen (1995a) og Christensen (1995b) anvendte data fra et eksperiment udført i efteråret 1990, hvor omkring 2500 mænd i alderen 40-49 år bosat i Aarhus Amt blev inviteret til en helbredsundersøgelse for iskæmisk hjertesygdom hos deres praktiserende læge. Helbredsundersøgelsen var gratis for den ene del af stikprøven bosat i Randers, mens de resterende respondenter bosat i Silkeborg blev afkrævet en brugerbetaling på 225 DKK (40 US\$) for undersøgelsen. Begge studierne fandt, at 66 procent af de respondenter, der fik tilbudt undersøgelsen gratis, valgte at tage imod tilbuddet, mens deltagelsesraten var 37 procent for den gruppe, der blev afkrævet brugerbetaling. Christensen et al. (1995a) fandt desuden, at samboende mænd var mere tilbøjelige til at deltage i undersøgelsen end enlige, samt at respondenterne generelt var opmærksomme på iskæmisk hjertesygdom, men at dette kun i begrænset omfang påvirkede deres deltagelsesrate. Brugerbetaling er således en afgørende faktor i forhold til, hvorvidt danske mænd i alderen 40-49 år vælger at få foretaget en forebyggende helbredsundersøgelse for iskæmisk hjertesygdom. Endelig har Nexø et al. (1997) undersøgt effekten af postomdelte invitationer og brugerbetaling på influenzavaccinationsraten med udgangspunkt i et kontrolleret randomiseret eksperiment, der inkluderede en stikprøve på 585 personer i alderen 65 år og derover bosat i Vejle eller Fyns Amt i efteråret 1995. Dette studie fandt, at vaccinationsraten var 72 procent for den tredjedel af stikprøven, der havde modtaget en postomdelt invitation til gratis vaccination, 49 procent for den tredjedel, der havde modtaget en invitation til vaccination mod den gældende brugerbetaling på 40-60 US\$ og 25 procent for en kontrolgruppe, der ikke modtog en postomdelt invitation og var

pålagt den gældende brugerbetaling.¹³ De få studier på området peger således entydigt på, at brugerbetaling har en negativ effekt på forbruget af forebyggende sundhedsydelser.

3.2 Sundhedsmæssige effekter og substitution

Som nævnt i afsnit 1.5.2 afhænger effekten af brugerbetaling på de samlede offentlige udgifter på sundhedsområdet af flere forhold. Selv når brugerbetaling dæmper efterspørgslen efter den type af ydelse, der pålægges brugerbetaling, medfører det ikke nødvendigvis et fald i de samlede sundhedsudgifter. For det første kan indførelse af brugerbetaling på nogle ydelser inden for et givet område, men ikke på andre, medføre en bevidst substitution fra ydelser med brugerbetaling til gratis ydelser. For det andet kan brugerbetaling for sundhedsydelser, hvis efterspørgsel er priselastisk, føre til, at befolkningens sundhedstilstand forringes, hvis brugerbetalingen får borgerne til at fravælge effektiv og nødvendig pleje og behandling. Ud over, at dette er u hensigtsmæssigt for de berørte borgere, så kan det betyde, at en besparelse som følge af brugerbetaling på ét område helt eller delvist ophæves af en stigning i forbruget af andre typer af ydelser, såsom skadestuebesøg og akutte hospitalsindlæggelser.

Tabel 3.4 opsummerer resultaterne for de studier, der har analyseret de sundhedsmæssige effekter af brugerbetaling og forekomsten af substitution mellem forskellige typer af sundhedsydelser som følge af brugerbetaling. Samtlige af disse studier fokuserer på konsekvenserne af brugerbetaling på receptpligtig medicin. De efterspørgselsmæssige effekter af brugerbetaling opsummeret i tabel 3.4 henviser således til effekten af brugerbetaling på receptpligtig medicin på forbruget af dette. Disse resultater er ligeledes opsummeret i tabel 3.2 og gennemgået mere indgående i afsnit 3.1.3. Med hensyn til effekten af brugerbetaling på dødeligheden betyder et positivt fortegn, at brugerbetaling på receptpligtig medicin øger dødeligheden. Substitution til andre typer af sundhedsydelser betyder, at brugerbetaling på receptpligtig medicin medfører en stigning i brugen af andre typer af sundhedsydelser, herunder lægekonsultationer, hospitalsindlæggelser, skadestuekontakter og langtidspleje.

¹³ Efterfølgende er brugerbetalingen for influenzavaccination blevet fjernet for ældre, gravide og visse grupper af kronikere.

Tabel 3.4 Sundhedsmæssige effekter af brugerbetaling og substitution på sundhedsområdet

Studie	Land	Type af sundhedsydelse pålagt brugerbetaling	Efterspørgselsmæssig effekt	Effekt på dødelighed	Substitution til andre typer af sundhedsydelser
Atella et al. (2006)	ITA	MED	-	+	HO +
Li et al. (2007)	CAN	MED	-		LÆ +
Pilote et al. (2002)	CAN	MED	0	0	LÆ;HO;SK 0
Puig-Junoy et al. (2011)	SPA	MED	-		HO 0
Tamblyn et al. (2001)	CAN	MED (ess.)	-	+	HO;SK;LA +
		MED (ikke-ess.)	-	0	HO;SK;LA 0
Wang et al. (2010)	CAN	MED			LÆ;HO;LA 0

Anm.: **Land:** CAN = Canada; ITA = Italien; SPA = Spanien. **Type af sundhedsydelse:** HO = hospitalsindlæggelser; LA = langtidspleje; LÆ = lægekonsultationer; MED = receptpligtig medicin; SK = skadestue.

3.2.1 Receptpligtig medicin

Alle de gennemgæede studier finder, at brugerbetaling på receptpligtig medicin enten øger eller ikke påvirker dødeligheden og forbruget af andre typer af sundhedsydelser. Der er desuden en tendens til, at studier, der finder en negativ efterspørgselsmæssig effekt af brugerbetaling, også finder en positiv effekt på dødeligheden og substitution til andre typer af sundhedsydelser – dog med undtagelse af Puig-Junoy et al. (2011).

To tredjedele af de gennemgæede studier er baseret på data fra Canada. Tamblyn et al. (2001) analyserede effekten af brugerbetaling på forbruget af henholdsvis essentiel medicin, der gives med henblik på at forebygge forringelser i helbredet eller forlænge livet for specifikke diagnosegrupper og anden ikke-essentiel medicin. Som nævnt i afsnit 3.1.3 fandt dette studie, at brugerbetaling reducerede brugen af essentiel såvel som ikke-essentiel medicin blandt ældre canadiere på overførselsindkomst, der havde brugt receptpligtig medicin inden for det seneste år. Mens den efterspørgselsmæssige effekt af brugerbetaling var mindst for brugere af essentiel medicin, så medførte reduktionen i forbruget af essentiel medicin en stigning i dødeligheden og forbruget af skadestuekontakter, hospitalsindlæggelser og langtidspleje. Det relativt større faldt i brugen af ikke-essentiel medicin påvirkede hverken dødeligheden eller forbruget af andre typer af sundhedsydelser. Li et al. (2007) udnyttede en ændring i brugerbetalingsstrukturen i den canadiske provins British Columbia til at estimere effekten af brugerbetaling på receptpligtig medicin på forbruget af dette samt substitution til lægebesøg for ældre med leddegigt (rheumatoid arthritis). Dette studie fandt, at en stigning i niveauet af brugerbetaling for receptpligtig medicin havde en positiv effekt på antallet af lægebesøg pr. år. Disse to studier peger således på, at et fald i forbruget af receptpligtig medicin som følge af brugerbetaling ikke nødvendigvis reducerer de samlede offentlige udgifter på sundhedsområdet. De to andre studier fra Canada fandt hverken indikationer på sundhedsmæssige effekter eller substitution. Pilote et al. (2002) undersøgte effekten af brugerbetaling på receptpligtig medicin for ældre patienter, der havde haft en blodprop i hjertet, og fandt ingen afledte effekter på sundheden eller forbruget af andre typer af sundhedsydelser for denne patientgruppe. Wang et al. (2010) undersøgte, om et fald i brugen af antidepressiv

medicin som følge af to eksogene ændringer i niveauet af brugerbetaling for de ældre i den canadiske provins British Columbia påvirkede antallet af depressionsrelaterede lægekonsultationer og hospitalsindlæggelser samt brugen af langtidspleje, men fandt ligeledes ingen sammenhæng.

Atella et al. (2006) analyserede effekten af brugerbetaling på tilbøjeligheden til at følge de lægelige anbefalinger for medicinering blandt en gruppe af italienske patienter, der tager medicin mod forhøjet blodtryk. Som omtalt i afsnit 3.1.3 fandt dette studie, at fjernelse af brugerbetaling øgede tilbøjeligheden til at følge de lægelige anbefalinger for patienter, som i udgangspunktet tog for lidt medicin. Resultaterne viste ligeledes, at hvorvidt man fulgte de lægelige anbefalinger for medicinering påvirkede dødeligheden og antallet af hospitalsindlæggelser. Atella et al. (2006) fandt således evidens for, at en stigning i medicinudgifterne som følge af en reduktion i niveauet af brugerbetaling delvist opvejes af et fald i dødeligheden og antallet af hospitalsindlægger og vice versa for patienter, som i udgangspunktet tog for lidt medicin.

Puig-Junoy et al. (2011) undersøgte effekten af en fritagelse for brugerbetalingen for receptpligtig medicin ved overgangen fra voksen til ældre inden for rammerne af det spanske sundhedsvæsen. Dette studie fandt, at den lavere brugerbetaling øgede forbruget af receptpligtig medicin, primært til behandling af akutte og ikke-kroniske sygdomme, men at dette ikke havde nogen afledt effekt på antallet af hospitalsindlæggelser. Stigningen i medicinudgifterne som følge af, at de ældre blev fritaget for brugerbetaling, blev således ikke opvejet af et fald i udgifterne til andre typer af sundhedsydelser.

Endelig har enkelte studier forsøgt at belyse de sundhedsmæssige effekter af brugerbetaling indirekte ved at skelne mellem den efterspørgselsmæssige effekt af brugerbetaling på henholdsvis essentiel medicin, der gives med henblik på at forebygge forringelser i helbredet eller forlænge livet for specifikke diagnosegrupper og andet ikke-essentiell medicin. Disse studier finder entydigt, at brugerbetaling påvirker forbruget af ikke-essentiell medicin mest (McManus et al. 1996; Simonsen et al. 2010; Tamblyn et al. 2001).

Samlet set indikerer flertallet af de gennemgæede studier på sundhedsområdet, at de sundhedsmæssige effekter af brugerbetaling er yderst begrænsede på kort sigt. Dette resultat er dog begrænset af, at de gennemgæede studier benytter nogle relativt grove mål for befolkningens sundhed, idet der primært er set på dødelighed. Desuden spænder ingen af de anvendte datasæt over en tilstrækkelig årrække til at kunne sige noget om de langsigtede substitutions- og sundhedsmæssige konsekvenser af brugerbetaling. Der kommenteres i dette afsnit ikke på størrelsen af de fundne effekter, idet samtlige studier af de sundhedsmæssige effekter af brugerbetaling og forekomsten af substitution har analyseret effekterne af at indføre eller fjerne små brugerbetalinger for receptpligtig medicin. Som diskuteret i afsnit 3.1 vurderes viden om disse effekters størrelse ikke umiddelbart at være relevant i forhold til at kvalificere fremtidige beslutninger om brugerbetalingspolitik i det danske velfærdssamfund, hvor receptpligtig medicin allerede i dag er pålagt relativt omfattende brugerbetaling. Desuden er det værd at bemærke, at ingen af de gennemgæede studier forsøger at sige noget om de samlede økonomiske konsekvenser af brugerbetaling på baggrund af den foreliggende evidens.

