

Amtsborgmester *Erling Tiedemann*, Vejle Amt

## Brugerbetaling i sundhedssektoren?

Indlæg på en konference, arrangeret af Odense Universitet

30. oktober 1989

Politik drejer sig ikke om, hvad man *kan*, men hvad man *vil* - af det, man kan. De faglige oplæg, vi har hørt i dag, har principielt skullet handle om, hvad man kan, det vil sige:

- hvad der med rimelighed kan forstås ved ordet 'brugerbetaling',
- hvordan brugerbetaling i forskellige forståelser og under forskellige omstændigheder må forudses at ville virke,
- og om de, der går ind for brugerbetaling, har grund til at tro, at de kommer hen, hvor de vil hen.

Min opgave er ikke at belyse, hvad *man kan*, men at sige, hvad *jeg vil* - samt at begrunde dette standpunkt.

Det kan udtrykkes kort: Jeg er imod indførelse af *generel* brugerbetaling i *sundhedssektoren*. Det har jeg været, så længe debatten har stået på, og der er ikke hidtil kommet argumenter på bordet, som har ændret mit standpunkt: Jeg er imod indførelse af generel brugerbetaling i sundhedssektoren. Det standpunkt deler jeg med langt det overvejende antal amtsrådsmedlemmer i Danmark. Ifølge meningsmålingerne er det også, hvad befolkningen massivt mener.

Ja, men hvis det dermed bare er en død sild, kunne jeg så ikke stoppe her og sige tak for i dag? Hvorfor så tale mere om det?

Jo, for det første, fordi også politiske standpunkter bør begrundes - og jeg har endnu ikke begrundet mit. For det andet, fordi sundhedssektoren *har* ressourceproblemer, som erfaringsmæssigt bringer spørgsmålet om brugerbetaling på bane som et kvartalsemne i stil med søslangen i Loch Ness. Kort sagt: begrundelserne for at være imod trænger - såvel som begrundelserne for at være for - til at blive formuleret klart og eksplicit. Det videnskabelige arbejde går bl.a. ud på at udvikle et begrebsapparat, der gør det muligt at ræsonnere over, hvad man vil, og at udtrykke sine beslutninger herom klart, og derfor i forbifarten også tak til Odense Universitet for initiativet.

Når jeg dernæst skal begrunde mit standpunkt, vil jeg først medgive, at *under den præcise forudsætning, at man er i stand til at betale den*, er jeg ikke i tvivl om, at brugerbetaling rummer fordele for brugeren. I denne formulering, der er lige så kort, som den er banal, skjuler sig til gengæld hele spændingen. Thi når jeg siger, at under den præcise forudsætning, at man er i stand til at betale den, rummer brugerbetaling fordele for brugeren, så har jeg både peget på, hvorfor det er relevant at tale om brugerbetaling (nemlig fordi den rummer fordele for brugeren), og hvorfor jeg alligevel selv er imod indførelse af generel brugerbetaling i sundhedssektoren (nemlig fordi der ikke er rimelig sikkerhed for, at alle brugere kan erlægge den i tilstrækkeligt omfang).

Men lad os først gøre os klart, at der *er* indført generel brugerbetaling for at opnå det, man kalder tilværelsen. Brugerbetaling er normalsituationen. Der skal være særlige grunde til, at man indretter sig anderledes. Telefon, husleje, benzin, forsikring, mad, tøj, elektricitet, guldtænder, aviser, ferierejser, fjernvarme - og så videre og så videre. Alt sammen udgifter, vi som brugere betaler for, delvis eller helt. Især helt. Uanset, om det er goder, der leveres af det offentlige og den slags eller af private leverandører. Og uanset, at der for hovedparten er tale om noget, vi ikke kan undvære. Brugerbetaling har vi altså nok af. Normalsituationen er brugerbetaling. Dette fastholdes også i sociallovgivningen, som massivt bygger på, at hvis man fx. på grund af alders- eller invaliditetsbetinget bortfald af arbejdsevnen ikke har mulighed for at erlægge betalingen i brugsen, ja, så udleverer samfundet ikke maden fra et folkekøkken, men forsyner én med midler i form af en pension. Man kan altid diskutere pensionernes størrelse, men som princip anser jeg det ikke for asocialt, at der er brugerbetaling i forhold til almindelige livsfornødenheder, når samfundet blot har skabt rimelig sikkerhed for, at alle kan erlægge den.

