



Indfør øremærket sundhedsbidrag

Sørensen, Peter Birch; Rosholm, Michael; Whitta-Jacobsen, Hans Jørgen; Amundsen, Eirik S

Published in:
Berlingske Tidende

Publication date:
2009

Document version
Også kaldet Forlagets PDF

Citation for published version (APA):
Sørensen, P. B., Rosholm, M., Whitta-Jacobsen, H. J., & Amundsen, E. S. (2009). Indfør øremærket sundhedsbidrag. *Berlingske Tidende*, 9, Kultur & debat.

Kronik i Berlingske Tidende den 10. november 2009

Indfør øremærket sundhedsbidrag

Af Peter Birch Sørensen, Michael Rosholm, Hans Jørgen Whitta-Jacobsen og Eirik Schrøder Amundsen, De Økonomiske Råds formandskab

Vi kommer til at bruge flere penge til sundhed i de kommende årtier. Sundhedsudgifterne er den enkeltpost på det offentlige budget, som vil give de største finansieringsproblemer. Der er desværre ingen lette snuptagsløsninger. Men et øremærket sundhedsbidrag kan synliggøre udgifterne og medvirke til en bedre prioritering.

Der er flere grunde til, at sundhedsudgifterne stiger. Der bliver flere ældre, og den medicinske forskning giver nye muligheder for behandling fremover. I takt med at vi bliver rigere, ønsker vi også et bedre sundhedsvæsen. I vores seneste rapport har vi beregnet, at de offentlige sundhedsudgifter vil stige fra 7 procent til 10 procent af BNP frem mod 2050, selv hvis forbedringerne i serviceniveauet bliver væsentligt lavere, end den har været i indeværende årti. Det er en meget stor økonomisk udfordring, som vil give et langsigtet finansieringsproblem for den offentlige sektor.

Der er oplagte ulemper ved at finansiere udgiftsstigningen over skatterne, fordi højere skatter mindsker tilskyndelsen til at arbejde. Det er derfor værd at vurdere, om de øgede sundhedsudgifter fremover kan finansieres på andre måder end over skatterne, og om effektiviseringer i sundhedssektoren kan modvirke, at sundhedsudgifterne stiger.

Et system overvejende baseret på fuldt private forsikringer, som det kendes fra USA, vil stride mod Sundhedslovens krav om "let og lige adgang til ydelser fra sundhedsvæsenet", og systemet rummer i øvrigt dybe problemer, hvilket de ekstremt høje sundhedsudgifter i USA vidner om.

I europæiske lande som Holland, Tyskland og Frankrig betales sundhedsudgifterne overvejende via obligatoriske sociale sikringsordninger for personer på arbejdsmarkedet, mens sundhedsudgifterne for ældre uden for arbejdsmarkedet typisk betales over skat-terne. Et obligatorisk socialt sikringsbidrag hæmmer imidlertid tilskyndelsen til at arbejde på samme måde som en skat, når socialbidraget ikke står i direkte forhold til den sundhedsydelse, den enkelte bidragsyder forventes at modtage.

I øvrigt tyder internationale sammenligninger ikke på, at lande med sociale sikrings-ordninger har bedre og billigere sundhedssektorer end lande med et skattefinansieret sundhedsvæsen. Faktisk synes det modsatte at være tilfældet. Det skyldes formentlig, at omkostningerne ved administrationen er højere i de førstnævnte systemer. Der er således en betydelig risiko for, at man får mindre sundhed for pengene, hvis man erstatter et skattefinansieret system med et system baseret på obligatoriske sociale sikringsordninger for beskæftigede.

Der har været en bemærkelsesværdig vækst i de arbejdsgiverbetalte

sundhedsforsikringer fra nogle få tusinde i starten af indeværende årti til nu over en million. Det kan forbedre den enkelte borgers velfærd, at der er mulighed for at supplere det offentlige sundhedssystem med private forsikringer på markedsvilkår. Nogle vil gerne tilkøbe flere sundhedsydelser, end de kan få i det offentlige sundhedssystem, og det giver en privat forsikring mulighed for. Den kraftige vækst i de arbejdsgiverbetalte sundhedsforsikringer er imidlertid drevet af, at forsikringer er skattefrie for lønmodtagerne. Det svarer til statsstøtte.