3.3 Fordelingsmæssige effekter

Som nævnt i afsnit 1.5.3 må brugerbetaling forventes at ramme nogle befolkningsgrupper hårdere end andre. Lavindkomstgrupper forventes at reducere deres forbrug mere end den øvrige befolkning som følge af brugerbetaling, idet de har et relativt mindre forbrugsmulighedsområde og en højere marginal nytte af indkomst. Personer med et stort forbrug af sundhedsydelser, herunder ældre og kronisk syge, bliver ligeledes påført relativt høje udgifter som følge af brugerbetaling. Hertil kommer, at disse grupper typisk har en lav indkomst i udgangspunktet. Den empiriske litteratur belyser de fordelingsmæssige effekter af brugerbetaling fra to forskellige vinkler.

Fire studier analyserer de fordelingsmæssige konsekvenser af brugerbetaling ved at beregne forskellige koncentrations- og ulighedsindeks for finansieringen og forbruget af sundhedsydelser og dekomponerer den samlede grad af ulighed på forskellige faktorer. Wagstaff et al. (1999) undersøger forholdet mellem indkomst og bidrag til finansieringen af sundhedsydelser – også kaldet vertikal ulighed – i USA og en række europæiske lande. Dette studie finder, at finansiering via brugerbetaling er regressiv i alle lande, hvilket betyder, at personer i den lave ende af indkomstfordelingen bidrager med en relativ stor andel af deres indkomst i form af brugerbetaling. Graden af regressivitet er særligt høj i USA og Schweiz (med ulighedsindeks på henholdsvis -0,39 og -0,36) og lavest i Tyskland, Holland og Italien (med ulighedsindeks på henholdsvis -0,10, -0,04 og -0,08). Danmark, Finland, Frankrig, Irland, Portugal, Spanien, Sverige og Storbritannien befinder sig imellem disse to yderpunkter. Den store variation i graden af regressivitet mellem lande afspejler, at der er store forskelle på, i hvilket omfang man fritager sårbare grupper for brugerbetaling. Van Doorslaer et al. (1999) bruger det samme data som Wagstaff et al. (1999) til at undersøge, hvordan finansieringen af sundhedsydelser påvirker indkomstfordelingen i USA og en række europæiske lande. Dette gøres ved at estimere graden af vertikal ulighed forbundet med forskellige finansieringsformer, den gennemsnitlige indkomstandel allokeret til forskellige finansieringsformer, samt i hvilket omfang husholdninger med den samme indkomst behandles ens – også kaldet horisontal ulighed. I lighed med Wagstaff et al. (1999) finder van Doorslaer et al. (1999), at finansiering via brugerbetaling er regressiv i alle lande. En dekomponering viser, at den vertikale ulighed i finansieringen bidrager med mellem 70 og 90 procent af de observerede ændringer i indkomstfordelingen associeret med brugerbetaling i de udvalgte lande. Idet brugerbetaling udgør en relativt lille andel af indkomsten (fra 0,18 procent i Sverige til 3,36 procent i Portugal), tillægges det dog kun en begrænset værdi i den overordnede evaluering af, hvordan finansieringen af sundhedsydelser påvirker indkomstfordelingen. Graden af horisontal ulighed i forbruget af sundhedsydelser er ligeledes analyseret i Gundgaard (2006), med udgangspunkt i en kombination af survey- og registerdata fra det tidligere Fyns Amt i Danmark. Dette studie finder, at mens forbruget af sundhedsydelser generelt ikke afhænger af indkomsten (når der kontrolleres for køn, alder og sundhedsstatus), så er der horisontal ulighed i højindkomstgruppens favør i forbruget af tandlægeydelser og receptpligtig medicin. Begge disse sundhedsydelser er karakteriseret ved at være pålagt et højt niveau af brugerbetaling i det danske sundhedsvæsen. Endelig har Zhong (2007) sam-

menlignet graden af ulighed i forbruget af receptpligtig medicin mellem voksne og ældre i henholdsvis 1990, 1996/1997 og 2000/2001 i den canadiske provins Ontario. I 1990 viser horisontale ulighedsindeks for medicinforbruget ingen tegn på ulighed for hverken voksne eller ældre. I 1996/1997 og 2000/2001 viser tilsvarende indeks indikationer på ulighed i flere aspekter af medicinforbruget både blandt voksne og ældre. Zhong (2007) peger på, at indførelsen af selvrisiko, således at brugeren betaler alle omkostningerne op til et givet niveau, samt brugerbetaling i form af en fast takst pr. ydelse for de ældre i midten af 1990'erne meget vel kan tænkes at have bidraget til den øgede ulighed for denne gruppe. De ældre var dog pålagt relativt mindre brugerbetaling end den øvrige befolkning i hele perioden. Dette stemmer overens med, at graden af ulighed i forbruget af receptpligtig medicin generelt findes at være lavere blandt de ældre. En vigtig policy implikation af dette studie er således, at graden af ulighed i forbruget af receptpligtig medicin er tæt relateret til, i hvilket omfang dette er pålagt brugerbetaling. En dekomponering af den fundne ulighed på forskellige faktorer viser desuden, at indkomst er den vigtigste årsag til den øgede ulighed i forbruget af receptpligtig medicin over tid for både voksne og ældre.

Derudover har Or et al. (2008) analyseret effekten af sundhedsvæsenets karakteristika på sociale uligheder i forbruget af sundhedsydelser i en række europæiske lande. Dette studie måler den sociale dimension ved uddannelsesniveau og analyserer data ved brug af multilevel regressionsmodeller. Studiet fandt, at andelen af brugerbetaling ud af de samlede sundhedsudgifter havde en lille men statistisk signifikant effekt på sociale uligheder i brugen af almen praksis og speciallægekonsultationer.

Omkring en tredjedel af studierne af de efterspørgselsmæssige effekter af brugerbetaling opsummeret i tabel 3.2 sammenligner også effekten af brugerbetaling for forskellige befolkningsgrupper med henblik på at afdække, om borgere med lav indkomst, uddannelsesniveau eller social status og et stort behov for sundhedsydelser reducerer deres forbrug relativt mere end den øvrige befolkning. Tabel 3.5 opsummerer resultaterne angående de fordelingsmæssige effekter af brugerbetaling for disse studier. En positiv sammenhæng mellem efterspørgselspræfærens og henholdsvis lav indkomst, lavt uddannelsesniveau, lav social status og dårligt helbred betyder, at personer med disse karakteristika reducerer deres forbrug relativt mere end den øvrige befolkning som følge af brugerbetaling. En negativ sammenhæng betyder omvendt, at personer i disse grupper reducerer deres forbrug relativt mindre som følge af brugerbetaling, mens ingen sammenhæng betyder, at personer med henholdsvis lav indkomst, lavt uddannelsesniveau, lav social status og dårligt helbred reducerer deres forbrug i samme grad som den øvrige befolkning som følge af brugerbetaling.

Tabel 3.5 Efterspørgselsmæssige effekter af brugerbetaling for sårbare befolkningsgrupper på sundhedsområdet

Studie	Land	Type af sundhedsydelse	Sammenhæng mellem efterspørgslens prisfølsomhed og ...			
			lav indkomst	lavt uddannelsesniveau	lav social status	dårligt helbred
Augurzký et al. (2006)	TYS	LÆ	0	0		
Contoyannis et al. (2005)	CAN	MED	-			-
Elofsson et al. (1998)	SVE	LÆ	+			+
Kim et al. (2005)	KOR	AMB	+			
Li et al. (2007)	CAN	MED	+			
Lostao et al. (2007a)	FRA; TYS; SPA	LÆ		+		
Lostao et al. (2007b)	FRA; TYS; SPA	LÆ			+	
Lundberg et al. (1998)	SVE	MED	+	+		+
O'Reilly et al. (2007)	NIRL; IRL	LÆ	+			+
Pilote et al. (2008)	CAN	MED			0	
Poirier et al. (1998)	CAN	MED	0			
Rückert et al. (2008)	TYS	LÆ	+			
Schreyögg & Grabka (2010)	TYS	LÆ	0			0
Scott et al. (2003)	NZE	LÆ	+			
Simonsen et al. (2010)	DAN	MED	+	+		
Skipper (2010)	DAN	MED	+			

Anm.: **Land:** CAN = Canada; DAN = Danmark; EUR = Europa; FRA = Frankrig; IRL = Irland; KOR = Sydkorea; NIRL = Nordirland; NZE = New Zealand; SPA = Spanien; SVE = Sverige; TYS = Tyskland.
Type af sundhedsydelse: MED = receptpligtig medicin; LÆ = lægekonsultationer; AMB = ambulantly behandling.

Størstedelen af studierne inkluderet i tabel 3.5 er ligeledes gennemgået i afsnit 3.1.1-3.1.4, der handler om de efterspørgselsmæssige effekter af brugerbetaling på forskellige typer af sundhedsydelser. Derfor afgrænses dette afsnit til at kommentere på de overordnede tendenser samt kort opsummere resultaterne for analyserne af, i hvilket omfang sårbare grupper reducerer deres forbrug af sundhedsydelser mere end den øvrige befolkning. Det fremgår af tabel 3.5, at denne problemstilling er belyst i et bredt udsnit af lande. Analyserne fordeler sig nogenlunde ligeligt på forbrug af henholdsvis lægekonsultationer og receptpligtig medicin, mens de fordelingsmæssige konsekvenser af brugerbetaling på hospitalsindlæggelser og ambulantly behandling er yderst sparsomt belyst. Ingen af de gennemgæede studier om, hvordan brugerbetaling påvirker forbruget af forebyggende sundhedsydelser, har undersøgt, om effekten varierer for forskellige befolkningsgrupper.

3.3.1 Lægekonsultationer

Flertallet af de gennemgæede studier peger på, at sårbare grupper reducerer deres forbrug af sundhedsydelser mere end den øvrige befolkning som følge af brugerbetaling. De tre studier, der har undersøgt effekten brugerbetaling på forbruget af lægehjælp målt ved selvopfattede adfærdændringer finder alle, at personer med lav indkomst er mere tilbøjelige til at angive, at de har udskudt eller undladt at søge læge på grund af brugerbetalingen (Elofsson et al.

1998; O'Reilly et al. 2007; Rückert et al. 2008). Elofsson et al. (1998) og O'Reilly et al. (2007) finder desuden, at brugerbetaling reducerer efterspørgslen relativt mere for personer med dårligere selvopfattet helbred og højere forekomst af kroniske sygdomme. Lostao et al. (2007a) og (2007b) foretog tværnationale sammenligninger mellem Frankrig, Tyskland og Spanien og fandt indikationer på, at brugerbetaling i højere grad reducerer frekvensen af lægebesøg for henholdsvis lavtuddannede og personer med lavere social status målt ved erhverv. Endelig analyserede Scott et al. (2003) sammenhængen mellem indkomst, etnicitet og brug af almen praksis på New Zealand, hvor konsultationer hos den praktiserende læge er pålagt brugerbetaling. Dette studie fandt, at Mäori og lavindkomstgrupper er signifikant mindre tilbøjelige til at have et årligt besøg hos den praktiserende læge på trods af, at husstande med lav indkomst er delvist fritaget for brugerbetaling, mens der ikke er nogle signifikante forskelle for tilbøjeligheden til at have haft over seks besøg om året.

Modsat disse studier fandt Augurzky et al. (2006) og Schreyögg & Grabka (2010), at indførelsen af brugerbetaling på lægekonsultationer ikke dæmper forbruget af disse i Tyskland – hverken for hele befolkningen eller sårbare undergrupper.

3.3.2 Hospitalsindlæggelser og ambulat behandling

Kim et al. (2005) analyserede effekten af brugerbetaling på forbruget af ambulat behandling i Sydkorea og fandt, at patienter med lav indkomst var relativt mere prisfølsomme end patienter med høj indkomst. Lostao et al. (2007b) foretog tværnationale sammenligninger mellem Frankrig, Tyskland og Spanien men fandt ingen indikationer på, at brugerbetaling påvirkede frekvensen af hospitalsindlæggelser forskelligt for personer med lavere social status målt ved erhverv.