Forskellen på situationen ved købmandsdisken og i operationsstuen er jo imidlertid indlysende: nødvendigheden af at købe mad melder sig for alle og med forudsigelig frekvens; behovet for en operation opstår også med forudsigelig frekvens, når man ser på befolkningen som helhed, men ikke, når udgangspunktet er den enkelte borger. Det na-

turlige svar er her *forsikring*. Vi forsikrer os mod begivenheder, hvis indtræden er usikker, og hvis økonomiske konsekvenser kun kan bæres, hvis de fordeles over tid og deles med dem, for hvem begivenheden, fx. en ildebrand, ikke indtræffer. Det er ikke kun almindelig snusfornuft, der får os til at tegne forsikring. Hvis man bor i parcelhus og dermed normalt er dét, man kalder prioritetsbestyrer, ja, så forlanger kreditforeningen, at man holder pantet brandforsikret. Der er altså tale om en pligtmæssig forsikring, og tegner man den ikke, opsiges lånet, og man ender normalt på tvangsauktion. Man kan sætte et hus på tvangsauktion, men så skal folk jo bo et andet sted, og man kan i øvrigt ikke sætte en patient på tvangsauktion. Her findes derfor det meste af begrundelsen for vores nuværende finansieringssystem inden for sundhedssektoren. Der er tale om en pligtforsikring, hvis præmie ikke varierer med forsikringsrisikoen, men med forsikringstagernes økonomiske formåen, idet den betales over skatten og i forhold til den skattepligtige indtægt.

Ja, men er det så ikke meget godt? Jo, men det er ikke uproblematisk. Thi i modsætning til en almindelig forsikringspolice er hverken forsikringsbegivenheden eller "erstatningen" på forhånd beskrevet udtømmende - hverken med de store eller med de små bogstaver forneden. At indtræden af mavekræft er en forsikringsbegivenhed, der som forsikringsydelse kan gøre krav på finansiering af en operation, er uomtvistet. Men hvad med barnløshed? Er barnløshed en forsikringsbegivenhed, der udløser krav på finansiering af 'in vitro fertilisering'? Det er jo i hvert fald diskuteret. Ingen har naturligvis krav på en service, som samfundet ikke magter at yde, men dét forhold, at pligtforsikringen er kommet til at fremstå som et system af gratisydelse, har jo været med til at tilsløre virkeligheden. Og det er et problem. Måske skulle vi i stedet for 'gratisydelse' hellere tale om 'gratisbetalte ydelse' og med dette paradoksale udtryk fremme forståelsen af, at der kan ikke være mere, der er gratis, end dét, der er betalt for ...

Jeg tror imidlertid, at det ikke mindst er en vis frustration over for befolkningens urealistiske forventninger om, hvad de skal have igen for den skat, de betaler, som får politikere og andre til af og til at lufte tanken om brugerbetaling. Og der er da heller ikke spor tvivl om, at hvis finansieringen af alt andet i livet var indrettet på samme måde som inden for sundhedssektoren, ja, så var samfundet forlængst gået helt og aldeles fallit. Lad mig derfor gentage: hvis de sociale forudsætninger er til stede, er brugerbetaling ikke bare det normale, men også det ønskelige, ja, det nødvendige.

