

Bemærkninger til forslaget

Baggrund for forslaget

I dag beløber brugerbetaling til sundhedsydelser sig til cirka 19 mia. kr., svarende til omtrent en femtedel af de samlede sundhedsudgifter. Det er et politisk ansvar at sikre, at disse mange milliarder i brugerbetaling er fordelt hensigtsmæssigt – i overensstemmelse med de politiske værdier og mål, Danmark har lagt til grund for sundhedsvæsenet.

To forhold taler overordnet for at gå brugerbetalingen på sundhedsydelser efter i sømmene:

- For det første har brugerbetalingen over de sidste mange årtier udviklet sig ved knopskydning. Medicintilskudssystemet er løbende blevet revideret – senest i 2005, jf. lovforslag nr. L 102, folketingsåret 2004-05. Brugerbetalingen til tandlægehjælp, fysioterapi og andre sygesikringsydelser har udviklet sig i takt med overenskomsterne. Den mangeårige knopskydning er et selvstændigt argument for at analysere den samlede brugerbetaling på sundhedsydelser under ét og tage stilling til profilen i det samlede system og dermed mulighederne for en hensigtsmæssig omlægning.
- For det andet møder systemet alvorlig kritik – ikke mindst fra sagkyndigt hold. Brugerbetalingen beskyldes for at være tilfældig og ulogisk. Det er f.eks. svært at argumentere fornuftigt for, hvorfor det offentlige skal give tilskud til høreapparater, men ikke til hverken briller eller kontaktlinser – eller hvorfor der skal kunne ydes tilskud til behandling hos en psykiater, men ikke terapi hos en psykolog. Samtidig fremstår systemet uretfærdigt. Navnlig den stigende og i dag meget høje egenbetaling på tandplejeområdet giver problemer.¹⁾ Alvorligt syge tandpatienter med f.eks. aggressiv paradentose overlades i høj grad til at betale for deres behandling selv. Den stigende egenbetaling har medført en alvorlig ulighed, når det gælder specielt tandsundhed.

I Danmark er brugerbetalingen i meget høj grad koncentreret om få ydelser, navnlig medicin og voksentandpleje. F.eks. betaler danskerne ca. 60 pct. af

medicinudgifterne direkte selv, mens det for tyskernes vedkommende er under 30 pct.²⁾

Rammerne for ekspertudvalgets arbejde

Ekspertudvalget skal alene analysere mulighederne for en omlægning og dermed forbedring af den eksisterende brugerbetaling. Udvalget skal ikke rejse en diskussion om ja eller nej til brugerbetaling i sundhedsvæsenet, men tage udgangspunkt i den mængde brugerbetaling, der allerede i dag findes på sundhedsydelser.

Udvalget skal derfor ikke beskæftige sig med mulighederne for at afvikle eller markant nedsætte brugerbetalingen på sundhedsydelser. En sådan markant reduktion ville også være problematisk, idet der tegner sig et voldsomt pres på navnlig sundhedsudgifterne. Ifølge Velfærdskommissionen vil de offentlige udgifter stige med 48 mia. kr. frem til 2040. Heraf vil sundhedsudgifterne alene tegne sig for 32 mia. kr.³⁾

Omvendt er det ikke politisk ønsket at øge brugerbetalingen på sundhedsydelser. Meget tyder på, at Danmark efter en international målestok allerede har en relativt høj andel af brugerbetaling målt i forhold til de samlede sundhedsudgifter. Ifølge Indenrigs- og Sundhedsministeriet beløb brugerbetalingen sig til 19 mia. kr. i 2005 – svarende til 19,6 pct. af de samlede sundhedsudgifter. Det er en stigning på godt 5 pct. siden 1980. Ifølge DSI er denne brugerbetalingsandel højere, end hvad der gør sig gældende i en lang række sammenlignelige lande, bl.a. Sverige, Norge, Storbritannien, Irland, Frankrig, Tyskland og Holland.⁴⁾

Ekspertudvalget skal udarbejde rapport, der både kortlægger det nuværende brugerbetalings- og dermed også tilskudssystem, for så vidt angår sundhedsydelser, og analysere erfaringerne og effekterne af dette system. Udvalget skal formulere en række modeller, der kan tjene som inspiration til en fremtidig omlægning af brugerbetalingen på sundhedsydelser i Danmark. For hver af modellerne bør udvalget også give indblik i, hvordan disse imødegår uhensigtsmæssig brug af sundhedsydelser. Endelig skal udvalget