3.3.3 Receptpligtig medicin

Li et al. (2007), Lundberg et al. (1998), Simonsen et al. (2010) og Skipper (2010) analyserede effekten af brugerbetaling på forbruget af receptpligtig medicin og fandt, at personer med lav indkomst reducerer efterspørgslen relativt mere som følge af brugerbetaling. Størrelsesmæssigt fandt Li et al. (2007) for eksempel en priselasticitet ved brugerbetaling på -0,20 for personer med lav indkomst, mens priselasticiteten for den øvrige befolkning var -0,11. Simonsen et al. (2010) og Lundberg et al. (1998) fandt desuden en positiv sammenhæng mellem efterspørgslens prisfølsomhed og det at have et lavt uddannelsesniveau, ligesom Lundberg et al. (1998) fandt, at brugerbetaling reducerer efterspørgslen efter receptpligtig medicin relativt mere for personer med dårligere helbred. Lundberg et al. (1998) undersøgte effekten af brugerbetaling på forbruget af receptpligtig medicin målt ved selvopfattede hypotetiske adfærdssændringer, mens de øvrige studier anvendte registerdata på det faktiske forbrug af receptpligtig medicin.

Poirier et al. (1998) og Pilote et al. (2002) fandt, at efterspørgslens prisfølsomhed ikke varierede med henholdsvis indkomst og uddannelsesniveau for forskellige grupper af ældre brugere af receptpligtig medicin i den canadiske provins Quebec. Som tidligere nævnt fandt begge disse studier, at brugerbetaling ikke påvirkede medicinforbruget.

Som det eneste studie fandt Contoyannis et al. (2005), at personer med dårligt helbred og meget lav indkomst var mindre prisfølsomme end den øvrige befolkning. Dette strider umiddelbart imod den øvrige empiriske litteratur.

4 Effekter på ældreområdet

På ældreområdet identificerede litteratursøgningen og den efterfølgende udvælgelse studier beskrevet i afsnit 2 i alt syv relevante studier. Tabel 4.1 opsummerer grundlæggende information om de udvalgte studier på ældreområdet. Studierne er beskrevet, med hensyn til 1) hvilket land der danner baggrund for analysen, 2) analysefokus, -design og -metode, 3) de anvendte data og 4) publikationstype. Disse oplysninger vurderes at være relevante i forhold til en efterfølgende gennemgang og diskussion af studiernes resultater.

Tabel 4.1 Grundlæggende information om de udvalgte studier på ældreområdet

Forfatter(e) og udgivelsesår	Land	Analyse			Data		Pub. type	
		Fokus	Design	Metode	Type	År		Niveau
Cho (2005)	KOR	E; F	OB	REG	S-TV	2001	IN	PA
Gargett (2010)	AUS	E	NE	REG	R-GT	1973-2006	IN	PA
Golberstein et al. (2009)	USA	S; F	NE	REG	S-GT	1993; 1995; 1998; 2000	IN	PA
Grabowski et al. (2006)	USA	E; S	NE	REG	S-GT	1994; 1996; 1998; 2000	IN	PA
McCall et al. (2003)	USA	E; F	NE	REG	R-GT	1997; 1999	IN	PA
McKnight (2006)	USA	E; F; S	NE	REG	S; R-GT	1992-1999	IN	PA
Sato et al. (2006)	JAP	E; S	NE	REG	S; R-TV	2001	IN	PA

Anm.: **Land:** AUS = Australien; JAP = Japan; KOR = Sydkorea; USA = Nordamerika. **Fokus:** E = efterspørgsmæssige effekter; F = fordelingsmæssige effekter; S = substitution. **Analyse-design:** NE = naturligt eksperiment; OB = observationsstudie. **Analysemetode:** REG = regression. **Datatype:** S- = survey; R- = register; GT = gentagne tværsnit; TV = tværsnitsdata. **Niveau:** IND = individniveau. **Publikationstype:** PA = peer-reviewed artikel.

Det fremgår af tabel 4.1, at alle de udvalgte studier af brugerbetaling på ældreområdet analyserer effekter af brugerbetaling i en national kontekst. Dette står i kontrast til litteraturen på sundhedsområdet, hvor nogle studier analyserede konsekvenserne af brugerbetaling på tværs af lande eller udnyttede variation i niveauet af brugerbetaling mellem lande til at identificere effekten af brugerbetaling. Flertallet af de udvalgte studier er baseret på data fra Nordamerika, mens der er enkelte studier baseret på data fra henholdsvis Korea, Australien og Japan. Den empiriske litteratur om effekter af brugerbetaling på ældreområdet repræsenterer således en relativt snæver gruppe af lande.

På grund af den begrænsede mængde af studier var vi mindre restriktive i udvælgelsen af relevante studier på ældreområdet end på sundhedsområdet. De fire studier baseret på data fra Nordamerika analyserer således effekterne af en reform, der indførte indirekte brugerbetaling for ældrepleje. På sundhedsområdet er litteraturgennemgangen begrænset til at inkludere studier af direkte former for brugerbetaling jf. afgrænsningen foretaget i afsnit 1.4.

Samtlige studier på ældreområdet er baseret på indviddata. Omkring halvdelen af studierne bruger surveydata, mens to studier kombinerer survey- og registerdata. Flertallet af de udvalgte studier identificerer effekter af brugerbetaling ved at kombinere naturlige eksperimenter med forskellige former for regressioner, mens et enkelt studie benytter observations-

data. Som diskuteret i afsnit 3, så adskiller naturlige eksperimenter sig fra observationsstudier ved, at der forekommer en ændring i niveauet af brugerbetaling, som antages at være eksogen. Samtlige studier er baseret på data indsamlet ved tværsnit eller gentagne tværsnit.¹⁴

Med hensyn til type af publikation er alle de udvalgte studier på ældreområdet udgivet som artikler i videnskabelige tidsskrifter.

I det følgende gennemgås resultaterne af de indsamlede studier struktureret med udgangspunkt i analysefokus. Afsnit 4.1 gennemgår således resultaterne for de efterspørgselsmæssige effekter af brugerbetaling på ældreområdet, mens afsnit 4.2 opsummerer resultaterne for de studier, der har analyseret, i hvilket omfang brugerbetaling på nogle typer af ydelser medfører substitution til andre typer af ydelser. Ligesom på sundhedsområdet er ingen af de gennemgåede studier baseret på datasæt, der spænder over en tilstrækkelig årække til at kunne sige noget om de substitutions- og sundhedsmæssige konsekvenser af brugerbetaling på længere sigt. I afsnit 4.3 opsummeres resultaterne af de analyser, der vedrører fordelingsmæssige konsekvenser af brugerbetaling på ældreområdet. Der kommenteres løbende på, hvilke institutionelle forhold der gør sig gældende på ældreområdet i de lande, der danner ramme for de empiriske analyser.

4.1 Efterspørgselsmæssige effekter

Som gennemgået i afsnit 1.5.1 har brugerbetaling potentiale til at dæmpe den individuelle efterspørgsel efter offentlige ydelser på ældreområdet ved at hæve den pris, der betales af brugeren på forbrugstidspunktet. Den efterspørgselsmæssige effekt af brugerbetaling afhænger af efterspørgslens priselasticitet og må således forventes at variere på tværs af forskellige typer af ydelser. Ligesom på sundhedsområdet approksimeres efterspørgslen med det faktiske forbrug i alle de gennemgåede studier, hvorfor de to begreber anvendes synonymt.

Tabel 4.2 opsummerer resultaterne for den yderst begrænsede gruppe af studier, der har undersøgt, hvordan brugerbetaling påvirker forbruget af forskellige offentlige ydelser på ældreområdet. Overordnet finder disse studier en negativ effekt af brugerbetaling på forbruget af hjemmepleje/hjemmesygepleje, hvilket indikerer, at et højere niveau af brugerbetaling reducerer forbruget af hjemmesygepleje/hjemmepleje, mens et lavere niveau af brugerbetaling må forventes at øge forbruget. Et enkelt studie peger på, at øget brugerbetaling ikke påvirker brugen af plejehjem for borgere, som er visiteret til plejehjem.

Tabel 4.2 Effekter af brugerbetaling på forbruget af forskellige ydelser på ældreområdet

Type af ydelse	Effekt	Studier
Hjemmesygepleje/ Hjemmepleje	-	Cho (2005); Grabowski et al. (2006); McCall et al. (2003); McKnight (2006); Sato et al. (2006)
Plejehjem	0	Gargett (2010)

¹⁴ McKnight (2006) bruger data fra et panel, hvor en del af respondenterne udskiftes på løbende basis. Dette datasæt klassificeres dog som gentagne tværsnit i tabel 4.1, eftersom analyserne ikke udnytter panelaspektet.

To studier har undersøgt effekten af brugerbetaling på den individuelle efterspørgsel efter pleje i hjemmet i asiatiske lande, hvor ældreomsorgen traditionelt er blevet varetaget inden for familien. Cho (2005) har undersøgt, hvilke faktorer der påvirker villigheden til at benytte hjemmesygepleje (defineret som sygepleje og rehabilitering udført af en sygeplejerske i de ældres hjem) blandt de ældre i Sydkorea. Baggrunden for dette studie var, at Sydkorea på det tidspunkt, hvor data blev indsamlet, stod over for et stigende behov for at lette familiens plejeburde ved brug af mere formelle plejeydelser. Cho (2005) fandt, at 52 procent af respondenterne helt afviste at modtage pleje fra en sygeplejerske i eget hjem, 43 procent gav udtryk for, at de kun ville benytte ydelsen, hvis den var gratis på forbrugstidspunktet, mens 5 procent var villige til at benytte hjemmesygepleje også med brugerbetaling. Villigheden til at benytte hjemmesygepleje varierede således afhængig af, om ydelsen var pålagt brugerbetaling. Derudover fandt Cho (2005) at ældre, som kendte til eller tidligere havde modtaget hjemmesygepleje, generelt udtrykte større villighed til at benytte sig af dette igen. Dog var ingen af de nuværende brugere villige til at fortsætte brugen af hjemmesygepleje med brugerbetaling.

Sato et al. (2006) estimerede den efterspørgselsmæssige effekt af brugerbetaling på ældreområdet med udgangspunkt i et naturligt eksperiment, der opstod i forbindelse med etableringen af offentlig ældrepleje i Japan i år 2000. Før etableringen af den offentlige ældrepleje modtog ældre med meget lav indkomst og/eller manglende netværk gratis hjemmepleje fra det offentlige, mens resten af de ældre selv var ansvarlige for at finansiere og arrangere pleje. Eksperimentet bestod i, at man ved etableringen af den offentlig ældrepleje indførte en brugerbetaling på 10 procent for hjemmepleje samt lavede en midlertidig overgangsordning, der nedsatte brugerbetalingen til 3 procent for ældre, der før reformen havde modtaget hjemmepleje fra det offentlige uden brugerbetaling. Sato et al. (2006) fandt, at brugen af hjemmepleje målt ved henholdsvis sandsynligheden for brug og antallet af besøg inden for en tremåneders periode var signifikant højere for de ældre, der var pålagt en brugerbetaling på 3 procent, sammenlignet med dem der selv skulle betale 10 procent af omkostningerne. Resultaterne viste desuden, at forskellen var mere udtalt ved højere forbrugsniveauer. Sato et al. (2006) tager dog forbehold for, at en del af den observerede forskel kan skyldes uobserverede forskelle i adgangen til uformel pleje i hjemmet frem for en egentlig efterspørgselsmæssig effekt af brugerbetaling.

Tre studier undersøgte konsekvenserne af en reform, der ændrede finansieringen af hjemmesygepleje/hjemmepleje for de ældre i Nordamerika. Reformen, der blev gennemført i 1997, indførte et tæt bindende loft for det gennemsnitlige beløb, der blev refunderet af det offentlige. Forbrug ud over dette loft skulle finansieres af brugerne. Som nævnt i indledningen til dette afsnit, er der således tale om en indirekte form for brugerbetaling. Før reformen blev leverandørerne af pleje refunderet pr. besøg, og hjemmesygepleje/hjemmepleje var ikke pålagt brugerbetaling. McCall et al. (2003) fandt, at reformen medførte et fald i brugen af en række forskellige former for hjemmesygepleje målt ved både sandsynligheden for brug og antallet af besøg pr. bruger, samt at faldet var størst for ældre bosat i stater med et højt historisk forbrug af hjemmepleje finansieret via Medicare. McKnight (2006) og Grabowki et al. (2006) udnyttede variation mellem staterne med hensyn til størrelsen på loftet til at identifi-

cere effekten af reformen. Variationen opstod ved, at loftet blev fastsat som en funktion af de gennemsnitlige historiske omkostninger på regionalt niveau. Disse studier fandt ligeledes, at reformen var associeret med et fald i brugen af hjemmepleje. McKnight (2006) fandt desuden, at faldet var størst for ældre bosat i stater med et højt historisk forbrug af hjemmepleje finansieret via Medicare. Grabowki et al. (2006) adskilte sig fra McCall et al. (2003) og McKnight (2006) ved at inkludere både Medicare-patienter og ældre, der finansierede deres hjemmepleje med private forsikringer eller på anden måde.