Jeg sagde jo endda indledningsvis, at under den præcise forudsætning, at man kan betale den, er brugerbetaling i sundhedssektoren *et gode* også for brugeren. Hvorfor det? Fordi brugerbetaling som udgangspunkt er knyttet til valgfrihed. Udvidet brugerbetaling er

derfor i en vis udstrækning en nødvendig følgesvend for en udvidet valgfrihed. Større valgfrihed kræver, - hvis man altså skal vælge ansvarligt, - at man selv kan mærke resultatet af sit valg, først og fremmest positivt, fordi man får mere ud af det og får en bedre service, hvis man vælger rigtigt, men også negativt, fordi man selv kommer til at føle det på tegnebogen, hvis man vælger uansvarligt. Det er herunder rimeligt at opkræve brugerbetaling, hvor valgfriheden medfører forøgede udgifter. Brillerglas med en styrke på 4 dioptrier betragtes for eksempel som et hjælpemiddel, der finansieres af det offentlige, men hvis man nu - uden oftalmologisk indikation - vil have tonede glas, er det jo ikke urimeligt, at man selv finansierer forskellen gennem brugerbetaling. Ansvarlig valgfrihed kræver i princippet brugerbetaling.

Men hvorfor al denne valgfrihed? Hvorfor er den et gode for brugeren? Er det bare, fordi der skal være plads for griller og tonede brillerglas? Nej, brugernes valgfrihed er først og fremmest et gode, fordi den lægger pres på yderne. Den skaber konkurrence mellem yderne, som risikerer at se sig valgt fra, og det fremmer både kvalitet, service og økonomiseringen med ressourcerne. Under denne synsvinkel er den egentlige målgruppe for brugerbetaling ikke brugerne, men yderne, - og jeg har visse ydere lumsk mistænkt for, at de udmærket har forstået dét, og at det er en del af baggrunden for de betænkeligheder, de ytrer over for brugerbetaling ...

Når jeg som nævnt alligevel stadig er mod indførelse af generel brugerbetaling i sundhedssektoren, så skyldes det som antydning delvis, at jeg ikke mener, de sociale forudsætninger er tilvejebragt. Jeg er godt tilfreds med at leve i et land, hvor Jørgen Hattemager ligger på tosengs-stue med Kong Salomon, og hvor de begge kan blive behandlet af professoren på Rigshospitalet, hvis de fejler noget meget specielt. Og jeg vil ikke være med til at tilvejebringe en situation, hvor der ikke bliver ringet efter lægen til et dødsdygt barn, fordi forældrene ikke har til brugerbetalingen.

Men jeg har også en anden betænkelighed som begrundelse for at være imod indførelse af brugerbetaling som led i en øget valgfrihed, nemlig at forholdets natur inden for sundhedssektoren til en vis grad alligevel gør denne valgfrihed illusorisk. Jeg har forudsætninger for at vælge, om jeg ønsker dr. Jensen eller dr. Hansen som min familielæge, men kan jeg som almindelig patient også træffe et rimeligt valg mellem, om jeg skal behandles med Prednisolon eller Imurel, når jeg har en uspecifik bindevævslidelse? Eller vælge mellem en helkropsscanning og en almindelig røntgenundersøgelse? Jeg kan vælge den læge, der er rigtig for mig, men jeg kan ikke vælge, hvad der er lægeligt rigtigt.

Men hvis brugerbetaling er valgfrihedens nødvendige følgesvend, *hvad er da meningen med forøget brugerbetaling, hvis der ikke er tale om nogen forøgelse af den reelle valgfrihed?*

Det er svært at se. Det er meget svært at se.

Er emnet dermed udtømt? Nej, for selv om jeg ikke vil være med til at indføre brugerbetaling, før de sociale forudsætninger er på plads, så synes jeg alligevel, man skal interessere sig for den del af brugerbetalingens teoretiske velsignelser, som hænger sammen med det pres, den lægger på yderne. Kunne det pres opnås på anden måde? Ja, det kunne det naturligvis, hvis systemet hvilede på, hvad man lidt paradoksalt kunne karakterisere som "brugerbetaling for det offentliges regning". Selv om det lyder, som om "brugerbetaling for det offentliges regning" var udtryk for en indre selvmodsigelse, så er det ingenlunde tilfældet, thi det er jo netop, hvad vores sygesikringssystem i princippet bygger på.