Sundhedsforsikringer dækker også ydelser, som ikke er en del af det offentlige tilbud, og det er efter vores mening ikke godtgjort, at sundhedsforsikringer giver tilsvarende besparelser i de offentlige sundhedsudgifter. Det meste af den fremtidige vækst i sundhedsudgifterne kan tilskrives det stigende antal ældre. Sundhedsforsikringerne kan ikke afhjælpe denne vækst, da ældre uden for arbejdsmarkedet ikke er dækket. Af disse grunde bør skattefritagelsen af disse forsikringer ophøre.

Øget direkte brugerbetaling kan også overvejes som et alternativ til øgede offentlige sundhedsudgifter.

Et meget højt niveau for brugerbetaling kan dog være uheldigt, dels af fordelingspolitiske grunde, og dels fordi det kan afholde syge fra at få behandling i tide, hvilket kan gøre det dyrere i det lange løb. Danmark har samme gennemsnitlige niveau for brugerbetalingen som i andre nordiske lande, men Danmark adskiller sig ved, at brugerbetalingen er koncentreret på ydelser fra tandlæger, fysioterapeuter og psykologer samt udgifter til medicin. Besøg på skadestuen og hos lægen er friholdt i Danmark. Der vil formentlig være fordele ved at ændre i fordelingen af brugerbetalingen, selv om det samlede niveau holdes uændret.

I vores rapport har vi endvidere peget på, at man i sundhedssektoren i øget omfang kan gøre brug af offentlige udbud rettet mod såvel private som offentlige leverandører af sundhedsydelser for at øge konkurrencen og mindske omkostningerne ved at producere sundhedsydelser.

Det er dog kun en mindre del af sundhedsydelserne, som er egnede til at komme i udbud. Det skyldes, at store dele af hospitalernes produktion er forbundet med stordriftsfordele, der ikke levner plads til et stort antal konkurrerende producenter. Det er vigtigt at udnytte alle muligheder for at øge effektiviteten, men overordnet set forventer vi ikke, at øget konkurrenceudsættelse kan forhindre en væsentlig stigning i sundhedsudgifterne.

Der er desværre ingen lette snuptagsløsninger, når det gælder om at håndtere stigningen i sundhedsudgifterne, hverken i form af større systemændringer, brugerbetaling eller effektiviseringer. Politikerne må derfor vælge mellem følgende muligheder:

Den første mulighed er at dæmpe væksten i sundhedsudgifterne, hvilket formentlig vil betyde en lavere service, end befolkningen forventer.

En anden mulighed er, at begrænse andre offentlige udgifter.

En tredje mulighed er at skatterne sættes op.

Endelig kan de offentlige indtægter øges ved at flere kommer i beskæftigelse og betaler skat. Det kan opnås gennem strukturreformer, som øger

udbuddet af arbejdskraft.

For at synliggøre dette fundamentale prioriteringsproblem foreslår vi, at man indfører et særligt øremærket sundhedsbidrag, som nøjagtig svarer til de offentlige sundhedsudgifter. Bidraget udskrives på samme grundlag som den statslige bundskat, og bundskatten sættes tilsvarende ned. Den synliggørelse, som sundhedsbidraget skaber, kan medvirke til en fremtidig prioritering af sundhed over for andre offentlige udgifter på et mere oplyst grund-lag. Og måske kan det bidrage til den indsigt, at strukturreformer, der øger arbejdsstyrken, er den eneste vej, hvis man hverken vil have højere skatter eller en ringere offentlig service, end den folk ønsker.

At synliggøre de nødvendige prioriteringer er sundheds-bidragets formål – det er derimod ikke et forslag om "bare" at løse den offentlige sektors finansieringsproblem gennem højere skatter.

Danish Economic Councils

Amaliegade 44 - DK-1256 København K - Danmark - Tel. +45 33 44 58 00 - E-Mail: dors@dors.dk