Endelig undersøgte Gargett (2010) konsekvenserne af en reform, der ændrede brugerbetalingen for ophold på plejehjem i Australien fra en fast takst til indkomstgraduerede betalinger for ældre med en indkomst over et givet niveau. Resultaterne viste, at reformen medførte en stigning i det gennemsnitlige beløb betalt af plejehjemsbeboerne, samt en højere stigningsrate i udgifterne efter reformen. Der er således ikke noget, der tyder på, at den øgede brugerbetaling for ældre med høj betalingskapacitet påvirkede den individuelle efterspørgsel efter ophold på plejehjem. Gargett (2010) bemærker, at dette ikke er overraskende, eftersom ældre, der visiteres til at komme på plejehjem, typisk har et stort plejebehov. Det betyder, at de i praksis ikke har mulighed for at reagere på en prisstigning ved at fravælge ophold på plejehjem. Efterspørgslen efter ophold på plejehjem er således tæt på at være prisuelastisk og kan illustreres grafisk med en individuel efterspørgselskurve, hvis hældning nærmer sig den lodrette efterspørgselskurve i venstre del af figur 1.1.

4.2 Sundhedsmæssige effekter og substitution

Som nævnt i afsnit 1.5.2 afhænger effekten af brugerbetaling på de samlede offentlige udgifter på ældreområdet af flere forhold. Selv når brugerbetaling dæmper efterspørgslen efter den type af ydelse, der pålægges brugerbetaling, medfører det ikke nødvendigvis et fald i de samlede udgifter. For det første kan indførelse af brugerbetaling på nogle ydelser inden for et givet område, men ikke på andre, medføre en bevidst substitution fra ydelser med brugerbetaling til gratis ydelser. For det andet kan brugerbetaling for nogle former for ældrepleje tænkes at føre til, at de ældres sundhedstilstand forringes. Dette sker, hvis brugerbetalingen får de ældre til at fravælge effektiv og nødvendig pleje. Ud over, at dette er u hensigtsmæssigt for de berørte borgere, så kan det betyde, at en besparelse som følge af brugerbetaling for én form for pleje helt eller delvist ophæves at en stigning i forbruget af andre plejeformer.

Tabel 4.3 opsummerer resultaterne for de studier, der har analyseret de sundhedsmæssige effekter af brugerbetaling og forekomsten af substitution mellem forskellige former for pleje som følge af brugerbetaling på ældreområdet. Samtlige af disse studier fokuserer på konsekvenserne af brugerbetaling på hjemmesygepleje/hjemmepleje. Med hensyn til effekten af brugerbetaling på dødeligheden betyder et positivt fortegn, at brugerbetaling på hjemmesygepleje/hjemmepleje øger dødeligheden. Substitution til andre former for ældrepleje betyder, at brugerbetaling på hjemmesygepleje/hjemmepleje medfører en stigning i brugen af andre former for pleje, herunder ophold på plejehjem.

Tabel 4.3 Sundhedsmæssige effekter af brugerbetaling og substitution på ældreområdet

Studie	Land	Type af ydelse pålagt brugerbetaling	Efterspørgselsmæssig effekt	Effekt på dødelighed	Substitution til andre typer af ydelser
Golberstein et al. (2009)	USA	HJ			UPH +
Grabowski et al. (2006)	USA	HJ	-	0	PL 0
McKnight (2006)	USA	HJ	-	0	PL 0
Sato et al. (2006)	JAP	HJ	-	0	PL +

Anm.: **Land:** JAP = Japan; USA = Nordamerika. **Type af ydelse:** HJ = hjemmesygepleje/hjemmepleje; PL = plejehjem; UPH = uformel pleje i hjemmet.

Tre ud af de fire studier inkluderet i tabel 4.3 er ligeledes gennemgået i afsnit 4.1, der handler om de efterspørgselsmæssige effekter af brugerbetaling for forskellige former for ældrepleje. Derfor afgrænses dette afsnit til at opsummere resultaterne for analyserne af de sundhedsmæssige effekter af brugerbetaling og forekomsten af substitution mellem forskellige former for ældrepleje som følge af brugerbetaling på hjemmesygepleje/hjemmepleje.

McKnight (2006), Grabowski et al. (2009) og Golberstein et al. (2009) analyserede effekten af en reform, der indførte indirekte brugerbetaling for ældrepleje i Nordamerika. Som nævnt i afsnit 4.1 fandt McKnight (2006) og Grabowski et al. (2009), at reformen medførte et fald i brugen af en række forskellige former for hjemmesygepleje/hjemmepleje. Der blev dog ikke fundet nogen indikationer på, at dette fald påvirkede dødeligheden eller medførte substitution til ophold på plejehjem. Golberstein et al. (2009) fandt, at indførelsen af indirekte brugerbetaling på hjemmesygepleje/hjemmepleje medførte substitution til uformel pleje i hjemme.

Endelig undersøgte Sato et al. (2006) effekten af brugerbetaling på ældreområdet med udgangspunkt i et naturligt eksperiment, der opstod i forbindelse med etableringen af offentlig ældrepleje i Japan. Som nævnt i afsnit 4.1 fandt dette studie, at brugen af hjemmepleje var signifikant højere for ældre, der som et led i en midlertidig overgangsordning kun blev pålagt en brugerbetaling på 3 procent, sammenlignet med den resterende gruppe af ældre, der blev pålagt en brugerbetaling på 10 procent af omkostningerne. Sato et al. (2006) fandt desuden, at de ældre, der betalte den lave brugerbetalingssats for hjemmepleje, i mindre grad benyttede sig af plejehjem. Dette tyder på, at lavere brugerbetaling for hjemmepleje medfører substitution fra ophold på plejehjem til hjemmepleje.

4.3 Fordelingsmæssige effekter

Som nævnt i afsnit 1.5.3 forventes brugerbetaling at ramme nogle befolkningsgrupper hårdere end andre. Lavindkomstgrupper forventes at reducere deres forbrug mere end den øvrige befolkning som følge af brugerbetaling, idet de har et relativt mindre forbrugsmulighedsområde. Personer med et stort forbrug af plejeydelser bliver ligeledes påført relativt høje udgifter som følge af brugerbetaling. Hertil kommer, at disse grupper typisk har en lav indkomst i udgangspunktet.

Omkring halvdelen af studierne af de efterspørgselsmæssige effekter af brugerbetaling opsummeret i tabel 4.1 sammenligner også effekten af brugerbetaling for forskellige befolk-

ningsgrupper med henblik på at afdække, om særligt sårbare grupper reducerer deres forbrug relativt mere end den øvrige befolkning. Tabel 4.4 opsummerer resultaterne angående de fordelingsmæssige effekter af brugerbetaling for disse studier. En positiv sammenhæng mellem efterspørgslens prisfølsomhed og henholdsvis lav indkomst og dårligt helbred betyder, at personer med disse karakteristika reducerer deres forbrug relativt mere end den øvrige befolkning som følge af brugerbetaling. Dette er uhensigtsmæssigt ud fra en lighedsmæssig betragtning. Ingen sammenhæng betyder, at personer med henholdsvis lav indkomst og dårligt helbred reducerer deres forbrug i samme grad som den øvrige befolkning som følge af brugerbetaling.

Tabel 4.4 Efterspørgselsmæssige effekter af brugerbetaling for sårbare befolkningsgrupper på ældreområdet

Studie	Land	Type af sundhedsydelse	Sammenhæng mellem efterspørgslens prisfølsomhed og ...	
			lav indkomst	dårligt helbred
Cho (2005)	KOR	HJ	+	+
Golberstein et al. (2009)	USA	UPH	+	
McCall et al. (2003)	USA	HJ	+	
McKnight (2006)	USA	HJ	+	+

Anm.: **Land:** KOR = Sydkorea; USA = Nordamerika. **Type af ydelse:** HJ = hjemmesygepleje/hjemmepleje; UPH = uformel pleje i hjemmet.

Alle de gennemgåede studier fandt, at sårbare grupper reducerede deres forbrug af sundhedsydelser mere end den øvrige befolkning som følge af en stigning i niveauet af brugerbetaling. Cho (2005) undersøgte hvilke faktorer, der påvirker villigheden til at benytte hjemmesygepleje blandt de ældre i Sydkorea og fandt, at borgere der var begrænset i forhold til at udføre almindelige daglige aktiviteter, generelt var mere villige til at benytte hjemmesygepleje, men at sammenhængen forsvandt, hvis ydelsen var pålagt brugerbetaling. Derudover udtrykte lavindkomstgrupper større villighed til at modtage pleje udført af en sygeplejerske i eget hjem, når det var gratis på forbrugstidspunktet, mens borgere med høj indkomst var relativt mere villige til også at benytte ydelsen med brugerbetaling. Dette indikerer, at lav indkomst udgør en barriere i forhold til at benytte hjemmesygepleje, når dette er pålagt brugerbetaling.

De tre studier, der undersøgte effekten af en reform, som indførte indirekte brugerbetaling for hjemmesygepleje/hjemmepleje blandt de ældre i Nordamerika, fandt alle, at ældre med lav indkomst ændrede deres adfærd relativt meget som følge af reformen. McCall et al. (2003) og McKnight (2006) fandt, at ældre med lav indkomst reducerede deres forbrug af hjemmesygepleje/hjemmepleje relativt meget som følge af reformen. Golberstein et al. (2009) fandt, at ældre med lav indkomst i højere grad erstattede hjemmesygepleje/hjemmepleje med uformel pleje i hjemmet. McKnight (2006) fandt desuden, at reduktionen i forbruget af ældrepleje var koncentreret blandt ældre med et stort forbrug af plejeydelser, mens ældre med et begrænset forbrug af hjemmepleje ikke blev påvirket af reformen.

5 Konklusion og perspektivering

Målet med denne rapport har været at danne baggrund for en nuanceret og kvalificeret debat om konsekvenserne af øget anvendelse af brugerbetaling på sundheds- og ældreområdet ved at foretage en systematisk gennemgang af den kvantitative litteratur om de adfærdsmæssige konsekvenser af brugerbetaling på disse områder. Litteratursøgningen og den efterfølgende udvælgelse af relevante studier identificerede en omfattende litteratur på sundhedsområdet, mens de adfærdsmæssige effekter af brugerbetaling på ældreområdet viste sig at være yderst sparsomt analyseret. Trods de mange studier på sundhedsområdet er det dog stadig vanskeligt at drage entydige og håndfaste konklusioner om de samlede effekter af brugerbetaling på forskellige typer af sundhedsydelser i en dansk kontekst af to årsager. For det første belyser litteraturgennemgangen ikke de adfærdsmæssige effekter af brugerbetaling inden for rammerne af et specifikt sundhedsvæsen som det danske, men giver i stedet et overblik over potentielle fordele og begrænsninger ved brugerbetaling på tværs af flere forskellige lande. Forskellige lande har valgt forskellige indretninger af sundhedsvæsenet, ligesom traditionen for og niveauet af brugerbetaling i høj grad varierer på tværs af lande. Disse faktorer, der må forventes at påvirke de adfærdsmæssige effekter af brugerbetaling, er der ikke taget højde for i nærværende rapport. For det andet så skal en overordnet evaluering af brugerbetaling inkludere samtlige positive og negative effekter, hvilket ikke er muligt med udgangspunkt i den eksisterende empiriske evidens.