Vi går til en læge, som ikke er ansat af det offentlige, og som i øvrigt mod brugerbetaling leverer en række private ydelser såsom kørekortattester, ferievaccinationer og generelle helbredscheck. Men når vi kommer som patienter, med vores sygesikringskort i hånden, så sender han regningen på brugerbetalingen til amtet, som betaler den for os. Når professor Jørn Henrik Petersen i det teoretiske oplæg til denne konference siger, at det "afgørende må være behovet for en indsats, professionelt defineret og afvejet over for andre individers behov *inden for en for systemet gældende budgetrestriktion,*" så rammer han imidlertid plet med de sidste ord: "*inden for en for systemet gældende budgetrestriktion.*" Thi sygesikringssystemet i den nuværende udformning har jo nemlig svært ved at respektere den virkelighed, der består i, at når der ikke er betalt for mér, så er der ikke mér. Systemet mangler en indbygget *budgetsikkerhed*. Og det problem bliver man jo nødt til at finde en overenskomst- eller lovgivningsmæssig løsning på.

Inden for den anden store del af sundhedsvæsenet, nemlig sygehusvæsenet, kunne man imidlertid udmærket *forøge* det omfang, hvori der er tale om brugerbetaling for det offentliges regning. Når vi har fri indlæggelsesret, d.v.s. frit valg mellem amtets sygehuse og i visse tilfælde adgang til frit at vælge et sygehus i et andet amt, så er det jo udtryk for, at pengene - d.v.s. brugerbetalingen - følger patienten. Det kunne føres videre - ikke for at lægge pres på brugerne, men for at forøge det nødvendige pres på yderne for at få dem til at agere på samme måde, som hvis det var brugeren selv, der havde stået med pengene i hånden - og med et tilstrækkeligt informationsgrundlag havde valgt, hvor vedkommende ville lægge dem. Det er jo ikke patienternes, men ydernes pres, der har

gjort sundhedsøkonomien ustyrlig. Lad os altså tage fat på yderne i stedet for på de stakels patienter!

Mens jeg således stadig er imod at indføre generel brugerbetaling i ordets almindelige forstand, så vil jeg gerne have, at vi inden for sundhedsvæsenet går længere i retning af *arbejde med udvikling af "brugerbetaling for det offentliges regning"* - forstået som:

- præstationsafhængig ressourceallokering til sygehuse og afdelinger
- inden for en samlet budgetramme
- med indbyggede incitamenter, rettet mod yderne,
- i retning af at få dem til at opprioritere de ydelser, for hvilke behovet er samfundsmæssigt mest anerkendt.

Eller sagt med andre ord: Lad os sigte på at påvirke incitamentstrukturen for yderne ved at indføre brugerbetaling for det offentliges regning, under overholdelse af en samlet budgetrestriktion og på en måde, der får yderne til at foretrække dét, der til enhver tid anses som rigtigt i forhold til en overordnet sundhedspolitik.

Lad os *begynde* med det. Når dét en dag er bragt til at fungere, så er det ikke givet, men så *kan* det være, at vi *bagefter* kan finde løsning på, hvordan de sociale forudsætninger for en mere generel brugerbetaling i sædvanlig forstand kan tilvejebringes, herunder med bevidst stillingtagen til alle de alternative målsætninger og modeller, som andre i dag har redegjort for.

Men de sociale forudsætninger findes ikke i dag. Og det er for mig den allermest afgørende grund til at være imod indførelse af generel brugerbetaling i sundhedssektoren. At jeg *er* det, har formentlig selv den tungeste i forsamlingen fattet. Jeg håber, at det også er lykkedes mig at forklare, hvad der er min begrundelse.