Trods disse begrænsninger så er det forfatterens opfattelse, at rapporten kan fungere som udgangspunkt for en grundig overvejelse af de mulige konsekvenser af forskellige brugerbetalingspolitikker på sundheds- og ældreområdet i Danmark. Rapportens resultater er nyttige i forhold til at sætte fokus på de potentielle farer ved brugerbetaling, ligesom de understreger, på hvilke områder der i særlig høj grad er behov for yderligere viden.

Hovedresultaterne fra gennemgangen af den empiriske litteratur kan opsummeres som følger. Med hensyn til de efterspørgselsmæssige effekter, så fandt langt de fleste studier, at brugerbetaling reducerer forbruget af de berørte ydelser og dermed har potentiale til at reducere de samlede udgifter. For henholdsvis hospitalsindlæggelser og ophold på plejehjem fandt en overvægt af de gennemgåede studier dog, at brugerbetaling i højere grad bidrager til at flytte finansieringsbyrden fra de offentlige kasser til brugerne snarere end at reducere efterspørgslen efter den pågældende ydelse. Antallet af studier, der analyserer de efterspørgselsmæssige effekter af brugerbetaling for hospitalsindlæggelser, er dog begrænset af, at der i mange vestlige lande ikke er brugerbetaling for hospitalsindlæggelser.

Selv når det medfører et fald i forbruget af de berørte ydelser, reducerer brugerbetaling dog ikke nødvendigvis de samlede offentlige udgifter. For det første er det muligt, at brugerbetaling på nogle ydelser inden for et givet område, men ikke på andre, medfører substitution fra ydelser med brugerbetaling til gratisydelser frem for at reducere det samlede forbrug. Den empiriske evidens på dette område er sparsom og blandet. Ingen studier har analyseret effekten af brugerbetaling på én ydelse på forbruget af komplementære ydelser empirisk. For det

andet kan indførelse af brugerbetaling for priselastiske ydelser føre til, at befolkningens sundhedstilstand forringes, hvis brugerbetalingen får borgerne til at fravælge effektiv og nødvendig pleje og behandling. Ud over, at dette er u hensigtsmæssigt for de berørte borgere, så kan det betyde, at en besparelse som følge af brugerbetaling på ét område helt eller delvist ophæves af en stigning i forbruget af andre typer af ydelser. De sundhedsmæssige effekter af brugerbetaling er analyseret empirisk i et begrænset antal af studier. Samtlige af de gennemgæede studier på ældreområdet og flertallet af de gennemgæede studier på sundhedsområdet fandt ingen sundhedsmæssige effekter af brugerbetaling på kort sigt. Dette resultat er dog begrænset af, at de gennemgæede studier benytter nogle relativt grove mål for befolkningens sundhed, idet der primært er set på dødelighed. Det kan således ikke udelukkes, at brugerbetaling påvirker sundheden målt ved mere nuancerede indikatorer. Med hensyn til brugerbetaling for receptpligtig medicin fandt enkelte studier desuden, at brugerbetaling reducerede forbruget af ikke-essentiell medicin relativt mere end forbruget af essentiell medicin. Langt de fleste studier kunne dog ikke sige noget om, hvorvidt det bortfaldne forbrug var nødvendigt ud fra en sundhedsfaglig synsvinkel. Desuden spænder ingen af de anvendte datasæt over en tilstrækkelig årrække til at kunne sige noget om de langsigtede substitutions- og sundhedsmæssige konsekvenser af brugerbetaling.

De empiriske studier bekræftede stort set entydigt, at negative fordelingsmæssige konsekvenser af brugerbetaling skitseret i afsnit 1.5.3 er en reel problemstilling og ikke blot en teoretisk mulighed. På finansieringssiden finder de gennemgæede studier, at brugerbetaling repræsenterer en ulige form for finansiering vertikalt såvel som horisontalt. Den empiriske evidens indikerer ligeledes, at sårbare grupper, herunder personer med lav indkomst og et stort behov for behandling og pleje, reducerer deres forbrug relativt mere end den øvrige befolkning som følge af brugerbetaling. Dette peger på nødvendigheden af at indføre mekanismer, der beskytter sårbare grupper, fx ved at lade brugerbetalingen afhænge af indkomsten eller fritage grupper med et særligt stort behov for den berørte ydelse. Hvis sårbare befolkningsgrupper i udpræget omfang fritages for brugerbetaling, så kan betalingsbyrden ved brugerbetaling ende med primært at falde på den arbejdende befolkning, som i forvejen bidrager meget til sundhedsvæsenet via skatten. Hvis skatten på arbejde holdes konstant, vil gruppen, der pålægges brugerbetaling, således opleve en stigning i den samlede betaling til sundhedsvæsenet, hvilket kan tænkes at reducere deres opbakning til velfærdsstaten. En anden mulighed er at opfordre folk til at tegne supplerende private forsikringer, der dækker brugerbetalingen. En ulempe ved denne beskyttelsesmekanisme er dog, at den kun beskytter dem, der har råd til at betale forsikringspræmien. Derudover må supplerende private forsikringer forventes at dæmpe eventuelle efterspørgselsmæssige effekter af brugerbetaling.

Den empiriske litteratur peger således på, at indførelse af brugerbetaling på nye områder og udvidelse af eksisterende ordninger involverer nogle væsentlige økonomiske og politiske afvejninger. Det er derfor vigtigt at gøre sig klart, hvad man ønsker at opnå med brugerbetaling samt i perspektivering af brugerbetalingens konsekvenser at erindre, at finansiering via skatter og afgifter også har fordelingsmæssige konsekvenser. Gennemgangen af de efterspørgselsmæssige effekter viser, at brugerbetaling har potentiale til at dæmpe efterspørgslen efter offentligt finansierede ydelser på sundheds- og ældreområdet samt bidrage til finansie-

ringen af velfærdsstaten. Dog forekommer det væsentligt i en dansk velfærds kontekst at sikre, at brugerbetaling ikke afskærer sårbare grupper fra at bruge de offentlige ydelser. Desuden er det vigtigt at være opmærksom på, hvorvidt brugerbetaling på nogle ydelser inden for et givet område, men ikke på andre, medfører substitution fra ydelser med brugerbetaling til andre typer af ydelser frem for at sænke det samlede forbrug, både i forbindelse med indførelse og evaluering af forskellige brugerbetalingspolitikker. Den mulige forekomst af substitution indikerer, at det er mere hensigtsmæssigt at indføre brugerbetaling i form af et mindre beløb på et bredt spektrum af ydelser end at koncentrere en høj grad af brugerbetaling på enkelte ydelser.

5.1 Perspektivering

Med henblik på at perspektivere de budgetmæssige konsekvenser af at indføre brugerbetaling gives i Tabel 5.1. et skøn over størrelsesordenen af det samlede finansieringsbidrag, der kan opnås ved at indføre brugerbetaling på et bredt spektrum af ydelser på sundhedsområdet.¹⁵ Gebyrstrukturen præsenteret i Tabel 5.1 svarer til den, der blev foreslået af Velfærdskommissionen i 2005 justeret for udviklingen i den ækvivalerede disponible indkomst.¹⁶ Den simple gebyrstruktur minder om de brugerbetalingsordninger, der findes i de øvrige nordiske lande. Dog er de foreslåede takster generelt lavere end dem, man finder i de øvrige nordiske lande, jf. Hansen & Houlberg (2012).

Som nævnt i afsnit 1.5.1 består det samlede finansieringsbidrag forbundet med brugerbetaling af et provenu, der genereres ved, at brugerbetaling flytter en del af finansieringsbyrden fra de offentlige kasser til brugerne, samt en besparelse som følge af brugerbetalingens efterspørgselsdæmpende effekt. Fordelingen af det samlede finansieringsbidrag på henholdsvis provenu og afledt besparelse afhænger af den forudsatte gennemsnitlige omkostning forbundet med ydelserne, samt i hvilket omfang brugerbetaling antages at reducere efterspørgslen. Den altovervejende del af de gennemgængede studier på sundhedsområdet finder en negativ effekt af brugerbetaling på forbruget af henholdsvis konsultationer i almen praksis, speciallægekonsultationer og ambulante behandling, mens forbruget af hospitalsindlæggelser er upåvirket. For de studier, der har beregnet priselasticiteter for efterspørgslen efter forskellige typer af sundhedsydelser, ligger de estimerede priselasticiteter i intervallet fra -0,01 til -0,39. De estimerede priselasticiteter er dog alle baseret på små ændringer i niveauet af eksisterende brugerbetalingsgebyrer, og de er således vanskelige at overføre direkte til en dansk kontekst, hvor det foreslåede tiltag består i at indføre brugerbetaling på nye områder. Resultaterne af de to studier, der finder en negativ effekt af brugerbetaling på forbruget af ambulante behandling, vurderes ikke at være anvendelige i forhold til håndteringen af ambulante behandling i Tabel 5.1, idet studierne undersøger henholdsvis effekten på ambulante behandling

¹⁵ De præsenterede skøn tager ikke højde for eventuelle sundhedsmæssige effekter og substitution, øget tegning af private sygeforsikringer, der dækker brugerbetalingen og derved reducerer dens efterspørgselsdæmpende effekt samt omkostninger til administration af brugerbetalingen.

¹⁶ En lignende model blev oprindeligt foreslået af Rudbeck et al. (1995) og har senere med enkelte modifikationer været behandlet af Det Økonomiske Råd (2000).

i form af skadestuebesøg og i en institutionel kontekst, hvor ambulante behandling ikke som i Danmark kræver henvisning. Ved konstruktion af Tabel 5.1 antages efterspørgselsreduktioner på henholdsvis 10 og 25 procent for kontakter til praktiserende læger, vagtlæger, speciallæger og skadestuer, mens hospitalsindlæggelser og ambulante konsultationer antages at være upåvirket af brugerbetaling. De budgetmæssige konsekvenser af at indføre brugerbetaling beregnes således under to forskellige antagelser om brugerbetalingens efterspørgselsmæssige effekt. Efterspørgselsreduktionen på 25 procent er inspireret af resultaterne fra RAND-eksperimentet, der estimerede efterspørgselsens gennemsnitlige priselasticitet til at være $-0,20$ på tværs af de forskellige typer af sundhedsydelser inkluderet i eksperimentet. Gennemsnittet fra RAND-eksperimentet justeres opad, idet hospitalsindlæggelser og ambulante konsultationer antages at være upåvirket af brugerbetaling ved konstruktionen af Tabel 5.1. Efterspørgselsreduktionen på 10 procent er inspireret af, at de nyere estimater af priselasticiteter for efterspørgslen efter de aktuelle typer af sundhedsydelser (opsummeret i afsnit 3.1) typisk er lavere end de tilsvarende estimater fra RAND-eksperimentet. Det skal dog understreges, at der i begge tilfælde er tale om skøn, idet selv en systematisk gennemgang af den kvantitative litteratur om de adfærdsmæssige effekter af brugerbetaling ikke giver noget præcist svar på, hvordan indførelsen af brugerbetaling på nye områder påvirker forbruget af forskellige typer af sundhedsydelser.

De gennemsnitlige omkostninger er, jf. anmærkningen til tabellen, beregnet på baggrund af den senest tilgængelige information. For praktiserende læger og vagtlæger er de gennemsnitlige omkostninger således beregnet på baggrund af opgørelser af aktivitet og bruttohonorarer i 2010. For speciallæger er de gennemsnitlige omkostninger beregnet på baggrund af opgørelser af aktivitet og samlede udgifter i 2007, mens omkostningen ved skadestuebesøg er fundet ved at prisregulere det skøn, der er givet i Rudbeck et al. (1995).

Ligesom i Velfærdskommissionens (2005) model antages det i Tabel 5.1, at der indføres et loft for den samlede årlige brugerbetaling på 1 procent af indkomsten, hvorefter yderligere forbrug betales af det offentlige. Det indkomstafhængige loft, der har til formål at dæmpe brugerbetalingens fordelingsmæssige effekter, reducerer samtidig provenuet ved brugerbetaling. For børn op til 18 år foreslås det at lade brugerbetalingen indgå som en del af forældrenes brugerbetaling, jf. Velfærdskommissionen (2005), hvilket betyder, at loftet får større virkning for børnefamilier. Velfærdskommissionen (2005) skønner på baggrund af fordelingsberegninger, at det indkomstafhængige loft reducerer provenuet med knap 40 procent i forhold til en tilsvarende brugerbetalingsmodel uden loft ved en efterspørgselsreduktion på 25 procent. Dette skøn er ligeledes benyttet ved konstruktionen af Tabel 5.1. Ved en efterspørgselsreduktion på 10 procent, dvs. hvor de enkelte husholdninger betaler relativt mere i provenu, antages loftet at reducere provenuet med 42 procent i forhold til en tilsvarende brugerbetalingsmodel uden loft, jf. anmærkningen til Tabel 5.1.

Tabel 5.1 Skøn over årligt provenu, besparelse og samlet finansiering ved indførelse af brugerbetaling på en række sundhedsydelser, mia. kr., 2010

Område	Gebyr pr. ydelse	10 procent forbrugsreduktion			25 procent forbrugsreduktion		
		Provenu	Besparelse	Samlet finansiering	Provenu	Besparelse	Samlet finansiering
		Kr.		Mia. kr.			Mia kr.
Praktiserende læge							
- Konsultation	90						
- Hjemmebesøg	180	1,1	0,4	1,5	1,0	1,0	2,0
- Tlf.konsultation	25						
- E-mailkonsultation	25						
Vagtlæge							
- Konsultation	120						
- Hjemmebesøg	180	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1	0,3
- Tlf.kons. m. besøg	25						
- Tlf.kons. u. besøg	60						
Speciallæge	120	0,3	0,2	0,5	0,3	0,6	0,8
Skadestue	180	0,1	0,0	0,1	0,1	0,1	0,2
Ambulant behandling	150	0,5	-	0,5	0,6	-	0,6
Sygehusindlæggelse (døgn)	60	0,2	-	0,2	0,2	-	0,2
I alt		2,4	0,7	3,1	2,3	1,8	4,1

Kilder: Velfærdskommissionen (2005), Lægeforeningen (2011), Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2007) og egne beregninger.

Anm.: Beløbene summerer pga. afrunding ikke til de viste totaler. Der indlægges et loft for den årlige brugerbetaling på 1 procent af indkomsten. Loftet for den maksimale årlige brugerbetaling antages at reducere provenuet med 37,5 procent ved en efterspørgselsreduktion på 25 procent, jf. Velfærdskommissionen (2005), og 42,4 procent ved en efterspørgselsreduktion på 10 procent. De 42 procent er fremkommet ved at de 37,5 procent skaleres op med forskellen i provenueffekten i 10 procent scenariet i forhold til 25 procent scenariet (dvs. med en faktor $2,6/2,3=1,13$). Provenu og besparelse er beregnet på basis af gennemsnitlige omkostninger. For praktiserende læger og vagtlæger er de gennemsnitlige omkostninger beregnet på baggrund af opgørelser af aktivitet og bruttohonorarer i 2010. For speciallæger er de gennemsnitlige omkostninger beregnet på baggrund af opgørelser af aktivitet og samlede udgifter i 2007, mens omkostningen ved skadestuebesøg er fundet ved at prisregulere det skøn, der er givet i Rudbeck et al. (1995).

Det fremgår af Tabel 5.1, at det samlede finansieringsbidrag for den viste model skønnes at være på omkring 3,1 mia. kr. ved en forbrugsreduktion på 10 procent og 4,1 mia. kr. ved en forbrugsreduktion på 25 procent. I begge tilfælde kommer det største finansieringsbidrag fra de praktiserende læger. Ved at sammenholde de skønnede finansieringsbidrag med de samlede offentlige sundhedsudgifter i 2010 på omkring 145 mia. kr. ses det, at finansieringsbidraget ved at indføre brugerbetaling på et bredt spektrum af sundhedsydelser skønnes at udgøre 2-3 procent af de offentlige sundhedsudgifter under de givne antagelser.

Det er således vigtigt at holde sig for øje, at brugerbetaling blot er ét blandt flere redskaber, der har potentiale til at dæmpe forbruget af offentlige ydelser og de dertil hørende udgifter på sundheds- og ældreområdet. På udbudssiden kan visitering og ventelister ligeledes bruges til at begrænse forbruget af offentlige ydelser som nævnt i afsnit 1.5. Andre redskaber

søger at påvirke udbyderne, herunder dem der udvikler, producerer og leverer de offentlige ydelser. På sundheds- og ældreområdet betyder dette eksempelvis, at politikerne også bør fokusere på, hvilke økonomiske incitamenter eksempelvis medicinalindustrien, praktiserende læger, speciallæger, plejehjem osv. står overfor. Disse aktører har også et medansvar for at træffe beslutninger omkring tilgængelighed, forbrug og udgifter i relation til de offentlige ydelser på sundheds- og ældreområdet. Denne rapport har undersøgt de adfærdsmæssige effekter af brugerbetaling og viser, at brugerbetaling udgør et muligt redskab til at dæmpe efterspørgslen efter offentligt finansierede ydelser på sundheds- og ældreområdet samt bidrage til finansieringen af velfærdsstaten. Men i et samlet reformperspektiv må brugerbetaling ses i sammenhæng med andre mulige styringsredskaber.

Litteratur

- Aaberge, R., Bhuller, M., Langørgen, A. & M. Mogstad (2010): *The Distributional Impact of Public Services When Needs Differ*. Bonn: IZA Discussion Paper No. 4826; Institute for the study of Labor.
- Almarsdóttir, A. B., Morgall, J. M. & A. Grimsson (2000): Cost containment of pharmaceutical use in Iceland: the impact of liberalisation and user charges. *Journal of Health Services Research & Policy*, 5: 109-113.
- Arrow, K. J. (1963): Uncertainty and the welfare economics of medical care. *American Economic Review*, 53: 941-973.
- Atella, V. (2000): Drug cost containment policies in Italy: are they really effective in the long-run? The case of minimum reference price. *Health Policy*, 50: 197-218.
- Atella, V., Peracchi, F., Depalo, D. & C. Rossetti (2006): Drug compliance, co-payment and health outcomes: Evidence from a panel of Italian patients. *Health Economics*, 15: 875-892.
- Atherly, A. (2001): Medicare's Accidental Stepchild. *Medical Care Research and Review*, 2: 131-161.
- Augurzky, B., Bauer, T. K. & S. Schaffner (2006): *Copayments in the German Health System: Does It Work?* Bonn: IZA Discussion Paper No. 2290; Institute for the study of Labor.
- Blais, L., Couture, J., Rahme, E. & J. Leloirier (2003): Impact of a cost sharing drug insurance plan on drug utilization among individuals receiving social assistance. *Health Policy*, 64: 163-172.
- Bolin, K., Lindgren, A., Lindgren, B. & P. Lundborg (2009): Utilisation of physician services in the 50+ population. The relative importance of individual versus institutional factors in 10 European countries. *International Journal of Health Care Finance and Economics*, 9: 83-112.
- Brook, R. H., Ware, J. E., Rogers, W. H., Keeler, E. B., Davies, A. R., Donald, C. A., Goldberg, G. A., Lohr, K. N., Masthay, P. C. & J. P. Newhouse (1983): Does free care improve adults' health? Results from a randomized controlled trial. *New England Journal of Medicine*, 309: 1426-1434.
- Carrieri, V. (2010): The Effects of Cost-Sharing in Health Care: What Do We Know From Empirical Evidence? *Economia politica. Journal of analytical and institutional economics*, 2: 351-374.

- Chandra, A., Gruber, J. & R. Mcknight (2010): Patient Cost-Sharing and Hospitalization Offsets in the Elderly. *American Economic Review*, 100: 193-213.
- Cherkin, D. C., Grothaus, L. & E. H. Wagner (1992): Is magnitude of co-payment effect related to income? Using census data for health services research. *Social Science & Medicine*, 34: 33-41.
- Chiappori, P.-A., Durand, F. & P.-Y. Geoffard (1998): Moral hazard and the demand for physician services: First lessons from a French natural experiment. *European Economic Review*, 42: 499-511.
- Cho, S.-H. (2005): Older people's willingness to use home care nursing services. *Journal of Advanced Nursing*, 51: 166-173.
- Christensen, B. (1995a): Characteristics of attenders and non-attenders at health examinations for ischaemic heart disease in general practice. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 13: 26-31.
- Christensen, B. (1995b): Payment and Attendance at General Practice Preventive Health Examinations. *Family Medicine*, 27: 531-534.
- Cockx, B. & C. Brasseur (2003): The demand for physician services. Evidence from a natural experiment. *Journal of Health Economics*, 22: 881-913.
- Contoyannis, P., Hurley, J., Grootendorst, P., Jeon, S.-H. & R. Tamblyn (2005): Estimating the price elasticity of expenditure for prescription drugs in the presence of non-linear price schedules: an illustration from Quebec, Canada. *Health Economics*, 14: 909-923.
- Costa-Font, J., Kanavos, P. & J. Rovira (2007): Determinants of out-of-pocket pharmaceutical expenditure and access to drugs in Catalonia. *Applied Economics*, 39: 541-551.
- Det Økonomiske Råd (2000): *Dansk Økonomi forår 2000*. København: Det Økonomiske Råd.
- Dor, A. & W. Encinosa (2010): How Does Cost-Sharing Affect Drug Purchases? Insurance Regimes in the Private Market for Prescription Drugs. *Journal of Economics & Management Strategy*; 19: 545-574.
- Elofsson, S., Undén, A.-L. & I. Krakau (1998): Patient charges – A hindrance to financially and psychologically disadvantage groups seeking care. *Social Science & Medicine*, 46: 1375-1380.
- Fiorio, C. V. & L. Siciliani (2010): Co-payments and the demand for pharmaceuticals: Evidence from Italy. *Economic Modelling*, 27: 835-841.

- Gargett, S. (2010): The introduction of a targeted user-pays approach to funding high-level residential aged care in Australia: an empirical investigation of the impact on price. *Health Economics, Policy and Law*, 5: 481-508.
- Gemmill, M. C., Thomson, S. & E. Mossialos (2008): What impact do prescription drug charges have on efficiency and equity? Evidence from high-income countries. *International Journal for Equity in Health*, 7.
- Gibson, T. B., Ozminkowski, R. J. & R. Z. Goetzel (2005): The Effects of Prescription Drug Cost Sharing: A Review of the Evidence. *American Journal of Managed Care*, 11: 730-740.
- Gilman, B. H. & J. Kautter (2008): Impact of Multitiered Copayments on the Use and Cost of Prescription Drugs among Medicare Beneficiaries. *Health Services Research*, 43: 478-495.
- Golberstein, E., Grabowski, D. C., Langa, K. M. & M. E. Chernew (2009): Effect of Medicare Home Health Care Payment on Informal Care. *Inquiry*, 46: 58-71.
- Goldman, D. P., Joyce, G. F., Escarce, J. J., Pace, J. E., Solomon, M. D., Laouri, M., Landsman, P. B. & S. M. Teutsch (2004): Pharmacy Benefits and the Use of Drugs by the Chronically Ill. *Journal of the American Medical Association*, 291: 2344-2350.
- Goldman, D. P., Joyce, G. F. & Y. Zheng (2007): Prescription Drug Cost Sharing. Associations With Medication and Medical Utilization and Spending and Health. *Journal of the American Medical Association*, 298: 61-69.
- Grabowski, D. C., Stevenson, D. G., Huskamp, H. A. & N. L. Keating (2006): The Influence of Medicare Home Health Payment Incentives: Does Payer Source Matter? *Inquiry*, 43: 135-149.
- Grootendorst, P. & M. Levine (2002): *Do drug plans matter? Effects of drug plan eligibility on drug use among the elderly, social assistance recipients and the general population*. Hamilton: QSEP Research Report No. 372; McMaster University.
- Grootendorst, P. V., Marshall, J. K., Holbrook, A. M., Dolovich, L. R., O'Brien, B. J. & A. R. Levy (2004): *The Impact of Differential Cost Sharing of Non-Steroidal Anti-Inflammatory Agents on the Use and Costs of Analgesic Drugs*. Hamilton: Program on Social and Economic Dimensions of an Aging Population (SEDAP) Research Paper No. 115; McMaster University.
- Gundgaard, J. (2006): Income-related inequality in utilization of health services in Denmark: Evidence from Funan County. *Scandinavian Journal of Public Health*, 34: 462-471.

- Hansen, S. W. & K. Houlberg (2012): *Brugerbetaling på sundheds- og ældreområdet i komparativt perspektiv*. København: AKF.
- Holst, J. (2010): Patient Cost Sharing - Reforms without Evidence. Berlin: Discussion Paper No. 303; Social Science Research Centre.
- Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2007): *Sundhedssektoren i tal Juni 2007*. København: Indenrigs- og Sundhedsministeriet.
 Lokaliseret 3. maj 2012 på:
http://www.im.dk/Aktuelt/Publikationer/Publikationer/Sundhedssektoren_i_tal_juni2007.aspx
- Jordin, B. & G. Engholm (2001): Besöksfrekvenser för unga och äldre efter införandet av avgiftsfrihet för patienter yngre än 20 år. *Socialmedicinsk tidsskrift: Organ för sjuk- och hälsovård*, 1, 85-90.
- Jung, K.-T. (1998): Influence of the Introduction of a Per-Visit Copayment on Health Care Use and Expenditures: The Korean Experience. *Journal of Risk and Insurance*, 65: 33-56.
- Kiil, A. (2012): Does employment-based private health insurance increase the use of covered health care services? A matching estimator approach. *International Journal of Health Care Finance and Economics*, 12: 1-38.
- Kim, J. Y., Ko, S. K. & B. M. Yang (2005): The effects of patient cost sharing on ambulatory utilization in South Korea. *Health Policy*, 72: 293-300.
- Krutilová, V. (2010): Impact of user fees in health care system on health care consumption. *Review of Economic Perspectives*, 10: 113-132.
- Kupor, S. A., Liu, Y.-C., Lee, J. & A. Yoshikawa (1995): The Effect of Copayments and Income on the Utilization of Medical Care by Subscribers to Japan's National Health Insurance System. *International Journal of Health Services*, 25: 295-312.
- Layte, R., Nolan, A., Mcgee, H. & A. O'hanlon (2009): Do consultation charges deter general practitioner use among older people? *Social Science & Medicine*, 68: 1432-1438.
- Lewis, M. A. (1993): User Fees in Public Hospitals: Comparison of Three Country Case Studies. *Economic Development and Cultural Change*, 41: 513-532.
- Lexchin, J. & P. Grootendorst (2004): Effects of prescription drug user fees on drug and health services use and on health status in vulnerable populations: a systematic review of the evidence. *International Journal of Health Services*, 34: 101-122.

- Li, X., Guh, D., Lacaille, D., Esdaile, J. & A. H. Anis (2007): The impact of cost sharing of prescription drug expenditures on health care utilization by the elderly: Own- and cross-price elasticities. *Health Policy*, 82: 340-347.
- Lohr, K. N., Brook, R. H., Kamberg, C., Goldberg, G. A., Leibowitz, A., Keeseey, J., Reboussin, D. & J. P. Newhouse (1986): Use of Medical Care in the RAND Health Insurance Experiment. *Medical Care*, 24: S1-87.
- Lostao, L., Regidor, E., Geyer, S. & P. Aiach (2007a): Patient cost sharing and physician visits by socioeconomic position: findings in three Western European countries. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 61: 416-420.
- Lostao, L., Regidor, E., Geyer, S. & P. Aiach (2007b): Patient cost sharing and social inequalities in access to health care in three western European countries. *Social Science & Medicine*, 65: 367-376.
- Lundberg, L., Johannesson, M., Isacson, D. G. L. & L. Borgquist (1998): Effects of user charges on the use of prescription medicines in different socio-economic groups. *Health Policy*, 44: 123-134.
- Lægeforeningen (2011): *Aktivitet og økonomi i almen praksis i dagtid og vagttid 2000 til 2010*. København: Lægeforeningen.
 Lokaliseret 3. maj 2012 på:
http://www.laeger.dk/portal/page/portal/LAEGERDK/Laegerdk/P_L_O/Om%20PLO/Tal%20og%20publikationer/Statistik%20om%20almen%20praksis
- Madden, D., Nolan, A. & B. Nolan (2005): GP reimbursement and visiting behaviour in Ireland. *Health Economics*, 14: 1047-1060.
- Manning, W. G., Newhouse, J. P., Duan, N., Keeler, E., Benjamin, B., Leibowitz, A. & M. S. Marquis (1987): Health Insurance and the Demand for Medical Care: Evidence from a Randomized Experiment. *American Economic Review*, 77: 251-277.
- Mccall, N., Petersons, A., Moore, S. & J. Korb (2003): Utilization of Home Health Services before and after the Balanced Budget Act of 1997: What Were the Initial Effects? *Health Services Research*, 38: 85-106.
- Mcknight, R. (2006): Home care reimbursement, long-term care utilization, and health outcomes. *Journal of Public Economics*, 90: 293-323.
- Mcmanus, P., Donnelly, N., Henry, D., Hall, W., Primrose, J., Lindner, F. & J. Lindner (1996): Prescription Drug Utilization Following Patient Co-Payment Changes in Australia. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*, 5: 385-392.

- Nexøe, J., Kragstrup, J. & T. Rønne (1997): Impact of postal invitations and user fee on influenza vaccination rates among the elderly. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 15: 109-112.
- Nolan, A. (2008): Evaluating the impact of eligibility for free care on the use of general practitioner (GP) services: A difference-in-difference matching approach. *Social Science & Medicine*, 67: 1164-1172.
- O'reilly, D., O'dowd, T., Galway, K. J., Murphy, A. W., O'neill, C., Shryane, E., Steele, K., Bury, G., Gilliland, A. & A. Kelly (2007): Consultation charges in Ireland deter a large proportion of patients from seeing the GP: Results of a cross-sectional survey. *European Journal of General Practice*, 13: 231-236.
- Or, Z., Jusot, F. & E. Yilmaz (2008): *Impact of Health Care System on Socioeconomic Inequalities in Doctor Use*. Paris: IRDES Working Paper No. 17; Institute for research and information in health economics.
- Paulus, A., Sutherland, H. & P. Tsakoglou (2010): The Distributional Impact of In-Kind Public Benefits in European Countries. *Journal of Policy Analysis and Management*, 29: 243-266.
- Pilote, L., Beck, C., Richard, H. & M. J. Eisenberg (2002): The effects of cost-sharing on essential drug prescriptions, utilization of medical care and outcomes after acute myocardial infarction in elderly patients. *Canadian Medical Association Journal*, 167: 246-252.
- Poirier, S., Leloirer, J., Pagé, V. & A. Lacour (1998): The Effect of a \$2 Co-Payment on Prescription Refill Rates of Quebec Elderly and its Relationship to Socio-Economic Status. *Canadian Pharmaceutical Journal*, 130: 30-34.
- Puig-Junoy, J., García-Gómez, P. & D. Casado-Marín (2011): *Free Medicines thanks to Retirement: Moral Hazard and Hospitalization Offsets in an NHS*. Tintenberg Institute Discussion Paper 108/3; Tintenberg Institute.
- Rice, T. & K. Y. Matsuoka (2004): The Impact of Cost-Sharing on Appropriate Utilization and Health Status: A Review of the Literature on Seniors. *Medical Care Research and Review*, 61: 415-452.
- Rosen, B., Brammli-Greenberg, S., Gross, R. & R. Feldman (2011): When co-payments for physician visits can affect supply as well as demand: findings from a natural experiment in Israel's national health insurance system. *International Journal of Health Planning and Management*, 26: e68-e84.

- Rovira, J., Mompo, C., De Wildt, K., Schneider, M. & I. Blasco (1998): Comparing cost-sharing in European Union member states: a system-oriented framework. *In: R. Leidl (ed.) Health Care and its Financing in the Single European Market*. Amsterdam: IOS Press.
- Rückert, I.-M., Böcken, J. & A. Mielck (2008): Are German patients burdened by the practice charge for physician visits ('Praxisgebuehr')? A cross sectional analysis of socio-economic and health related factors. *BMC Health Services Research*, 8.
- Rudbeck, B.; Knudsen, M. S., Gyldmark, M. & A. Alban (1995): *Brugerbetaling i sundhedsvæsenet – kortlægning og analyse*. København: Dansk Sygehus Institut.
- Ryan, M. & S. Birch (1991): Charging for health care: Evidence on the utilisation of NHS prescribed drugs. *Social Science & Medicine*, 33: 681-687.
- Sato, M., Hashimoto, H., Tamiya, N. & E. Yano (2006): The effect of a subsidy on the utilization of community care services under a public long-term care insurance program in rural Japan. *Health Policy*, 77: 43-50.
- Schreyögg, J. & M. M. Grabka (2010): Copayments for ambulatory care in Germany: a natural experiment using a difference-in-difference approach. *European Journal of Health Economics*, 11: 331-341.
- Scott, K. M., Marwick, J. C. & P. R. Crampton (2003): Utilization of general practitioner services in New Zealand and its relationship with income, ethnicity and government subsidy. *Health Services Management Research*, 16: 45-55.
- Shapiro, M. F., Ware, J. E. & C. D. Sherbourne (1986): Effects of cost sharing on seeking care for serious and minor symptoms. Results of a randomized controlled trial. *Annals of Internal Medicine*, 104: 246-251.
- Simonsen, M., Skipper, L. & N. Skipper (2010): *Price Sensitivity of Demand for Prescription Drugs: Exploiting a Regression Kink Design*. Aarhus: Depart. of Economics Working Paper No. 2010-3; Aarhus University.
- Siu, A. L., Sonnonberg, F. A., Manning, W. G., Goldberg, G. A., Bloomfield, E. S., Newhouse, J. P. & R. H. Brook (1986): Inappropriate Use of Hospitals in a Randomized Trial of Health Insurance Plans. *New England Journal of Medicine*, 315: 1259-1266.
- Skipper, N. (2010): *On Utilization and Stockpiling of Prescription Drugs when Co-payments Increase: Heterogeneity across Types of Drugs*. School of Economics Working Paper No. 2010-12; Aarhus University.

- Soumerai, S. B., Ross-Degnan, D., Avorn, J., McLaughlin, T. J. & I. Choodnovskiy (1991): Effects of medicaid drug-payment limits on admission to hospitals and nursing homes. *New England Journal of Medicine*, 325: 1072-1077.
- Street, A., Jones, A. & A. Furuta (1999): Cost-sharing and pharmaceutical utilisation and expenditure in Russia. *Journal of Health Economics*, 18: 459-472.
- Swartz, K. (2010): *Cost-sharing: Effects on spending and outcomes. The Synthesis Projekt*. Princeton: Robert Wood Johnson Foundation.
- Tamblyn, R., Laprise, R., Hanley, J. A., Abrahamowicz, M., Scott, S., Mayo, N., Hurley, J., Grad, R., Latimer, E., Rerreault, R., Mcleod, P., Huang, A., Larochelle, P. & L. Mallet (2001): Adverse Events Associated With Prescription Drug Cost-Sharing Among Poor and Elderly Persons. *Journal of the American Medical Association*, 285: 421-429.
- van De Voorde, C., Van Doorslaer, E. & E. Schokkaert (2001): Effects of cost sharing on physician utilization under favourable conditions for supplier-induced demand. *Health Economics*, 10: 457-471.
- van Doorslaer, E., Wagstaff, A., Van Der Burg, H., Christiansen, T., Citoni, G., Biase, R. D., Gerdtham, U.-G., Gerfin, M., Gross, L., Häkinnen, U., John, J., Johnson, P., Klavus, J., Lachaud, C., Lauritsen, J., Leu, R., Nolan, B., Pereira, J., Propper, C., Puffer, F., Rochaix, L., Schellhorn, M., Sundberg, G. & O. Winkelhake (1999): The redistributive effect of health care finance in twelve OECD countries. *Journal of Health Economics*, 18: 291-313.
- van Vliet, R. C. J. A. (2004): Deductibles and Health Care Expenditures: Empirical Estimates of Price Sensitivity Based on Administrative Data. *International Journal of Health Care Finance and Economics*, 4: 283-305.
- Velfærdskommissionen (2005): *Fremtidens velfærd – vores valg*. København: Velfærdskommissionen.
- Verdensbanken (2012): *Country and Lending Groups*. Washington D. C: Verdensbanken. Lokaliseret 27. februar 2012 på:
http://data.worldbank.org/about/country-classifications/country-and-lending-groups#High_income.
- Wagstaff, A., Van Doorslaer, E., Van Der Burg, H., Calonge, S., Christiansen, T., Citoni, G., Gerdtham, U.-G., Gerfin, M., Gross, L., Häkinnen, U., Johnson, P., John, J., Klavus, J., Lachaud, C., Lauritsen, J., Leu, R., Nolan, B., Perán, E., Pereira, J., Propper, C., Puffer, F., Rochaix, L., Rodríguez, M., Schellhorn, M., Sundberg, G. & O. Winkelhake (1999): Equity in the finance of health care: some further international comparisons. *Journal of Health Economics*, 18: 263-290.

- Wang, P. S., Patrick, A. R., Dormuth, C., Maclure, M., Avorn, J., Canning, C. F. & S. Schneeweiss (2010): Impact of Drug Cost Sharing on Service Use and Adverse Clinical Outcomes In Elderly Receiving Antidepressants. *Journal of Mental Health Policy and Economics*, 13: 37-44.
- Winkelmann, R. (2004): Co-payments for prescription drugs and the demand for doctor visits - Evidence from a natural experiment. *Health Economics*, 13: 1081-1089.
- Zápal, J. (2010): Doctor-Visit Co-Payment Exemption for Children: First Look at the Data. *Czech Journal of Economics and Finance*, 60: 58-72.
- Zhong, H. (2007): Equity in Pharmaceutical Utilization in Ontario: A Cross-Section and Over Time Analysis. *Canadian Public Policy*, 33: 487-507.

English Summary

Astrid Kiil & Kurt Houlberg

Behavioural Effects of User Charges

A Systematic Review of Danish and International Studies within the Areas of Health Care and Elder Care from 1990-2011

The Danish welfare system is under increasing economic pressure due to an ageing population and the prospect of a prolonged recession. In recent years, this has brought about an increasing focus on whether it is possible, by introducing co-payment in new areas and expanding existing schemes, to lower the individual demand for public services within the areas of health care and elder care and contribute to the funding. This report aims to form the background of a balanced and informed debate about the consequences of increasing the co-payment levels within the areas of health care and elder care by undertaking a systematic review of the quantitative literature on the behavioural consequences of co-payment within these areas. The report focuses on the behavioural effects of co-payment across countries and does not, as such, examine the effect of co-payment within the framework of single health care systems such as the Danish.

The report reviews the existing research-based evidence in order to provide an overview of the extent to which co-payment (1) reduces the individual demand for the services on which it is imposed, (2) has the potential to lower the total costs within the areas of health care and elder care and finally (3) gives rise to distributional consequences. The review includes quantitative effect studies published in peer-reviewed journals and as working papers, scientific dissertations, book and book chapters in the time period from January 1990 to December 2011. In order to ensure a reasonable degree of comparability regarding the institutional setting, the review is limited to studies conducted in high-income countries.

The search for literature and subsequent screening of relevant studies identified a comprehensive literature within the health area, while the behavioural effects of co-payment for elder care turned out to be sparsely analysed.

The main results of the review of the empirical literature can be summarised as follows.

Demand effects

Considering the demand effects, the vast majority of the reviewed studies find that co-payment reduces the use of the services on which it is imposed at the individual level, thereby potentially lowering total costs. Within the health care area, the vast majority of the reviewed studies find a reducing effect of co-payment on the use of prescription medicine, consultations in general practice, consultations with medical specialists and ambulatory care, respectively. The table below summarises the results of the studies which have computed the price elasticity of the individual demand for different types of health care services. The price elas-

ticity is defined as the percentage-wise change in the demand following a 1-per cent increase in the price that is paid by the consumer.

Price elasticities of the demand for different types of health care services

Study	Country	Population group	Type of health care service	Price elasticity of the demand
Cockx & Brasseur (2003)	Belgium	Low income group	Consultations with general practitioners	-0,06 for men -0,01 for women
			In-home doctor visits	-0,18 men -0,08 for females
			Consultations with medical specialists	-0,14 for men -0,02 for women
Contoyannis et al. (2005)	Canada	Elderly chronic patients	Prescription medicine	From -0,12 to -0,16
van de Voorde et al. (1999)	Belgium	The entire population	Consultations with general practitioners	From -0,12 to -0,16
			In-home doctor visits	From -0,20 to -0,39
			Consultations with medical specialists	-0,10
Kim et al. (2005)	South Korea	Users of ambulatory treatment	Ambulatory treatments in hospital setting	-0,09
			Ambulatory treatments at clinic	-0,18
Li et al. (2008)	Canada	The entire population	Prescription medicine	-0,11 (-0,20 for low income)
Simonsen et al. (2010)	Denmark	Users of prescription medicine	Prescription medicine	From -0,08 to -0,25 (dep. on model spec.)
Skipper (2010)	Denmark	Users of penicillin	Penicillin	From -0,18 to -0,35 (dep. on model spec.)

It is seen that the estimated price elasticities lie in the interval from -0,01 to -0,39, meaning that the individual demand drops by between -0,01 and -0,39 per cent following a one per cent increase in the price that is paid by the consumer. In addition, the Danish studies of prescription medicine find that the demand drops relatively more for individuals with low income and education levels across model specifications.

Within the area of elder care, the reviewed studies find that co-payment reduces the use of home care. However, none of these studies have estimated price elasticities of the demand due to a lack of sufficiently detailed information about the size of the co-payment.

For hospitalisations and nursing home care, respectively, the reviewed studies find no indications that co-payment lowers demand. For these services co-payment thus shifts the burden of financing from the public coffers to the users rather than reduces the demand for the service in question. The number of studies considering the demand effects of co-payment on the use of hospitalisation is, however, restricted by the circumstance that not many western countries apply co-payment for hospitalisations.

Health effects and substitution

Even when co-payment reduces the use of the services on which it is imposed, it does not necessarily lowers the total public expenditures. Firstly, it is possible that co-payment for some services within a given area, but not for others, causes substitution from services that are subject to co-payment to services that are free at the point of use rather than lowering the

total use. The empirical evidence on this matter is mixed. Secondly, the introduction of co-payment for services, for which the individual demand is price elastic, may lead to a deterioration in the public health, if the co-payment causes citizens to drop effective and necessary care and treatment. Besides this being inconvenient for the affected citizens, it implies that savings brought along by co-payment in one area may be fully or partly cancelled out by increases in the use of other types of services. The substitution effects of co-payment have been analysed empirically in a limited number of studies. All studies of elder care and the majority of the reviewed studies within the health care area find no health-related effects of co-payment in the short run. This result is, however, restricted by the fact that the reviewed studies apply some rather coarse measures of population health, given that they primarily consider mortality. As regards co-payment for prescription medicine, a few studies find that co-payment reduces the use of non-essential medicine relatively more than the use of essential medicine. However, most studies are not able to say something about whether the eliminated use is necessary from a medical point of view. Moreover, none of the datasets used in the empirical literature spans a sufficient sequence of years to be able to infer something about the long-term consequences of co-payment on substitution and health. Hence, the empirical literature does not give any clear-cut answer as to whether co-payment has health effects or shifts the use to services that are not subject to co-payment.

Distributional effects

The empirical studies find almost unambiguously that co-payment gives rise to distributional consequences. Regarding the financing of services, the reviewed studies find that co-payment represents an unequal type of financing. This is also the case in areas which are subject to high co-payment in Denmark today, e.g. prescription medicine. The empirical evidence likewise indicates that vulnerable groups, including individuals with low income and in particular need of care, reduce their use relatively more than the remaining population in consequence of co-payment. This may be counteracted by making the co-payment income-dependent or exempting groups in particular need of the services in question.

Perspectives

In order to place the budgetary consequences of introducing co-payment into a broader perspective, the order of magnitude of the total funding contribution that may be obtained by introducing co-payment for a wide spectrum of health care services is estimated below. The chosen fee structure is similar to that suggested by Velfærdskommissionen in 2005 adjusted for the development in equivalent disposable income. The total funding contribution associated with co-payment consists of a revenue generated by co-payment shifting part of the burden of financing from the public coffers to the users, and a saving that follows from the reduction in demand. The estimates below are based on assumptions that co-payment reduces use by 10 and 25 per cent, respectively, for contacts to general practitioners, emergency doctors, medical specialists and accident and emergency departments, while the use of hospitalisations and ambulatory care is assumed to be unaffected by co-payment. Due to distributional considerations the total annual co-payment is subject to a ceiling of 1 per cent of the in-

come. This model is inspired by the other Nordic countries and is also used by the Velfærds-kommissionen (2005).

Estimates of annual revenue, saving and total funding generated by the introduction of co-payment for selected health care services, billions DKK, 2010

Area	Fee per unit DKK	10 per cent reduction in use			25 per cent reduction in use		
		Revenue	Saving	Total funding	Revenue	Saving	Total funding
		Billion DKK			Billion DKK		
General practitioner							
- Consultation	90						
- In-home visit	180	1.1	0.4	1.5	1.0	1.0	2.0
- Phone consultation	25						
- E-mail consultation	25						
Emergency doctor							
- Consultation	120						
- In-home visit	180	0.1	0.1	0.2	0.1	0.1	0.3
- Phone cons. w. visit	25						
- Phone cons. w.o visit	60						
Medical specialist	120	0.3	0.2	0.5	0.3	0.6	0.8
Accident and emergency department	180	0.1	0.0	0.1	0.1	0.1	0.2
Ambulatory care	150	0.5	-	0.5	0.6	-	0.6
Hospitalisation (days)	60	0.2	-	0.2	0.2	-	0.2
Total		2.4	0.7	3.1	2.3	1.8	4.1

Anm.: The figures shown in the table do not add up to the totals due to rounding.

The figures include a ceiling on the total annual co-payment of 1 per cent of the income.

The total funding generated by the co-payment model under consideration is thus estimated to be around 3.1 billion DKK by a 10 per cent reduction in use and 4.1 billion DKK if use is reduced by 25 per cent. In both cases the major share of the funding is attributable to the general practitioners. By comparing the estimates of funding generated by co-payment with the total public health expenditures in 2010 of around 145 billion DKK, it is seen that the funding generated by introducing co-payment for a wide spectrum of health care services makes up around 2-3 per cent of the public health expenditures under the given assumptions.



Adfærdsmæssige effekter af brugerbetaling

Denne rapport foretager en systematisk gennemgang af den kvantitative empiriske litteratur om de adfærdsmæssige konsekvenser af brugerbetaling på sundheds- og ældreområdet. Litteratursøgningen og den efterfølgende udvælgelse af relevante studier identificerede en omfattende litteratur på sundhedsområdet, mens de adfærdsmæssige effekter af brugerbetaling på ældreområdet viste sig at være sparsomt analyseret. Gennemgangen af den empiriske litteratur viser, at brugerbetaling i de fleste tilfælde reducerer forbruget af de berørte ydelser og dermed har potentiale til at reducere de offentlige udgifter. Samtlige af de gennemgående studier på ældreområdet og flertallet af de gennemgåede studier på sundhedsområdet finder ingen sundhedsmæssige effekter af brugerbetaling på kort sigt. Den empiriske evidens for, hvorvidt brugerbetaling på nogle ydelser inden for et givet område, men ikke på andre, forskyder forbruget fra ydelser med brugerbetaling til gratis ydelser, er blandet. I studier, der belyser fordelingsmæssige konsekvenser af brugerbetaling, findes stort set entydigt, at brugerbetaling giver anledning til nogle fordelingsmæssige konsekvenser. Rapporten konkluderer overordnet, at indførelse af brugerbetaling på nye områder og udvidelse af eksisterende ordninger involverer nogle væsentlige økonomiske og politiske afvejninger.